

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΑΝ. ΚΑΘ. ΕΜ. ΜΙΧΑΛΟΔΗΜΗΤΡΑΚΗΣ

Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΤΗΣ ΔΙΚΗΓΟΡΟΥ ΜΑΥΡΟΦΟΡΟΥ ΑΝΝΑΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2004

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. ΜΙΧΑΛΟΔΗΜΗΤΡΑΚΗΣ ΕΜ. ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
2. ΚΡΙΑΡΗ-ΚΑΤΡΑΝΗ Ι. ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΟΥ
ΠΑΝΤΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
3. ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗΣ Ε. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
4. ΜΑΤΑΛΛΙΩΤΑΚΗΣ Ι. ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
5. ΚΑΦΑΤΟΣ Α. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
6. ΖΩΡΑΣ Ο. ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
7. ΑΝΑΓΝΟΥ Ν. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διατριβή αποπειράται να προσεγγίσει τις ιατρικές, νομικές και κοινωνικές πτυχές της συναίνεσης της ανήλικης στην άμβλωση, να εξετάσει τις προσεγγίσεις του συγκριτικού δικαίου και να διαμορφώσει προτάσεις που θα μειώσουν τις κτήσεις στις ανήλικες και κατά συνέπεια τις αμβλώσεις.

Η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε τυπικά το 2000, με την εγγραφή μου στο μεταπτυχιακό τμήμα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Η ολοκλήρωση αυτής της μελέτης οφείλεται στην συμπαράσταση και εμπνευσμένη καθοδήγηση του επιβλέποντος καθηγητή μου κ. Μανώλη Μιχαλοδημητράκη. Η συμβολή του στην πορεία αυτής της εργασίας ήταν σημαντική όχι μόνο διότι συνέβαλε καταλυτικά στην ακαδημαϊκή διαμόρφωση μιας διατριβής, αλλά και γιατί μου έδωσε την ευκαιρία να συμμετάσχω στην όποια επιστημονική προσπάθεια επιχειρήθηκε και επιχειρείται από το τμήμα της Ιατροδικαστικής, γεγονός που βελτίωσε αφενός την παιδεία μου σε θέματα Ιατρικού Δικαίου, Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, και αφετέρου την προσωπικότητα μου.

Σημαντική ήταν η εμπειρία των σπουδών μου κοντά σε αξιόλογους και πεφωτισμένους Καθηγητές τόσο της Νομικής Σχολής της Αθήνας όπου πραγματοποίησα τις προπτυχιακές σπουδές μου όσο και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, της Νομικής Σχολής του Cardiff στην Μ. Βρετανία και της Φιλοσοφικής Σχολής του Keele, επίσης στην Μ. Βρετανία, όπου πραγματοποίησα τις μεταπτυχιακές σπουδές μου.

Ουσιαστικοί και όχι τυπικοί λόγοι με υποχρεώνουν να ευχαριστήσω όλους τους σεβαστούς μου καθηγητές, οι οποίοι παντοiotρόπως μου συμπαραστάθηκαν. Ιδιαίτερος τα μέλη της τριμελούς επιτροπής κ. Μανώλη Μιχαλοδημητράκη, Αναπληρωτή καθηγητή Ιατροδικαστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, την κα. Ισμήνη Κριάρη, Αναπληρώτρια καθηγήτρια του Συνταγματικού Δικαίου του Πάντειου Πανεπιστημίου και τον κ. Ευγένιο

Κουμαντάκη, καθηγήτη Μαιευτικής-Γυναικολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης για το άοκνο ενδιαφέρον τους και την αμέριστη κατανόησή τους.

Επίσης ευχαριστώ τους καθηγητές που συμμετείχαν στην εξεταστική επταμελή επιτροπή κ. Οδυσσέα Ζώρα, Αν. Καθηγητή Χειρουργικής, κ. Γιάννη Ματαλλιωτάκη Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής-Γυναικολογίας, κ. Αντώνιο Καφάτο Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, και κ. Νικόλαο Ανάγνου Καθηγητή Βιολογίας για τις εμπνευσμένες συμβουλές και υποδείξεις τους.

Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ εκφράζω στον αγαπητή φίλη και Καθηγήτρια του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Ισμήνη Κριάρη-Κατράνη για την πολύπλευρη συνδρομή της στην διαμόρφωση αυτής της διατριβής και ιδιαίτερα στη γλωσσική επιμέλεια του κειμένου.

Η αφιέρωση της παρούσης διατριβής στην Οικογένεια μου και ιδιαιτέρως στον σύζυγο μου αποτελεί ένα ελάχιστο δείγμα της ευγνωμοσύνης μου για την συνεχή του καθοδήγηση και συμβολή στην πνευματική μου προκοπή και την ψυχική μου ανάταση.

Το ζήτημα της συναίνεσης της ανηλίκου στην άμβλωση είναι αρκετά δύσκολο. Γίνεται ακόμα δυσκολότερο όταν ο Έλληνας νομοθέτης το προσεγγίζει, όπως άλλωστε και τα περισσότερα ζητήματα του Ιατρικού Δικαίου, επιφανειακά. Η προσπάθεια αυτής της διατριβής αποσκοπεί περισσότερο στο να δώσει ένα έναυσμα για μια περαιτέρω συζήτηση, παρά στο να επιβάλλει μια συγκεκριμένη γνώμη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απόκτηση παιδιού κατά το στάδιο της ανηλικότητας αποτελεί αφενός σημαντικότερη εξέλιξη στην ζωή της ανήλικης, η οποία ανατρέπει τα μέχρι τότε δεδομένα της ζωής της και των οικείων της, αφετέρου πρόβλημα που απαιτεί συνεχή ανάλυση και προβληματισμό από την κοινωνία στο σύνολο της ιδιαίτερα όταν η δυναμική των σχέσεων μεταξύ των ανηλίκων και κοινωνίας συνεχώς μεταβάλλεται.

Η δυνατότητα της ανήλικης να λάβει απόφαση, για το αν θα ολοκληρώσει φυσιολογικά την κύηση της ή αν θα την τερματίσει, η οποία θα στηρίζεται αποκλειστικά στην δικές της εκτιμήσεις και απόψεις, προκάλεσε και προκαλεί διεθνώς αντιπαραθέσεις στις οποίες εμπλέκονται εμπειρογνώμονες πάσης φύσεως, γιατροί, νομικοί, θρησκευτικοί και πολιτικοί παράγοντες.

Η διαμάχη αυτή ξεκίνησε πριν πολλές δεκαετίες και έχει ήδη δείξει τα προτερήματα και τα μειονεκτήματα των δύο ακραίων θέσεων, εκείνης δηλαδή που θεωρεί ώριμη την ανήλικη να αποφασίζει μόνη της σε ζητήματα που αφορούν την υγεία της, και εκείνης που μάχεται υπέρ της εμπλοκής των γονιών της ιδιαίτερα στο τόσο σοβαρό ζήτημα όπως είναι η άμβλωση.

Η παρούσα μελέτη προσεγγίζει το ζήτημα της συναίνεσης της ανηλικού άμβλωση, με στόχο την γνώση και κατανόηση των καταστάσεων που βιώνει η ανήλικη έγκυος, τον προσδιορισμό των παραγόντων που οδηγούν τις ανήλικες στην εγκυμοσύνη και στην άμβλωση, καθώς και την επεξεργασία προτάσεων μείωσης του αριθμού των κυήσεων και των αμβλώσεων στο στάδιο της ανηλικότητας.

Αρχικά καταγράφονται και αναλύονται τα δεδομένα του προβλήματος. Ουσιαστικά επιχειρείται προσδιορισμός των εννοιών συναίνεση, ανηλικότητα και άμβλωση όπως αυτές παρατίθενται στην εσωτερική και διεθνή νομοθεσία και νομολογία. Παράλληλα γίνεται συστηματοποίηση και η υπαγωγή των δεδομένων στην σύγχρονη ιατρική πρακτική και δεοντολογία.

Όσο εξελίσσεται η μελέτη προσπαθεί να απαντήσει σε πλήθος ζητημάτων που σχετίζονται με την συναίνεση της ανήλικης στην άμβλωση όπως: το πότε ξεκινά η σεξουαλική δραστηριότητα των ανηλίκων, η σχέση των ανηλίκων με την αντισύλληψη, η ελεύθερη ή μη πρόσβαση των ανηλίκων σε αυτή, η ωριμότητα της ανήλικης να λαμβάνει αποφάσεις που αφορούν στο άτομο της για κρίσιμα ιατρικά ζητήματα, ο ρόλος του συντρόφου της στην άμβλωση οι κίνδυνοι που ενέχει η άμβλωση όταν επιχειρείται κατά το στάδιο της ανηλικότητας.

Η μελέτη ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και την περίληψη, καθώς και την παράθεση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Η συναίνεση του ασθενή στην ιατρική πράξη

- Κεφάλαιο Πρώτο: Το δικαίωμα της συναίνεσης του ασθενή και οι φορείς του..... 10
- Κεφάλαιο Δεύτερο: Η έκταση και ο τύπος της συναίνεσης.....13
- Κεφάλαιο Τρίτο: Η έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης..... 17
- Κεφάλαιο Τέταρτο: Τα νομικά κείμενα στα οποία αποτυπώνεται η υποχρέωση του γιατρού να λαμβάνει την ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς.....29
- Κεφάλαιο Πέμπτο: Οι αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις.....44

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Οι ανήλικοι και το δικαίωμα τους να δίνουν την συναίνεση τους για την τέλεση ιατρικών πράξεων

- Κεφάλαιο Πρώτο: Η έννοια της ανηλικότητας..... 49
- Κεφάλαιο Δεύτερο: Το νομικό πλαίσιο της συναίνεσης του ανηλίκου στην Ελλάδα.....56
- Κεφάλαιο Τρίτο: Το νομικό πλαίσιο της συναίνεσης του ανηλίκου στα Αγγλοσαξονικά κράτη.....61
- Κεφάλαιο Τέταρτο: Το δικαίωμα αναπαραγωγής του ανηλίκου..... 72
- Κεφάλαιο Πέμπτο: Τα δικαιώματα των ανηλίκων και ιδιαίτερα η προστασία του δικαιώματος της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής του υγείας.....77

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

Η δυνατότητα των ενηλίκων και ανηλίκων να υποβάλλονται σε άμβλωση στην Ελλάδα και διεθνώς

- Κεφάλαιο Πρώτο: Το νομικό πλαίσιο της άμβλωσης στην Ελλάδα.....85
- Κεφάλαιο Δεύτερο: Το νομικό πλαίσιο της άμβλωσης Διεθνώς- Η στάση των ξένων νομοθεσιών απέναντι στην άμβλωση της ανήλικης και ενήλικης εγκύου και σχολιασμός της.....92
- Κεφάλαιο Τρίτο: Ποιος χαρακτηρίζεται ως ώριμος ανήλικος.....120
- Κεφάλαιο Τέταρτο: Πότε οι ανήλικοι χαρακτηρίζονται ως «ώριμοι» να δώσουν εγκύτως την συναίνεση τους στην άμβλωση.....126
- Κεφάλαιο Πέμπτο: Η συναίνεση της ανήλικης στην άμβλωση.....129

Δ΄ ΜΕΡΟΣ

Ο ρόλος του συντρόφου της ενήλικης και ανήλικης εγκύου στην άμβλωση

- Κεφάλαιο Πρώτο: Τα δικαιώματα του συζύγου ή του συντρόφου της εγκύου στην άμβλωση.....153

Ε΄ ΜΕΡΟΣ

Συγκριτική ανάλυση των κηύσεων, των γεννήσεων και των αμβλώσεων στις ανήλικες

- Κεφάλαιο Πρώτο: Συγκριτική ανάλυση των κυήσεων, των γεννήσεων και των αμβλώσεων στις ανήλικες.....166

ΣΤ΄ ΜΕΡΟΣ

Οι επιδράσεις της άμβλωσης στην υγεία της εγκύου

- Κεφάλαιο Πρώτο: Οι επιδράσεις της άμβλωσης στην σωματική και ψυχική υγεία της ενήλικης εγκύου.....174
- Κεφάλαιο Δεύτερο: Οι επιδράσεις της άμβλωσης στην σωματική και ψυχική υγεία της ανήλικης εγκύου.....181

Ζ΄ ΜΕΡΟΣ

Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων στους ανήλικους

- Κεφάλαιο Πρώτο: Ο προσδιορισμός των παραγόντων που συντελούν στην αύξηση των αμβλώσεων στους ανήλικους.....188
- Κεφάλαιο Δεύτερο: Ανάλυση των παραγόντων που συντελούν στην αύξηση των αμβλώσεων στους ανήλικους.....189

Η΄ ΜΕΡΟΣ

Μελέτη για την άμβλωση των ανηλικών κοριτσιών στην Ελλάδα

- Κεφάλαιο Πρώτο: Η άμβλωση των ανηλικών κοριτσιών στην Ελλάδα213

Θ΄ ΜΕΡΟΣ

Η θέση της Ορθοδόξου Εκκλησίας ως προς την άμβλωση της ενήλικης και της ανήλικης εγκύου

- Κεφάλαιο Πρώτο: Άμβλωση και Ορθοδοξία227

Ι΄ ΜΕΡΟΣ

Προτάσεις για την μείωση των αμβλώσεων στους ανήλικους

- Κεφάλαιο Πρώτο: Ο ρόλος του σχολείου.....237
- Κεφάλαιο Δεύτερο: Ο ρόλος της οικογένειας.....243
- Κεφάλαιο Τρίτο: Ο ρόλος των γιατρών.....247
- Κεφάλαιο Τέταρτο: Ο ρόλος των συνομηλίκων.....250
- Κεφάλαιο Πέμπτο: Ο ρόλος της Εκκλησίας.....252
- Κεφάλαιο Έκτο: Ο ρόλος των ΜΜΕ.....253
- Κεφάλαιο Έβδομο: Ο ρόλος της κοινότητας.....254

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....260

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....265

ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ ABSTRACT.....287

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΠΡΑΞΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ

Με τον όρο συναίνεση στην ιατρική πρακτική εννοούμε την σύμφωνη γνώμη και αποδοχή εκ μέρους του ασθενούς της προτεινόμενης από το γιατρό του θεραπείας (διάγνωση, πρόληψη, αποκατάσταση), η οποία έχει ως στόχο την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας της ζωής του.

Η συναίνεση στην ιατρική πρακτική αποτελεί βασικό κανόνα της ιατρικής δεοντολογίας και νομιμοποιητικό όρο οποιασδήποτε επέμβασης¹⁻³. Αντιπροσωπεύει την νομική και ηθική έκφραση του δικαιώματος της αυτονομίας του ανθρώπου και του σεβασμού της βούλησης του. Ταυτοχρόνως δε λειτουργεί ως την ενοποιητική αρχή που διαπερνά το σύνολο των κανόνων του Ιατρικού δικαίου.

Ουσιαστικά μέσω του δικαιώματος της συναίνεσης προστατεύεται και συντηρείται το δικαίωμα του ασθενή να επιλέγει την θεραπεία του βάσει των δικών του αξιών και εκτιμήσεων, ανεξάρτητα από την ορθότητα της επιλογής του. Με δεδομένη μάλιστα τη θέση εξουσίας που κατέχουν οι γιατροί στις μέρες μας απέναντι στους ασθενείς, κρίνεται ιδιαίτερος σημαντική αφού λειτουργεί ως φρένο προς την απόλυτη εξουσία τους.

Ο γιατρός δηλαδή στερείται του δικαιώματος να επεμβαίνει αυτεπάγγελα για την διάσωση του ασθενή, και ενάντια προς την θέληση του. Αν προχωρήσει σε θεραπεία χωρίς την συναίνεση του ασθενή και πολύ περισσότερο παρά την άρνηση του, πληροί την αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης⁴⁻⁵ ή της παράνομης βίας (330 ΠΚ)⁶⁻⁸ και συνεπώς διαπράττει αδίκημα.

Η προϋπόθεση της συναίνεσης σε οποιαδήποτε εξέταση, θεραπεία ή επέμβαση, αποτελεί μερική έκφανση του δικαιώματος που έχει κάθε άνθρωπος επί της ίδιας προσωπικότητας. Συγκεκριμένα την προσωπικότητα του ανθρώπου συνθέτουν η σωματική, η ψυχική, πνευματική, ηθική και κοινωνική υπόσταση του, από την οποία απορρέουν επί μέρους

δικαιώματα για την προστασία συγκεκριμένων έννομων αγαθών συνυφασμένων με την προσωπικότητα (άρθρα 57-60 ΑΚ), όπως της σωματικής ελευθερίας και ακεραιότητας, της υγείας, της τιμής και άλλων και ορισμένες προεκτάσεις τους, όπως το δικαίωμα αυτοδιάθεσης εν γένει στην ζωή και στον θάνατο, το δικαίωμα να εξουσιάζει το σώμα του και να το χρησιμοποιεί όπως αυτός θέλει. Στο εν λόγω δικαίωμα εντάσσεται και το ειδικότερο δικαίωμα της επιλογής στην θεραπεία ή αποχής από αυτή. Περαιτέρω το δικαίωμα αυτό κατοχυρώνεται τόσο συνταγματικά όσο και νομοθετικά. Έτσι σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος, «Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη⁹».

Εξάλλου κατά το άρθρο 8 εδαφ. α' του Β.Δ/τος της 15-6/6-7-1995, «ο γιατρός οφείλει απόλυτο σεβασμό προς την τιμή και προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική ή χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός, ο οποίος μπορεί να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών που έχουν σώας τας φρένας¹⁰».

Δεν είναι όμως μόνο οι ανωτέρω συνταγματικές και νομοθετικές διατάξεις που τονίζουν τον σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενή, αλλά και η διεθνής τάση (Σύμβαση περί Βιοιατρικής του 1998, Διακήρυξη της Μανίλας, Διακήρυξη του Ελσίνκι) υπογραμμίζει την υποχρέωση του γιατρού να σέβεται την θέληση του ασθενή σε σχέση με την θεραπεία που έχει αναλάβει, για την οποία γίνεται εκτενής λόγος σε ειδικό κεφάλαιο.

Είναι επομένως φανερό πως με την υποτίμηση της βουλήσεως του ασθενούς θίγεται το αίσθημα της προσωπικής του ελευθερίας και προσβάλλεται το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας, πτυχή του οποίου αποτελεί και η εξουσία της ελεύθερης διάθεσης του εννόμου αγαθού της ζωής.

Από νομικής απόψεως η συναίνεση του ασθενή είναι έννοια που δεν σχετίζεται άμεσα και πολύ περισσότερο δεν ταυτίζεται με την δικαιοπρακτική ικανότητα του¹¹. Η συναίνεση δεν αποτελεί δικαιοπραξία¹²⁻¹⁴. Μόνο η σύμβαση της ιατρικής αγωγής που καταρτίζεται με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο ή στον ιδιωτικό χώρο του γιατρού αποτελεί δικαιοπραξία η οποία απαιτεί την δικαιοπρακτική ικανότητα του.

Η νομική εγκυρότητα της συναίνεσης εξαρτάται από την ικανότητα ή την ωριμότητα του ασθενή να κατανοήσει την νόσο του και τα όσα προτείνονται από τον γιατρό του για την βελτίωση της υγείας του.

Η επικρατούσα στην νομική επιστήμη άποψη δέχεται, πως η ικανότητα κάθε ατόμου για συναίνεση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική¹⁵. Δηλαδή θα πρέπει να εξετάζεται υπό το πρίσμα των ιδιαίτερων δεδομένων κάθε περίπτωσης. Βεβαίως η υιοθέτηση μιας τέτοιας άποψης αφήνει περιθώρια αναγνώρισης της ικανότητας για συναίνεση σε άτομα, στα οποία υπό κανονικές συνθήκες θα φαινόταν αδύνατο. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι ανήλικοι, τα ψυχικά ασθενή άτομα και οι αλλοδαποί.

Όσον αφορά τους ανήλικους και στην ικανότητα τους για συναίνεση γίνεται εκτενής αναφορά σε επόμενο κεφάλαιο.

Για τα ψυχικά ασθενή άτομα, εμπιστευόμαστε την ψυχιατρική επιστήμη, η οποία δέχεται ότι για κάποιες χρονικές περιόδους, έχουν την ικανότητα να αντιληφθούν την ασθένεια τους, την προτεινόμενη αγωγή και να δώσουν εγκύρως την συναίνεση τους. Άλλωστε η ικανότητα για συναίνεση δεν συμπίπτει με την δικαιοπρακτική ικανότητα. Άρα δεν αποτελεί πρόβλημα ως προς την συναίνεση του το γεγονός ότι ένα ψυχικά άρρωστο άτομο μπορεί να βρίσκεται υπό δικαστική απαγόρευση ή υπό δικαστική αντίληψη¹⁶⁻²⁰.

Συνεπώς ο γιατρός οφείλει να εξετάσει το ψυχικά ασθενές άτομο ως προς την ικανότητα του να αντιληφθεί την κατάσταση της νόσου του, την προτεινόμενη θεραπεία καθώς και τους κινδύνους ή τις ωφέλειες που αυτή συνεπάγεται. Αν διαπιστώσει ο γιατρός ότι δεν

ανταποκρίνεται στην ενημέρωση που του γίνεται, τότε δεν μπορεί να θεωρήσει ως έγκυρη την συναίνεση τους. Έχει υποχρέωση δε να στραφεί προς τους νόμιμους εκπροσώπους του ασθενή και να αναζητήσει την συναίνεση τους. Στην περίπτωση που το ψυχικά ασθενές άτομο δεν έχει νόμιμους αντιπροσώπους, ο γιατρός θα πρέπει να ζητήσει από το δικαστήριο τον άμεσο διορισμό τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις που δίνουν την συναίνεση τους τρίτα πρόσωπα για λογαριασμό του ψυχικά ασθενές ατόμου, δεν θεωρείται άτοπο να αναζητείται και η σύμφωνη γνώμη των ίδιων των ασθενών, παρά την ανικανότητά τους για παροχή συναίνεσης.

Όσον αφορά τους αλλοδαπούς που βρίσκονται στην Ελλάδα για εργασία ή τουρισμό, διατηρούν το ίδιο δικαίωμα συναίνεσης με εκείνο των ημεδαπών, υπό την αίρεση ότι έχουν την ικανότητα συναίνεσης, δηλαδή την ικανότητα να αντιληφθούν την ασθένειά τους και την προτεινόμενη από τον γιατρό τους θεραπεία ²¹.

Συμπερασματικά, ικανότητα συναίνεσης προς την προτεινόμενη από τον γιατρό τους εξέταση, θεραπεία, έχουν ενήλικοι και ανήλικοι, οι ημεδαποί και αλλοδαποί που διαμένουν στην Ελλάδα, ακόμα και τα ψυχικά ασθενή άτομα υπό την αίρεση ότι έχουν την ωριμότητα να αντιληφθούν τις πληροφορίες που τους παράσχει ο γιατρός αναφορικά με την νόσο τους. Βεβαίως η συναίνεση οποιουδήποτε ασθενή για να είναι έγκυρη, θα πρέπει να είναι σοβαρή, και αποτέλεσμα ελεύθερης βούλησης και όχι προϊόν πλάνης, απάτης ή απειλής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΤΥΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Η χρονική ισχύς της συναίνεσης που δίνει ο ασθενής στον γιατρό εγγράφως ή προφορικά, δεν είναι απεριόριστη. Ισχύει αποκλειστικά για το χρονικό διάστημα στο οποίο κατέληξαν τα δύο μέρη από κοινού. Πάντα η συναίνεση προηγείται της ιατρικής πράξης και την καλύπτει. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα της ανάκλησης, τροποποίησης ή συμπλήρωσης του

περιεχομένου της συναίνεσης του, όποτε εκείνος το θεωρεί σκόπιμο και επιβεβλημένο από τις περιστάσεις.

Η συναίνεση του ασθενή ως προς το περιεχόμενο της μπορεί να είναι γενική ή μερική. Στην περίπτωση της γενικής συναίνεσης, ο ασθενής αποδέχεται την πραγματοποίηση όλων των προτεινόμενων ιατρικών πράξεων, ενώ αντίθετα στην περίπτωση της μερικής αποδέχεται την διενέργεια συγκεκριμένων.

Εύλογα βεβαίως τίθονται πολλά ζητήματα. Έχει ο γιατρός υποχρέωση να πραγματοποιήσει μόνο τις ενέργειες για τις οποίες ο ασθενής έδωσε την συγκατάθεση του; Πώς θα χειριστεί ο γιατρός μια ιατρική πράξη την οποία δεν είχε υπολογίσει ως ενδεχόμενη ούτε ο ίδιος, ούτε ο ασθενής κατά την λήψη της συναίνεσης από τον τελευταίο; Πώς θα χειριστεί ο γιατρός ακίνδυνη ιατρική πράξη που κατά βαρύτητα και επικινδυνότητα καλύπτεται από την ιατρική πράξη για την οποία ο ασθενής έδωσε την συναίνεση του; Τι γίνεται όταν κατά την διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης διαπιστωθεί ανάγκη επέκτασης της εγχείρησης; Θα εφαρμοστούν τα συμφωνηθέντα από τα δύο μέρη ή μήπως ο γιατρός έχει δικαίωμα να επεκτείνει τους χειρισμούς του και πέρα από αυτά;

Ο γιατρός βρίσκεται ανάμεσα σε δύο συγκρουόμενα συμφέροντα. Αφενός υποχρεούται από το άρθρο 9 του Β. Δ. Περί Κανονισμού της Ιατρικής Δεοντολογίας της 25/5/6.7.1955 και το άρθρο 307 του Ποινικού Κώδικα που αναφέρεται στην παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής, να περιθάλψει και να διασώσει τον ασθενή, αφετέρου αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο να του ασκηθεί δίωξη με την αιτιολογία ότι παραβιάζει την ελευθερία βούλησης του ασθενούς.

Ο γιατρός νομιμοποιείται να συνεχίσει ή να διευρύνει μια επέμβαση όταν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις, ότι διαφορετική επιλογή θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Ουσιαστικά ο γιατρός μπορεί να επεκτείνει την συναίνεση του ασθενούς αυτοβούλως και να ενεργήσει οτιδήποτε οι περιστάσεις επιβάλλουν με γνώμονα το πραγματικό συμφέρον του ασθενή στις λεγόμενες «αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις»⁷⁻⁸.

Όσον αφορά στις εισαγωγικές και ακίνδυνες ιατρικές πράξεις που κατά βαρύτητα και επικινδυνότητα καλύπτονται από την κύρια ιατρική πράξη για την οποία έδωσε την συγκατάθεση του ο ασθενής, τεκμαίρεται η αναγκαιότητα και νομιμότητα του γιατρού να προχωρήσει σε αυτές. Η συναίνεση του ασθενή για την κύρια ιατρική πράξη καλύπτει και αυτές. Για παράδειγμα, ασθενής που προσέρχεται για εγχείρηση θεωρείται ότι συναινεί έγκυρα στις προαπαιτούμενες-απαραίτητες κλινικές εξετάσεις, όπως η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, ο καρδιολογικός έλεγχος κλπ. Ωστόσο για κάποιους νομικούς και πάλι είναι δυνατόν να προκύψει ζήτημα για το ποιες πράξεις θα πρέπει να χαρακτηρίζονται ως ακίνδυνες και άρα καλυπτόμενες από την συναίνεση του ασθενή και ποιες όχι.

Ο τύπος της συναίνεσης αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία της, δεδομένου ότι κατοχυρώνει και τις δύο πλευρές, τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή. Ωστόσο για να θεωρηθεί έγκυρη η σύμπτωση βουλήσεων μεταξύ ασθενούς και γιατρού, δεν απαιτείται να περιβληθεί ιδιαίτερο τύπο εκτός εάν αυτό προβλέπεται ρητώς στο νόμο, όπως πχ. ο ν.3089/2002 περί υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στη πλειοψηφία τους τα ιατρικά κέντρα, ιδιωτικά και δημόσια, έχουν υιοθετήσει τον έγγραφο τύπο συγκατάθεσης. Ουσιαστικά δηλαδή χορηγούν στον ασθενή έντυπο κείμενο στο οποίο αναγράφονται σε γλώσσα απλή όλες οι απαραίτητες πληροφορίες που θα τον οδηγήσουν στο να δεχτεί ή να απορρίψει την προτεινόμενη από τον γιατρό του θεραπεία. Στο τέλος του κειμένου ζητείται η υπογραφή του, ως δηλωτικό στοιχείο της αποδοχής και της συγκατάθεσης του. Χρειάζεται μόνο μια ελικρινής καταγραφή των συμφωνημένων ανάμεσα στα δύο μέρη.

Τα είδη των εντύπων συναίνεσης, τα οποία διαθέτουν και χορηγούν προς τους ασθενείς τους τα περισσότερα ιατρικά κέντρα, νοσοκομεία και κλινικές είναι: α) έντυπα στα οποία αναφέρεται το είδος της θεραπείας ή της εξέτασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί ο ασθενής, β) ερωτηματολόγια τα οποία καλείται ο ασθενής να συμπληρώσει, γ) έντυπα με σχέδια και εικόνες, στα οποία απεικονίζεται η θεραπεία με παραστατικό τρόπο, προκειμένου

να έχουν οι ασθενείς μια πρώτη εικόνα στο μυαλό τους, για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Και στις τρεις κατηγορίες εντύπων αφού συμπληρωθούν τα προσωπικά στοιχεία του ασθενή, υπάρχει προδιατυπωμένη δήλωση αποδοχής του προς την προτεινόμενη θεραπεία, την οποία καλείται να υπογράψει^{11,22}.

Είναι γεγονός πως ο γραπτός τύπος διασφαλίζει καλύτερα τα συμβαλλόμενα μέρη και διευκολύνει τις διαδικασίες ενώπιον του δικαστηρίου, όταν αυτό απαιτηθεί²³. Έτσι σε περιπτώσεις σοβαρών χειρουργικών επεμβάσεων αλλά και σε περιπτώσεις υποβολής των ασθενών σε σοβαρές διαγνωστικές μεθόδους συνηθίζεται να δίνεται έγγραφη συναίνεση. Η δήλωση της συναίνεσης του ασθενούς που στηρίζεται στην έγγραφη και τυποποιημένη ενημέρωση έχει περιορισμένη μόνο σημασία για την απόδειξη. Κατά κανόνα μια τέτοια βεβαίωση συνιστά απλό τεκμήριο ότι έχει προηγηθεί προφορική συνεννόηση.

Ωστόσο δεν μπορούμε να αγνοήσουμε ότι όσοι ασθενείς έχουν υπογράψει έντυπα συναίνεσης σπάνια εγείρουν αγωγές με νομική βάση την έλλειψη συναίνεσης²⁴.

Η προφορική συναίνεση δεν διασφαλίζει το γιατρό σε περιπτώσεις σοβαρών ιατρικών πράξεων και ιδιαίτερα όταν αυτή δίνεται από τον ασθενή παρουσία μαρτύρων οι οποίοι είναι συγγενείς του. Η καθημερινή πράξη αποδεικνύει πως ο προφορικός τύπος είναι δυνατόν να είναι αρκετός για τον γιατρό μόνο στις περιπτώσεις μη σοβαρών εξετάσεων ή άλλων θεραπευτικών μεθόδων. Είναι κατανοητό πως αν τελικά χρειαστεί να αποδειχθεί η παροχή συναίνεσης, δυσκολίες μπορεί να παρουσιαστούν στην περίπτωση της σιωπηρής συγκατάθεσης¹⁵.

Η διεθνής νομολογία και θεωρία θεωρούν ότι προβάδισμα θα πρέπει να δοθεί στην προσωπική ενημέρωση του ασθενούς απέναντι στην έγγραφη και τυποποιημένη. Τόσο το αγγλικό όσο και το γερμανικό δίκαιο τονίζουν την προσωπική επαφή που πρέπει να έχει ο ασθενής με τον γιατρό του, για την οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Το ιατρικό δίκαιο καθώς και ο κώδικας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος απαιτούν την λήψη της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς για την σύννομη άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Πολλές φορές όμως ακόμα και αυτό που υποδεικνύει και αποδέχεται το δίκαιο ως ενημερωμένη συναίνεση, δεν αποτελεί πραγματικά ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς. Από ηθικής δηλαδή πλευράς χρειαζόμαστε ένα ορισμό ανεξάρτητο από εκείνο που η νομοθεσία επιβάλλει.

Με αυτή την λογική, αν θα θέλαμε να ορίσομε την έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς θα λέγαμε ότι:

Ενημερωμένη συναίνεση ασθενούς, σημαίνει την εκούσια²⁵ και χωρίς εξαναγκασμό απόφαση του να αποδεχτεί τις προτεινόμενες από τον γιατρό ενέργειες του, η οποία λαμβάνεται από ασθενή κατόπιν επαρκούς ενημέρωσης και προσεχτικής εξέτασης των πληροφοριών που ο ίδιος ο γιατρός του χορήγησε.

Η συναίνεση αποτελεί ενέργεια αυτονομίας και ελευθερίας του ασθενούς, με την οποία ο τελευταίος εξουσιοδοτεί τον γιατρό να ξεκινήσει το ιατρικό πλάνο θεραπείας του.

Σε αυτό συνηγορεί και το άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του 1998, που ορίζει ως απαραίτητη προϋπόθεση για την διενέργεια οποιασδήποτε επέμβασης στον τομέα της υγείας την λήψη της συναίνεσης του ενδιαφερόμενου. Η συναίνεση πρέπει, σύμφωνα πάντα με τις επιταγές της ίδιας σύμβασης, να δίνεται ελεύθερα και μετά από κατάλληλη πληροφόρηση σχετικά με το είδος, την φύση, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επέμβασης.

Ο ασθενής πρέπει να έχει ουσιώδη και πραγματική αντίληψη για οτιδήποτε σχετίζεται με την νόσο και την θεραπεία της και η απόφαση που λαμβάνει θα πρέπει να μην υποδεικνύεται από τρίτο πρόσωπο.

Ουσιαστικά σε τρία σημαντικά χαρακτηριστικά εστιάζουν διεθνώς οι νομικοί που ασχολούνται με την έννοια της συναίνεσης:

1. Στο «εκούσιο» της συναίνεσης του ασθενή, κατά πόσο δηλαδή ο ασθενής ενεργεί αυτοβούλως.
2. Στην επαρκή ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενή
3. Στην ικανότητα αντίληψης της ενημέρωσης του ασθενή

Η απόφαση του ασθενή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από επιρροές, από χειραγωγήσεις ή εξαναγκασμούς.

Αναλύοντας τους τρεις τύπους επιρροής που μπορεί να δεχτεί ένας ασθενής, διαπιστώνουμε ότι:

-Ο εξαναγκασμός ενός ατόμου για την λήψη απόφασης πραγματοποιείται με την χρήση βίας εναντίον του ή με την εκτόξευση απειλών.

-Η χειραγωγή ενός ατόμου πραγματοποιείται με την χρήση μη λογικών μεθόδων επιρροής πχ. με την εσκεμμένη απόκρυψη ή διαστρέβλωση μιας πληροφορίας ή με την εκμετάλλευση της συναισθηματικής αδυναμίας κάποιου

-Οι απόψεις ενός ατόμου σχηματίζονται με την χρήση λογικών επιχειρημάτων ή αληθινών πληροφοριών

Στην πράξη τα πράγματα εμφανίζονται πιο περίπλοκα, αφού πολλές φορές είναι δύσκολο να διακρίνεις την χειραγωγή από την πειστική επιχειρηματολογία. Πράγματι συζητήσεις και επιχειρήματα συγκεντρώνουν στοιχεία και από τα δύο. Πολλοί ασθενείς νομίζουν ότι υπόκεινται σε εξαναγκασμό ακόμα κι όταν αυτό πραγματικά δεν συμβαίνει. Για παράδειγμα κάποιοι ασθενείς έχουν την πεποίθηση πως αν δεν κάνουν «αυτά» που τους συστήνει ο γιατρός τους, θα έχουν κακή ιατρική μεταχείριση από αυτόν.

Άλλοι θεωρούν πως η έλλειψη αποδεκτών εναλλακτικών θεραπειών μπορεί να καταστήσει την συναίνεση τους μη εκούσια, και άρα άκυρη.

Τρεις πιθανοί τύποι ενημέρωσης συζητούνται στην διεθνή βιβλιογραφία.

Η ενημέρωση ως συνέπεια επαγγελματικής δεοντολογίας. Σύμφωνα με αυτό το τύπο, το επίπεδο της ενημέρωσης του ασθενούς είναι επαρκές, αν συμβαδίζει με την παραδεδεγμένη ιατρική πρακτική. Το πιο ελκυστικό χαρακτηριστικό του τύπου αυτού είναι ότι σέβεται την επαγγελματική αυτονομία των γιατρών, με την έννοια ότι επιτρέπει στους γιατρούς να αποφασίζουν για τον όγκο των πληροφοριών που θα δώσουν στους ασθενείς καθώς και για τον τρόπο της ενημέρωσης στην οποία θα προβούν. Ωστόσο σημαντικά ζητήματα ανακύπτουν κατά την εφαρμογή του. Όπως για παράδειγμα τι θεωρείται ως παραδεδεγμένη ιατρική πρακτική; Ποιός θα αποφασίσει σχετικά με τον αποδεκτό βαθμό αποκάλυψης των πληροφοριών αν υπάρξει διαφωνία μεταξύ των γιατρών; Ποιά ομάδα γιατρών θα θέσει τα όρια στην ενημέρωση, γιατροί που ανήκουν στις κατώτερες ή στις ανώτερες επαγγελματικές βαθμίδες;

Η ενημέρωση του μέσου κοινωνικού ατόμου, σύμφωνα με την οποία το επίπεδο αποκάλυψης πληροφοριών προς τον ασθενή είναι επαρκές αν δίνει την δυνατότητα σε ένα λογικό άνθρωπο να λάβει λογικές αποφάσεις. Αυτό ο τύπος δεν βασίζεται σε ήδη διαμορφωμένους κανόνες συμπεριφοράς, και για αυτό το λόγο είναι μάλλον καλύτερος. Ωστόσο ο συγκεκριμένος τύπος δεν λαμβάνει υπόψη του τις διαφορετικές ανάγκες του κάθε ασθενή δεδομένου ότι ο όγκος της πληροφόρησης που του δίνεται δεν βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του, αλλά στις ανάγκες ενός υποθετικά λογικού ασθενή.

Υποκειμενικό πρότυπο ή το ατομικό μοντέλο του ασθενή. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό το επίπεδο της πληροφόρησης είναι κατάλληλο εφόσον επιτρέπει στον κάθε ασθενή ξεχωριστά να λάβει αποφάσεις κατόπιν ενημέρωσης. Αυτό είναι το πιο απαιτητικό πρότυπο και θεωρείται η καλύτερη πρακτική για την ενημέρωση του ασθενούς. Είναι απαιτητικό μοντέλο γιατί επιβάλλει στον γιατρό υποχρέωση εκτίμησης κάθε ασθενούς χωριστά προκειμένου ο γιατρός να προσδιορίσει το κατάλληλο επίπεδο πληροφόρησης. Αυτό βεβαίως μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθεί με ακρίβεια, αν ληφθεί υπόψη αφενός πως ο χρόνος που

διαθέτει ο γιατρός για κάθε ασθενή δεν είναι απεριόριστος, αφετέρου δε πως κάποιες κατηγορίες ασθενών όπως για παράδειγμα αλλοδαποί και ανήλικοι²⁶⁻²⁷, χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ενημερωθούν.

Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας τους και τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές που έχουν προκειμένου να την χειριστούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο²⁸⁻³³. Ο όγκος της πληροφόρησης που ο γιατρός δίνει στον ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με την περίπτωση. Εξαρτάται ουσιαστικά από την ηλικία, την τυπική και κοινωνική παιδεία, την προσωπικότητα, τον χαρακτήρα του ασθενή, από την φύση της νόσου, την πολυπλοκότητα της θεραπείας, αλλά και από τους κινδύνους που ελλοχεύει η επιλεχθείσα εξέταση, αγωγή ή θεραπεία. Για παράδειγμα κάποιος ασθενής μπορεί να χρειάζονται μεγαλύτερη ενημέρωση προκειμένου να αποφασίσουν να υποβληθούν σε μια επέμβαση που ενέχει υψηλούς κινδύνους αποτυχίας, παρενέργειες, αλλαγή επαγγέλματος, ή υιοθέτηση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής. Ο γιατρός που ενημερώνει τον ασθενή οφείλει να εντοπίσει κατά την διάρκεια λήψης του ιστορικού του ασθενούς και μέσω του περιεχομένου του, ή των όποιων άλλων συζητήσεων είχε μαζί του, τον βαθμό κατανόησης των πληροφοριών που του χορήγησε, τις ατομικές του ανάγκες, τις προτεραιότητες του καθώς και τους παράγοντες που εκείνος κρίνει πως θα επηρεάσουν την απόφαση του. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει ο γιατρός να προβεί σε εικασίες για την ικανότητα αντίληψης του ασθενή των πληροφοριών που αφορούν την κατάσταση της υγείας του και την προτεινόμενη αγωγή. Το μοντέλο άλλωστε καλής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή στην ιατρική πρακτική, επιβάλλει την αναζήτηση της αναπαραγωγής της πληροφορίας από τον λήπτη της, δηλαδή από τον ασθενή, ώστε να έχει ο γιατρός εικόνα του βαθμού αντίληψης του ασθενή.

Η ενημέρωση του ασθενή ακόμα εξαρτάται και από την προσωπική επιθυμία του. Υπάρχουν δηλαδή ασθενείς με ευαίσθητο και αδύναμο χαρακτήρα που επιθυμούν να μην ενημερωθούν από τον γιατρό τους. Αυτό το εκφράζουν ρητά, φτάνοντας πολλές φορές στο ακραίο σημείο να

παρακαλέσουν τον γιατρό τους να μην τους παράσχει καμία απολύτως πληροφορία για την θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθούν. Το δικαίωμα παραίτησης του ασθενή από την ενημέρωση του γιατρού, προκύπτει από το δικαίωμα του ασθενή για αυτοδιάθεση, η δε πρωτοβουλία παραίτησης θα πρέπει να ανήκει στον ίδιο στον ασθενή και όχι σε τρίτα πρόσωπα¹³. Κανένας γιατρός δεν επιτρέπεται να αποφασίσει για λογαριασμό ενός ικανού και ενήλικα ασθενή. Αν ο ασθενής ζητήσει από τον γιατρό του να του παρέχει ελλιπή ενημέρωση και να πάρει ο γιατρός αποφάσεις για λογαριασμό του, ο γιατρός οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή την σημασία του να γνωρίζει ένας ασθενής τις επιλογές που έχει. Αν επιμένει ο ασθενής ότι δεν θέλει να ξέρει λεπτομέρειες για την κατάσταση του και την θεραπεία του και πάλι ο γιατρός οφείλει να του δώσει βασικές πληροφορίες για αυτήν. Κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι ο ασθενής δεν θα κατηγορήσει αργότερα τον γιατρό για ελλιπή ενημέρωση και δεν θα εγείρει αγωγή αποζημίωσης εναντίον του. Μόνο στην περίπτωση που ο γιατρός κρίνει πως η αποκάλυψη συγκεκριμένων πληροφοριών μπορεί να βλάψει σημαντικά την υγεία του ασθενή, λόγω της ανίσχυρης προσωπικότητας του ή της επιβαρημένης ψυχικής υγείας του μπορεί να προβεί σε απόκρυψη του μέρους και όχι του συνόλου της πληροφορίας που εκτιμά ως επικίνδυνη για την ψυχολογία του ασθενούς.

Στο άρθρο 10 παρ.3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοιατρικής ορίζεται ότι το δικαίωμα ενημέρωσης ή μη του ατόμου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του είναι δυνατόν να περιορισθεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις βάσει νόμου, εάν αυτό επιβάλλει το συμφέρον του ασθενούς. Πρόκειται για τις ανακοινώσεις ιδιαίτερας δύσκολων προβλέψεων, κακών δηλαδή προγνώσεων, οι οποίες θα είχαν αρνητικό αποτέλεσμα στην εξέλιξη της πορείας του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή, η υποχρέωση του γιατρού για ενημέρωση, έρχεται σε σύγκρουση με το συμφέρον του ασθενούς³⁴.

Η άρνηση του ασθενούς να ενημερωθεί δεν θεωρείται ότι επηρεάζει την συναίνεση του σε μια επέμβαση. Μπορεί κάποιος δηλαδή να συναινέσει στην αφαίρεση ενός όγκου και να αρνηθεί να ενημερωθεί για την φύση του, ως καλοήθης ή κακοήθης.

Στην ελληνική νομολογία μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει δικαστική απόφαση η οποία να αναφέρεται στο δικαίωμα παραίτησης του ασθενούς από το δικαίωμα ενημέρωσης του για την ιατρική θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθεί. Στο αγγλοσαξονικό νομολογιακό δίκαιο αντιθέτως καταγράφονται πληθώρα αποφάσεων οι οποίες αναφέρονται στο εν λόγω δικαίωμα. Για παράδειγμα οι υποθέσεις *Aden v. Younger*, 57 Cal. App. 3d 662, 129 Cal Rptr 535 (1976), *Putensen v. Clay Adams Inc*, 12 Cal App. 3d 1062, 91 Cal Rptr 319, 333 (1970).

Το δικαίωμα της παραίτησης του ασθενούς από την ενημέρωση έχει και μια ηθικο-κοινωνιολογική διάσταση, η οποία αφορά την ιδιότητα του ατόμου ως υπεύθυνου μέλους του κοινωνικού συνόλου. Ο άνθρωπος που γνωρίζει ότι είναι φορέας μιας σοβαρής ασθένειας για παράδειγμα αναμένεται ότι θα λάβει υπεύθυνες αποφάσεις όταν αποφασίσει να δημιουργήσει οικογένεια. Ο ασθενής που δεν επιθυμεί την ενημέρωση του αναφορικά με τυχόν σοβαρή μεταδοτική ασθένεια του με ποιο τρόπο θα προστατέψει το κοινωνικό σύνολο; Τέλος είναι σημαντικό να καθοριστεί ο τρόπος με τον οποίο θα κατοχυρωθεί το δικαίωμα της μη γνώσης. Εμπόδιο στην κατοχύρωση αυτού του δικαιώματος αποτελεί το ίδιο το Σύνταγμα όπου ορίζεται ότι κάθε άτομο είναι φορέας δικαιωμάτων και κοινωνικών καθηκόντων. Η κοινωνική υπευθυνότητα του ατόμου τεκμηριώνεται σε πλήθος δε διατάξεων του Συντάγματος. Ποιος και με ποια κριτήρια θα αποφασίζει ποιες πληροφορίες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Η δημιουργία δηλαδή δικαιώματος μη γνώσης ακόμη κι αν επιχειρείται για να προστατευθεί ένα άτομο, δεν συμβάλλει στην προστασία του ατόμου αλλά ούτε και στην προστασία του κοινωνικού συνόλου³⁴.

Όσον αφορά στους αλλοδαπούς ασθενείς, οι οποίοι συνήθως έχουν προβλήματα κατανόησης της γλώσσας, ο γιατρός οφείλει να τους ενημερώσει με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να

αντιληφθεί και την κατάσταση της υγείας του και την προτεινόμενη θεραπεία. Αν ο ασθενής δεν γνωρίζει την ελληνική γλώσσα ή δεν είναι σε θέση να ενημερωθεί εξαιτίας της νόσου του, ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τους νόμιμους εκπροσώπους του, υπό την αίρεση βεβαίως ότι μπορεί να επικοινωνήσει μαζί τους. Αν δεν παρευρίσκονται νόμιμοι εκπρόσωποι του ασθενούς οι οποίοι να γνωρίζουν την γλώσσα, χρησιμοποιείται μεταφραστής³⁵. Ουσιαστικά ο γιατρός οφείλει να συμπεριφέρεται προς τους αλλοδαπούς, όπως ακριβώς και στους έλληνες πολίτες.

Στην Ελλάδα ισχύει ο νόμος 2619/98. Πρόκειται για νόμο πλαίσιο που ορίζει το minimum και όχι το δέον. Ιδιαίτερη παρουσίαση και αναλυτική κριτική του συγκεκριμένου νόμου επιχειρείται στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

Αλλά και η ελληνική νομολογία δεν έχει ασχοληθεί καθόλου με το ζήτημα της ενημερωμένης συναίνεσης των ασθενών. Το ζήτημα της ενημερωμένη συναίνεσης του ασθενή, νομολογιακά ακολουθεί την μοίρα των περισσοτέρων ιατρικών ζητημάτων. Ελάχιστα ιατρονομικά ζητήματα έχουν σχολιαστεί από τους έλληνες νομικούς και έχουν γίνει αντιληπτά από τους πολίτες. Οι πληροφορίες που οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν πριν αποφασίσουν για το αν θα δώσουν την συναίνεση τους στην προτεινόμενη από τους γιατρούς θεραπεία ή έρευνα, αφορούν σύμφωνα με τα αγγλοσαξωνικά πρότυπα τα εξής³⁶:

1. Τη διάγνωση και πρόγνωση

Ο γιατρός έχει υποχρέωση να αποκαλύψει στον ασθενή λεπτομέρειες που αφορούν στη διάγνωση και στην πρόγνωση της νόσου του ασθενούς. Ιδιαίτερος αν η πρόγνωση δείχνει πως η συγκεκριμένη περίπτωση θα μείνει χωρίς θεραπεία.

Τυχόν αβεβαιότητες εκ μέρους του γιατρού για την διάγνωση αλλά και για ευρήματα της που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης θα πρέπει να κατατεθούν στον ασθενή.

Όταν δηλαδή δεν υπάρχει βεβαιότητα στην διάγνωση και μπορεί να έχει ο γιατρός μια σαφή εικόνα μόνο κατά την διάρκεια μιας επέμβασης ή μιας θεραπείας, ο γιατρός θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει την συναίνεση του ασθενή για το πώς θα χειριστεί τα ευρήματα.

Στην υπόθεση *Steele v. St Paul Fire and Marine Insurance Co*, 371 So 2d 843, η οποία εκδικάστηκε από τα αμερικανικά δικαστήρια, γιατρός γυναικολόγος δεν ενημέρωσε την ασθενή για τα αποτελέσματα ενός Τέστ Παπανικολάου στο οποίο υποβλήθηκε και καταδικάστηκε για παραβίαση του δικαιώματος του ασθενή να ενημερώνεται ως προς τα αποτελέσματα της διάγνωσης.

Στην αγγλική υπόθεση *Canterbury v. Spence* 464F 2D 772 (D.C. 1972) το δικαστήριο μεταξύ άλλων απεφάνθη πως η ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την διάγνωση της νόσου του, του δίνει την δυνατότητα να εκτιμήσει τις εναλλακτικές θεραπείες που η Ιατρική Επιστήμη του παρέχει και για αυτό τον λόγο κρίνεται απαραίτητη.

2. Την φύση και τον σκοπό της προτεινόμενης θεραπείας

Ο ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή για την φύση και τον σκοπό της προτεινόμενης ιατρικής θεραπείας. Στην αντίθετη περίπτωση, όπου ο ασθενής δεν γνωρίζει την φύση και τον σκοπό της προτεινόμενης από τον γιατρό θεραπείας, η συναίνεση του δεν θεωρείται έγκυρη. Η φύση και ο σκοπός μιας ιατρικής θεραπείας, δεν ταυτίζονται εννοιολογικά και ουσιαστικά, όπως πολλοί νομίζουν. Για παράδειγμα μια ακτινογραφία έχει την φύση της ακτινοβολίας του σώματος αλλά ο σκοπός της είναι διαγνωστικός³⁷. Η ακυρότητα αυτή μπορεί να θεμελιώσει ευθύνη για σωματική βλάβη κατά του ασθενή από τον γιατρό του.

Στην καναδική υπόθεση *R v. Bolduc and Bird* (1967) 63 DLR (2D) 82 (Can Sup Crt) δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στον διαχωρισμό των εννοιών «φύση» και «σκοπός» της προτεινόμενης θεραπείας¹.

3. Τις εναλλακτικές θεραπείες

Ο γιατρός οφείλει να εκθέσει προς τον ασθενή όλες τις εναλλακτικές θεραπείες που έχει υπόψη του και ταιριάζουν στην νόσο του, προκειμένου ο ίδιος ο ασθενής να τις εκτιμήσει μέσα από τους κινδύνους και τις ωφέλειες που κάθε μια συνεπάγεται και να δώσει την συναίνεση του για όποια εκείνος επιλέξει³⁸. Θα πρέπει πάντα να υπάρχει μια καθαρή συμφωνία για το αν ο ασθενής συγκατατίθεται σε όλες τις προτεινόμενες θεραπείες ή σε μέρος από αυτές. Ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για θεραπείες που δεν αναγνωρίζει η ιατρική κοινότητα ως έγκυρες και άρα ως επιτρεπόμενες ή για θεραπείες που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο.

Από τις ελάχιστες αποφάσεις που καταγράφονται στην ελληνική νομολογία είναι και η ΕφΑθ 197/1988, με την οποία δέχεται το Εφετείο Αθηνών ότι η αμέλεια ιατρού μπορεί να θεμελιωθεί σε σφάλμα περί της εκλογής θεραπείας, αν ο γιατρός δεν γνώριζε την κατάλληλη θεραπεία ή αν ο γιατρός επέλεξε μη ενδεδειγμένη για την περίπτωση του ασθενή θεραπεία, κατά τις κρατούσες για την Ιατρική επιστήμη αρχές.

4. Την προετοιμασία του ασθενή και λεπτομέρειες για τον τρόπο διεξαγωγής της θεραπείας

Ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει έγκαιρα τον ασθενή αναφορικά με τον τρόπο προετοιμασίας του προκειμένου ο τελευταίος να υποβληθεί στην προτεινόμενη θεραπεία ή να λάβει την προτεινόμενη αγωγή, με την μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια. Ο ασθενής για παράδειγμα θα πρέπει να γνωρίζει έγκαιρα αν θα ακολουθήσει μια συγκεκριμένη αγωγή δίαιτας, ή αν θα πρέπει για ένα 24ωρο να μην καταναλώσει στερεά τροφή, ενόψει χειρουργικής επέμβασης.

Επιπλέον ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για όσα πρόκειται να συμβούν κατά την διάρκεια της θεραπείας ή μετά από αυτή, ακόμη και για τον τρόπο χειρισμού της νόσου, καθώς και των κοινών ή σοβαρών επιπλοκών της σε επόμενο στάδιο. Για παράδειγμα ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει αν θα υποβληθεί σε γενική ή περιοχική αναισθησία, θα πρέπει

να γνωρίζει αν η συγκεκριμένη θεραπεία περιλαμβάνει τον ακρωτηριασμό ενός από τα μέλη του, ποια μέθοδος θα ακολουθηθεί για την ανακούφιση των πόνων κλπ.

Ο γιατρός θα πρέπει να αναζητήσει την συναίνεση του ασθενή προκειμένου να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα που από την εμπειρία του πιστεύει ότι μπορεί να ανακύψουν, στα οποία θεωρεί ότι ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί. Αν ο γιατρός προχωρήσει σε ιατρική ενέργεια παρακάμπτοντας ή αδιαφορώντας για την βούληση του ασθενούς, όπως αυτή εκφράστηκε στην έγγραφη ή προφορική συναίνεση του, θα πρέπει να δώσει πειστικές εξηγήσεις προς τον ασθενή οι οποίες να δικαιολογούν την στάση του. Στην αντίθετη περίπτωση, η παραβίαση των συμφωνηθέντων μεταξύ ασθενούς και γιατρού είναι πιθανόν να οδηγηθεί και να κριθεί στα δικαστήρια.

Οι ασθενείς εξάλλου έχουν δικαίωμα να πάρουν και μια δεύτερη γνώμη από άλλο γιατρό για την κατάσταση της υγείας τους και για την προτεινόμενη θεραπεία της.

Ο γιατρός δεν θα πρέπει να υπερβεί τα όρια της εξουσίας που του δίνει ο ασθενής, εκτός στις περιπτώσεις με επείγοντα χαρακτήρα.

Αν η θεραπευτική αγωγή έχει περισσότερα του ενός στάδια και κάθε στάδιο περιλαμβάνει αυτοτελείς ιατρικές πράξεις θα πρέπει σε κάθε στάδιο να ζητείται η συναίνεση του ασθενή.

5. Τους κινδύνους και τις ωφέλειες της προτεινόμενης αγωγής

Για κάθε επιλογή του ασθενή στην θεραπεία, θα πρέπει να δοθούν εξηγήσεις των πιθανών ωφελειών που θα προκύψουν από αυτή και των πιθανοτήτων επιτυχίας της. Επιπλέον θα πρέπει να συζητηθούν οι τυχόν σοβαροί κίνδυνοι που ενέχουν τέτοιου είδους επεμβάσεις ή θεραπείες και οποιαδήποτε αλλαγή στον τρόπο ζωής του ασθενή³⁹⁻⁴¹.

Το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών, με την υπ' αριθμ. 6890/1985 απόφαση του, δέχθηκε ως υποχρέωση του γιατρού την ανακοίνωση προς τον ασθενή των κινδύνων οποιασδήποτε χειρουργικής πράξης. Στις κορυφαίες αποφάσεις των Αγγλικών δικαστηρίων ανήκει και η απόφαση *Canterbury v. Spence* 464F 2D 772 (D.C. 1972), η οποία υποχρεώνει τον γιατρό να

ενημερώνει τον ασθενή για τους τυχόν κινδύνους της προτεινόμενης θεραπείας. Σύμφωνα δε με τα πραγματικά περιστατικά της εν λόγω υπόθεσης, βρετανός γιατρός καταδικάστηκε επειδή δεν ενημέρωσε δεκαεννιάχρονο ασθενή για τους κινδύνους που μπορεί να προκαλέσει η εκτομή πετάλου σπονδύλου ⁴².

6. Την μέθοδο που θα ακολουθήσει ο γιατρός

Ενημέρωση του ασθενή για το ποια από τις υπάρχουσες μεθόδους θα ακολουθήσει ο γιατρός του. Αν η προτεινόμενη από το γιατρό θεραπεία είναι πειραματική, ή μη εδραιωμένη επιστημονικά, ή μη αποδεκτή από την πλειοψηφία των γιατρών της ειδικότητας που αφορά, αυτό οφείλει να το γνωρίζει ο ασθενής ^{15, 43-47}.

7. Την ιατρική ομάδα

Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τον γιατρό που θα έχει την γενική ευθύνη του όλου εγχειρήματος και αν στην ομάδα του γιατρού θα συμμετέχουν ειδικευόμενοι και σε ποια έκταση.

Αν συμμετέχουν περισσότεροι του ενός γιατροί που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες και σε διαφορετικές κλινικές, ο ασθενής θα πρέπει να δώσει την συναίνεση του ξεχωριστά σε κάθε κλινική, όταν η αγωγή δεν είναι ενιαία.

8. Τις προσωπικές ιδιότητες του γιατρού

Ιδιαίτερα απασχολεί τα Αγγλοσαξονικά κράτη το ερώτημα αν ο γιατρός που επιλέγει ο ασθενής προκειμένου να υποβληθεί σε μια εξέταση ή θεραπεία, είναι φορέας του AIDS ή κάποιας άλλης μολυσματικής και μεταδοτικής νόσου. Αυτό το ζωνρό ενδιαφέρον των ασθενών προς τις ιδιότητες του γιατρού, αποδίδεται σε ένα σχετικά μικρό αριθμό υποθέσεων που έφτασε στα δικαστήρια της Αμερικής και της Αγγλίας, στις οποίες κατηγορούνταν γιατροί για το ότι μετέδωσαν σε ασθενείς σοβαρή νόσο της οποίας ήταν φορείς, ή ότι εξέθεσαν τους ασθενείς σε υψηλό κίνδυνο αποκρύπτοντάς τους την νόσο από την οποία έπασχαν.

Στην αμερικανική υπόθεση *Faya v. Almaraz* 620, A2d 327 (Md Ct App. 1993)⁴⁸, γιατρός χειρουργός καταδικάστηκε γιατί χειρούργησε ασθενείς, χωρίς να τους ενημερώσει πριν τις επεμβάσεις, ότι ήταν ασθενής του AIDS. Το Εφετείο απεφάνθη πως όφειλε να τους ενημερώσει ακόμα κι αν η πιθανότητα να νοσήσουν ήταν ελάχιστη.

9. Τα στατιστικά στοιχεία αποτελεσμάτων μιας θεραπείας.

Πόσες πιθανότητες δηλαδή επιτυχίας ή αποτυχίας δίνουν οι στατιστικές έρευνες για την συγκεκριμένη θεραπεία, αγωγή ή επέμβαση⁴⁹.

Συνήθως ένας γιατρός ενάγεται στο δικαστήριο για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενή ως προς τις στατιστικές πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας μιας θεραπείας, όταν ο ασθενής πεθάνει ή υποστεί σοβαρότατη σωματική βλάβη συνεπεία της. Κορυφαίος δε ισχυρισμός στις αγωγές αυτού του τύπου είναι ότι ο ασθενής δεν θα υποβαλλόταν στην προτεινόμενη από τον γιατρό του θεραπεία, αν γνώριζε τις ελάχιστες πιθανότητες για επιτυχή έκβαση της. Επιπλέον οι ασθενείς επικαλούνται σκοπιμότητα εκ μέρους των γιατρών, προκειμένου να τους καταστήσουν πειραματόζωα για τις μελέτες τους, με φάρμακα ή με τεχνικές που δεν είναι εγκεκριμένες, αδιαφορώντας για τον υψηλό κίνδυνο στον οποίο τους εκθέτουν.

10. Την ενδεχόμενη ερευνητική φύση της θεραπείας και την τυχόν ύπαρξη οικονομικών συμφερόντων

Οι εξετάσεις για ερευνητικούς σκοπούς κατ' αρχήν επιτρέπονται, υπό την προϋπόθεση όμως ότι το άτομο παραχωρεί ελεύθερα την συναίνεση του και οι ερευνητικοί μέθοδοι δεν προκαλούν κίνδυνο σε άλλα συνταγματικώς προστατευόμενα αγαθά. Η υπόθεση *Moore v. Regents of the University of California* συνέβαλε ουσιαστικά στο καθορισμό των ορίων της ερευνητικής φύσης μιας θεραπείας. Στην εν λόγω υπόθεση, ο θεράπων ιατρός του Moore, ασθενούς με λευχαιμία, του συνέστησε να υποβληθεί σε εγχείρηση αφαίρεσης σπλήνας. Η εγχείρηση ήταν ιατρικά ενδεδειγμένη και εκτελέστηκε με επιτυχία. Οι εναγόμενοι μεταξύ των

οποίων ήταν και το παν/μιο της Καλιφόρνιας, εν αγνοία του Moore και χωρίς την συναίνεση του χρησιμοποίησαν την σπλήνα του για να δημιουργήσουν κυτταρικές σειρές με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και να τις εκμεταλλευτούν εμπορικά. Για τον σκοπό αυτό συνέστησαν στον ασθενή να επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα το νοσοκομείο, όπου υπέστη ελάσσονες επεμβάσεις αφαίρεσης κι άλλων ιστών. Στόχος των επεμβάσεων αυτών ήταν να χρησιμοποιηθούν τα λαμβανόμενα κύτταρα για περαιτέρω εμπορική εκμετάλλευση. Ο ασθενής ζήτησε δικαστικά να συμμετέχει στην εκμετάλλευση των κυττάρων του. Η υπόθεση Moore έχει απασχολήσει τον νομικό τύπο πολλών χωρών λόγω της πληθώρας των θεμάτων που πραγματεύεται μεταξύ των οποίων είναι και ο καθορισμός του περιεχομένου της συναίνεσης. Η ενημέρωση του γιατρού στην οποία βασίζεται ο ασθενής για να αποφασίσει αν θα προβεί σε μια θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει και στοιχεία που αφορούν τους ερευνητικούς στόχους του ιατρού που σχετίζονται με την συγκεκριμένη θεραπεία. Αν δηλαδή ο ασθενής συμμετέχει σε ερευνητικό πρόγραμμα θα πρέπει να το γνωρίζει. Τα πέραν της θεραπείας κίνητρα του γιατρού ερευνητικά ή οικονομικά, είναι δυνατόν να επηρεάσουν την κρίση του ασθενούς και υπό την έννοια αυτή είναι σημαντικά για την δυνατότητα συναίνεσης του ασθενούς³⁴.

11. Το κόστος της προτεινόμενης αγωγής ή θεραπείας

Αν μπορεί εκ προοιμίου να υπολογιστεί το κόστος της νοσηλείας και της εν γένει θεραπείας ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγονται καταστάσεις όπου ο ασθενής δηλώνει αδυναμία πληρωμής της θεραπείας, αλλά και ο γιατρός χάνει την δυνατότητα να υπερκοστολογήσει μια επιτυχημένη θεραπεία μετά την ολοκλήρωσή της.

12. Την δυνατότητα ανάκλησης της συναίνεσης

Εκτός των παραπάνω ο γιατρός οφείλει να ενημερώνει και να υπενθυμίζει εγκαίρως τους ασθενείς ότι μπορούν να ανακαλέσουν την συγκατάθεση τους, όποτε αυτοί το θελήσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΜΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΠΟΤΥΠΩΝΕΤΑΙ Η ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΤΟΥ

ΓΙΑΤΡΟΥ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η υποχρέωση του γιατρού να μην ενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς την συναίνεση του ασθενούς, καθώς και η υποχρέωση του να παρέχει κάθε αναγκαία ενημέρωση αποτυπώνονται στα παρακάτω νομοθετικά κείμενα:

ΝΟΜΟΙ

1. Στο Σύνταγμα της Ελλάδος

Το δικαίωμα του ασθενή να αποφασίζει κατόπιν ενημέρωσης του για το αν θα δεχτεί ή όχι οποιασδήποτε μορφής επέμβαση στο σώμα του κατοχυρώνεται στα άρθρα 5 παρ.1 και 2 παρ.1 του Συντάγματος στο πλαίσιο της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρ.2 παρ.1)⁵⁰⁻⁵¹

2. Στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοιατρική (Οβιέδο 1997) που ισχύει στην Ελλάδα ως Ν. 2619/98

Κείμενο και Διευκρινίσεις

Άρθρο 5. Ο γενικός κανόνας της συναίνεσης

«Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του.»

Το άρθρο 5 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοιατρικής ασχολείται με την συναίνεση και βεβαιώνει σε διεθνές επίπεδο ότι κατ' αρχήν κανείς δεν μπορεί να εξαναγκαστεί να υποβληθεί σε επέμβαση χωρίς την συναίνεση του. Οι ασθενείς συνεπώς θα

πρέπει να μπορούν ελεύθερα να δίνουν ή να αρνούνται την συναίνεση τους προς οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση τους αφορά. Αυτή η αρχή κάνει σαφή την αυτονομία των ασθενών στις σχέσεις τους με τους γιατρούς και εμποδίζει τις οποιοσδήποτε πατερναλιστικές διαθέσεις των γιατρών οι οποίες μπορεί να φτάνουν μέχρι του σημείου να αδιαφορούν ως προς τις επιθυμίες των ασθενών τους.

Η λέξη επέμβαση γίνεται αντιληπτή με την ευρύτατη έννοια της και καλύπτει όλες τις ιατρικές ενέργειες, ιδιαίτερα τις επεμβάσεις που πραγματοποιούνται με στόχο την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την αποκατάσταση ή την έρευνα.

Η συναίνεση του ασθενή θεωρείται ελεύθερη και ενημερωμένη αν παρέχεται στην βάση αντικειμενικής πληροφόρησης από τον υπεύθυνο γιατρό καθώς κι αν παρέχονται πληροφορίες για την φύση και τις πιθανές συνέπειες της επιδιωκόμενης επέμβασης ή τις εναλλακτικές λύσεις χωρίς να ασκείται πίεση από κανένα.

Το άρθρο 5 παρ. 2 αναφέρεται στις πιο σημαντικές πλευρές των πληροφοριών που θα πρέπει να προηγούνται της επέμβασης. Ωστόσο δεν παρέχει για εξαντλητική λίστα. Η ενημερωμένη συναίνεση μπορεί να υπονοείται ανάλογα με τις συνθήκες και τα επιπλέον στοιχεία. Για να είναι έγκυρη η συναίνεση των ασθενών θα πρέπει οι τελευταίοι να έχουν ενημερωθεί σχετικά με τα γεγονότα της επέμβασης. Οι πληροφορίες που θα τους δοθούν θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον σκοπό, την φύση, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επέμβασης. Στην περίπτωση που θα χρειαστεί η διενέργεια εναλλακτικών λύσεων πάλι θα πρέπει να παρέχονται προς τους ασθενείς πληροφορίες. Οι πληροφορίες δηλαδή θα πρέπει να δίνονται όχι μόνο για τους κινδύνους που σχετίζονται με τον τύπο της σχεδιαζόμενης επέμβασης αλλά και για κάθε κίνδυνο που σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ασθενούς όπως για παράδειγμα την ηλικία ή τη συνύπαρξη στον ίδιο ασθενή κι άλλων παθήσεων.

Οποιοσδήποτε επιπρόσθετες ερωτήσεις υποβληθούν από τους ασθενείς θα πρέπει να απαντηθούν επαρκώς.

Επιπροσθέτως οι πληροφορίες θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και στην γλώσσα του ασθενούς που θα υποβληθεί σε επέμβαση. Μέσω της χρήσης όρων που ο ασθενής θα καταλαβαίνει θα πρέπει ο τελευταίος να προσμετρήσει την αναγκαιότητα ή την χρησιμότητα του σκοπού και της μεθοδολογίας της επέμβασης απέναντι στους πιθανούς κινδύνους, καθώς και τη δυσφορία ή τον πόνο που η επέμβαση μπορεί να προκαλέσει.

Η συναίνεση μπορεί να λάβει ποικίλες μορφές. Μπορεί να είναι ρητή ή υπαινισσόμενη. Η ρητή συναίνεση μπορεί να είναι είτε προφορική είτε γραπτή. Το άρθρο 5 το οποίο είναι γενικό και καλύπτει πολλές διαφορετικές περιπτώσεις δεν απαιτεί κάποια συγκεκριμένη μορφή συναίνεσης. Αυτό εξαρτάται κυρίως από την φύση της επέμβασης. Αποτελεί κοινό τόπο η άποψη ότι η ρητή συναίνεση δεν είναι κατάλληλη για ιατρικές πράξεις ρουτίνας. Η συναίνεση είναι συνεπώς πολύ συχνά εννοούμενη, εφόσον το εμπλεκόμενο άτομο είναι επαρκώς ενημερωμένο. Ωστόσο σε μερικές περιπτώσεις όπως για παράδειγμα επεμβατικές, διαγνωστικές ενέργειες ή θεραπείες η προφορική συναίνεση μπορεί να απαιτείται. Ειδική προφορική συναίνεση του ασθενούς πρέπει να αναζητείται στην περίπτωση συμμετοχής του σε ερευνητικά πρωτόκολλα ή στην αφαίρεση οργάνων που έχει ως στόχο την μεταμόσχευση τους. Η ελευθερία της συναίνεσης προϋποθέτει ότι η συναίνεση μπορεί να αποσυρθεί οποιαδήποτε στιγμή και ότι η απόφαση αυτή του ασθενούς θα γίνει πλήρως σεβαστή από την στιγμή που αυτός θα έχει πλήρως ενημερωθεί για τις συνέπειες. Ωστόσο η αρχή αυτή δεν σημαίνει για παράδειγμα πως η απόσυρση της συναίνεσης του ασθενούς κατά την διάρκεια μιας επέμβασης θα πρέπει πάντα να ακολουθείται. Βασικές επαγγελματικές αρχές, υποχρεώσεις και κανόνες υποχρεώνουν το γιατρό να συνεχίσει τη επέμβαση έτσι ώστε να αποφευχθεί σημαντικός κίνδυνος στην υγεία του ασθενούς.

Άρθρο 6. Προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν

«1.Επέμβαση δύναται να διενεργηθεί επί προσώπου που δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει, μόνο για άμεσο όφελος του.

2.Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το νόμο. Η γνώμη του ανήλικου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του.

3.Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου η σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης.»

Κάποια άτομα δεν έχουν την ικανότητα να δώσουν πλήρη και ενημερωμένη συναίνεση σε μια επέμβαση εξαιτίας είτε της ηλικίας τους (ανήλικοι) είτε της διανοητικής τους ικανότητας.

Είναι άρα αναγκαίο να εξειδικευτούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες μπορούν να γίνουν επεμβάσεις σε αυτούς τους ανθρώπους για να διασφαλιστεί η προστασία τους.

Η ανικανότητα να συναινέσουν θα πρέπει να γίνει κατανοητή στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης επέμβασης. Όμως θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η ποικιλία των νομικών συστημάτων που ισχύει στην Ευρώπη. Σε μερικές χώρες η ικανότητα των ασθενών να συναινέσουν θα πρέπει να επιβεβαιωθεί για κάθε επέμβαση ατομικά, ενώ σε άλλες χώρες το σύστημα εξαρτάται από τον θεσμό της νομικής ικανότητας βάσει του οποίου ένα πρόσωπο θεωρείται ανίκανο να δώσει την συναίνεση του σε ένα ή περισσότερους τύπους ιατρικών πράξεων. Από την στιγμή που σκοπός της εν λόγω σύμβασης δεν είναι να συστήσει ένα και μόνο σύστημα για όλη την Ευρώπη αλλά να προστατέψει τα άτομα που δεν είναι ικανά να δώσουν την συναίνεση τους, η αναφορά στο κείμενο του εσωτερικού δικαίου κάθε ευρωπαϊκού κράτους μέλους φαίνεται αναγκαία.

Το εσωτερικό δίκαιο κάθε χώρας θα πρέπει να αποφασίσει με το δικό του τρόπο πότε ένα άτομο είναι ικανό να δώσει την συναίνεση του σε μία επέμβαση καθώς και ότι μπορούν να

στερήσουν άτομα από το δικαίωμα τους για αυτονομία μόνο όταν αυτό επιβάλλει το συμφέρον τους.

Όμως προκειμένου να προστατέψει τα θεμελιώδη ατομικά δικαιώματα και ειδικά να αποφύγει την εφαρμογή μεροληπτικών κριτηρίων, η παράγραφος 3 δίνει λίστα των λόγων για τους οποίους ένας ενήλικας μπορεί να θεωρείται μη ικανός να συναινέσει κατά το εσωτερικό δίκαιο της χώρας του όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που έχει νοητική ανικανότητα, ή για άλλες παρόμοιες αιτίες. Ο όρος παρόμοιες αιτίες αναφέρεται σε εκείνες τις καταστάσεις όπως η κωματώδης κατάσταση όπου ο ασθενής είναι ανίκανος να διαμορφώσει επιθυμία ή να την εκφράσει. Αν οι ενήλικος έχει δηλώσει ανικανότητα αλλά για κάποιες χρονικές περιόδους δεν εμφανίζει μειωμένη νοητική ικανότητα, θα πρέπει σύμφωνα με το άρθρο 5 της Σύμβασης να δώσει ο ίδιος την συναίνεση του.

Όταν ένα άτομο δηλώνει ανίκανο να δώσει συναίνεση, η Σύμβαση θέτει εν ισχύ την αρχή της προστασίας κατά την οποία σύμφωνα πάντα με την παράγραφο 1 η επέμβαση θα πρέπει να εξυπηρετεί το άμεσο όφελος του προσώπου. Απόκλιση από αυτό τον κανόνα είναι δυνατόν να γίνει μόνο σε δύο περιπτώσεις που καλύπτονται από τα άρθρα 17 και 20 της Σύμβασης, στην περίπτωση της ιατρικής έρευνας και στην περίπτωση της αφαίρεσης αναπλασμένων ιστών αντίστοιχα.

Όταν μια ανήλικη ή ένας ενήλικος δεν είναι ικανοί για να δώσουν την συναίνεση τους σε μία επέμβαση, η επέμβαση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μόνο με την συναίνεση των γονιών του ανηλίκου που έχουν την επιμέλεια, ή με την συναίνεση των νόμιμων εκπροσώπων του ή με την συναίνεση οποιοδήποτε ατόμου ή σώματος προβλέπεται από το νόμο. Ωστόσο όσο αυτό είναι δυνατό, με στόχο την διατήρηση της αυτονομίας των ατόμων αναφορικά με τις επεμβάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους το δεύτερο μέρος της παραγράφου 2 ορίζει ότι η γνώμη των ανηλίκων θα πρέπει να θεωρείται ως ένας αποφασιστικός παράγοντας ανάλογα με την ηλικία τους και την ικανότητα τους να κάνουν διακρίσεις. Αυτό σημαίνει ότι σε

συγκεκριμένες περιπτώσεις στις οποίες λαμβάνεται υπόψη η φύση και η σοβαρότητα της επέμβασης, η ηλικία του ανηλίκου και η αντιληπτική του ικανότητα, η γνώμη του ανηλίκου έχει αυξημένη βαρύτητα στην τελική απόφαση. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η συναίνεση του ανηλίκου είναι αναγκαία ή τουλάχιστον επαρκής για την τέλεση κάποιων επεμβάσεων. Σημειωτέον ότι η πρόβλεψη της υπο-παραγράφου της παραγράφου 2 είναι σύμφωνη με το άρθρο 12 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η οποία αναφέρει ότι οι χώρες μέλη θα πρέπει να εξασφαλίσουν στο παιδί που είναι ικανό να διαμορφώσει τις δικές του απόψεις το δικαίωμα να εκφράσει αυτές τις απόψεις του ελεύθερα σε όλα τα θέματα που το επηρεάζουν. Οι απόψεις που εκφέρει ένα παιδί κρίνονται αναφορικά με την ηλικία του και την ωριμότητα του.

Επιπλέον η συμμετοχή των ενηλίκων που στερούνται της ικανότητας για συναίνεση σε αποφάσεις που τους αφορούν δεν θα πρέπει να αποκλεισθεί εξ ολοκλήρου. Αυτή η ιδέα αντανακλάται στην υποχρέωση των ενηλίκων να ορίζουν τα άτομα που θα τους εκπροσωπήσουν, όταν αυτό είναι δυνατό. Έτσι καθίσταται αναγκαίο να εξηγηθεί σε αυτούς η σημασία και οι συνθήκες της επέμβασης και μετά να ληφθεί η άποψη τους.

Το άτομο ή το σώμα του οποίου η εξουσιοδότηση αναζητείται θα πρέπει να έχει ενημερωθεί επαρκώς για τις συνέπειες και τους κινδύνους της επέμβασης.

Το άτομο ή το σώμα μπορεί να αποσύρει την εξουσιοδότησή του οποιαδήποτε στιγμή, υπό τον όρο ότι αυτό εξυπηρετεί το συμφέρον του ασθενή που στερείται της ικανότητας για συναίνεση. Το πρώτο καθήκον του γιατρού και του λοιπού ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς, το οποίο και αποτελεί μέρος των γενικών αρχών του επαγγέλματος του, είναι να ενεργήσει προς το συμφέρον του ασθενούς. Είναι πράγματι καθήκον του γιατρού να προστατεύει τον ασθενή από αποφάσεις που ενώ λαμβάνονται από εξουσιοδοτημένο από τον ίδιο πρόσωπο ή σώμα, δεν εξυπηρετούν το συμφέρον του. Υπό αυτό το πρίσμα το εθνικό δίκαιο κάθε κράτους θα πρέπει να ορίζει επαρκείς διαδικασίες προσφυγής.

Άρθρο 7. Η προστασία των ατόμων που πάσχουν από νοητικές διαταραχές

«Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαρής μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεση του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.»

Το εν λόγω άρθρο ασχολείται με το ζήτημα της θεραπείας ασθενών που πάσχουν από νοητικές διαταραχές. Από την μια μεριά αυτό συνιστά εξαίρεση από τον γενικό κανόνα της συναίνεσης που αναφέρεται στα ικανά για συναίνεση άτομα. Από την άλλη εγγυάται την προστασία αυτών των ατόμων περιορίζοντας τις περιπτώσεων στις οποίες μπορεί να υποβληθούν σε θεραπεία των διανοητικών τους διαταραχών χωρίς την συναίνεση τους. Ουσιαστικά επιτρέπει τις επεμβάσεις κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Προϋπόθεση πρώτη: το άτομο θα πρέπει να πάσχει από νοητική διαταραχή. Για να εφαρμοστεί το άρθρο αυτό θα πρέπει να είναι διαγνωσμένη η βλάβη των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου.

Προϋπόθεση δεύτερη: η επέμβαση θα πρέπει να είναι αναγκαία για την θεραπεία αυτών των νοητικών διαταραχών. Για κάθε άλλο τύπο επέμβασης ο γιατρός θα πρέπει να αναζητήσει την συναίνεση του ασθενή, εφόσον αυτό καθίσταται δυνατό, και η οποιαδήποτε συγκατάθεση ή άρνηση του ασθενή θα γίνει σεβαστή. Η άρνηση του ασθενή να δώσει την συναίνεση του για την επέμβαση, μπορεί να παραβλεφθεί μόνο στις περιπτώσεις που ο νόμος ορίζει, καθώς και στην περίπτωση που η μη πραγματοποίηση της επέμβασης θα έχει ως αποτέλεσμα ο ίδιος ο ασθενής να υποστεί σοβαρή βλάβη της υγείας του ή να απειλείται η υγεία και η ασφάλεια άλλων ανθρώπων. Με άλλα λόγια αν τα άτομα αυτά είναι την συγκεκριμένη στιγμή ικανά να δώσουν την συναίνεση τους και αρνούνται μια επέμβαση η οποία δεν σκοπεύει στην θεραπεία

της νοητικής τους διαταραχής, η αντίθεση τους προς την πραγματοποίηση της θεραπείας θα πρέπει να ληφθεί το ίδιο υπόψη όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ικανούς για συναίνεση ασθενείς.

Πολλά μέλη-κράτη έχουν νομοθεσίες που αφορούν τον χειρισμό της θεραπείας ασθενών που πάσχουν από σοβαρής φύσεως ψυχική νόσο, οι οποίοι είτε είναι υποχρεωτικά έγκλειστοι είτε λαμβάνουν θεραπεία σε επείγουσες και απειλητικές για την υγεία τους καταστάσεις, εκτός νοσηλευτικού ιδρύματος. Επιτρέπουν δε επεμβάσεις κάτω από σοβαρές συνθήκες προκειμένου να θεραπευτούν σοβαρές σωματικές παθήσεις. Σε τέτοιες δηλαδή περιπτώσεις η νομοθεσία επιτρέπει την θεραπεία που θα σώσει την ζωή αυτών των ασθενών.

Προϋπόθεση τρίτη: χωρίς την θεραπεία της νοητικής διαταραχής, ο ασθενής είναι πιθανόν να υποστεί σημαντική βλάβη στην υγεία του. Τέτοιος κίνδυνος υπάρχει για παράδειγμα όταν ένα άτομο πάσχει από τάσεις αυτοκτονίας. Το άρθρο αυτό ασχολείται μόνο με τον κίνδυνο που διατρέχει η υγεία του ίδιου του ασθενούς ενώ το άρθρο 26 της Σύμβασης επιτρέπει οι ασθενείς να υποβάλλονται σε θεραπεία παρά την θέληση τους προκειμένου να προστατέψουν τα δικαιώματα και τις ελευθερίες των άλλων ανθρώπων.

Προϋπόθεση τέταρτη: οι προβλεπόμενες συνθήκες που τίθενται από το εθνικό δίκαιο κάθε κράτους θα πρέπει να εποπτεύονται. Το άρθρο ουσιαστικά εξειδικεύει πώς οι προϋποθέσεις θα πρέπει να εποπτεύονται, να ελέγχονται και να υπάρχουν διαδικασίες προσφυγής. Για παράδειγμα να μπορεί να υποβληθούν σε δικαστικό έλεγχο. Αυτή η απαίτηση για έλεγχο είναι κατανοητή. Αναγκαίο όμως είναι να γίνει και μια συμφωνία για πληρέστερη προστασία των δικαιωμάτων αυτών των ανθρώπων.

Άρθρο 8. Επείγουσες περιπτώσεις

«Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.»

Σε επείγουσες περιπτώσεις οι γιατροί αντιμετωπίζουν σύγκρουση καθηκόντων ανάμεσα δηλαδή στην υποχρέωση τους να παράσχουν θεραπεία και στην επίσης υποχρέωση τους να αναζητήσουν την συναίνεση του ασθενούς. Το άρθρο αυτό επιτρέπει στον γιατρό να ενεργήσει άμεσα χωρίς να περιμένει να δοθεί η συναίνεση του ίδιου του ασθενή ή του ατόμου που είναι εξουσιοδοτημένο για το σκοπό αυτό. Καθώς οι προϋποθέσεις του άρθρου αποκλίνουν από αυτά που ορίζουν τα άρθρα 5 και 6 της Σύμβασης, θα πρέπει να συντρέχουν ειδικές συνθήκες. Αυτή η δυνατότητα του γιατρού περιορίζεται στις επείγουσες περιπτώσεις όπου ο γιατρός δεν έχει το χρονικό περιθώριο να αναζητήσει την συναίνεση του ασθενούς ή των εκπροσώπων του. Επιπλέον αυτό το άρθρο αφορά τόσο τα ικανά για συναίνεση άτομα, όσο και τα μη ικανά για συναίνεση άτομα όπως για παράδειγμα την περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα. Ακόμα όμως και στις επείγουσες περιπτώσεις οι γιατροί θα πρέπει να καταβάλουν κάθε προσπάθεια προκειμένου να προσδιορίσουν τι ο ασθενής θα επιθυμούσε αν διατηρούσε τις αισθήσεις του.

Η δυνατότητα αυτή του γιατρού περιορίζεται αποκλειστικά στις αναγκαίες για την σωτηρία του ασθενούς ιατρικές πράξεις οι οποίες δεν μπορούν να αναβληθούν. Εξαιρούνται οι επεμβάσεις που δεν είναι επείγουσες.

Άρθρο 9. Επιθυμίες εκφρασθείσες εκ των προτέρων

«Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.»

Αυτό το άρθρο σχεδιάστηκε για να καλύψει περιπτώσεις όπου ικανά και με αντίληψη άτομα εξέφρασαν την συναίνεση τους ή την άρνηση τους για μια μελλοντική ιατρική πράξη προκειμένου ο γιατρός που θα χειριστεί την κατάσταση τους να έχει την άποψη τους όταν οι ίδιοι δεν θα είναι σε θέση να την εκφράσουν. Αυτό το άρθρο δεν καλύπτει μόνο τις επείγουσες

περιπτώσεις του άρθρου 8 αλλά και τις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς προβλέπουν πως δεν θα έχουν την δυνατότητα να δώσουν την συναίνεση τους.

Το άρθρο αυτό επισημαίνει πως όταν ένα άτομο έχει εκφράσει την επιθυμία του, αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Αν πέρασε μεγάλο χρονικό διάστημα από τότε που ο ασθενής έδωσε την συναίνεση του για μια θεραπεία και εντωμεταξύ η επιστήμη προχώρησε, υπάρχει έδαφος ώστε να μην ληφθεί υπόψη η συναίνεση του ασθενούς.

Άρθρο 10. Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση

«Όλοι έχουν δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους, και όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Ωστόσο γίνεται σεβαστή η επιθυμία εκείνων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους.»

Περιορισμοί

Το άρθρο 26 παρ. 1 της εν λόγω Σύμβασης αναφέρεται στους περιορισμούς των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από αυτήν⁵². Ειδικότερα στο άρθρο 6 παρ.1 προβλέπει ότι επιτρέπονται οι επεμβάσεις στα πρόσωπα που δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης, όπως είναι οι ανήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον εξυπηρετείται το άμεσο συμφέρον τους. Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλεια τους ατόμου ή οργάνου (άρθρο 6παρ.3). Στο άρθρο 7 η εν λόγω σύμβαση, όταν αναφέρεται στην προστασία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές προβλέπει ότι επεμβάσεις χωρίς συναίνεση τους επιτρέπονται μόνο αν είναι απαραίτητες για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Με το άρθρο 7 δηλαδή προστίθεται ακόμη μια προϋπόθεση, η προστασία της υγείας του ψυχικώς πάσχοντος. Αλλά και στο άρθρο 8 η ίδια σύμβαση, καθορίζει τις περιστάσεις που πρέπει να ισχύουν σε επείγουσες περιπτώσεις, κάτω από τις οποίες ασκούνται τα δικαιώματα που περιέχονται στην σύμβαση.

Κατά συνέπεια η ανάγκη για συναίνεση μπορεί να περιοριστεί.

Η ενημέρωση αποτελεί δικαίωμα του ασθενούς αλλά όπως προβλέπεται από το άρθρο 10 η πιθανότητα της επιθυμίας του ασθενούς να μην ενημερωθεί θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Ωστόσο αυτό δεν καταργεί την ανάγκη αναζήτησης συναίνεσης για την επέμβαση που προτείνεται στον ασθενή.

Αν θεωρήσουμε τον Ν.2619/98 ως τον αρτιότερο και κατά συνέπεια ουσιαστικότερο νόμο που υιοθετήθηκε ποτέ από την ελληνική πραγματικότητα, προκειμένου να καθοριστεί το περιεχόμενο της ενημερωμένης συναίνεσης νομίζω πως συγκριτικά με άλλα κράτη και ιδιαίτερα με τα αγγλοσαξονικά, υστερεί σημαντικά. Αντί δηλαδή να περιορίζει την ενημέρωση του ασθενή στην φύση, στον σκοπό και στους κινδύνους της προτεινόμενης θεραπείας θα έπρεπε να διευρύνει την πληροφόρηση του ασθενή και σε άλλα πεδία. Εκτός του ότι δεν θεσπίζει ρητά την υποχρέωση του γιατρού να ενημερώνει τον ασθενή σε κάθε στάδιο για την κατάσταση της υγείας του, δεν προβλέπει καθόλου κυρώσεις στην περίπτωση παράβασης του νόμου από τον γιατρό. Θα λέγαμε ότι απλώς δίνει μια κατευθυντήρια γραμμή προς τους γιατρούς που δεν ενημερώνουν ή ενημερώνουν πλημμελώς τους ασθενείς τους.

4.Στο άρθρο 47 του Ν. 2071/92 που αφορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή.

Σε αυτό το νομοθετικό κείμενο το οποίο είναι εμπνευσμένο από το αντίστοιχο κείμενο που εκπονήθηκε από την Γερουσία του Βελγίου στις 289.6.79 ορίζονται τα ακόλουθα:

Στην παράγραφο 3: Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ικανότητα η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά τον νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

Στην παράγραφο 4: Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά την κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και

οικονομικών παραμέτρων της κατάστασης του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στην λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν την μετέπειτα ζωή του.

Στην παράγραφο 5: Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του στην περίπτωση εφαρμογής της παραγράφου 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής σε αυτόν ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του να δεχτεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

5. Στα άρθρα 31 παράγραφος 2 και 33 παρ. 1 του Ν.1851/89

Τα συγκεκριμένα άρθρα αφορούν το Νέο Σωφρονιστικό Κώδικα και στα οποία ορίζεται πως κάθε είδους αναγκαία ιατρική εξέταση ή ιατροχειρουργική επέμβαση σε κρατούμενο επιτρέπεται μόνο με την συναίνεση του.

6. Στο άρθρο 8 του Β.Α.26/5-6/7/1955 «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας»

Στο εν λόγω άρθρο καθιερώνεται ως υποχρέωση του γιατρού η προστασία της ζωής των ασθενών και η παράταση της κατά το μέτρο του δυνατού. Ειδικότερα ορίζονται τα παρακάτω: «Ο ιατρός οφείλει απόλυτο σεβασμό προς την τιμήν και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική ή χειρουργική επέμβαση δυνάμενη να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερα βούληση ασθενών εχόντων σώας τας φρένας. Ο ιατρός οφείλει απεριόριστη μέριμνα για την διατήρηση και διάσωση της ανθρώπινης ζωής. Υποχρεούται να αποφεύγει επιμελώς κάθε επέμβαση που μπορεί να έχει ως

αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αναπαραγωγής ή την διακινδύνευση της ζωής, εξαιρουμένων μόνο των περιπτώσεων αποδεδειγμένης και αναπόφευκτης θεραπευτικής ανάγκης.»

ΔΙΑΚΗΡΥΞΕΙΣ

1. Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης της Λισσαβόνας του 1981

Στα άρθρα 3 και 7 της Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης της Λισσαβόνας το 1981 η οποία αναφέρεται στα δικαιώματα του ασθενή και ειδικότερα στο δικαίωμα της ενημερωμένης συναίνεσης του προκειμένου να υποβληθεί στην οποιαδήποτε θεραπεία και στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης του σώματος του. Σύμφωνα με αυτά:

«Ο ασθενής έχει το δικαίωμα σε αυτοδιάθεση, να προβαίνει σε ελεύθερες αποφάσεις που τον αφορούν. Διανοητικά ικανός ενήλικος ασθενής έχει το δικαίωμα να παράσχει ή να αρνηθεί να παράσχει την συναίνεση του σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία. Ο ασθενής έχει δικαίωμα σε πληροφόρηση που είναι αναγκαία για να λάβει τις αποφάσεις του. Ο ασθενής πρέπει να κατανοεί καθαρά ποιος είναι ο σκοπός κάθε εξέτασης ή θεραπείας, ποια τα αποτελέσματα τους και ποιες θα είναι οι συνέπειες αν θα αρνηθεί να παράσχει συναίνεση».

«Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει ενημέρωση για τις καταχωρήσεις των ιατρικών του αρχείων και να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του.»

2. Διακήρυξη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας

Στο άρθρο 3 της Διακήρυξης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που αφορά την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη, ορίζεται:

«Η συναίνεση του ασθενούς μετά από ενημέρωση είναι προαπαιτούμενο κάθε ιατρικής επέμβασης. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνείται ή να σταματά μια ιατρική διαδικασία. Οι επιπτώσεις της άρνησης ή της διακοπής μιας τέτοιας επέμβασης πρέπει να εξηγούνται

προσεχτικά στον ασθενή. Όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός να εκφράσει την βούληση του και υπάρχει ανάγκη κατεπείγουσας ιατρικής επέμβασης, η συναίνεση του ασθενούς είναι δυνατόν να εικάζεται, εκτός αν είναι προφανές από προγενέστερη ρητή δήλωση βούλησης ότι θα αρνιόταν την συναίνεση σε μια τέτοια περίπτωση.

Όταν η συναίνεση του νομίμου εκπροσώπου απαιτείται και η προτεινόμενη επέμβαση είναι κατεπείγουσα, η επέμβαση μπορεί να λάβει χώρα, αν δεν είναι δυνατή η έγκαιρη λήψη της συναίνεσης του νόμιμου εκπροσώπου του ασθενούς. Όταν απαιτείται συναίνεση ενός νομίμου εκπροσώπου, ο ασθενής (είτε ανήλικος είτε ενήλικος) πρέπει παρόλα αυτά να συμμετέχει στην διαδικασία λήψης απόφασης στην μεγαλύτερη έκταση που του επιτρέπει η κατάσταση ικανότητάς του. Αν ο νόμιμος εκπρόσωπος αρνείται να παράσχει την συναίνεση του και ο γιατρός ή ο άλλος υγειονομικός λειτουργός έχει την γνώμη ότι η επέμβαση είναι προς το συμφέρον του ασθενούς, τότε η απόφαση πρέπει να εισάγεται στο δικαστήριο ή σε διαιτησία.

Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις όπου ο ασθενής είναι ανίκανος να παράσχει ενημερωμένη συναίνεση και όπου δεν υπάρχει νόμιμος εκπρόσωπος ή εκπρόσωπος που έχει υποδειχθεί από τον ασθενή για αυτή την περίπτωση, πρέπει να λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα για αναπληρωματική διαδικασία λήψης απόφασης, λαμβάνοντας υπόψη τι είναι γνωστό και στην μεγαλύτερη έκταση που είναι δυνατή η εικαζόμενη βούληση του ασθενούς.

Συμπερασματικά θα λέγαμε τα εξής:

Στο ελληνικό δίκαιο μέχρι το 1998 ειδική διάταξη νόμου που να αναφέρεται ρητά στο δικαίωμα ενημερωμένης συναίνεσης των ασθενών δεν υπήρχε. Ωστόσο αυτό το νομοθετικό έλλειμμα κάλυψε η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοιατρική. Η Ελληνική Βουλή κύρωσε την εν λόγω σύμβαση με τον ν. 2619 της 15^{ης} Ιουνίου του 1998 (ΦΕΚ Α΄/132/19.6.1998). Από τότε η σύμβαση αυτή αποτέλεσε μέρος του εσωτερικού δικαίου και έχει αυξημένη τυπική ισχύ όπως ορίζει το άρθρο 28 του Συντάγματος μας.

Αξίζει να επισημανθεί πως μέχρι το 1992 ο προσδιορισμός των δικαιωμάτων των ασθενών γινόταν έμμεσα με την θέσπιση των υποχρεώσεων των γιατρών προς τους ασθενείς. Δεν υπήρχαν δηλαδή νομικά κείμενα τα οποία ρητά και άμεσα να καθόριζαν τα δικαιώματα των ασθενών. Αυτή την έλλειψη κάλυψε το άρθρο 47 του Ν. 2071/92. Ο σχετικά πρόσφατος Ν. 2619/98 προχώρησε ένα βήμα περισσότερο, διευρύνοντας το πεδίο εφαρμογής του Ν.2071/92. Ουσιαστικά ο Ν. 2619/98 αναφέρεται σε όλους τους ασθενείς και δεν περιορίζεται μόνο στους νοσοκομειακούς. Επιπλέον ενώ στον Ν. 2071/92 η ενημέρωση του ασθενή περιοριζόταν στους κινδύνους από ασυνήθεις ή πειραματικές διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, τώρα πια η ενημέρωση του ασθενούς αφορά την φύση και τον σκοπό κάθε επέμβασης ή θεραπείας και τους πιθανολογούμενους από αυτήν κινδύνους.

Σημαντικό γεγονός αποτελεί η αυξημένη τυπική ισχύς του νόμου, η οποία έχει την έννοια ότι αν μελλοντικά προκύψει καινούργιο νομοθετικό κείμενο το οποίο θα αφορά στην ενημερωμένη συναίνεση θα πρέπει απαραίτητως να συνάδει με τις διατάξεις αυτού του νόμου. Κι ενώ στα Αγγλοσαξονικά κυρίως κράτη τα νομοθετικά κενά καλύπτονται από την νομολογία δεν συμβαίνει κάτι αντίστοιχο στην Ελλάδα. Οφείλομε δηλαδή να επισημάνομε την έλλειψη επαρκούς νομολογίας στην Ελλάδα, ικανής να οριοθετήσει το περιεχόμενο και την έκταση της υποχρέωσης για ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς.

Όσον αφορά στους έλληνες νομικούς, δεν έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα της συναίνεσης του ασθενούς στην προτεινόμενη από τον γιατρό θεραπεία του, αλλά κυρίως έχουν περιοριστεί στην σημασία των αυτόγνωμων ιατρικών πράξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΟΙ ΑΥΤΟΓΝΩΜΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Στον αντίποδα της ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενή βρίσκονται εννοιολογικά οι αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις. Ιατρικές πράξεις δηλαδή στις οποίες η λήψη της απόφασης για

την εκτέλεση τους εναπόκειται αποκλειστικά και μόνο στην κρίση του γιατρού. Ουσιαστικά σε αυτές ο γιατρός προχωρά στην διάγνωση, στην επέμβαση ή στην θεραπεία του ασθενή χωρίς να έχει στη διάθεση του την συναίνεση του ίδιου, των συγγενών του ή του προσώπου που νομίμως τον εκπροσωπεί.

Πρόκειται για πράξεις που δεν σέβονται την βούληση του ασθενή και ταυτοχρόνως αντιστρατεύονται την προσωπική του ελευθερία περιφρονώντας το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ανθρώπου. Συνεπώς πληρούν την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της παράνομης βίας, όπως αυτή περιγράφεται στο άρθρο 330 του Ποινικού μας Κώδικα, αφού εξαναγκάζουν τον ασθενή να ανεχθεί την ιατρική επέμβαση.

Σύμφωνα με το ελληνικό ποινικό δίκαιο άρση του αδικού χαρακτήρα της πράξης, έχουμε είτε όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της σύγκρουση καθηκόντων είτε όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της κατάστασης ανάγκης.

Ουσιαστικά σύγκρουση καθηκόντων υπάρχει όταν συρρέουν στο ίδιο πρόσωπο περισσότερα νομικά καθήκοντα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καθίσταται αδύνατη η εκπλήρωση του ενός χωρίς παραβίαση του άλλου.

Ειδικότερα όταν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις της σύγκρουσης καθηκόντων δύνανται οι ιατρικές πράξεις να αποβάλλουν τον άνομο χαρακτήρα τους:

1. Η αυτόγνωμη επέμβαση του γιατρού να κρίνεται απαραίτητη και να αποσκοπεί στην σωτηρία του ασθενή, στην αποτροπή βαριάς βλάβης της υγείας του, ακόμα και του θανάτου του.
2. Να υπάρχει άμεσος και σπουδαίος κίνδυνος για την ζωή και υγεία του ασθενή, τέτοιος που να καθιστά αδύνατη την αναβολή της ιατρικής πράξης⁵³
3. Ο ασθενής, οι συγγενείς του ή ο νόμιμος εκπρόσωπος του να μην είναι σε θέση να δώσουν την συναίνεση τους.

Τυπική περίπτωση αδυναμίας συναίνεσης του ασθενή αποτελεί η διακομιδή ασθενούς χωρίς τις αισθήσεις του, σε νοσοκομείο που τελεί σε εφημερία, συνεπεία τροχαίου ατυχήματος, και χωρίς να συνοδεύεται από κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή φίλο.

Ειδικότερα ως προς την συναίνεση του ασθενή που δεν έχει τις αισθήσεις του θα μπορούσαν να ειπωθούν τα εξής:

Ο γιατρός οφείλει να ελέγχει κατά τον χρόνο της ενημέρωσης του ασθενή, αν ο τελευταίος είναι σε θέση να αντιληφθεί το είδος, την έκταση της ασθένειας του, τους κινδύνους και τις ωφέλειες της προτεινόμενης θεραπείας. Συχνά υπό την επήρεια φαρμακευτικής αγωγής, επηρεάζεται σημαντικά η βούληση και η κρίση του ασθενή. Σε αυτές τις περιπτώσεις η συναίνεση του προς την προτεινόμενη θεραπεία δεν μπορεί να είναι έγκυρη. Αυτή η κατάσταση δεν απαλλάσσει τον γιατρό από την υποχρέωση ενημέρωσης. Βεβαίως η μειωμένη αντίληψη του ασθενή ως προς τα πράγματα, μπορεί να είναι μόνιμη ή και παροδική. Ανεξάρτητα όμως από την μονιμότητα ή παροδικότητα της, η υποχρέωση ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή μετατίθεται στα συγγενικά του πρόσωπα. Αν εξαιτίας της νόσου του ασθενή, πιθανολογείται το μακροχρόνιο της θεραπείας του, ο ασθενής σύμφωνα με τις επιταγές του ελληνικού αστικού δικαίου θα πρέπει να τεθεί σε δικαστική απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη. Σε αυτή την περίπτωση οι συγγενείς καλούνται να δώσουν ή να αρνηθούν την συναίνεση τους, σύμφωνα με την εικαζόμενη συναίνεση του ασθενή, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφερόταν οποιοσδήποτε λογικός άνθρωπος σε παρόμοια κατάσταση, αν λειτουργούσε με γνώμονα το συμφέρον του. Οι συγγενείς ουσιαστικά ενεργούν σύμφωνα με τις διατάξεις της διοίκησης αλλότριων του άρθρου 730 του Αστικού Κώδικα.

Στις αυτόγνωμες ιατρικές πράξεις ο γιατρός καλείται να επιλέξει ανάμεσα σε δύο συγκρουόμενα καθήκοντα. Από την μια ο γιατρός έχει υποχρέωση να περιθάλψει και να διασώσει τον ασθενή διατρέχοντας τον κίνδυνο στην αντίθετη περίπτωση να διωχθεί, με βάση το άρθρο 307 του Ποινικού μας Κώδικα που αναφέρεται στην παράλειψη λύτρωσης από

κίνδυνο ζωής και το άρθρο 9 του Β.Δ Περί κανονισμού της Ιατρικής Δεοντολογίας της 25/5/6.7.1955, και από την άλλη θα πρέπει να σεβαστεί το δικαίωμα της βούλησης του ασθενή και της προσωπικής του ελευθερίας, κινδυνεύοντας έτσι να διωχθεί για παράνομη βία και κατακράτηση.

Συνεπώς η σύγκρουση καθηκόντων μπορεί να προσφέρει την νομική βάση στην οποία θα στηριχθεί η υπεράσπιση του γιατρού.

Αλλά και όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της κατάστασης ανάγκης αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης. Όταν δηλαδή υπάρχει παρών και αναπότρεπτος με άλλα μέσα κίνδυνος, για το πρόσωπο ή την περιουσία του δράστη ή κάποιου άλλου, εφόσον η βλάβη που προκλήθηκε είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και την σπουδαιότητα από την βλάβη που απειλήθηκε.

Εδώ βεβαίως ανακύπτει το ζήτημα αν η προσβολή της προσωπικής ελευθερίας του ασθενούς που προκαλείται με την αυτόγνομη ιατρική πράξη είναι σημαντικά κατώτερη ως προς το είδος και την σπουδαιότητα από την απειλούμενη προσβολή της υγείας και της ζωής.

Είναι όμως ιδιαίτερος δύσκολο να γίνει ο οποιοσδήποτε εκτιμητής της αξίας και της σπουδαιότητας δύο τόσο σημαντικών δικαιωμάτων. Άλλωστε και από κανένα πολιτειακό κείμενο δεν προκύπτει η υπεροχή του ενός δικαιώματος έναντι του άλλου.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΟΙ ΑΝΗΛΙΚΟΙ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥΣ ΝΑ ΔΙΝΟΥΝ

ΤΗΝ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΣΗ

ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ανηλικότητα αποτελεί μια δυναμικά διαπλαστική χρονική περίοδος μετάβασης των νέων προς την ενηλικίωση, η οποία κάλλιστα μπορεί να ταυτιστεί και να αποδοθεί με την λέξη αλλαγή. Σωματικές, νοητικές και συναισθηματικές αλλαγές σφραγίζουν κάθε φάση εξέλιξης του ανηλικού. Ο τρόπος με τον οποίο ο ανήλικος αναπτύσσεται, λειτουργεί και ωριμάζει είναι πραγματικά εντυπωσιακός. Εντυπωσιακός όμως είναι και ο τρόπος με τον οποίο ο ανήλικος αντιδρά στις προκλήσεις που δέχεται από το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον και ειδικότερα ο τρόπος που «αλλάζει»⁵⁴.

Οτιδήποτε συμβαίνει στην περίοδο της ανηλικότητας, καλό ή κακό σημαδεύει καθοριστικά την μετέπειτα ζωή του.

Ωστόσο οι αλλαγές που βιώνουν οι ανήλικοι διαφοροποιούνται αναφορικά με το φύλο καθώς και από τον διαφορετικό χειρισμό που επιφυλάσσει για αυτούς κάθε κοινωνία⁵⁵⁻⁵⁷. Πολλοί έχουν την εντύπωση πως ο κόσμος των αγοριών κατά την διάρκεια της ανηλικότητας επεκτείνεται σημαντικά σε αντίθεση με εκείνο των κοριτσιών που μοιάζει να στενεύει. Αυτή η εντύπωση τελεί σε απόλυτη εξάρτηση των προτύπων, των αρχών, των ιδεολογιών που υιοθετεί κάθε κοινωνία προς τα μέλη της.

Η ανηλικότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μια ενιαία περίοδος που ξεκινά περίπου στο 10^ο έτος και ολοκληρώνεται στο 17^ο έτος της ηλικίας κάθε νέου. Η διαφορετική όμως συμπεριφορά που εκδηλώνει ο ανήλικος σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους σε σχέση πάντα με τις αλλαγές που βιώνει στο σώμα του, επιβάλλουν τον χωρισμό της ανηλικότητας σε τρία στάδια⁵⁸.

Έτσι από ιατρικής άποψης έχουμε τα ακόλουθα στάδια:

1) το στάδιο της πρώτης ανηλικότητας, στο οποίο εξετάζονται οι νέοι ηλικίας 10 έως και 13 ετών,

2) το στάδιο της μεσαίας ανηλικότητας στο οποίο εξετάζονται οι ανήλικοι ηλικίας 13 έως και 16 ετών και

3) το στάδιο της τελευταίας ανηλικότητας στο οποίο εξετάζονται οι ανήλικοι ηλικίας 16 και 17 ετών.

Στάδιο πρώτης ανηλικότητας. Σε αυτό το στάδιο αλλάζουν σημαντικά τα φυσικά χαρακτηριστικά των ανηλίκων. Τα κορίτσια παίρνουν βάρος και ύψος, αποκτούν στήθος και αναπτύσσουν τριχοφυΐα. Στα αγόρια η φωνή βαθαίνει και η σεξουαλικότητα τους γίνεται πιο εμφανής. Οι γονείς νοιώθουν την ανάγκη να γίνουν πιο προστατευτικοί ιδιαίτερα απέναντι στις κόρες τους που χάνουν τα παιδικά τους χαρακτηριστικά νωρίτερα από ότι τα αγόρια.

Η ίδια η κοινωνία που έχει συγκεκριμένες προσδοκίες για το πώς ανήλικοι αυτής της ηλικίας θα πρέπει να συμπεριφέρονται μοιάζει να τους ασκεί πιέσεις. Πιέσεις που δύσκολα αντιμετωπίζονται χωρίς την στήριξη, την φροντίδα και την καθοδήγηση ικανών ενηλίκων. Η μετάβαση αυτή γίνεται πιο περίπλοκη όταν για κάποια κορίτσια η ανάπτυξη του σώματος τους προηγείται της ηλικίας τους. Έτσι για κάποια κορίτσια, κυρίως της Αφρικανικής ηπείρου, η εμμηνόρροια δεν ξεκινά στα δώδεκα τους χρόνια αλλά πολύ ενωρίτερα, στο 8^ο έτος της ηλικίας τους. Αυτή η διαφοροποίηση στην ανάπτυξη από τις συνομήλικες τους, τις διαφοροποιεί και από πλευράς σεξουαλικής συμπεριφοράς. Μέσα από αυτό το γεγονός της πρόωρης ανάπτυξης, της πρόωρης εσωτερικής αλλαγής του σώματος κάποιων ανηλίκων κοριτσιών επισημαίνουμε και την διαφοροποίηση στην συμπεριφορά τους. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξε και μια αμερικανική έρευνα για την υγεία των ανηλίκων αποκαλύπτοντας ότι οι ανήλικοι που η εμφάνιση τους προδίδει άτομο μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν προδιάθεση για πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Εδώ μια εξωτερική αλλαγή, και όχι εσωτερική, φαίνεται να επηρεάζει την σεξουαλική συμπεριφορά κάποιων ανηλίκων. Σε αυτό το στάδιο τα ανήλικα αγόρια τείνουν να αναζητούν σε μικρότερο βαθμό την λήψη

πληροφοριών από τους γονείς τους για τις σωματικές αλλαγές που βιώνουν σε σχέση με τα συνομήλικα τους κορίτσια.

Αλλά και ο τρόπος σκέψης των ανηλίκων αυτής της ηλικίας είναι ιδιαίτερος. Δεν μπορούν να σκεφτούν αφαιρετικά. Απλώς συνδέουν τις πληροφορίες που λαμβάνουν με τα βιώματα τους. Συνήθως δεν κάνουν σχέδια για το μέλλον τους και δύσκολα αντιλαμβάνονται καταστάσεις που δεν τις έχουν ζήσει. Αυτή η διαπίστωση έχει αξία για εκείνους που διαμορφώνουν προγράμματα πρόληψης κηήσεων για αυτές τις ηλικίες. Για παράδειγμα δεν μπορείς να ζητήσεις από μια ανήλικη των 11 ετών να φανταστεί και να περιγράψει ένα πρόγραμμα πρόληψης κηήσεων ή να κατανοήσει ένα ήδη δημιουργημένο πρόγραμμα. Όπως εξαιρετικά δύσκολο είναι για μια ανήλικη αυτής της περιόδου να αντιληφθεί τις ευκαιρίες που μπορεί να χάσει εξαιτίας μιας εγκυμοσύνης σε αυτή την ηλικία.

Σημαντικές όμως είναι και οι συναισθηματικές αλλαγές που βιώνουν οι ανήλικοι των 10 έως και 13 χρόνων. Οι αρχές και οι αξίες που οι ανήλικοι «κουβαλούν» από το σπίτι τους δοκιμάζονται από τους συνομήλικους τους οι οποίοι ασκούν τεράστια επιρροή πάνω τους. Παρότι νοιώθουν έντονα συναισθήματα, δύσκολα τα εξωτερικεύουν. Δοκιμάζουν διαφορετικούς τρόπους συμπεριφοράς, μετρούν τις αντιδράσεις στις διάφορες στρατηγικές που αναπτύσσουν. Η ευθύνη τους αλλά και η συναισθηματική τους φόρτιση αυξάνεται όταν μεταβαίνουν από το δημοτικό στο γυμνάσιο. Σε αυτό συντελεί και το γεγονός ότι οι ανήλικοι αυτού του σταδίου απολαμβάνουν μεγαλύτερων ελευθεριών στην λήψη αποφάσεων και τυγχάνουν λιγότερης επίβλεψης.

Στάδιο μεσαίας ανηλικότητας. Οι ανήλικοι αυτής της περιόδου απεικονίζονται στα ΜΜΕ ως οι τυπικοί ανήλικοι. Σε αυτό το στάδιο συνεχίζονται οι αλλαγές στο σώμα των ανηλίκων καθώς και οι αλλαγές στην σεξουαλικότητα τους. Τα κορίτσια γίνονται υπερευαίσθητα με την εμφάνιση τους αναζητώντας διαρκώς την βελτίωση της μέσα από τα πρότυπα που προβάλλει η κοινωνία στην οποία ζουν. Κάποια από αυτά φτάνουν στο σημείο να αναπτύσσουν

διατροφικές διαταραχές εξαιτίας της παρατεταμένης δίαιτας στην οποία υποβάλλονται. Τεράστια επίδραση στην ψυχολογία τους και στην συμπεριφορά τους ασκούν και σε αυτό το στάδιο οι συνομήλικοι τους και το σχολείο. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ανήλικους αυτής της ηλικίας υποστήριξε ότι αφενός οι ανήλικοι επηρεάζονται περισσότερο από φιλικές ομάδες συνομηλίκων παρά από μεμονωμένους φίλους, αφετέρου ότι οι ανήλικοι που διαλέγουν ως πρότυπα ομάδες συνομηλίκων με όνειρα και ιδανικά, πηγαίνουν καλύτερα στην ζωή τους από εκείνους που διαλέγουν ομάδες οι οποίες μπορούν να τους επηρεάσουν προς την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών. Οι γονείς και τα πιστεύω τους παίζουν τώρα δευτερεύοντα ρόλο σε σχέση με τις πιέσεις που ασκούν προς αυτούς οι συνομήλικοι τους. Για πολλούς ανήλικους αυτής της ηλικίας το σχολείο μπορεί να γίνει ένα λιγότερο φιλόξενο μέρος. Η εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών συναντάται κατά κόρον σε αυτή την φάση ανηλικότητας. Από αυτό το στάδιο όμως αγόρια και κορίτσια αρχίζουν να σκέφτονται αφαιρετικά και να κάνουν μακροπρόθεσμα σχέδια.

Στάδιο τελευταίας ανηλικότητας. Σε αυτό το στάδιο ο ανήλικος ξεκινά να παίζει ρόλους ενήλικου και να αναλαμβάνει ευθύνες ενήλικου. Μπορεί μάλιστα να επιζητήσει να μείνει σε ανεξάρτητη στέγη από τους γονείς του. Η σωματική του διάπλαση ολοκληρώνεται και η επιρροή της οικογένειας του συνεχώς συγκρούεται με εκείνη των συνομηλίκων του. Σαφώς σε αυτή την ηλικία οι ανήλικοι κάνουν όνειρα και σχέδια για το μέλλον, πολλοί μάλιστα λειτουργούν και σκέφτονται όπως οι ενήλικοι.

Αγόρια και κορίτσια νοιώθουν άβολα όταν δείχνουν την στοργή τους προς τον γονέα του αντίθετου με αυτά φύλου. Διατυπώνουν άμεσες ερωτήσεις γύρω από το σεξ και δείχνουν υπερεκτίμηση στον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται. Νοιώθουν ότι τα συναισθήματά τους είναι μοναδικά. Πολλές φορές μάλιστα γίνονται ιδιαίτερος δραματικοί όταν περιγράφουν καταστάσεις που τους έχουν εξοργίσει ή ευχαριστήσει. Παράλληλα χρησιμοποιούν εκφράσεις που δείχνουν την απολυτότητα και την μοναδικότητα των συναισθημάτων τους. Απόλυτοι

είναι και στις παρατηρήσεις τους. Θεωρούν τους εαυτούς τους δίκαιους ως προς τις κρίσεις τους και δεν αφήνουν περιθώριο για λάθος στους ενήλικες.

Το σημαντικότερο όμως είναι ότι ακόμα και σε αυτό το στάδιο δεν έχουν ακριβή αίσθηση του κινδύνου. Μπορεί για παράδειγμα να κάνουν σεξ χωρίς την απαραίτητη προφύλαξη, μπορεί να οδηγήσουν έχοντας καταναλώσει μεγάλη ποσότητα αλκοόλ κλπ.

Συμπερασματικά η περίοδο της ανηλικότητας αποτελεί μια περίοδο αναζήτησης της ταυτότητας αγοριών και κοριτσιών, διαμόρφωσης της προσωπικότητας τους, προσδιορισμού της σεξουαλικότητας τους, και καθιέρωσης της αυτονομία τους. Μια αυτονομία που όμως δεν έχει την έννοια της πλήρους ανεξαρτησίας από τους γύρω τους αλλά την έννοια της κυριαρχίας προς το άτομο τους, και της μικρότερης συναισθηματικής εξάρτησης από τους οικείους τους.

Άλλωστε η συνεχώς αυξανόμενη διάρκεια της υποχρεωτικής εκπαίδευσης των ανηλίκων καθώς και η ανάγκη για παράλληλη συνεχή μόρφωση τους σε άλλα πεδία, κρατά τους ανήλικους για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε οικονομική εξάρτηση από τους οικείους τους.

Η περίοδος της ανηλικότητας δεν υπόσχεται αλλαγές βέβαια μόνο για τον ίδιο τον ανήλικο αλλά επιφυλάσσει εκπλήξεις και για τους ανθρώπους που τον περιβάλλουν και κυρίως για την οικογένεια του.

Για να μπορέσουν οι γονείς του να βιώσουν τις αλλαγές αυτές χωρίς προβλήματα, την μετάβαση δηλαδή του ανηλίκου προς την ενηλικίωση, θα πρέπει να καταλάβουν τι πραγματικά συμβαίνει στο σώμα του και πως αυτό επηρεάζει τον ψυχισμό του.

Η ισορροπία μεταξύ των δικαιωμάτων του ανηλίκου και των γονιών του αποτελεί θέμα πάντα επίκαιρο και ανοικτό προς διερεύνηση. Κάτω από αυτό το πρίσμα είναι δύσκολο ιδιαίτερα για εκείνους που χαράζουν ή συμμετέχουν στην δημιουργία πολιτικών, να θεσπίσουν νομοθεσία η οποία θα αναγνωρίζει ή θα στερεί την δυνατότητα από τον ανήλικο να δίνει την συναίνεση του προτού υποβληθεί σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη.

Κι ενώ φαίνεται λογικό για κάποιους, το δικαίωμα των γονιών να αποφασίζουν για λογαριασμό των ανήλικων παιδιών τους προκειμένου αυτά να υποβληθούν σε κάποια εξέταση ή θεραπεία, από την άλλη είναι εξίσου σημαντικό για ένα νέο άτομο να αποφασίζει για την ζωή του και για την υγεία του όπως και να έχει ελεύθερη πρόσβαση προς τις αρμόδιες ιατρικές υπηρεσίες, όποτε εκείνο κρίνει αναγκαίο.

Δεν είναι λίγοι οι ανήλικοι που διστάζουν να αναζητήσουν ψυχολογική στήριξη, ιατρική συμβουλή και φροντίδα σε υπηρεσίες υγείας, ακόμα κι όταν βρίσκονται σε εξαιρετική ανάγκη, επειδή ακριβώς στην όλη διαδικασία θα πρέπει να αναμιχθούν οι γονείς τους.

Στην πλειοψηφία τους οι κοινωνίες, εκφραζόμενες μέσω της νομοθεσίας τους, επιτρέπουν στους γονείς να αποφασίζουν για λογαριασμό των παιδιών τους όταν τίθενται ιατρικά ζητήματα, με το σκεπτικό της έλλειψης εμπειρίας και κριτικής ικανότητας των ανηλίκων για την λήψη αποφάσεων πριν την ενηλικίωση τους.

Σε κάποιες μάλιστα από αυτές η νομοθεσία καθιστά τον ανήλικο που τελεί γάμο νομικά ικανό να αποφασίσει για όλα όσα τον αφορούν. Ο θεσμός της χειραφετημένης ανήλικης, δίνει στις ανήλικες το δικαίωμα να συναινέσουν στην προτεινόμενη από το γιατρό θεραπεία, αν είναι παντρεμένες, έγκυες ή γονείς ενός παιδιού.

Σε άλλες πάλι πολιτείες, κυρίως των ΗΠΑ, τα δικαστήρια έχουν υιοθετήσει τον όρο «ώριμος ανήλικος»⁵⁹⁻⁶⁴. Ο όρος αυτός επιτρέπει σε κάποιους ανήλικους που κρίνονται ως ιδιαίτερος ώριμοι να αντιληφθούν την φύση και τις συνέπειες της προτεινόμενης από τους γιατρούς θεραπείας, να δίνουν εγκύτως την συναίνεση τους, προκειμένου να υποβληθούν σε αυτή, χωρίς να απαιτείται προηγούμενη ενημέρωση ή άδεια των γονιών τους. Η τακτική αυτή διευκολύνει την παροχή αναγκαίας ή επείγουσας περίθαλψης κυρίως όταν η γονεϊκή συναίνεση είναι δύσκολο να αποκτηθεί. Επιπλέον προστατεύει τους γιατρούς από την αναζήτηση ευθυνών εκ μέρους του ανηλίκου ασθενή, ευθύνη που θα στηριζόταν στην μη λήψη ενημερωμένης συναίνεσης προς την προτεινόμενη από το γιατρό θεραπεία. Βεβαίως

ακόμα και στις πολιτείες όπου η νομοθεσία τους έχει αποδεχτεί την ωριμότητα-ικανότητα κάποιων ανηλίκων, τουλάχιστον αυτών που έχουν συμπληρώσει το 14^ο έτος της ηλικίας τους, δεν υπάρχει συγκεκριμένος κανόνας στον οποίο να βασίζεται η κρίση τους.

Αν θα εξετάζαμε τα δικαιώματα του ανήλικου κάνοντας μια ιστορική αναδρομή θα διαπιστώναμε τα εξής:

Μέχρι το 1800 τα παιδιά θεωρούνταν “ιδιοκτησία” των γονιών τους και ιδιαίτερα του πατρός τους. Δεν είχαν δικαιώματα και οι γονείς τους τα μεγάλωναν χωρίς να υπόκεινται σε κάποιο κρατικό περιορισμό ή υπόδειξη⁶⁰. Το γονεϊκό καθήκον για στήριξη και προστασία των παιδιών τους ήταν μόνο συνειδησιακό. Κατά την διάρκεια της Βιομηχανικής επανάστασης, οι κοινωνικομεταρρυθμιστές έδωσαν προσοχή στις ανάγκες των παιδιών και στην διαμόρφωση νόμων που τα αφορούν. Το κράτος άρχισε να μεριμνά και να ενδιαφέρεται για τα παιδιά ουσιαστικά. Η πολιτεία είχε δικαίωμα και καθήκον να παραμερίσει την γονεϊκή αυτονομία, να ενεργήσει ως παρένθετος γονιός και όπου ήταν αναγκαίο να παράσχει προστασία για την ζωή και την υγεία των παραμελημένων και κακοποιημένων παιδιών. Έτσι μέχρι και το 1952 δεν ήταν ασυνήθιστο στην Αμερική ένα δικαστήριο να δώσει εντολή στο πρόσωπο που είχε υποδειχθεί από το κράτος ως επίτροπος του παιδιού να δώσει την συναίνεση του προκειμένου το παιδί να υποβληθεί στην προβλεπόμενη θεραπεία, ακόμα κι αν οι γονείς του την αρνούσαν ή ήταν αντίθετοι με την συναίνεση αυτή. Ουσιαστικά πριν την δεκαετία του 1960, οι ανήλικοι δεν θεωρούνταν ικανοί να δώσουν στην Αμερική την συναίνεση τους.

Τα δικαιώματα των παιδιών ισχυροποιήθηκαν στην Αμερική το 1967 όταν το Ανώτατο τους δικαστήριο απεφάνθη ότι τα παιδιά θεωρούνται κατά το Σύνταγμα φορείς δικαιωμάτων και υποχρεώσεων⁶⁰. Επιπλέον το 1971 άλλαξε η ηλικία βάση της οποίας ένα παιδί θεωρείται ανήλικο. Έτσι σύμφωνα με τις νέες επιταγές του δικαίου ανήλικο ήταν το παιδί που δεν είχε συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του και όχι εκείνο που δεν είχε συμπληρώσει το 21^ο έτος της ηλικίας του. Από το 1971 και έπειτα οποιοσδήποτε αμερικανός υπήκοος είχε συμπληρώσει

το 18ο έτος της ηλικίας του μπορούσε να δώσει έγκυρα την συναίνεση του και να υποβληθεί στην ιατρική θεραπεία που επιθυμούσε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για να προσεγγίσουμε το δικαίωμα της συναίνεσης του ανηλίκου, θα πρέπει κατ' αρχήν να εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας στην δικαιοπρακτική ικανότητα του, την ικανότητα του δηλαδή να συνάπτει συμβάσεις ιατρικής αγωγής, χωρίς την εμπλοκή των γονιών του ή των προσώπων που έχουν την επιμέλεια του.

Σύμφωνα με το άρθρο 127 του Αστικού Κώδικα πλήρη ικανότητα να συνάπτουν συμβάσεις ιατρικής αγωγής αποκτούν τα άτομα με την ενηλικίωση τους, δηλαδή με την συμπλήρωση του δέκατου όγδοου έτους της ηλικίας τους. Συνεπώς οι ανήλικοι μπορεί να έχουν ή περιορισμένη ικανότητα να συνάπτουν συμβάσεις ή απόλυτη ανικανότητα. Δεν μπορούμε δηλαδή να μιλάμε για πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα του ανήλικου. Περιορισμένα ικανοί θεωρούνται οι ανήλικοι που ηλικιακά βρίσκονται μεταξύ του 10^{ου} και του 18^{ου} έτους, ενώ απολύτως ανίκανοι για την σύναψη οποιαδήποτε σύμβασης ιατρικής ή μη, θεωρούνται οι ανήλικοι που δεν έχουν συμπληρώσει το 10^ο έτος της ηλικίας τους (129ΑΚ). Σύμφωνα με τα άρθρα 128 παρ. 1, και 129 του Αστικού Κώδικα, οι ανήλικοι που έχουν ανικανότητα ή περιορισμένη δικαιοπρακτική ικανότητα, δεν συνάπτουν συμβάσεις αυτοπροσώπως αλλά μέσω των νομίμων εκπροσώπων τους, δηλαδή των προσώπων που ασκούν την γονική μέριμνα τους και έχουν την εξουσία εκπροσώπησης τους σε δικαιοπραξίες (ΑΚ 1510 παρ.1 εδ.2.). Τα πρόσωπα αυτά δεν συμβάλλονται στο όνομα του ανηλίκου, αλλά στο δικό τους όνομα υπέρ του ανηλίκου¹¹.

Όταν η γονική μέριμνα ασκείται και από τους δύο γονείς, η σύμβαση καταρτίζεται και από τους δύο, εκτός αν συντρέχει περίπτωση εφαρμογής της διάταξης του ελληνικού οικογενειακού

δικαίου ΑΚ 1516, δηλαδή αν πρόκειται α) για συνήθη πράξη επιμέλειας του προσώπου (πχ υποβολή του ανήλικου σε εμβολιασμό) ή β) για πράξη με επείγοντα χαρακτήρα (πχ. η μητέρα μόνη της αναθέτει σε γιατρό την διενέργεια σκωληκοειδεκτομής στο παιδί όταν δεν υπάρχει χρόνος για αναβολή της επέμβασης) όπου η σύμβαση για την διενέργεια ιατρικής πράξης στον ανήλικο μπορεί να καταρτιστεί με την συναίνεση του ενός γονέα.⁶⁵

Αν η επιμέλεια ασκείται από τον ένα γονέα πχ σε περίπτωση διαζυγίου ή στην περίπτωση αναγνωρισμένου παιδιού που γεννήθηκε χωρίς γάμο των γονέων του (ΑΚ 1513 –1515) ή αν υπάρχει στην ζωή ο ένας μόνο γονέας ή επίτροπος (ΑΚ 1606), η σύμβαση καταρτίζεται από αυτό το πρόσωπο⁶⁵.

Η εγκυρότητα της συναίνεσης ενός ασθενή εξαρτάται αποκλειστικά από την ικανότητα του να αντιληφθεί την νόσο του καθώς και την θεραπεία την οποία του προτείνει ο γιατρός του, κατά τον χρόνο στον οποίο επιχειρείται η ιατρική πράξη. Συνεπώς η ικανότητα του ασθενή για συναίνεση δεν σχετίζεται με την δικαιοπρακτική του ικανότητα. Γι αυτό ακριβώς τον λόγο ακόμα και ένας ανήλικος που στερείται δικαιοπρακτικής ικανότητας, μπορεί να έχει την ικανότητα να δώσει έγκυρα την συναίνεση του στην προτεινόμενη από τον γιατρό του θεραπεία.

Βεβαίως ο ανήλικος ασθενής που δεν έχει συμπληρώσει το 10^ο έτος της ηλικίας του δεν έχει καμία πιθανότητα να συναινέσει ή να αρνηθεί την ιατρική πράξη, αφού στερείται της πνευματικής ωριμότητας να αντιληφθεί την κατάσταση της νόσου του και την προτεινόμενη για αυτή θεραπεία της. Σε αυτή την περίπτωση το δικαίωμα της συναίνεσης για την επιχείρηση ιατροχειρουργικής επέμβασης, ανήκει στους νόμιμους εκπροσώπους του δηλαδή στα πρόσωπα που έχουν την μέριμνα ή την επιμέλεια του.

Ζήτημα δεν ανακύπτει στην περίπτωση του περιορισμένα ικανού ανήλικου. Αν έχει την ωριμότητα να αντιληφθεί τα της νόσου του, μπορεί να δώσει εγκύρως την συναίνεση του στην προτεινόμενη από τον γιατρό θεραπεία του.

Υπάρχει διάταξη στο ελληνικό αστικό δίκαιο η οποία επιτρέπει στον ανήλικο που συμπλήρωσε το 14^ο έτος της ηλικίας του να εργάζεται και να διαθέτει ελεύθερα, δηλαδή κατά τον τρόπο που εκείνος νομίζει, ό,τι κερδίζει από την εργασία του. Από αυτή την διάταξη θα ήταν παράλογο να συμπεράνουμε ότι ο ανήλικος που συμπλήρωσε το 14 έτος της ηλικίας έχει την ικανότητα να αντιληφθεί την σημασία μιας ιατρικής πράξης, άρα μπορεί και να δώσει έγκυρα την συναίνεση του για την πραγματοποίησή της. Η ικανότητα συναίνεσης είναι ζήτημα πραγματικό που πρέπει να εξετάζεται κάτω από τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περίπτωση όπου εμπλέκεται ανήλικος ασθενής, είτε έχει συμπληρώσει το 14^ο έτος της ηλικίας του είτε όχι ⁶⁵. Δεν μπορούμε άρα να θεωρήσουμε ως δεδομένη την ανικανότητα των ανηλίκων να αντιληφθούν την σημασία, τις συνέπειες της ιατρικής πράξης στην οποία πρόκειται να υποβληθούν. Στην ιατρική πράξη κρίνεται αναγκαία η συναίνεση των γονιών γιατί η ιατρική πράξη αφορά αγαθά πολύ πιο σημαντικά από την εργασία και τον προσπορισμό ιδίων πόρων, όπως είναι η υγεία ενός ανθρώπου.

Αλλά και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της Βιοιατρικής, την οποία υπέγραψε η Ελλάδα τον Απρίλιο του 1997, μαζί με άλλα 24 κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, και η Ελληνική Βουλή κύρωσε με τον νόμο 2619 τον Ιούνιο του 1998 (ΦΕΚ Α'/132/19.6.1998), στο άρθρο 6 παρ.2 συμφωνεί με την θέση των ελλήνων νομικών. Έτσι δέχεται πως όταν ένας ανήλικος δεν έχει την ικανότητα να δώσει την συναίνεση του σε μια επέμβαση, η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εξουσιοδότηση των νομίμων εκπροσώπων του ή του προσώπου ή του σώματος που έχει από τον νόμο ορισθεί. Η γνώμη του ανηλίκου θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως ένας παράγοντας αποφασιστικής σημασίας σε σχέση πάντα με την ηλικία και τον βαθμό ωριμότητας του ανηλίκου.

Στις περιπτώσεις δηλαδή που ο γιατρός έχει αντιρρήσεις για την διανοητική ωριμότητα του ανηλίκου να αντιληφθεί την σημασία μιας ιατρικής πράξης, αφενός δεν θα πρέπει να δεχτεί την συναίνεση του, αφετέρου οφείλει να ενημερώσει τους γονείς του ή το πρόσωπο που έχει

την επιμέλεια του. Αν πάλι κρίνει ότι ο ανήλικος είναι ώριμος να δώσει την συναίνεση του στην προτεινόμενη ιατρική εξέταση ή θεραπεία, τότε αίρεται και ο παράνομος χαρακτήρας αυτής της πράξης.

Είναι αντικειμενικά αποδεκτό ότι οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν την ωριμότητα του ανηλικού ασθενή μέσα από την συζήτηση. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις στις οποίες ο γιατρός που πρόκειται να κρίνει την ικανότητα και την ωριμότητα του ανήλικου μέσα από την συζήτηση μαζί του έχει μικρή ή και καθόλου επικοινωνία με τον ανήλικο, λόγω φόρτου εργασίας, γεγονός που δεν του επιτρέπει να συμπληρώσει το ιστορικό του και να έχει ολοκληρωμένη εικόνα για αυτόν. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν θα πρέπει ο γιατρός να αποφαινεται για την ωριμότητα του ανηλικού και να προχωρεί στην διενέργεια της ιατροχειρουργικής πράξης. Αν στερείται της δυνατότητας να «εξετάσει» τον ανήλικο ο ίδιος, οφείλει να μεταβιβάζει τον προσδιορισμό της ωριμότητας του σε άλλο συνάδελφο του ή σε άτομα ειδικά εκπαιδευμένα για αυτό το σκοπό, όπως ψυχολόγοι, παιδίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι κλπ

Η συναίνεση των γονιών ή του νομίμου αντιπροσώπου ενός δικαιοπρακτικά περιορισμένα ικανού ανήλικου δεν είναι αρκετή για να πραγματοποιηθεί νόμιμα η ιατρική πράξη, όταν ο περιορισμένης δικαιοπρακτικής ικανότητας ανήλικος αντιλαμβάνεται πλήρως την θέση του, και εναντιώνεται προς την ιατρική αγωγή, ενώ οι γονείς του συμφωνούν.

Στον ανήλικο δεν μπορεί να ασκηθεί βία για να πραγματοποιηθεί μια ιατρική πράξη, παρά μόνο αν κινδυνεύει σοβαρά η ζωή του.

Η συναίνεση του ανηλικού τεκμαίρεται εφόσον συναινούν τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια του και ο ανήλικος δεν διαφωνεί ρητά με την απόφασή τους.

Όταν οι γονείς του ανήλικου ή το πρόσωπο που τον εκπροσωπεί δεν δίνουν την συναίνεση τους για διάφορους λόγους, κυρίως για θρησκευτικούς εις βάρος της υγείας του ανήλικου, το λόγο έχει ο εισαγγελέας Πρωτοδικών⁶⁶⁻⁶⁷. Η άρνηση των γονιών να συναινέσουν σε επέμβαση

στο παιδί τους, υπόκειται κατά τα άρθρα 1532 και επ. σε δικαστικό έλεγχο. Αν οι αποφάσεις των προσώπων που έχουν την επιμέλεια του ανηλίκου μπορεί να βλάψουν την υγεία του ανηλίκου δεν λαμβάνονται υπόψη από τον γιατρό.

Αυτό προκύπτει από τις διατάξεις του άρθρο 1534 του ελληνικού οικογενειακού δικαίου. Ειδικότερα το 1534 ορίζει «σε περίπτωση που υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επεμβάσεως, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο εισαγγελέας πρωτοδικών μπορεί αν αρνούνται οι γονείς του, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια ύστερα από αίτηση του αρμοδίου για την θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής, όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου αρμοδίου υγειονομικού οργάνου». Άρα ο γιατρός μπορεί να ζητήσει άδεια του εισαγγελέα Πρωτοδικών η οποία αναπληρώνει την έλλειψη συναίνεσης των γονιών και βάση της χορηγηθείσας άδειας δικαιούται να επιχειρήσει την κριθείσα ως κατεπείγουσα και αναγκαία ιατροχειρουργική επέμβαση, ακόμη κι αν οι ασκούντες την επιμέλεια του προσώπου του ανηλίκου γονείς αρνούνται να παράσχουν την συναίνεση τους ή για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορούν να την παράσχουν.

Κατά συνέπεια ο γιατρός έχει δικαίωμα, αλλά υπέχει και ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να προβεί, κατά τους κοινούς παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, σε οποιαδήποτε επέμβαση θεωρεί αναγκαία για την σωτηρία ή την διασφάλιση της υγείας του ασθενούς ανηλίκου. Η παράλειψη δηλαδή του γιατρού να χειρουργήσει τον ανήλικο πληροί την αντικειμενική υπόσταση εγκλημάτων κατά της ζωής ή κατά της σωματικής ακεραιότητας, αφού στην περίπτωση αυτή, η συναίνεση των γονέων είναι υποχρεωτική και η άρνηση τους χαρακτηρίζεται ως καταχρηστική κατά το άρθρο 281 του ΑΚ.

Νομολογία σχετική με το εν λόγω ζήτημα αποτελεί και η υπ' αριθ. 161/70 απόφαση του Συμβουλίου Πλημ/κων Θεσ/νίκης⁶⁸ η οποία έκρινε το θάνατο νεογέννητου εξαιτίας της άρνησης του πατέρα να συναινέσει σε αφαιμαξομετάγγιση, επικαλούμενος θρησκευτικές δοξασίες, ως μάρτυρας του Ιαχωβά.

Ειδικότερα η συγκεκριμένη απόφαση όρισε πως ο πατέρας έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίζει τον θάνατο του παιδιού του, δίνοντας την συναίνεση του και όποιος δεν το πράττει τελεί ανθρωποκτονία δια παραλείψεως.

Η νομική έννοια της ωριμότητας του ανήλικου συνδέεται στενά με την έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης.

Οι ανήλικοι δηλαδή έχουν και δικαίωμα ενημέρωσης από τον γιατρό τους αναφορικά με την ασθένεια τους και την προτεινόμενη θεραπεία αφού όπως τονίσαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, κάθε ασθενής έχει δικαίωμα ενημέρωσης ανεξάρτητα από την ιδιότητα του ως άμεσος ή έμμεσος αντισυμβαλλόμενος του γιατρού.

Εφόσον ο γιατρός ενημερώσει ορθά και κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης τον ώριμο κατά την εκτίμηση του ανήλικου και ο τελευταίος με την σειρά του δώσει την συναίνεση του για την διενέργεια της ιατρικής πράξης, ο γιατρός δεν ευθύνεται ούτε απέναντι στους γονείς του, ούτε απέναντι στον ίδιο τον ανήλικου για ιατρική αμέλεια λόγω μη ενημέρωσης του. Αν συντρέχουν λόγοι μπορεί ο γιατρός να κατηγορηθεί για πλημμελή ή για ανεπαρκή ενημέρωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΗΛΙΚΟΥ ΣΤΑ

ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΑ ΚΡΑΤΗ

Πριν παρατεθεί η αγγλοσαξονική νομοθεσία σχετικά με την συναίνεση του ανήλικου, θεωρείται σκόπιμο να αναφερθεί ο τρόπος με τον οποίο το ίδιο νομικό σύστημα αντιμετωπίζει την συναίνεση ή την άρνηση ενήλικου ασθενούς στην προτεινόμενη από τον γιατρό εξέταση ή θεραπεία. Πρέπει να διευκρινίσουμε εξ αρχής ότι οποιασδήποτε μορφής επέμβαση του γιατρού στο σώμα ενήλικου ασθενή, ο οποίος δεν έδωσε την συναίνεση του για την πραγματοποίησή της, συνιστά αδίκημα. Ο ασθενής σε αυτή την περίπτωση μπορεί να κινηθεί εναντίον του

γιατρού δικαστικά διεκδικώντας την τιμωρία του από την πολιτεία καθώς και αποζημίωση. Ακόμα κι αν η ενέργεια του γιατρού αποσκοπούσε στην βελτίωση της υγείας του ασθενή, δεν πρόκειται για ενέργεια νομικά δικαιολογημένη.

Ουσιαστικά οι ενήλικοι ασθενείς έχουν την ικανότητα να αποφασίσουν αν θα αποδεχτούν ή όχι την ιατρική θεραπεία ακόμα κι αν η άρνηση τους μπορεί να βάλει σε κίνδυνο την υγεία τους ή να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο τους.

Όσο αφορά τους ανήλικους το Αγγλοσαξονικό δίκαιο τους χωρίζει σε δύο κατηγορίες. Σε εκείνους που έχουν συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας τους και σε εκείνους που δεν έχουν συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας τους.

Η συναίνεση ανήλικου που έχει συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας του:

Σύμφωνα με το άρθρο 8 του νόμου 1969 του Αγγλικού Οικογενειακού Δικαίου (Family Law Reform Act 1969) ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας του μπορεί εγκύτως να δώσει την συναίνεση του προκειμένου να υποβληθεί σε οποιαδήποτε χειρουργική, ιατρική ή οδοντιατρική θεραπεία⁶⁹⁻⁷⁰. Αν ο γιατρός προχωρήσει στις παραπάνω θεραπείες χωρίς την συναίνεση του διαπράττει ποινικό αδίκημα. Κι όταν αυτό συμβαίνει ο ανήλικος που συμπλήρωσε το 16^ο έτος της ηλικίας του εξομοιώνεται από πλευράς δικαιοπρακτικής ικανότητας με τον ενήλικο. Σε αυτή την περίπτωση, δεν κρίνεται αναγκαίο να πάρει την συναίνεση των γονιών του ή του επιτρόπου του. Η συναίνεση δε αυτή μπορεί να καλύψει όλα τα στάδια της θεραπείας, το διαγνωστικό, το στάδιο της κυρίως θεραπείας και το στάδιο της αποθεραπείας, καθώς και οποιαδήποτε άλλη βοηθητική αγωγή.

Ωστόσο κρίνεται σκόπιμο να επισημανθούν τα εξής σημεία για το δικαίωμα που παραχωρεί ο νόμος στους δεκαεξάχρονους και δεκαεφτάχρονους ανήλικους να δίνουν εγκύτως την συναίνεση τους:

-Ο γιατρός μπορεί να στηριχτεί στην συναίνεση του δεκαεξάχρονου και δεκαεφτάχρονου χωρίς να αναζητήσει την συναίνεση των γονιών ή του επιτρόπου τους.

-Οι παραπάνω νομοθετικές προβλέψεις δεν ισχύουν αν ο 16χρονος ή 17χρονος δεν είχε την ικανότητα να δώσει εγκύτως την συναίνεση του όπως για παράδειγμα στις περιπτώσεις όπου αντιμετωπίζονται μαθησιακά προβλήματα ή εμφανίζεται στέρηση της διανοητικής ικανότητας για την λήψη αποφάσεων. Η ικανότητα του να δίνει εγκύτως την συναίνεση του για την υποβολή του σε ιατρική, χειρουργική και οδοντιατρική θεραπεία, αποτελεί μαχητό τεκμήριο. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να καταρριφθεί οποιαδήποτε στιγμή αποδειχθεί το αντίθετο.

-Οι γονείς του ανήλικου που έχει συμπληρώσει το 16 έτος της ηλικίας του, θεωρούνται εξίσου ικανοί από το νόμο να δώσουν την συναίνεση τους προκειμένου να υποβληθεί το παιδί τους σε θεραπεία.

Προστασία στα συμφέροντα του ανήλικου παρέχει και η ισχύουσα νομοθεσία για τα παιδιά του 1989 (Children Act 1989)

Ο νόμος αυτός ορίζει, ότι για πολύ συγκεκριμένες διαδικασίες ένας από τους παράγοντες που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους γιατρούς είναι οι επιθυμίες και τα συναισθήματα του ανήλικου. Στα άρθρα του 38(6), 43(8) και 44(7) ορίζεται πως ένα παιδί επαρκούς αντιλήψεως, μπορεί να αρνηθεί εφόσον το επιθυμεί, να δώσει την συναίνεση του για την τέλεση μιας εξέτασης.

Ο νόμος αυτός ισχύει για όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτου ηλικίας, μολονότι η πραγματική ηλικία και ωριμότητα κάθε παιδιού αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εκτίμησης των απόψεων του. Όμως η ύπαρξη του, δεν εμπόδισε αγγλικό δικαστήριο να διατάξει ένα κορίτσι 16 ετών που έπασχε από την νόσο της anorexia nervosa, να υποβληθεί σε θεραπεία σε ειδική μονάδα, παρά την άρνηση του (Re W (a minor) (Medical Treatment) [1992] 4A II ER 627)⁷¹.

Η συναίνεση ανήλικου που δεν έχει συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας του:

Οι ανήλικοι κάτω των 16 ετών, στερούνται του δικαιώματος να δίνουν την συναίνεση τους εγκύτως προς οποιαδήποτε θεραπεία. Τα αγγλικά δικαστήρια ωστόσο τους αναγνωρίζουν σε

κάποιες περιπτώσεις το δικαίωμα αυτό και συνεπώς οι γιατροί που τους θεραπεύουν δεν έρχονται αντιμέτωποι με την δικαιοσύνη.

Η θέση της νομολογίας ως προς το δικαίωμα συναίνεσης των κάτω από τα 16 χρόνια ανηλίκων, αναλύθηκε διεξοδικά μέσα από την υπόθεση Gillick⁷²⁻⁷⁴ την οποία εξέτασε η Βουλή των Λόρδων και η οποία αποτέλεσε μέτρο κρίσης πολλών ανάλογων υποθέσεων.

Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης Gillick οι αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων στην Αγγλία εξέδωσαν εγκύκλιο η οποία επέτρεπε στους γιατρούς που εργάζονται σε τμήμα οικογενειακού σχεδιασμού να συνταγογραφούν αντισυλληπτικά χάπια σε κορίτσια κάτω των 16 ετών, εφόσον ενεργούσαν καλόπιστα με στόχο να τα προστατέψουν από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Πατέρας πέντε ανήλικων κοριτσιών κάτω των 16 ετών αναζήτησε διασφαλίσεις, από το τοπικό κέντρο υγείας ότι δεν πρόκειται χωρίς την δική του συναίνεση να παράσχουν συμβουλές ή αγωγή αντισύλληψης προς τις κόρες του. Όταν το συγκεκριμένο κέντρο υγείας αρνήθηκε να του παράσχει τέτοιου είδους διασφαλίσεις άσκησε εναντίον του αγωγή στην οποία υποστήριζε ότι ήταν παράνομη η εγκύκλιος που εκδόθηκε γιατί ενθάρρυνε κορίτσια κάτω των 16 ετών να διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις γεγονός που ερχόταν σε αντίθεση με τις επιταγές του αγγλικού νόμου 1956 ο οποίος αναφερόταν στα αδικήματα τα οποία σχετίζονται με σεξουαλική δραστηριότητα (Sexual Offences Act 1956). Η υπόθεση εκδικάστηκε σε όλους τους βαθμούς για να τελεσιδικήσει στην Βουλή των Λόρδων η οποία απεφάνθη:

Με την πάροδο του χρόνου οι ανήλικοι ανεξαρτητοποιούνται όλο και περισσότερο η δε γονεϊκή εξουσία πάνω τους συνεχώς εξασθενεί. Τα γονεϊκά δικαιώματα αναγνωρίζονται από τον νόμο για όσο χρόνο χρειάζονται προστασία οι ανήλικοι. Αν οι ανήλικοι αντιλαμβάνονται επαρκώς τα ζητήματα στα οποία καλούνται να πάρουν θέση, τα γονεϊκά δικαιώματα θα πρέπει να υποχωρούν μπροστά στο δικαίωμα τους να αποφασίζουν μόνοι τους.

Έτσι ένα κορίτσι 16 ετών δεν στερείται ικανότητα για συναίνεση. Κατά συνέπεια μπορεί αφού προηγουμένως ενημερωθεί από τον γιατρό της για τις υπάρχουσες αντισυλληπτικές μεθόδους, να λάβει την απαραίτητη συνταγή η οποία θα της επιτρέψει να προμηθευτεί τα ανάλογα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Ο γιατρός που παρέχει συμβουλές για το ποια αντισυλληπτική μέθοδο μπορεί να ακολουθήσει ένα κορίτσι κάτω των 16 ετών, και προχωρεί στην πραγματοποίηση των απαραίτητων για αυτήν ιατρικών πράξεων, χωρίς την συναίνεση των γονιών της, δεν διαπράττει αδίκημα σύμφωνα με τις διατάξεις 6 και 28 του αγγλικού νόμου 1956.

Ο όρος ικανότητα Gillick χρησιμοποιείται για να καλύψει τις περιπτώσεις εκείνες όπου ο νόμος δεν παρέχει προς τον ανήλικο ρητά το δικαίωμα να δίνει την συναίνεση του. Επειδή δηλαδή οι Άγγλοι αντιλήφθηκαν ότι είναι δυνατόν ανήλικοι κάτω των δεκαέξι ετών να έχουν την ωριμότητα να λάβουν αποφάσεις που αφορούν στην υγεία τους, έκαναν δεκτό ότι κάποιος από αυτούς τους ανήλικους μπορεί να είναι ικανός να δίνουν την συναίνεση τους.

Ικανότητα ανηλικού σύμφωνα με την υπόθεση Gillick σημαίνει την δυνατότητα του ανηλικού να λαμβάνει αποφάσεις όταν συντρέχουν ειδικές περιστάσεις.

Το είδος της απόφασης καθορίζει το επίπεδο της ικανότητας που απαιτείται για να θεωρηθεί έγκυρη. Τα δικαστήρια έτσι έχουν αναγνωρίσει ότι η ικανότητα των παιδιών να λαμβάνουν αποφάσεις καθοριστικές κυριολεκτικά για την ζωή τους, για την υγεία τους, αποτελεί κομμάτι της διαδικασίας ωρίμασης τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το κέντρο λήψης αποφάσεων σταδιακά να μεταβιβάζεται από τους γονείς προς τα παιδιά.

Ωστόσο τα βρετανικά δικαστήρια εμφανίζονται απρόθυμα να επιτρέψουν στους ανήλικους να επιλέξουν τον θάνατο και όχι την σωτηρία τους, ιδιαίτερα όταν αποκλειστικό κίνητρο τους είναι οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις⁷⁵.

Στην υπόθεση Re E⁷¹ δεκαπεντάχρονος ανήλικος μάρτυρας του Ιαχωβά, ο οποίος νοσούσε από λευχαιμία, εξέφρασε την αντίθεση του να μεταγγιστεί και το δικαστήριο απεφάνθη, πως δεν

είχε την ικανότητα και ωριμότητα να αποφασίσει για την τύχη της νόσου του, στηριζόμενο στο γεγονός ότι πρότασε τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις εις βάρος της υγείας του.

Σε άλλη υπόθεση, στην *Re M*⁷¹, ανήλικη δεκαπεντάχρονη αρνιόταν να υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς, η οποία ήταν απολύτως αναγκαία για την σωτηρία της, επειδή δεν ήθελε να είναι φορέας ξένων οργάνων. Ταυτοχρόνως δήλωνε ότι δεν επιθυμούσε να πεθάνει. Το δικαστήριο αντιλήφθηκε πως η επιθυμία της για ζωή ερχόταν σε αντίθεση με την άρνηση της για μεταμόσχευση και την υποχρέωσε σε μεταμόσχευση, γιατί πείστηκε ότι με αυτό τον τρόπο εξυπηρετούνταν με τον καλύτερο τρόπο τα συμφέροντα της.

Όταν υπάρχει διαφωνία ως προς το θέμα της συναίνεσης μεταξύ των γονιών του ανηλίκου ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια του και του ανήλικου, ή όταν δεν υπάρχουν πρόσωπα να δώσουν εγκύρως την συναίνεση τους (πχ έχουν πεθάνει οι γονείς του ανήλικου και δεν έχει οριστεί επίτροπος του) και η κατάσταση της υγείας του ανήλικου απαιτεί άμεση επέμβαση του ιατρού, κρίνεται αναγκαίο να αποφανθεί το δικαστήριο για το αν ο γιατρός μπορεί να προχωρήσει ή όχι στην θεραπεία του ανηλίκου.

Αυτό συνέβη και στην υπόθεση *Re W*⁷⁶ η οποία αποτέλεσε νομολογιακά μοντέλο για την κρίση παρομοίων υποθέσεων. Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης αυτής, το 1976 γεννήθηκε πρόωρα ένα κορίτσι, και σε μικρό διάστημα από τη γέννηση του απεβίωσαν και οι δύο γονείς του κτυπημένοι από την επάρατη νόσο. Μεγαλώνοντας το κορίτσι διαπιστώθηκε ότι υπέφερε από κατάθλιψη ενώ εμφάνιζε και διάφορα νευρωτικά τικ. Τον Ιούνιο του 1990 μέχρι και τον Ιανουάριο του 1991 παρουσίασε συμπτώματα της νόσου *anorexia nervosa* και χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο. Κατά την διάρκεια της εκεί νοσηλείας της εμφάνισε δείγματα επιθετικότητας προς το προσωπικό της κλινικής όπου νοσηλευόταν, αλλά και προς τον εαυτό της, προκαλώντας με τα νύχια της τρομακτικές εκδορές στο δέρμα της. Έφτασε στο σημείο να τρέφεται με ρινογαστρικό σωλήνα ενώ τα χέρια της για λόγους δικής της ασφάλειας ήταν μονίμως και επιμελώς περιορισμένα.

Το Μάρτιο του 1992 το ανήλικο κορίτσι στην ηλικία των 16 ετών αφού συμβουλευτήκε δικηγόρους της δικής της επιλογής, αρνήθηκε την θεραπεία που της πρότειναν οι γιατροί του νοσοκομείου. Η υπόθεση παραπέμφθηκε στο δικαστήριο προκειμένου να κριθεί αν μια ανήλικη άνω των 16 ετών μπορεί να αρνηθεί την προτεινόμενη από τους γιατρούς θεραπεία υπό το πρίσμα των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου 1969 του Οικογενειακού Δικαίου. Το δικαστήριο απεφάνθη πως η ανήλικη έπρεπε να μεταφερθεί σε νέα μονάδα θεραπείας και πως έπρεπε να οριστούν για αυτή θετοί γονείς. Η ανήλικη άσκησε έφεση. Κατά την διάρκεια της ακροαματικής διαδικασίας έγινε σαφές ότι υποβλήθηκε σε θεραπεία την οποία η ίδια δεν επιθυμούσε για να μην προκληθούν στην υγεία της βλάβες μη αναστρέψιμες. Η νόσος της *anorexia nervosa* έκρινε το δικαστήριο ότι της κατέστρεφε την ικανότητα για επιλογή θεραπείας, μολονότι είχε ενημερωθεί πλήρως από τους γιατρούς της.

Το γεγονός ότι ένα παιδί των 16 ετών έχει δικαίωμα να δώσει την συναίνεση του για ιατρική θεραπεία κάτω από τις επιταγές του νόμου 1969 του Οικογενειακού δικαίου, δεν σημαίνει ότι η άρνηση του παιδιού προς την προτεινόμενη θεραπεία δεν μπορεί να απορριφθεί στο δικαστήριο.

Το Εφετείο ειδικότερα κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

Ανεξάρτητα από το αν ο ανήλικος ή οποιοσδήποτε άλλος δίνει την συναίνεση του προς την προτεινόμενη από τους γιατρούς θεραπεία, ο γιατρός έχει ευθύνη προς τον ανήλικο να τον συμβουλέψει και να ενεργήσει προς το συμφέρον του.

Το άρθρο 8 του νόμου 1969 του Οικογενειακού δικαίου της Αγγλίας (Family Law Reform Act 1969) παραχωρεί στους ανήλικους που έχουν συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας του το δικαίωμα να δίνουν εγκύρως την συναίνεση τους προς την προτεινόμενη ιατρική αγωγή. Η συναίνεση αυτή δεν μπορεί να αγνοηθεί από εκείνους που έχουν την επιμέλεια του ανηλίκου. Ωστόσο μπορεί να αγνοηθεί από το δικαστήριο.

Κανένας ανήλικος δεν μπορεί να αγνοήσει την συναίνεση που έδωσαν οι γονείς του ή αυτοί που έχουν την επιμέλεια του προς την προτεινόμενη από τους γιατρούς θεραπεία παρά το γεγονός ότι ο ίδιος είχε αρνηθεί να δώσει την συναίνεση του, πολύ περισσότερο δεν μπορεί να αγνοήσει την άδεια του δικαστηρίου προς τους γιατρούς, να προχωρήσουν στην θεραπεία του.

Τι προβλέπει όμως το αγγλοσαξονικό δίκαιο για τις περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς αρνούνται να δώσουν την συναίνεση τους σε μια σημαντική για την πορεία της υγείας του ανήλικου παιδιού τους, θεραπεία;

Οι γιατροί που έχουν αναλάβει την θεραπεία του ανήλικου και την θεωρούν ουσιώδη εξαιτίας του επείγοντος χαρακτήρα της κατάστασης, μπορούν ή να προχωρήσουν στην σωτήρια για την ζωή του θεραπεία χωρίς την συναίνεση των γονιών του, ή να υποβάλλουν αίτηση στο δικαστήριο για να τους δώσει την άδεια να προχωρήσουν στην ιατρική πράξη σύμφωνα με το νόμο που αναφέρεται στα παιδιά (Children Act 1989).

Υποδειγματική περίπτωση ανάλυσης τέτοιων ζητημάτων, αποτελεί η υπόθεση *Re S*⁷⁷ κατά την οποία τα αγγλικά δικαστήρια αγνόησαν την άρνηση των γονιών να δώσουν την συγκατάθεση τους.

Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά αυτής της υπόθεσης κορίτσι 4 ετών και έξι μηνών νοσούσε από T-κύτταρο-λευχαιμία. Η κατάσταση του ήταν θεραπεύσιμη με εντατική χημειοθεραπεία, η οποία θα πραγματοποιούνταν σε τέσσερα στάδια.

Κι ενώ η μετάγγιση αίματος ή προϊόντων αίματος ήταν σημαντική για την νόσο της, οι γονείς της που ήσαν μάρτυρες του Ιαχωβά δήλωναν ότι δεν επιθυμούσαν την μετάγγιση για το παιδί τους επικαλούμενοι λόγους θρησκευτικούς⁷⁸. Οι αρμόδιες υπηρεσίες του νοσοκομείου όπου νοσηλεύονταν, αναζήτησαν την έκδοση άδειας βάσει της σχετικής νομοθεσίας (άρθρο 100 Children Act 1989) η οποία θα τους επέτρεπε την πραγματοποίηση της απαραίτητης για τη ανήλικη μετάγγιση αίματος. Οι γονείς κατόρθωσαν να πετύχουν την έκδοση εγγράφου το οποίο ουσιαστικά απαγόρευε στους γιατρούς να προχωρήσουν στην μετάγγιση. Ο διευθυντής

της παιδιατρικής δήλωσε την αδυναμία του να θεραπεύσει το κορίτσι χωρίς να γίνει μετάγγιση και προσκόμισε έγγραφα στις αρμόδιες υπηρεσίες που αφενός αποδείκνυαν τη σοβαρή κατάσταση της υγείας της ανήλικου και αφετέρου την ανάγκη της για άμεση μετάγγιση.

Οι επιλογές ήταν δύο. Είτε να ακολουθηθεί μια θεραπεία χωρίς πιθανότητες επιτυχίας αφού αποστερούσε τους γιατρούς από το δικαίωμα να μεταγγίσουν την ανήλικη είτε να ακολουθηθεί μια θεραπεία με 50% πιθανότητες επιτυχίας, όπου οι γιατροί θα μπορούσαν να την μεταγγίσουν. Το συμφέρον του παιδιού απαιτούσε να ακολουθηθεί η θεραπεία με την μετάγγιση αίματος.

Το δικαστήριο απεφάνθη πως πρωταρχικό ζήτημα είναι η εξασφάλιση της υγείας της ανήλικης.

Το δεδικασμένο αυτής της υπόθεσης αποτέλεσε σταθμό για την αγγλική νομολογία αφού σύμφωνα με αυτό, σε ανάλογες περιπτώσεις με επείγοντα χαρακτήρα όπου οι γονείς δεν δίνουν την συναίνεση τους για την τέλεση των απαραίτητων για την υγεία των ανήλικων ιατρικών πράξεων, οι γιατροί δεν διαπράττουν ποινικό αδίκημα αν προχωρήσουν σε αυτές.

Ιδιαίτερη δυσκολία έχει το δικαστήριο όταν καλείται να κρίνει την ικανότητα συναίνεσης ανήλικων που πάσχουν από ψυχική νόσο. Σύμφωνα με τα πραγματικά περιστατικά μιας τέτοιου είδους υπόθεσης, της *Re R*⁷⁹, όπως αυτή καταγράφηκε στην Βρετανική νομολογία, 16χρονο κορίτσι που παρουσίαζε φωτεινά διαλείμματα λογικής αντίληψης, αρνήθηκε να συναινέσει στην συνέχιση φαρμακευτικής θεραπείας, παρά το γεγονός ότι μέσω αυτής της θεραπείας η κατάσταση της υγείας της είχε βελτιωθεί σημαντικά. Το δικαστήριο δεν δέχθηκε την εγκυρότητα της συναίνεσης της ή της άρνησης της στην προτεινόμενη φαρμακευτική θεραπεία.

Αυτή η υπόθεση αποτέλεσε σταθμό για την κρίση παρομοίων υποθέσεων. Έτσι τα βρετανικά δικαστήρια δεν δέχονται την συναίνεση ανήλικων που πάσχουν από ψυχική νόσο, ακόμα και στην περίπτωση που αυτοί εμφανίζουν φωτεινά διαλείμματα λογικότητας.

Ως προς τον τύπο της συναίνεσης των ανηλίκων κατά το αγγλικό δίκαιο, υπάρχουν νόμοι οι οποίοι αναφέρονται στην διαδικασία με την οποία δίνεται η συναίνεση. Ο νόμος για την ψυχική υγεία του 1983 (Mental Health Act 1983), ο νόμος για την ανθρώπινη γονιμοποίηση του 1990 (Human Fertilization and Embryology Act 1990), και ο νόμος του 1967 για την άμβλωση (Abortion Act 1967), απαιτούν γραπτή συναίνεση ενός συγκεκριμένου τύπου. Στις άλλες περιπτώσεις δεν υπάρχει απαίτηση του νόμου η συναίνεση να δίνεται γραπτώς. Η συναίνεση μπορεί να δοθεί και προφορικά ή και με νοήματα. Με οποιοδήποτε τύπο κι αν η συναίνεση δοθεί θεωρείται το ίδιο έγκυρη.

Όσον αφορά την έκταση της συναίνεσης των ανηλίκων κατά το αγγλοσαξονικό δίκαιο, τίθενται πολλά ζητήματα:

Θα πρέπει οι γονείς ή το παιδί για παράδειγμα να δίνουν την συναίνεση τους για κάθε επιμέρους διαδικασία της θεραπείας ή μήπως θεωρείται ότι η συναίνεση που δίνουν οι γονείς ή το παιδί πριν την έναρξη της θεραπείας καλύπτει ολόκληρο το θεραπευτικό πλάνο; Το ζήτημα είναι σημαντικό καθώς κάποιοι γονείς μπορούν να αμφισβητήσουν ειδικά μέρη της θεραπείας που παρασχέθηκε, αν δεν έχει προηγηθεί από τον γιατρό ενημέρωση ως προς αυτά. Ένα παράδειγμα από την αγγλική νομολογία νομίζω ότι διευκρινίζει το όλο ζήτημα⁸⁰. Αγόρι έξι ετών γεννήθηκε με υποσπαδίαση (συγγενή ανωμαλία στην ουρήθρα). Μετά από επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε και διορθώθηκε το συρίγγιο, επέστρεψε στο θάλαμο του με τους δύο αντιβραχίονες σταυρωτά τοποθετημένους και κλεισμένους κυλινδρικά με έμπλαστρο. Αυτό συνέβη προς πλήρη έκπληξη του ίδιου του ανήλικου αγοριού, των γονιών του και του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο χειρουργός του, όταν ερωτήθηκε τόνισε ότι προέβη σε αυτή την πράξη προκειμένου να εμποδίσει τον εξάχρονο να βγάλει τον καθετήρα που του είχε τοποθετηθεί. Οι γονείς του ανήλικου είχαν υπογράψει έντυπο συναίνεσης το οποίο περιείχε την φράση «και οποιαδήποτε άλλη θεραπεία θεωρείται αναγκαία». Θεωρείται όμως αναγκαίο το δέσιμο των χεριών του ανήλικου κατά αυτόν τον τρόπο, ή μήπως ανήκει στις επείγουσες

διαδικασίες για τις οποίες ο γιατρός δεν είχε τον χρόνο να τις συζητήσει μαζί τους; Για να αποφεύγονται τέτοιου είδους διλήμματα κρίνεται αναγκαίο ο γιατρός να συζητά με τους γονείς ή τον ικανό να αντιληφθεί ανήλικο, αφενός για το όλο πλάνο της θεραπείας και αφετέρου για τις επιμέρους διαδικασίες που πιθανόν να απαιτηθούν. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι οι γονείς ή το παιδί θα πρέπει να δώσουν την συναίνεση τους για κάθε στοιχείο της θεραπείας. Θα πρέπει να δώσουν την ειδική συναίνεση τους για εκείνες τις επιμέρους διαδικασίες που ενέχουν κίνδυνο για τον ασθενή. Ωστόσο πάντα η καλή επικοινωνία μεταξύ των γονιών ενός ανήλικου ή του ίδιου του ανήλικου και του γιατρού είναι ικανή να καλύψει πολλές φορές την αμέλεια του γιατρού για μη ενημέρωση επιμέρους διαδικασιών της θεραπείας.

Συμπερασματικά:

1. Ανήλικος που έχει συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας του μπορεί εγκύρως να δίνει την συναίνεση του προκειμένου να υποβληθεί σε ιατρική επέμβαση ή θεραπεία.
2. Ανήλικος που δεν έχει συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας του, στερείται του δικαιώματος να δίνει εγκύρως την συναίνεση του προκειμένου να υποβληθεί σε ιατρική επέμβαση ή θεραπεία, εκτός εάν αποδείξει ότι έχει την ωριμότητα για αυτό.
3. Τα βρετανικά δικαστήρια ερευνούν πάντα τον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετούνται καλύτερα τα πραγματικά συμφέροντα των ανήλικων και για αυτό το λόγο εμφανίζονται απρόθυμα να επιτρέψουν στους ανήλικους να επιλέξουν τον θάνατο από την σωτηρία τους, ιδιαίτερα όταν αποκλειστικό κίνητρο τους είναι οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις
4. Όταν υπάρχει διαφωνία ως προς το θέμα της συναίνεσης μεταξύ των γονιών του ανήλικου ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια του και του ανήλικου, ή όταν δεν υπάρχουν πρόσωπα να δώσουν εγκύρως την συναίνεση τους (πχ έχουν πεθάνει οι γονείς του ανήλικου και δεν έχει οριστεί επίτροπος του) και η κατάσταση της υγείας του ανήλικου απαιτεί άμεση επέμβαση του γιατρού, κρίνεται αναγκαίο να αποφανθεί το δικαστήριο για το αν ο γιατρός μπορεί να προχωρήσει ή όχι στην θεραπεία του ανήλικου.

5. Τέλος σε υποθέσεις ανηλίκων που πάσχουν από ψυχική νόσο τα βρετανικά δικαστήρια δεν δέχονται την συναίνεση τους, ακόμα και στην περίπτωση που οι ανήλικοι εμφάνιζαν φωτεινά διαλείμματα λογικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

Το δικαίωμα της τεκνοποίησης και αυτονομίας του ατόμου βρέθηκε στο επίκεντρο εντόνων συζητήσεων στην Ευρώπη περίπου πριν είκοσι χρόνια υπό το πρίσμα της εφαρμογής των νέων τεχνολογιών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Δημόσιες συζητήσεις πραγματοποιούνται ακόμη και σήμερα διεθνώς με στόχο την διευκρίνιση του περιεχομένου αυτού του δικαιώματος, των φορέων του, των περιορισμών στους οποίους υπόκειται η άσκηση του, καθώς του τρόπου με τον οποίο το δικαίωμα αυτό θεμελιώνεται στις εθνικές νομοθεσίες κάθε κράτους.

Για κάποιους ίσως δεν είναι προφανές ότι αποτελεί προσωπική επιλογή ο τρόπος με τον οποίο καθένας διαθέτει το σώμα του και χειρίζεται την ζωή του. Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει κανείς αν αναλογιστεί πως στην πλειοψηφία τους τα διεθνή κείμενα που ασχολήθηκαν με τα ανθρώπινα δικαιώματα από τον 20^ο αιώνα κι έπειτα, κωδικοποιούν και περιγράφουν με τρόπο απόλυτο το δικαίωμα του ανθρώπου να συνάπτει γάμο και να δημιουργεί οικογένεια.

Ως δικαίωμα αναπαραγωγής ή ως δικαίωμα απόκτησης φυσικών απογόνων εννοείται το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει ως προς το αν θα αποκτήσει παιδιά. Όσοι ασχολήθηκαν με το εν λόγω δικαίωμα ως συγγραφείς άρθρων, δέχονται ότι περιλαμβάνει την ελευθερία επιλογής του ερωτικού συντρόφου, την ελευθερία της επιλογής του χρόνου, του χώρου και του τρόπου της ερωτικής συνεύρεσης, την ελευθερία χρήσης τεχνητών μεθόδων αναπαραγωγής, την ελευθερία της επιλογής των μέσων που θα αυξήσουν ή θα μειώσουν τις πιθανότητες να

οδηγηθούν οι ερωτικές σχέσεις σε κύηση καθώς και την ελευθερία της επιλογής της πρόωρης διακοπής της εγκυμοσύνης ή της ολοκλήρωσης της.

Η απόκτηση παιδιού σήμερα θεωρείται κοινωνικά επιβεβλημένη ενέργεια. Εμμέσως τονίζει τη σωματική υγεία καθώς και την σεξουαλική ταυτότητα του ζευγαριού. Από την άλλη πλευρά η έλλειψη παιδιού έχει μια σημαντική κοινωνική διάσταση καθώς τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν σε σχέση με εκείνα που έχουν απογόνους. Η διαπίστωση αυτή αφορά κυρίως τις γυναίκες δεδομένου πως η μητρότητα, παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, συνεχίζει να θεωρείται ως ο βασικός ρόλος της γυναίκας.

Η απόφαση σχετικά με την απόκτηση παιδιών ανήκει στον κατ' εξοχήν χώρο της έκφρασης της ανθρώπινης προσωπικότητας όπως αυτή κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος μας. «Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη».

Καθένας δηλαδή έχει το δικαίωμα με βάση το άρθρο 5 του Συντάγματος, να αποκτήσει απογόνους σύμφωνα με τις επιθυμίες του ακόμη κι αν χρειαστεί να προσφύγει σε ιατρικές μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αρκεί η άσκηση του δικαιώματος του να μην προσκρούει σε δικαιώματα άλλων, να μην παραβιάζει το Σύνταγμα και να μην προσβάλλει τα χρηστά ήθη.

Συνεπώς ο περιορισμός της δυνατότητας προσφυγής στις σύγχρονες μεθόδους αναπαραγωγής σε όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, ή η επιβολή άμβλωσης σε οποιονδήποτε επιδιώκει την απόκτηση απογόνων, προσβάλλει το δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του και θεωρείται αντισυνταγματικός.

Στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος κατοχυρώνονται και όλα τα συνδεδεμένα με την προσωπικότητα και μη ρητά κατοχυρωμένα από άλλες διατάξεις ατομικά δικαιώματα: τα

δικαιώματα σύναυης γάμου, εκλογής συζύγου, ίδρυσης οικογένειας, σεξουαλικής ελευθερίας, τερματισμού ή ολοκλήρωση μιας κήσης⁸¹⁻⁸².

Το δικαίωμα της φυσικής αναπαραγωγής υφίσταται ανεξαρτήτως της προσωπικής κατάστασης του ατόμου, είτε δηλαδή πρόκειται για έγγαμο, είτε για άγαμο. Περιορισμοί υφίστανται μόνο στο δικαίωμα αναπαραγωγής με την χρήση τεχνητών μεθόδων.

Όσο αφορά τα προσόντα που πρέπει κάποιος να διαθέτει για να αποκτήσει την ιδιότητα του γονέα (πχ. ηλικία) δεν αναφέρεται απολύτως τίποτα στην ελληνική νομοθεσία, παρότι η ιδιότητα αυτή συνεπάγεται ανάληψη σοβαρών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων (γονική μέριμνα 1510 ΑΚ επ, επιμέλεια του προσώπου 1518 ΑΚ, υποχρέωση διατροφής 1485 επ. ΑΚ) Η ηλικία ως ιδιότητα του προσώπου που μπορεί να γίνει γονέας δεν ρυθμίζεται ρητά στο κεφάλαιο για την ίδρυση της συγγένειας του αίματος, αλλά μόνο στην υιοθεσία, στην οποία υπήρχε πάντοτε σχετική διάταξη. Μέχρι την εφαρμογή των μεθόδων της εξωσωματικής γονιμοποίησης, η συγγένεια του αίματος προερχόταν από την αυθόρμητη και ενστικτώδη συμπεριφορά των ανθρώπων, την οποία η έννομος τάξη δεν μπορούσε να ελέγξει. Για αυτό τον λόγο και ο οποιοσδήποτε περιορισμός θα ήταν ανεδαφικός και ανεφάρμοστος. Αντίθετα η συγγένεια με υιοθεσία δημιουργείται με την ουσιαστική συμβολή της πολιτείας, που έχει επιφυλάξει για τον εαυτό της τον κυρίαρχο και αποφασιστικό ρόλο της έκδοσης δικαστικής απόφασης, ως ουσιαστικό στοιχείο για την δημιουργία αυτής της συγγένειας. Όταν λοιπόν ο νόμος απαιτεί μεταξύ του υιοθετούμενου και του υιοθετηθέντος να υπάρχει τουλάχιστον η διαφορά των 18 ετών (ν. 2447/1996), αντιλαμβανόμαστε ότι ο ανήλικος δεν μπορεί να αποκτήσει τέκνο δια της υιοθεσίας⁸³.

Συνεπώς ο ανήλικος μπορεί και έχει το δικαίωμα να αποκτήσει απογόνους, το δικαίωμα δηλαδή της τεκνοποιίας μόνο μέσω του φυσικού τρόπου αναπαραγωγής. Επιπλέον έχει δικαίωμα να αποφασίζει ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό των παιδιών που επιθυμεί, τον κατάλληλο χρόνο τεκνοποίησης, το δικαίωμα να επιτύχει υψηλά επίπεδα σεξουαλικής και

αναπαραγωγικής υγείας με πρόσβαση στην υγειονομική μέριμνα, την πληροφόρηση και την επιμόρφωση σχετικά με την αντισύλληψη.

Ποιες όμως συνέπειες μπορεί να έχει η άσκηση του αναπαραγωγικού δικαιώματος του ανηλίκου για το τέκνο του, για τον ίδιο τον ανήλικο καθώς και για την κοινωνία;

Οι συνέπειες της άσκησης του αναπαραγωγικού δικαιώματος ανήλικης μητέρας ως προς το τέκνο:

Τα τέκνα που προέρχονται από ανήλικους γονείς εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν ποικίλης φύσεως προβλήματα. Η αρνητική πρόγνωση για τα τέκνα που φέρουν στον κόσμο οι ανήλικοι γονείς συνδέεται με διάφορες αιτίες. Μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως η ανωριμότητα των ανήλικων γονιών, η μειωμένη υπευθυνότητα τους, η πλημμελής γνώση τους για το πώς αναπτύσσεται και μεγαλώνει ένα παιδί, η έλλειψη οικονομικής ανεξαρτησίας τους, το συνήθως χαμηλό επίπεδο μόρφωσης τους που επάγεται πέρα από το αδύνατο εισόδημα και ένα ιδιαίτερο τρόπο άσκησης των γονεϊκών καθηκόντων, αποτελούν μερικές από τις αιτίες που βεβαιώνουν την αρνητική πρόγνωση που επάγεται για το ίδιο το παιδί η άσκηση του γονεϊκού δικαιώματος από ανήλικη μητέρα. Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ακόμη και ιατρικά προβλήματα τα οποία μπορεί να αντιμετωπίσει τέκνο που προέρχεται από ανήλικη μητέρα. Σε συγκεκριμένη έρευνα αναφέρεται πως τα τέκνα ανήλικων γυναικών συνήθως γεννιούνται ελλιποβαρή και με αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας⁸⁴.

Τα τέκνα που προέρχονται από ανήλικους γονείς, βιώνουν σε υψηλότερο βαθμό σε σχέση με τα τέκνα που προέρχονται από ενήλικες μητέρες, την κακή άσκηση της γονικής μέριμνας η οποία μπορεί να έχει την μορφή είτε της γονεϊκής παραμέλησης, είτε της γονεϊκής εγκατάλειψης, ακόμη και της σωματικής κακοποίησης⁸⁴.

Οι συνέπειες της άσκησης του αναπαραγωγικού δικαιώματος ανήλικης μητέρας ως προς την ίδια:

Επιπλέον η κακή άσκηση του αναπαραγωγικού δικαιώματος της ανήλικης μπορεί να την οδηγήσει σε μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή σε μια πρόωρη μητρότητα. Η πρόωρη μητρότητα δεν είναι άμοιρη συνεπειών για την ζωή και την υγεία της ανήλικης. Συνήθως την αναγκάζει να σταματήσει οριστικά ή προσωρινά την εκπαίδευση της προκειμένου να ανταποκριθεί στις γονεϊκές της ευθύνες, γεγονός που της περιορίζει την δυνατότητα ώστε να έχει μια καλή επαγγελματική αποκατάσταση. Έτσι τις περισσότερες φορές παραμένει οικονομικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά εξαρτώμενη από την οικογένεια της, επωμίζεται ρόλους και ευθύνες που δεν συνάδουν με την ηλικία της, θυσιάζει τον αυθορμητισμό της.

Οι συνέπειες της άσκησης του αναπαραγωγικού δικαιώματος ανήλικης μητέρας ως προς την κοινωνία :

Η άσκηση του αναπαραγωγικού δικαιώματος του ανηλίκου δεν επηρεάζει μόνο την οικογένεια του αλλά και την κοινωνία στο σύνολο της. Κάθε νέο μέλος της κοινωνίας θεωρητικά μπορεί να συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων που η συγκεκριμένη κοινωνία έχει θέσει. Ταυτοχρόνως όμως το ίδιο νέο μέλος κάνει χρήση κοινωνικών πόρων που τείνουν να στερέψουν. Αν για παράδειγμα από τον προγεννητικό έλεγχο γνωρίζει ο γονιός ότι πρόκειται να φέρει στον κόσμο ένα παθολογικό παιδί έχει το δικαίωμα να επιτρέψει ή να αποτρέψει την γέννηση του. Αν τελικά ο γονιός αποφασίσει στα πλαίσια πάντα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του να γεννηθεί αυτό το παιδί, η άσκηση της αυτονομίας του ίσως και να σημαίνει σπατάλη επιπλέον κοινωνικών πόρων αποκατάστασης ή θεραπείας. Άρα έμμεσα τα προσωπικά συμφέροντα του κάθε ατόμου σχετίζονται τόσο με το αναπαραγωγικό δικαίωμα όσο και με την ηθική του. Πέρα όμως από την οικονομική παράμετρο της άσκησης του δικαιώματος της αναπαραγωγής, υπάρχει και η κοινωνική παράμετρος της άσκησης του δικαιώματος της τεκνοποιίας από τον ανήλικο. Έχει όμως ο ανήλικος την ικανότητα και την ωριμότητα να πάρει ορθές αποφάσεις για τον ίδιο και για τα παιδιά του ασκώντας το αναπαραγωγικό του δικαίωμα; Με ποια εφόδια μπορεί ο ανήλικος γονιός να θωρακίσει το

παιδί του ώστε όταν βγει στον κοινωνικό στίβο να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα οποιαδήποτε εμπόδια αν ο ίδιος είχε μερική τυπική μόρφωση, μέτρια δουλειά, οικονομική και συναισθηματική εξάρτηση από άλλους; Μήπως η κοινωνία θα πρέπει να καλύψει όλα όσα ο ανήλικος δεν μπορεί να προσφέρει στον εαυτό του και πολύ περισσότερο όλα όσα δεν μπορεί να προσφέρει στο παιδί του;

Συμπερασματικά ο ανήλικος μπορεί να είναι φορέας του αναπαραγωγικού δικαιώματος, μπορεί να διατηρεί το δικαίωμα της απόκτησης απογόνων εφόσον το επιθυμεί, όμως είναι αμφίβολο αν μπορεί να ανταποκριθεί ουσιαστικά στις ανάγκες που αυτό το δικαίωμα συνεπάγεται. Κι εδώ ακριβώς θα πρέπει να επέμβει η κοινωνία, όχι εμποδίζοντας τον ανήλικο να ασκήσει το αναπαραγωγικό του δικαίωμα, αλλά ενημερώνοντας τον ως προς τις συνέπειες που επάγεται η εφαρμογή του για τον ίδιο και τα παιδιά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Διεθνή κείμενα και συνθήκες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του 1948 και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα του 1966 καθόριζαν τα πολιτικά, αστικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα τα οποία είχε δικαίωμα να απολαύσει κάθε πολίτης των κρατών που τα υπέγραψαν. Το 1989 όμως έμελλε να συνταχθεί ένα διεθνές κείμενο το οποίο αφορούσε ειδικά στα δικαιώματα των ανηλικών, η Διεθνής Σύμβαση των δικαιωμάτων του Παιδιού. Μεταξύ των δικαιωμάτων που καθιέρωνε για τους ανήλικους ήταν κι αυτό της προστασίας της σεξουαλικής τους και αναπαραγωγικής τους υγείας.

Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του 1989, η οποία βρίσκεται σε ισχύ από τις 2.9.90 αποτελεί μία έμπρακτη απόδειξη του σεβασμού και της ευθύνης της διεθνούς κοινότητας απέναντι στη νέα γενιά. Αποτελεί την πιο προοδευτική, λεπτομερή και εξειδικευμένη σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αφού αναγνωρίζει την πρωταρχική υποχρέωση των συμβαλλόμενων κρατών, πέρα από εκείνης των γονιών να δημιουργήσουν ένα στοιχειώδες νομικό πλαίσιο που θα στοχεύει στην μέριμνα και στην προστασία των παιδιών⁸⁵⁻

⁸⁷. Η Ελλάδα υπέγραψε και επικύρωσε αυτή την σύμβαση με τον Ν. 2101 της 2/2.12.92 «Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού». Στον ορισμό που δίνεται στην σύμβαση για την έννοια του παιδιού, καταγράφεται πως παιδί είναι κάθε πρόσωπο μικρότερο των 18 ετών, εκτός αν η ενηλικίωση του επέρχεται νωρίτερα, αναφορικά με την ισχύουσα για το παιδί νομοθεσία. Κατά συνέπεια η σύμβαση αυτή αφορά και τους ανήλικους. Ειδικότερα, σύμφωνα με τις επιταγές της εν λόγω σύμβασης:

-το κράτος υποχρεούται να παρέχει στους ανήλικους την αναγκαία για την ευημερία του προστασία και φροντίδα όταν οι γονείς ή οι άλλοι υπεύθυνοι δεν είναι σε θέση να τους την παράσχουν (άρθρο 3)

-καθιερώνεται το δικαίωμα του ανήλικου να εκφράζει ελεύθερα την γνώμη του για οποιοδήποτε ζήτημα τον αφορά και να λαμβάνεται αυτή υπόψη (άρθρο 12)

-καθιερώνεται το δικαίωμα της ελεύθερης έκφρασης και πληροφόρησης του ανηλίκου, για ζητήματα που ο ίδιος κρίνει ότι τον αφορούν (άρθρο 13) όπως για παράδειγμα ζητήματα που αφορούν την σεξουαλική και αναπαραγωγική του δραστηριότητα

-καθιερώνεται η προστασία του ανηλίκου από πράξεις βίας, κακομεταχείρισης, εγκατάλειψης και παραμέλησης από αυτούς που έχουν την μέριμνα του, με την εκπόνηση προληπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων από το ίδιο το κράτος (άρθρο 19)

-καθιερώνεται το δικαίωμα του ανηλίκου να έχει πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, στις αρμόδιες για την σεξουαλική και αναπαραγωγική δραστηριότητα υπηρεσίες για λήψη υψηλής

ποιότητας παροχών υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στην στοιχειώδη περίθαλψη, την προληπτική ιατρική φροντίδα και την εκπαίδευση σχετικά με την δημόσια υγεία (άρθρο 24)

-καθιερώνεται το δικαίωμα του ανηλικού να επωφελείται από την κοινωνική πρόνοια, περιλαμβανομένης και της κοινωνικής ασφάλισης (άρθρο 26)

Ουσιαστικά μέσω αυτής της Διεθνούς Σύμβασης οι κυβερνήσεις υποχρεώνονται να σέβονται, να διασφαλίζουν και να εξυπηρετούν τα δικαιώματα των ανηλίκων, ανεξαρτήτως διακρίσεων.

Το συμφέρον δηλαδή του ανήλικου μπορεί να δικαιολογήσει ακόμη και παρέμβαση της πολιτείας, όταν οι γονείς του ή τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια του, αρνούνται την ιατρική περίθαλψη του⁸⁸.

Αλλά και στην Διεθνή Διάσκεψη για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη του 1994, οι κυβερνήσεις συμφώνησαν πως πληροφορίες και υπηρεσίες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες προς τους ανήλικους προκειμένου οι τελευταίοι να καταλάβουν την σεξουαλικότητα τους και να προστατέψουν τους εαυτούς τους από ανεπιθύμητες κυήσεις, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες οι οποίες μπορεί να έχουν ως και το δυσάρεστο επακόλουθο την καταστροφή της γονιμότητας τους.

Ειδικότερα στο άρθρο 6.15 της ΔΔΠΑ ορίζεται ότι οι νέοι πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση δραστηριοτήτων ανάπτυξης που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή τους. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία όσον αφορά τις δραστηριότητες και τις υπηρεσίες πληροφόρησης, εκπαίδευσης και επικοινωνίας που αφορούν τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης πρόωρων εγκυμοσυνών, της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και της πρόληψης του HIV/AIDS και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών. Η πρόσβαση σε όλες τις ανωτέρω υπηρεσίες, καθώς και ο εμπιστευτικός και απόρρητος χαρακτήρας τους, πρέπει να διασφαλίζεται με την υποστήριξη και την καθοδήγηση των γονέων τους και σε συμφωνία με τη Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η θέσπιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων

για την ανάπτυξη δεξιοτήτων προγραμματισμού της ζωής, υγιών τρόπων ζωής και για την ενεργό αποθάρρυνση της κατάχρησης ορισμένων ουσιών.

Όσον αφορά την άμβλωση η ΔΔΠΑ επισημαίνει πως δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να προωθείται ως μέθοδος οικογενειακού προγραμματισμού. Όλες οι κυβερνήσεις και οι συναφείς διακυβερνητικές και μη κυβερνητικές οργανώσεις καλούνται να εντείνουν τη δέσμευσή τους στην υγεία των γυναικών, να αντιμετωπίσουν τον υγειονομικό αντίκτυπο των επικίνδυνων αμβλώσεων ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας και να περιορίσουν την προσφυγή στην άμβλωση με τη διεύρυνση και τη βελτίωση των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες και υποστήριξη συμπαράστασης. Όταν η άμβλωση δεν είναι παράνομη, πρέπει να είναι ασφαλής. Σε κάθε περίπτωση, οι γυναίκες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των επιπλοκών που συνεπάγεται η άμβλωση.

Η πλατφόρμα δράσης της Τέταρτης Παγκόσμιας διάσκεψης για τη γυναίκα αναφέρει ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο αναθεώρησης των νόμων που προβλέπουν ποινές κατά των γυναικών που υποβάλλονται σε παράνομες αμβλώσεις .

Τέλος η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του ψηφίσματος 2001/2128 πήρε επίσημη θέση ως προς την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των ανηλίκων και την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση τους. Το συγκεκριμένο ψήφισμα

- υπογραμμίζει ότι η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των εφήβων και οι ανάγκες τους όσον αφορά την σεξουαλικότητα και την αναπαραγωγή διαφέρουν από εκείνες των ενηλίκων.
- υπενθυμίζει ότι η ενεργός συμμετοχή νέων ανθρώπων (τα δικαιώματά τους, οι απόψεις τους και οι ικανότητές τους) είναι σημαντική για την ανάπτυξη, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης σε συνεργασία με άλλους φορείς, ιδιαίτερα

τους γονείς· η ενίσχυση των γονικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο στο θέμα αυτό

- υπενθυμίζει ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να παρέχεται κατά τρόπο που να λαμβάνει υπόψη τη διάσταση του φύλου, να λαμβάνει δηλαδή υπόψη τις ιδιαίτερες ευαισθησίες των αγοριών και των κοριτσιών, να αρχίζει σε πρώιμο στάδιο, να συνεχίζεται κατά τον ενήλικο βίο, να βασίζεται σε μία προσέγγιση εστιασμένη στα διαφορετικά στάδια της βιολογικής ανάπτυξης και να λαμβάνει υπόψη τις διαφορές στον τρόπο ζωής, ενώ πρέπει να δίδεται η δέουσα προσοχή στις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες·(δηλαδή, HIV/AIDS)·

- τονίζει ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να αντιμετωπίζεται με τρόπο ολιστικό και θετικό, με προσοχή στις ψυχο-κοινωνικές αλλά και στις βιο-ιατρικές πτυχές και με βάση τον αμοιβαίο σεβασμό και ευθύνη·

- καλεί τις κυβερνήσεις των κρατών μελών και των υποψηφίων για ένταξη χωρών να χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους επικοινωνίας με τους νέους: με επίσημη και ανεπίσημη εκπαίδευση, διαφημιστικές εκστρατείες, κοινωνικό μάρκετινγκ για τη χρήση προφυλακτικών και με προγράμματα όπως εμπιστευτικές τηλεφωνικές γραμμές για βοήθεια, και να εξετάζουν τις ανάγκες των ειδικών ομάδων· ενθαρρύνει την ιδέα της παροχής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από εκπαιδευτές που ανήκουν στην ίδια ηλικιακή ή άλλη ομάδα προς τα άτομα της ομάδας αυτής·

- καλεί τις κυβερνήσεις των κρατών μελών και των υποψηφίων για ένταξη χωρών να βελτιώσουν και να διευρύνουν την πρόσβαση των νέων στις υγειονομικές υπηρεσίες (κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, σχολεία κτλ) προσαρμόζοντάς τις στις προτιμήσεις και τις ανάγκες τους·

- καλεί τις κυβερνήσεις των κρατών μελών και των υποψηφίων για ένταξη χωρών να παρέχουν υποστήριξη στις έφηβες εγκύους (είτε επιθυμούν να διακόψουν την κύησή τους είτε επιθυμούν να την φέρουν σε πέρας), και να διασφαλίζουν την περαιτέρω εκπαίδευσή τους·

- καλεί τις κυβερνήσεις των κρατών μελών να διατηρήσουν και να αυξήσουν το επίπεδο ενημέρωσης του πληθυσμού όσον αφορά την προσβολή από τον ιό HIV/AIDS, τους μηχανισμούς μετάδοσης και τις συμπεριφορές που ευνοούν τη μετάδοσή του, πρωτίστως στα πιο περιθωριοποιημένα κοινωνικά στρώματα, με μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης στην πληροφόρηση.

Στο ίδιο ψήφισμα το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο δίνει τα εξής στοιχεία:

Γενικά το ποσοστό των εφηβικών κηρίσεων αυξάνει στην ΕΕ (σήμερα κυμαίνεται μεταξύ 12 και 25 ανά 1000 κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών). Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις Κάτω Χώρες και το Βέλγιο, την ενδιάμεση ομάδα χωρών αποτελούν η Γερμανία, τη Γαλλία, η Φινλανδία και η Δανία, και τα υψηλότερα καταγράφονται στη Σουηδία, την Ιταλία, την Αγγλία και την Ουαλία⁸⁹.

Στο εσωτερικό της ΕΕ, οι νέοι εξακολουθούν να μην έχουν το ίδιο επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων όσον αφορά τη σεξουαλικότητα. Είναι εντυπωσιακές οι διαφορές που παρατηρούνται στα ποσοστά εφηβικών κηρίσεων, π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο 28 ανά 1000 κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών και στις Κάτω Χώρες 7 ανά 1000. Οι Κάτω Χώρες αποτελούν παράδειγμα σε παγκόσμιο επίπεδο όσον αφορά την ευρύτητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ζητήματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα⁸⁹.

Στην Ανατολική Ευρώπη, η απουσία σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης συμβάλλει στην ανεπαρκή χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων. Γενικά απαιτούνται περισσότερα προγράμματα για την υγεία των εφήβων. Σε ορισμένες χώρες, όπως στη Λετονία και τη Βουλγαρία, είναι απαραίτητη η γονική συγκατάθεση για την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού. Στην Πολωνία, δεν παρέχεται καμίας μορφής σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Επιπλέον η ΕΕ επισημαίνει πως από τα στοιχεία που παραθέτει προκύπτει ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ και των υποψηφίων για ένταξη χωρών. Τονίζει δε πως πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι τα δεδομένα της δεν είναι πλήρη και

ίσως να μην αντικατοπτρίζουν επακριβώς την πραγματικότητα, λόγω έλλειψης επίσημων στοιχείων και ελλιπούς αναφοράς περιστατικών. Επομένως, κρίνει απαραίτητη την διαμόρφωση σαφέστερης εικόνας όσον αφορά την κατάσταση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των συναφών δικαιωμάτων και η επισκόπηση των βέλτιστων πρακτικών.

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

**Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΗΛΙΚΩΝ
ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΜΒΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο ΝΟΜΟΣ 1609 ΤΗΣ 1/3.7.86. ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Άρθρο 1

Η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνική διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της Πολιτείας.

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

- α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικά κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης
- β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας αυτών των μονάδων, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ότι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και την προστασία της υγείας της και
- γ) τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.

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

Άρθρο 2

Οι παράγραφοι 4 και 5 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίστανται ως εξής:

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

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

γ) Υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

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

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

Άρθρο 3

Ο τίτλος και οι παράγραφοι 1, 2 και 3 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα τροποποιούνται ως εξής:

«Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης.

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

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

B) Αν από την πράξη της προηγούμενης διάταξης προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατος της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα έτη.

Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.»

Άρθρο 4

Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο όριο με αριθμό 304 Α

304 Α Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού

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

Άρθρο 5

Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

305 Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης

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

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

ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ Α3β/οικ.2799 (Υγείας και Εργασίας) της 25/27.2.87 «Τρόπος προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης».

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παραγρ.2 εδάφια β και γ και 3 του άρθρου 1 του νόμου 1609/1986 (Φ.Ε.Κ 86 Α/86) και

2. Την γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ, όπως αυτή διατυπώνεται στην 1/43^{ης} ολομ./22.12.86 απόφαση του.

Αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Με την απόφαση αυτή ρυθμίζονται τα θέματα που αναφέρονται στον τρόπο προστασίας της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης.

Άρθρο 2

Διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την δωδέκατη εβδομάδα εγκυμοσύνης.

1. Η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πριν την συμπλήρωση δώδεκα εβδομάδων (άρθρο 2, παραγρ. 4^α ν. 1609/86) ενεργείται σε νοσοκομείο (ν.π.δ.δ ή ν.π.ι.δ) και ιδιωτικές κλινικές με τις ακόλουθες ελάχιστες προϋποθέσεις:

2. Η επέμβαση ενεργείται από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με την συμμετοχή αναισθησιολόγου, υπεύθυνου για την παροχή αναισθησίας ή αναλγησίας.

3. Πριν από την επέμβαση:

α) Ενημερώνεται η έγκυος για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης, την προστασία της μητρότητας-παιδιού, που παρέχεται από την Πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς, καθώς και για τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.

Η ενημέρωση αυτή γίνεται με έντυπες οδηγίες που ενυπόγραφα δίνονται στην έγκυο.

β) Ενεργείται έλεγχος της υγείας της εγκύου, που περιλαμβάνει γενικές εξετάσεις αίματος, προσδιορισμού ομάδος αίματος και ρέζους, γενικές εξετάσεις ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Από το ιστορικό της κάθε εγκύου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών, καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό η τυχόν αναγκαία παραπέρα εργαστηριακή και κλινική προεγχειρητική διερεύνηση.

Το ιστορικό της εγκύου καταχωρείται σε ειδικό έντυπο ερωτηματολόγιο που φυλάσσεται στο αρχείο του τμήματος που είναι σε κάθε περίπτωση στην διάθεση των αρμοδίων οργάνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

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

α) Το χειρουργείο που γίνεται η επέμβαση να διαθέτει εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων και οξυγόνου, να είναι πλήρως εξοπλισμένο με τα απαραίτητα όργανα με πλήρη φαρμακευτική κάλυψη, να διαθέτει επαρκή χώρο ανάνηψης των ασθενών και να στελεχώνεται τουλάχιστον από δύο μαιέες και το απαραίτητο νοσηλευτικό προσωπικό

β) Να διαθέτουν καλά οργανωμένη τράπεζα αίματος.

Άρθρο 3

Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης μετά την συμπλήρωση της δωδέκατης εβδομάδας στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609/86 γίνεται αποκλειστικά σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και των Ένόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όσων ορίζονται στις παραγράφους 2,3 και 4 του προηγούμενου άρθρου.

Στις περιπτώσεις αυτές ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου και για το σκοπό αυτό ο υπεύθυνος γιατρός που ενεργεί την επέμβαση και το λοιπό προσωπικό που συμμετέχει σε αυτή συνεργάζονται με την ομάδα οικογενειακού προγραμματισμού του νοσοκομείου, στην οποία θα πρέπει υποχρεωτικά να συμμετέχει ψυχολόγος.

Άρθρο 4

Τρόπος και μονάδες προγεννητική διάγνωσης

1. Η προγεννητική διάγνωση τελείται, προκειμένου να διαπιστωθούν οι ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού και πραγματοποιείται εφόσον η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί τις εικοσιτέσσερις εβδομάδες, στις περιπτώσεις που προβλέπεται από τις διατάξεις του εδάφ. Β, της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτή αντικαταστάθηκε με το άρθρο 2 του ν. 1609/86. Γίνεται στις μονάδες προγεννητικού ελέγχου, που λειτουργούν στα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/83) ή στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Νοσοκομεία των Ένόπλων Δυνάμεων, κάτω από την επίβλεψη και ευθύνη γιατρού μαιευτήρα-γυναικολόγου με εμπειρία στην υπερηχογραφία των εμβρυϊκών παθήσεων, στην αμνιοπαρακέντηση και σε άλλες μαιευτικές μεθόδους.

2. Οι μονάδες προγεννητικού ελέγχου, σε συνεργασία με τις μονάδες γενετικής και τα άλλα τμήματα ή μονάδες του εργαστηριακού τομέα της ιατρικής υπηρεσίας των παραπάνω νοσηλευτικών μονάδων διενεργούν τις παρακάτω ενδεικτικά αναφερόμενες εξετάσεις:

- την λήψη αίματος από την μητέρα
- τον απλό ακτινολογικό έλεγχο του εμβρύου
- την αμνιογραφία
- την εμβρυογραφία
- την εμβρυακή ηλεκτροκαρδιογραφία
- τον υπερηχογραφικό έλεγχο
- την εμβρυοσκόπηση
- την πλακουντοκέντηση
- την αμνιοπαρακέντηση
- την λήψη τροφοβλαστικού ιστού

3. Της προγεννητικής διαγνωστικής επέμβασης από το επιστημονικό προσωπικό των μονάδων προγεννητικού ελέγχου προηγείται η γενετική συμβουλευτική καθοδήγηση της γυναίκας που

κυοφορεί, καθώς και η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού της υγείας της, προκειμένου να εξασφαλίζεται ο πλήρης προγραμματισμός της διερεύνησης κάθε περίπτωσης.

Άρθρο 5

Δαπάνες νοσηλείας

Οι δαπάνες νοσηλείας βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό, εφόσον η έγκυος είναι ασφαλισμένη ή το δημόσιο στις περιπτώσεις που η περίθαλψη της παρέχεται δωρεάν σε βάρος του δημοσίου και υπολογίζονται με βάση το τιμολόγιο νοσηλίων και ιατρικών πράξεων και αμοιβών που ισχύει κάθε φορά.

Η δαπάνη αυτή και στο ισχύον ύψος καταβάλλεται από τον υπόχρεο ασφαλιστικό φορέα και στις περιπτώσεις που η διακοπή εγκυμοσύνης γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική, με την οποία δεν έχει συμβληθεί.

Άρθρο 6

Χρόνος αποχής από την εργασία

1. Για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης, της παρέχεται η παρακάτω υποχρεωτική αναρρωτική άδεια:

α) Για τις επεμβάσεις κάτω των δώδεκα (12) εβδομάδων κύησης, τρεις (3) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης και

β) Για τις επεμβάσεις μετά την δωδέκατη (12) εβδομάδα κύησης, πέντε (5) ημέρες συμπεριλαμβανομένης και της ημέρας της εκτέλεσης της επέμβασης.

2. Τα παραπάνω χρονικά όρια επεκτείνονται σε περίπτωση επιπλοκών από την επέμβαση, με γνωμοδότηση του υπεύθυνου γιατρού της νοσηλευτικής μονάδας, που έγινε η επέμβαση και με τήρηση της κατά περίπτωση νόμιμης διαδικασίας έγκρισης χορήγησης, αναρρωτικών αδειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΔΙΕΘΝΩΣ- Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝ ΝΟΜΟΘΕΣΙΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

1. Η άμβλωση στο αλλοδαπό δίκαιο

Στην Αγγλία

Στην Αγγλία οι αμβλώσεις ήταν απαγορευμένες ως το 1929. Από το 1929 όμως με την θέσπιση ενός ειδικού νόμου για την διατήρηση της ζωής του νηπίου (Infant Life Preservation Act), η άμβλωση που στόχευε στην διάσωση της ζωής της εγκύου, σταμάτησε να θεωρείται πράξη άδικη και άρα κολάσιμη. Η άμβλωση επιτρέπεται στην Αγγλία με νόμο του 1967 (The abortion Act 1967)⁹⁰⁻⁹⁸. Ο νόμος αυτός ο οποίος εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα στην Αγγλία, Ουαλία και Σκωτία, ορίζει τα εξής: Το άτομο που διαπράττει άμβλωση μέχρι την 28^η εβδομάδα κύησης δεν θεωρείται ένοχο για την διάπραξη της, αν αυτή επιτράπηκε μετά από αίτηση της εγκύου γυναίκας, κατόπιν καλόπιστης γνωμάτευσης δύο ιατρών, και υπό την αίρεση της συνδρομής μιας από τις παρακάτω προϋποθέσεις:

α) Η συνέχιση της εγκυμοσύνης να συνεπάγεται κίνδυνο για την ζωή της εγκύου ή βλάβη της πνευματικής ή σωματικής της υγείας της ίδιας ή των ήδη υπάρχοντων παιδιών της, μεγαλύτερο από τον τερματισμό της κύησης.

β) Να διαφαίνεται ουσιώδης κίνδυνος για γέννηση παιδιού με σοβαρές σωματικές ή πνευματικές ανωμαλίες, οι οποίες θα το καταστήσουν ανάπηρο.

Ο ίδιος νόμος προέβλεπε για τα ανήλικα κορίτσια κάτω των 16 ετών την γραπτή συγκατάθεση των γονέων τους ή του κηδεμόνα τους ή τέλος του κοινωνικού λειτουργού τους, αναλόγως με την περίπτωση, προκειμένου να υποβληθούν σε άμβλωση.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως πριν την ψήφιση αυτού του νόμου, ο αριθμός των αμβλώσεων στην Αγγλία και Ουαλία ανερχόταν στις 6.100 το 1966, ενώ το 1968 έφτασε τις 24.000 αμβλώσεις και το 1973 τις 167.000. Από το 1967 ως το 1983 πραγματοποιήθηκαν πάνω από δύο εκατομμύρια αμβλώσεις στην Αγγλία.

Στις ΗΠΑ

Από το 1967 μέχρι και το 1971, σε 17 πολιτείες της Αμερικής αποποινικοποιήθηκε η άμβλωση. Η επίδραση της αλλαγής της Βρετανικής νομοθεσίας ήταν καταφανής την περίοδο αυτή. Η Γεωργία, η Μασαχουσέτη, το Μίσιγκαν, η Πενσυλβάνια, η Οκλαχόμα, το Μέρυλαντ, η Χαβάη, η Αλάσκα, η Νέα Υόρκη και η Ουάσιγκτον, νομιμοποίησαν την άμβλωση κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Στις Η.Π.Α. η αλλαγή νομοθεσίας αναφορικά με τις αμβλώσεις πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 1973 με την περίφημη υπόθεση *Roe V Wade*.⁹⁹⁻¹⁰⁶ Άμεση συνέπεια της εκδίκασης αυτής της υπόθεσης ήταν να επιτραπεί η άμβλωση στους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Όσον αφορά στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης επιτράπηκε η άμβλωση μόνο εφόσον αποδεδειγμένα ετίθετο σε κίνδυνο η σωματική και διανοητική υγεία της εγκύου. Το 1976 η αμερικάνικη νομοθεσία προχώρησε ακόμα παραπέρα απαγορεύοντας στους γονείς να ασκήσουν βέτο και με αυτό τον τρόπο να εμποδίσουν πιθανές αμβλώσεις των ανήλικων κοριτσιών τους. Η αλλαγή της νομοθεσίας ανέβασε τον αριθμό των αμβλώσεων εντυπωσιακά. Το 1975 οι αμβλώσεις ξεπέρασαν το 1.000.000, ενώ το 1980 έφτασαν στο 1.500.000.

Η ελευθεροποίηση της άμβλωσης στις ΗΠΑ, συνδυάστηκε με προγράμματα αντισύλληψης και προγραμματισμού της οικογένειας. Ο οικογενειακός προγραμματισμός θεωρήθηκε ως η διαδικασία η οποία θα συνέβαλε σημαντικά στη μείωση των αμβλώσεων.

Αναγνωρίζοντας την πραγματικότητα αυτή, τα τελευταία 30 χρόνια οι Πολιτείες στην Αμερική στην πλειοψηφία τους θεωρούν τον ανήλικο ικανό να αποφασίζει μόνος του χωρίς την ανάμιξη άλλων προσώπων για την θεραπεία στην οποία θα υποβληθεί.

Κι ενώ θα περίμενε κανείς η άμβλωση να έχει την ίδια νομική μεταχείριση με τις υπόλοιπες ιατρικές πράξεις ούτως ώστε να μπορούν οι ίδιες οι ανήλικες να εκφράζουν την αντίθεση τους ή την συναίνεση τους προς αυτή εντούτοις στην πλειοψηφία τους οι πολιτείες της Αμερικής απαιτούν την συναίνεση ενός ή και των δύο γονιών, προκειμένου να επιτρέψουν σε ανήλικες να υποβληθούν σε άμβλωση¹⁰⁷. Έτσι σε σύνολο 50 πολιτειών, 43 τίθενται υπέρ του ενεργού ρόλου των γονιών στην όλη διαδικασία της άμβλωσης και έχουν θεσπίσει ανάλογη νομοθεσία ενώ μόλις 7 δεν έχουν σχετικό νόμο¹⁰⁸. Σε 32 πολιτείες ο νόμος είναι σε ισχύ ενώ σε 11 παραμένει ανενεργός. Πιο συγκεκριμένα οι πολιτείες της Αλάσκας, της Αριζόνας, της Καλιφόρνιας, του Νέου Μεξικού, της Οκλαχόμα, του Κολοράντο, της Φλόριδας, του Ιλλινόις, της Μοντάνα, της Νεβάδα και του Νιού Τζέρσευ, απαιτούν την συναίνεση ή την ενημέρωση τουλάχιστον ενός από τους γονείς της ανήλικης. Σε αυτές τις πολιτείες όμως ο συγκεκριμένος νόμος δεν εφαρμόζεται. Αντίθετα στις πολιτείες της Αλαμπάμας, του Αϊντάχο, της Ινδιάνας, του Κεντάκι, της Λουιζιάνας, του Μέϊν, της Μασσαχουσέτης, του Μίσιγκαν, του Μισσισιπή, της Βόρειας Καρολίνας, της Βόρειας Ντακότας, της Πενσυλβάνιας, του Ρόντ Άϊλαντ, της Νότιας Καρολίνας, του Τενεσσή, του Γουισκόνσιν, του Γουαϊόμινγκ, του Αρκάνσας, του Ντελαγουέρ, της Γεωργίας, της Αϊόβας, του Κάνσας, του Μαίρυλαντ, της Μινεσσότας η σχετική νομοθεσία είναι σε ισχύ και άλλοτε απαιτεί την γονεϊκή συναίνεση και άλλοτε την ενημέρωση των γονιών της ανήλικης πριν υποβληθεί σε άμβλωση.

Κάποιοι αντίθετοι στην υποχρεωτική γονεϊκή παρέμβαση δικαιολογούν την διαφορετική μεταχείριση της άμβλωσης από τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας τονίζοντας ότι η απόφαση να τερματιστεί μια κύηση είναι λιγότερο ιατρική επιλογή και περισσότερο απόφαση ζωής. Η διακοπή μιας μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης μπορεί να έχει μακροπρόθεσμα σημαντική επίδραση στην ψυχολογία και στην καλή συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας. Όμως οι πολιτείες επιτρέπουν στους ανήλικους να πάρουν αποφάσεις οι οποίες μπορεί να έχουν μόνιμο αποτέλεσμα στις ζωές τους.

Στην Γαλλία

Ο νόμος που ισχύει μέχρι και σήμερα στην Γαλλία για τις αμβλώσεις ψηφίστηκε στις 31 Δεκεμβρίου του 1979¹⁰⁹⁻¹¹⁶. Σύμφωνα με τις επιταγές του, κάθε γυναίκα που επιθυμεί να υποβληθεί σε άμβλωση θα πρέπει αρχικά να πάρει από τον γιατρό της ένα παραπεμπτικό έγγραφο για εξέταση στο οποίο να περιγράφονται όλοι οι ιατρικοί κίνδυνοι που ενέχει η άμβλωση. Κατόπιν μπορεί να δηλώσει εγγράφως την απόφαση της να υποβληθεί σε άμβλωση προς στο ίδρυμα της επιλογής της. Η άμβλωση μπορεί να λάβει χώρα σε κρατική ή σε ιδιωτική κλινική, οι οποίες θα πρέπει να πληρούν συγκεκριμένους όρους λειτουργίας. Ο αριθμός των αμβλώσεων που πραγματοποιείται ετησίως σε ένα νοσοκομείο δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το ¼ του συνολικού αριθμού των ιατρικών πράξεων που πραγματοποιούνται σε αυτό. Ο νόμος αναγνωρίζει την ελευθερία συνείδησης των γιατρών για την διενέργεια ή μη της άμβλωσης. Έτσι η ένσταση συνείδησης γίνεται αποδεκτή και στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Ακόμα δηλαδή και στις ιδιωτικές κλινικές οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν να πραγματοποιήσουν αμβλώσεις.

Σε κάθε όμως περίπτωση ο γιατρός υποχρεώνεται από το νόμο να υποδείξει και να παραπέμψει την έγκυο γυναίκα σε γιατρό που δέχεται να προχωρήσει σε νόμιμη άμβλωση.

Αν η έγκυος γυναίκα είναι ανήλικη, προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση, απαιτείται η συναίνεση ενός εκ των προσώπων που έχουν την γονική της επιμέλεια ή η συναίνεση των νομίμων αντιπροσώπων της, στην περίπτωση που δεν υπάρχουν γονείς ή στην περίπτωση που έχουν εκπέσει από την επιμέλεια τους για κάποιο λόγο.

Σήμερα στη Γαλλία το 40% των αμβλώσεων διεξάγονται σε ιδιωτικές κλινικές. Σε πολλές όμως περιοχές της χώρας υπάρχει δυσκολία στην ανεύρεση κλινικής για την πραγματοποίηση της άμβλωσης.

Η 12^η εβδομάδα της κύησης ορίζεται ως ο ανώτατος επιτρεπτός χρόνος για την διακοπή της κύησης και εφόσον συντρέχουν κοινωνικοί ή οικονομικοί λόγοι απαγορευτικοί για την

συνέχιση της κύησης. Αλλά και για λόγους ευγονικούς και ιατρικούς ο νόμος επιτρέπει την άμβλωση σε κάθε στάδιο της κύησης, υπό την αίρεση βεβαίως της πιστοποίησης τους από δύο εμπειρογνώμονες που διορίζονται από το δικαστήριο.

Στην Ιταλία

Στις 22 Μαΐου του 1978 το Ιταλικό κοινοβούλιο ψήφισε τον ισχύοντα μέχρι και σήμερα νόμο για την αποποινικοποίηση της άμβλωσης, ο οποίος ορίζει¹¹⁷:

Η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αρκεί να συντρέχουν ευγονικοί ή λόγοι υγείας, ή κοινωνικο-οικονομικοί, ή ηθικοί λόγοι.

Η γυναίκα που επιθυμεί να υποβληθεί σε άμβλωση επιλέγει τον γυναικολόγο της ο οποίος πραγματοποιεί τις αναγκαίες ιατρικές εξετάσεις. Είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να την ενημερώσει για τα δικαιώματα και τις δυνατότητες που της παρέχουν οι ιατρο-κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και τα συμβουλευτικά κέντρα. Αν ο γιατρός διαγνώσει πως επείγει να υποβληθεί σε άμβλωση, θα πρέπει να εκδώσει αμέσως πιστοποιητικό, το οποίο θα βεβαιώνει την διάγνωση του. Με αυτό το πιστοποιητικό η γυναίκα μπορεί να υποβληθεί σε άμβλωση σε ένα από τα ιδρύματα που έχουν τέτοια άδεια από το κράτος.

Αν ο γιατρός διαγνώσει πως η έγκυος δεν επείγει να υποβληθεί σε άμβλωση, θα προβεί στην έκδοση εγγράφου το οποίο θα πιστοποιεί την διάγνωση του και την επιθυμία της εγκύου να υποβληθεί σε άμβλωση. Αν μετά την πάροδο επτά ημερών η γυναίκα εμμένει στην απόφαση της να υποβληθεί σε άμβλωση, μπορεί να την πραγματοποιήσει με βάση πάντα το έγγραφο που εκδόθηκε από τον γιατρό.

Στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης επιτρέπεται η γυναίκα να υποβληθεί σε άμβλωση αν συντρέχει σοβαρός κίνδυνος για την σωματική και την ψυχική υγεία της ή αν από τον προγεννητικό έλεγχο υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής βλάβης του εμβρύου.

Όταν η έγκυος είναι κάτω των 18 ετών, η συναίνεση για την υποβολή της σε άμβλωση δίνεται είτε από εκείνους που ασκούν την γονική μέριμνα της ανήλικης, είτε από εκείνους που ασκούν

την επιτροπεία της. Αν όμως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης εκείνοι που ασκούν την επιμέλεια της ανήλικης παρότι ενημερώθηκαν επαρκώς από τον γιατρό αρνήθηκαν να δώσουν την συναίνεση τους προκειμένου να υποβληθεί η ανήλικη σε άμβλωση, οι ιατροκοινωνικές υπηρεσίες ή το συμβουλευτικό κέντρο εισάγει την υπόθεση στο πταισματοδικείο, το οποίο θα εκδώσει απόφαση, η οποία δεν επιδέχεται έφεση.

Στις περιπτώσεις όμως όπου απειλείται η υγεία της ανήλικης, δεν ζητείται η συναίνεση των προσώπων που έχουν την επιμέλεια της ανήλικης.

Ο νόμος δεν υποχρεώνει την δικαιοπρακτικά ανίκανη γυναίκα εξαιτίας αποδεδειγμένης ψυχικής νόσου να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση αλλά αρκείται στη συναίνεση του προσώπου που ασκεί την επιτροπεία της.

Η ελευθεροποίηση της άμβλωσης στην Ιταλία συνέπεσε χρονικά με τον νόμο για την καθιέρωση του νέου ΕΣΥ, ο οποίος ψηφίστηκε επίσης το 1978 και άρχισε να εφαρμόζεται το 1981 προοδευτικά σε όλη την χώρα¹¹⁸⁻¹²⁵.

Στην Δανία

Στις 13 Ιουνίου του 1973 η Δανία ψήφισε νόμο για την αποποινικοποίηση της άμβλωσης ο οποίος μεταξύ των άλλων πρόβλεπε¹²⁶⁻¹²⁸:

1. Οποιαδήποτε γυναίκα έχει την διαμονή της στην Δανία, έχει δικαίωμα να υποβληθεί σε άμβλωση μέσα στις πρώτες 12 εβδομάδες της κύησης της εφόσον με γραπτή αίτηση της δηλώσει την επιθυμία της να τερματιστεί η κύηση της και ότι εμμένει σε αυτή την απόφαση.
2. Οποιαδήποτε γυναίκα μπορεί να υποβληθεί σε άμβλωση, ακόμα κι όταν η κύηση της υπερβεί την 12 εβδομάδα, αν η επέμβαση κριθεί απαραίτητη προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για την ζωής της ή βλάβη της σωματικής ή της ψυχικής της υγείας.
3. Ειδική άδεια θα πρέπει όμως να πάρει μια γυναίκα που διαμένει στην Δανία προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση όταν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

-όταν η γυναίκα είναι ανίκανη να φροντίσει ικανοποιητικά το παιδί της, εξαιτίας σωματικών ή ψυχολογικών δυσλειτουργιών ή είναι μειωμένου καταλογισμού.

- όταν εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας της ή της ανωριμότητας της είναι ανίκανη να φροντίσει όπως πρέπει ένα παιδί

- όταν η εγκυμοσύνη, η γέννηση, η διαπαιδαγώγηση και η ανατροφή του παιδιού θέτει σε κίνδυνο την υγεία της εξαιτίας μιας ήδη υπάρχουσας ή και δυνητικής σωματικής ή ψυχικής νόσου.

-όταν υπάρχει κίνδυνος κατά την διάρκεια της κύησης εξαιτίας μιας κληρονομικής νόσου, ή ενός ατυχήματος το έμβρυο να προσβληθεί από σοβαρή νόσο.

- όταν εικάζεται ότι η εγκυμοσύνη, η γέννα, ή η ανατροφή του κυοφορούμενου παιδιού θα αποτελέσει σοβαρό βάρος στην γυναίκα, το οποίο δεν μπορεί να διευθετηθεί διαφορετικά. Σε αυτή την περίπτωση η άμβλωση επιβάλλεται, αφού ληφθούν υπόψη το συμφέρον της εγκύου και η φροντίδα άλλων δικών της παιδιών. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην ηλικία της εγκύου, στο εισόδημα της ή στην υγεία της καθώς και στο αν εκτελεί μια δύσκολη, απαιτητική ή χειρωνακτική εργασία,.

4.Ο υπουργός Δικαιοσύνης συστήνει μία ή περισσότερες επιτροπές, οι οποίες θα έχουν ως καθήκον να λάβουν απόφαση για το αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του νόμου προκειμένου η γυναίκα να υποβληθεί σε άμβλωση, όπου χρειάζεται ειδική άδεια.

5.Η αίτηση για άμβλωση θα πρέπει να υποβληθεί από την ίδια την ενδιαφερόμενη, εκτός αν λόγω μειωμένου καταλογισμού, ψυχικών ή σωματικών προβλημάτων κρίνεται αδύνατο.

6.Αν η έγκυος γυναίκα είναι κάτω των 18 ετών ή είναι ανίκανη να χειριστεί μόνη της τις υποθέσεις της, αυτός που έχει την γονική της μέριμνα ή ο επίτροπος της, πρέπει να δώσει την συναίνεση του για να υποβληθεί σε άμβλωση.

7. Όπου δικαιολογείται από τις περιστάσεις, η επιτροπή μπορεί να αποφύγει να εμμένει στην συναίνεση της ανήλικης εγκύου για άμβλωση. Αν δηλαδή η επιτροπή αγνοήσει την

ανηλικότητα της κρίνοντας πως είναι ικανή να δώσει την συναίνεση της, η ανήλικη μπορεί να την καταθέσει αυτοβούλως.

8. Η επιτροπή μπορεί να δώσει άδεια για άμβλωση και σε γυναίκα που δεν διαμένει στην Δανία, υπό τον όρο ότι θα μπορεί να αποδείξει ότι έχει ειδικούς δεσμούς με την χώρα.

9. Η αίτηση άμβλωσης θα πρέπει να παρουσιαστεί σε ένα γιατρό ή σε ένα ίδρυμα που βοηθάει σε θέματα μητρότητας. Ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει την έγκυο για την φύση της επέμβασης και για τις άμεσες συνέπειες ή για τους πιθανούς κινδύνους στους οποίους εκτίθεται

10. Η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε κρατικό νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική που συνδέεται με το κρατικό νοσοκομείο με συμβατική σχέση. Αν ο επικεφαλής των γιατρών του νοσοκομείου αρνείται για συνειδησιακούς λόγους να πραγματοποιήσει την επέμβαση, ακόμα κι αν συντρέχουν όλες οι προϋποθέσεις που θέτει ο νόμος, η έγκυος γυναίκα θα πρέπει καταφύγει σε άλλο νοσοκομείο προκειμένου να την πραγματοποιήσει.

11. Νοσηλευτές ή μαθητευόμενοι νοσηλευτές από τους οποίους ζητείται η συμμετοχή τους στην επέμβαση της άμβλωσης, μπορούν να μην συμμετέχουν αν επικαλεσθούν θρησκευτικούς ή ηθικούς λόγους.

12. Ο γιατρός που πραγματοποιεί άμβλωση χωρίς να συντρέχουν οι νόμιμες προϋποθέσεις αντιμετωπίζει ανάλογα με την περίπτωση, στέρηση της ελευθερίας του μέχρι δύο έτη, φυλάκιση ή πρόστιμο.

Στην Τουρκία

Το Μάιο του 1983, ψηφίστηκε στην Τουρκία ένας νόμος, με την ονομασία «Προγραμματισμός του Πληθυσμού» (Population Planning), ο οποίος αφορούσε στις αμβλώσεις, αλλά παράλληλα καθόριζε τις βασικές αρχές σε ζητήματα που επηρεάζουν την αύξηση ή την μείωση του πληθυσμού της γείτονας χώρας¹²⁹⁻¹³¹. Ειδικότερα ο νόμος αυτός που ισχύει μέχρι και σήμερα

ορίζει τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες μπορούν ελεύθερα να πραγματοποιούνται αμβλώσεις, στείρωσεις καθώς και να χορηγούνται αντισυλληπτικά .

Ουσιαστικά μέσω του εν λόγω νόμου δίνεται στους τούρκους πολίτες η ελευθερία να αποφασίσουν για τον αριθμό των παιδιών που θέλουν να αποκτήσουν αλλά και για το χρόνο που οι ίδιοι κρίνουν ως κατάλληλο.

Υπό την αίρεση ότι δεν υπάρχουν ιατρικές αντενδείξεις, η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί νομίμως μέχρι το τέλος της δέκατης εβδομάδας της κύησης. Αν η έγκυος γυναίκα έχει υπερβεί την 10^η εβδομάδα κύησης, άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο εφόσον απειλείται η ζωή της από την συνέχιση της κύησης ή όταν ο προγεννητικός έλεγχος έχει αποκαλύψει σοβαρά προβλήματα στην υγεία του εμβρύου. Βεβαίως όλα τα ευρήματα θα πρέπει να επιβεβαιώνονται τουλάχιστον από ένα γιατρό γυναικολόγο-μαιευτήρα και από ένα επιστήμονα συναφούς κλάδου. Σε περίπτωση κατεπείγοντος περιστατικού αρκεί η γνωμοδότηση και ενός μόνο γιατρού.

Ο γιατρός που πραγματοποίησε την άμβλωση, μετά την δεκάτη εβδομάδα της κύησης, θα πρέπει να καταθέσει πριν την επέμβαση ή εντός 24ώρου από την πραγματοποίησή της, προς την Διεύθυνση Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων το όνομα και την διεύθυνση της γυναίκας που υποβλήθηκε σε αυτή, καθώς και τους λόγους που τον οδήγησαν σε αυτή.

Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο η έγκυος γυναίκα θα πρέπει απαραίτητως να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση. Στην περίπτωση της ανήλικης εγκύου ο γονέας ή οι γονείς που έχουν την γονική μέριμνα της ανήλικης θα πρέπει να δώσουν την συγκατάθεση τους προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση. Στην περίπτωση εγκύων που τελούν σε νόμιμη επιτροπεία είτε λόγω της ανηλικότητας τους είτε επειδή πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, η τέλεση της άμβλωσης εξαρτάται από την συναίνεση του επιτρόπου τους, όπως επίσης και από τη συναίνεση του εισαγγελέα της περιοχής, όπου ζει η έγκυος.

Όταν πρόκειται για παντρεμένη γυναίκα απαιτείται η συγκατάθεση του συζύγου της.

Συναίνεση για άμβλωση βεβαίως δεν ζητείται από έγκυο που αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα

Συναίνεση του προσώπου που έχει την γονική μέριμνα ανήλικης εγκύου, ή συγκατάθεση του εισαγγελέα μπορεί να παραληφθεί, αν υπάρχει αποδεδειγμένα σοβαρός και αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή ή για τα ζωτικά όργανα της εγκύου.

Στην Αυστρία

Σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο για τις αμβλώσεις¹³²⁻¹³⁴ που ψηφίστηκε στις 23 Ιανουαρίου του 1974 στην Αυστρία, οποιοσδήποτε διακόπτει κύηση, παρά την συναίνεση της εγκύου, τιμωρείται με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει το ένα έτος. Όταν η επέμβαση πραγματοποιείται κατ' επανάληψη και με στόχο το κέρδος, η πράξη τιμωρείται με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει τα τρία έτη. Αν η επέμβαση πραγματοποιείται από άτομο που δεν κατέχει την ιατρική ιδιότητα, η ποινή θα ξεπερνάει την φυλάκιση των τριών ετών, ενώ αν την επιχειρεί κατ' επανάληψη και με στόχο το κέρδος η ποινή φυλάκισης δεν θα είναι κατώτερη των έξι μηνών, ούτε θα υπερβαίνει τα 5 έτη.

Οποιαδήποτε γυναίκα πραγματοποιεί ή επιτρέπει σε άλλο πρόσωπο την πραγματοποίηση άμβλωσης, τιμωρείται με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει το ένα έτος.

Η άμβλωση δεν θεωρείται παράνομη πράξη και δεν καταλογίζεται στο δράστη της όταν συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1. Όταν πραγματοποιείται από γιατρό κατά την διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της κύησης, εφόσον έχει προηγηθεί ιατρική απόφαση που την επιτρέπει.
2. Όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και αναπότρεπτης βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της
3. Όταν η έγκυος είναι κάτω των δεκατεσσάρων ετών
4. Όταν έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα της προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού

Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο κανένας γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να πραγματοποιεί αμβλώσεις καθ' ολοκληρία ή να συμμετέχει σε αυτές, παρά μόνο στις περιπτώσεις που απειλείται σοβαρά η ζωή της εγκύου από την μη τέλεση της άμβλωσης. Το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές ή το παραϊατρικό προσωπικό που συμμετέχουν στις αμβλώσεις.

Οποιοσδήποτε διακόπτει μια κύηση χωρίς την συναίνεση της εγκύου τιμωρείται με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει τα τρία έτη. Όταν δε προκαλείται από την επέμβαση ο θάνατος της εγκύου, τιμωρείται με φυλάκιση από έξι μήνες μέχρι πέντε έτη.

Στην Ολλανδία

Την 1^η Μαΐου του 1981 ψηφίστηκε στην Ολλανδία ο νόμος για τις αμβλώσεις¹³⁵⁻¹³⁷. Σύμφωνα με αυτόν η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης ενεργείται μόνο σε νοσοκομείο ή σε κλινική που διαθέτει άδεια του Υπουργείου Υγείας προκειμένου να παρέχει τέτοιου είδους θεραπεία. Άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί τουλάχιστον έξι μέρες μετά την συνάντηση της εγκύου με τον γιατρό. Το χρονικό διάστημα των έξι ημερών απαιτείται από τον νόμο ώστε να έχει η έγκυος χρόνο να σκεφτεί την οποιαδήποτε απόφαση της. Ο γιατρός θα ενημερώσει την έγκυο όσο τον δυνατόν γρηγορότερα για το αν θα πραγματοποιήσει την άμβλωση.

Ο γιατρός που προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα γνωρίζοντας ή λογικά υποθέτοντας ότι θα τα χρησιμοποιήσει προκειμένου να τερματίσει την κύηση της, τιμωρείται με φυλάκιση όχι κατώτερη των έξι μηνών ούτε ανώτερη των τεσσάρων ετών. Αν από την πράξη της άμβλωσης προκληθεί ο θάνατος της εγκύου, ο γιατρός που την πραγματοποίησε μπορεί να καταδικαστεί σε φυλάκιση που δεν υπερβαίνει τα 6 έτη.

Όποιος χωρίς την συναίνεση της εγκύου την υποβάλει σε άμβλωση, τιμωρείται με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει τα 12 έτη. Αν από την επέμβαση αυτή προκληθεί ο θάνατος της, τιμωρείται με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει τα 15 έτη.

Ο γιατρός που τελεί αμβλώσεις σε κλινικές που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις του νόμου, ή γνωρίζει ότι η έγκυος έχει υπερβεί την δεκάτη τρίτη εβδομάδα κύησης και παρά ταύτα δεν

διστάζει να την πραγματοποιήσει, μπορεί να τιμωρηθεί με φυλάκιση που δεν υπερβαίνει το ένα έτος ή με πρόστιμο που δεν υπερβαίνει τις 50.000 guilders.

Δεν αποτελεί αδίκημα η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης αν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής ή διαρκούς βλάβης της υγείας της.

Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο κανένας γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να πραγματοποιεί αμβλώσεις καθ' ολοκληρία ή να συμμετέχει σε αυτές, παρά μόνο στις περιπτώσεις που απειλείται σοβαρά η ζωή της εγκύου από την μη τέλεση της άμβλωσης. Ουσιαστικά ο γιατρός που διατηρεί συνειδησιακή ένσταση για την τέλεση άμβλωσης, μπορεί να αρνηθεί την διάπραξη της. Οφείλει όμως να ενημερώσει άμεσα την έγκυο για αυτή την στάση του.

Στην Σλοβακία

Για πρώτη φορά θεσπίστηκε νόμος για την άμβλωση στις 23 Οκτωβρίου του 1986¹³⁸⁻¹³⁹. Ο νόμος αυτός καθορίζει τις συνθήκες που πρέπει να συντρέχουν προκειμένου να πραγματοποιηθεί νομίμως μια άμβλωση με στόχο την προστασία της ζωής και της υγείας της εγκύου γυναίκας. Ειδικότερα ορίζει:

Η έγκυος θα μπορεί να τερματίζει με τεχνητά μέσα την κύηση της, εφόσον δεν έχει υπερβεί την 12^η εβδομάδα και υπό την αίρεση ότι θα έχει διατυπώσει γραπτώς το αίτημα της και δεν θα υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να αποτρέπουν την υποβολή της σε άμβλωση.

Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με την συναίνεση της εγκύου αν έχουν διαπιστωθεί ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού, ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου.

Στην περίπτωση όπου η έγκυος γυναίκα είναι κάτω των δεκαέξι ετών, απαιτείται η συναίνεση του νομίμου εκπροσώπου της ή του προσώπου που έχει αναλάβει την επιμέλεια της. Ανήλικες μεταξύ 16 και 18 ετών μπορούν με μόνη την δική τους συναίνεση να υποβληθούν σε άμβλωση, για την οποία όμως το νοσηλευτικό ίδρυμα οφείλει να ενημερώσει τους νομίμους εκπροσώπους τους.

Η έγκυος γυναίκα θα πρέπει με έγγραφη αίτηση της να ζητά την υποβολή της σε άμβλωση, την οποία θα καταθέτει προς το γυναικολόγο του ιδρύματος στην πόλη όπου έχει την μόνιμη διαμονή της, ή την εργασία της, ή βρίσκεται το σχολείο στο οποίο φοιτά, αν είναι ανήλικη. Ο γυναικολόγος απ' την μεριά του οφείλει να ενημερώσει την έγκυο για τις πιθανές επιπτώσεις που θα έχει η επέμβαση στην υγεία της. Αν η έγκυος εμμένει στην απόφασή της για διακοπή της κύησης, ο γυναικολόγος καθορίζει σε πιο νοσηλευτικό ίδρυμα θα την πραγματοποιήσει.

Γυναίκες που δεν διαμένουν μόνιμα στην Σλοβακία δεν μπορούν νομίμως να υποβληθούν σε άμβλωση στην χώρα αυτή.

Στην Γερμανία

Ο ισχύων σήμερα νόμος για την άμβλωση του 1976 ορίζει πως επιτρέπεται η διακοπή κύησης κάτω από τις εξής προϋποθέσεις¹⁴⁰⁻¹⁴⁸:

-όταν συντρέχουν κοινωνικοί ή ψυχολογικοί λόγοι και η κύηση δεν έχει υπερβεί την 12^η εβδομάδα

-όταν συντρέχουν ευγονικοί λόγοι και η κύηση δεν έχει υπερβεί την 22^η εβδομάδα

-όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Σε αυτή την περίπτωση δεν τίθεται κανένας χρονικός περιορισμός. Δηλαδή η έγκυος μπορεί να υποβληθεί σε άμβλωση σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης της συντρέχει αυτός ο λόγος.

Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο, η έγκυος που επιθυμεί την άμβλωση θα πρέπει πρώτα να συμβουλευτεί ειδικά διορισμένο για την επέμβαση γιατρό, ο οποίος υποχρεώνεται απ' ενός να της εξηγήσει τις ιατρικές συνέπειες της άμβλωσης αφετέρου να την ενημερώσει για τις ηθικές και κοινωνικές παραμέτρους της πράξης της. Στη συνέχεια ο γιατρός υποχρεούται να γνωματεύσει για το επιτρεπτό της άμβλωσης η οποία όμως δεν θα διεξαχθεί από τον ίδιο αλλά από άλλο γιατρό, ο οποίος με την σειρά του θα εξετάσει τη νομιμότητα της πράξης και θα δεχθεί ή θα αρνηθεί να προβεί στην επέμβαση.

Η έγκυος γυναίκα θα πρέπει απαραίτητως να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση. Στην περίπτωση της ανήλικης εγκύου ο γονέας ή οι γονείς που έχουν την γονική μέριμνα της θα πρέπει να δώσουν την συγκατάθεση τους. Αν έχουν εκπέσει για κάποιο λόγο από την γονική τους μέριμνα ή έχουν πεθάνει, την συγκατάθεση του δίνει ο νόμιμος εκπρόσωπος της ανήλικης.

Η διακοπή της κύησης διεξάγεται στα νοσοκομεία και σε ορισμένες περιπτώσεις από γενικούς ιατρούς ή γυναικολόγους στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή σε ιδιωτικές κλινικές.

Στην Γερμανία οι άμβλώσεις παρέχονται δωρεάν, όταν διεξάγονται νόμιμα, για τους ασφαλισμένους που ανέρχονται στο 90% του πληθυσμού.

Στην Αιθιοπία

Σύμφωνα με το άρθρο 158 του Ποινικού Κώδικα της Αιθιοπίας, όπως διαμορφώθηκε το 1957, το οποίο δεν έχει υποστεί την παραμικρή αλλαγή μέχρι και σήμερα, η άμβλωση τιμωρείται σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης κι αν πραγματοποιηθεί¹⁴⁹.

Η φύση και η έκταση της ποινής ποικίλλει ανάλογα με το αν την επιζητεί μόνη της η έγκυος γυναίκα ή τρίτο πρόσωπο.

Δεν θεωρείται άδικη πράξη και κατά συνέπεια δεν επισύρει ποινή, η αποβολή του εμβρύου.

Ειδικότερα, η έγκυος γυναίκα που προκαλεί μόνη της άμβλωση στο έμβρυο που κυοφορεί, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης η οποία δεν θα είναι κατώτερη των τριών μηνών ούτε θα υπερβαίνει τα πέντε έτη.

Αν τρίτο πρόσωπο πραγματοποιεί άμβλωση ή βοηθάει στην διάπραξη της τιμωρείται με ποινή φυλάκισης που δεν υπερβαίνει την πενταετία. Αν η έγκυος γυναίκα δεν μπορεί να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση, εξαιτίας ψυχικής νόσου ή σωματικής ανικανότητας ο δράστης της άμβλωσης τιμωρείται με ποινή φυλάκισης όχι κατώτερης των τριών ετών, ούτε μεγαλύτερης της δεκαετίας. Με την ίδια ποινή τιμωρείται ο δράστης

άμβλωσης που απειλεί ή εξαπατά ή εκμεταλλεύεται ανίκανη να αντιληφθεί την σημασία των πράξεων της, έγκυο γυναίκα.

Δράστης που υποβάλλει έγκυο σε άμβλωση με απώτερο στόχο την οικονομική ωφέλεια του, ή ενεργεί παρανόμως αμβλώσεις κατ' επάγγελμα φυλακίζεται και η φυλάκιση του συνοδεύεται από ένα γερό πρόστιμο.

Αν ο δράστης είναι γιατρός, φαρμακοποιός, μαία ή νοσοκόμα, το δικαστήριο του επιβάλλει μεταξύ των άλλων προσωρινή ή οριστική ανάκληση της άδεια άσκησης του επαγγέλματος του. Μόνο σε μια περίπτωση, η άμβλωση στην Αιθιοπία δεν τιμωρείται. Όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής κι αναπότρεπτης βλάβης της σωματικής της υγείας. Αφού διαγνωσθεί ο κίνδυνος, θα πρέπει να πιστοποιηθεί γραπτώς και από άλλο γιατρό γυναικολόγο, ο οποίος θα βεβαιώσει την αλήθεια και την ορθότητα των ευρημάτων. Η έγκυος είναι υποχρεωμένη να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να προχωρήσει ο γιατρός σε άμβλωση. Αν είναι ανίκανη προς δικαιοπραξία, θα πρέπει να δώσει την συναίνεση του ο πλησιέστερος συγγενής της ή ο νόμιμος εκπρόσωπος της.

Στην Νιγηρία και στην Κένυα

Αυτές οι δύο χώρες έχουν ακριβώς την ίδια νομοθεσία αναφορικά με την άμβλωση, η οποία περιγράφεται όμως ανεπαρκώς σε διαφορετικά άρθρα των ποινικών τους κωδίκων¹⁵⁰⁻¹⁵¹. Σύμφωνα με αυτή, οποιοσδήποτε με πρόθεση να προκαλέσει αποβολή στην έγκυο γυναίκα της χορηγεί παράνομα δηλητήριο ή άλλη επιβλαβή ουσία, ή της ασκεί με οποιοδήποτε τρόπο πίεση προκειμένου να αποβάλει, είναι ένοχος και τιμωρείται με την ποινή της φυλάκισης δεκατεσσάρων ετών.

Αν η ίδια η έγκυος προκαλέσει αποβολή στο έμβρυο που κυοφορεί με οποιοδήποτε τρόπο ή μέσο, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης 7 ετών. Αν στην πράξη της αυτή συμμετέχει ως βοηθός της άλλο πρόσωπο, τιμωρείται και αυτό με την ποινή της φυλάκισης 3 ετών.

Ωστόσο δεν θεωρείται αδίκημα και δεν τιμωρείται η άμβλωση που πραγματοποιείται επειδή υπήρχε αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής κι αναπότρεπτης βλάβης της σωματικής υγείας της, από την συνέχιση της κύησης.

Στην Ιαπωνία

Στην Ιαπωνία, στη χώρα των Σαμουράι, ποτέ δεν συγκαίρονταν οι γονείς ενός νεογέννητου, μέχρι ότου βεβαιώνονταν ότι θα του επιτρεπόταν να ενταχθεί στην κοινωνική ζωή. Τόσο η άμβλωση όσο και η παιδοκτονία ήταν κοινωνικά αποδεχτές και αναγκαίες πράξεις. Αυτό συνέβαινε μέχρι το 1873, όπου ο δυτικός πολιτισμός άγγιξε την χώρα αυτή, και ψηφίστηκε ο πρώτος νόμος κατά των αμβλώσεων, για να ακολουθήσει ο νόμος του 1940 κατά τα ναζιστικά πρότυπα, που χαρακτήριζε την άμβλωση ως έγκλημα κατά του κράτους. Μετά το 1948 το γιαπωνέζικο κοινοβούλιο ψήφισε το επιτρεπτό της άμβλωσης για ευγονικούς, ιατρικούς, ηθικούς και κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Βεβαίως απαραίτητη προϋπόθεση του νόμου ήταν η αίτηση της εγκύου γυναίκας και η λήψη άδειας από την ειδική τοπική επιτροπή.

Η άμβλωση συνεχίζει να θεωρείται νόμιμη πράξη μέχρι και σήμερα¹⁵². Δεν υπάρχει απαίτηση του ιαπωνικού λαού για επαναποικιοποίηση της.

Παρά ταύτα άτομα που έχουν υποβληθεί σε άμβλωση αλλά πιστεύουν ότι το έμβρυο έχει μεγαλύτερη αξία από ένα κοινώς αναλώσιμο υλικό, συχνά απολογούνται προς το πνεύμα του εμβρύου που χάθηκε προβαίνοντας σε μια συγκεκριμένη ιεροτελεστία σε βουδιστικούς ναούς, που ονομάζεται mizuko. Το mizuko ουσιαστικά φαίνεται να λειτουργεί ως μια θεραπεία κάθαρσης των ενοχών που νοιώθουν για την άμβλωση στην οποία αναγκάστηκαν εξαιτίας διαφόρων παραγόντων να υποβληθούν.

Κι η νομοθεσία που υπάρχει στην Ιαπωνία, αφενός εξαιρεί το δικαίωμα του πολίτη να ενεργεί σύμφωνα με τις ατομικές του αρχές και πεποιθήσεις αφετέρου περνάει το βουδιστικό μήνυμα ότι η υποβληθείσα σε άμβλωση γυναίκα οφείλει να απολογηθεί προς την οντότητα που κατέστρεψε¹⁵³.

Γενικότερα στην Ιαπωνία η ιστορία και η νομοθεσία που την συνόδευε πρόδιδε την έλλειψη ισχυρών δεσμών μεταξύ των μελών της οικογένειας και την εύκολη πρόσβαση στην έκτρωση¹⁵⁴. Είναι γεγονός πως τον δέκατο έβδομο και τον δέκατο όγδοο αιώνα, οι ιάπωνες έλεγχαν τις γεννήσεις σχεδόν αποκλειστικά με την θανάτωση των παιδιών που γεννιόνταν. Τον δε εικοστό αιώνα αντικατέστησαν τις θανατώσεις των παιδιών με τις αμβλώσεις. Στις μέρες μας όλο και περισσότερο μειώνονται οι αμβλώσεις εξαιτίας της συνεχούς και σωστής κρατικής ενημέρωσης γύρω από τις μεθόδους αντισύλληψης.

2. Σχολιασμός των παραπάνω νομοθεσιών

Η νομοθεσία ενός κράτους για τις αμβλώσεις αν και δεν αποτελεί τον μοναδικό παράγοντα που επηρεάζει την πρόσβαση των γυναικών προς τις υπηρεσίες που ασχολούνται με τα ζήτσημα αυτό, ωστόσο καταδεικνύει τον τρόπο και την φιλοσοφία με την οποία το συγκεκριμένο κράτος χειρίζεται σημαντικά κοινωνικά θέματα, την υπευθυνότητά του καθώς και τον βαθμό ασφάλειας που εμπνέει στους πολίτες του.

Είναι δυνατόν τα νομοθετήματα γύρω από ένα ζήτσημα να βρίσκονται διασπαρμένα σε περισσότερα του ενός κείμενα, κώδικες, νομολογίες, κανονισμούς μικρής ή μεγαλύτερης διάρκειας, τα οποία υπόκεινται ανά πάσα στιγμή σε συμπληρώσεις, καταργήσεις, ακόμα και σε αντικαταστάσεις. Αλλά και οι γενικές αρχές δικαίου κάθε κράτους επηρεάζουν καθοριστικά την νομοθεσία του. Κι ενώ για παράδειγμα οι ποινικοί κώδικες πολλών κρατών, ξεκάθαρα απαγορεύουν τις αμβλώσεις, σε άρθρα άλλων κωδίκων των ίδιων χωρών τις επιτρέπουν υπό προϋποθέσεις. Όπου η άμβλωση είναι ποινικοποιημένη, συνήθως η νομική μεταχείριση των δραστών από την πολιτεία καταχωρείται στον Ποινικό Κώδικα.

Στις χώρες όπου η νομοθεσία απαγορεύει τις αμβλώσεις, οι γυναικολόγοι καθίστανται απρόθυμοι να παράσχουν τις υπηρεσίες τους, το κόστος των ιδιωτικών κλινικών που τις πραγματοποιούν εξελίσσεται σε ιδιαίτερος ακριβό, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία

συχνά αποτελούν και την μόνη πηγή για ασφαλή ιατρική περίθαλψη για τις γυναίκες χαμηλού εισοδήματος, παρέχουν όλο και λιγότερες υπηρεσίες. Ο φόβος της καταγγελίας αποθαρρύνει τους γιατρούς, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της δουλειάς τους. Επιπλέον η πραγματοποίηση μιας επέμβασης υπό το κράτος μυστικότητας, καθιστά το όλο εγχείρημα επικίνδυνο για την υγεία των ασθενών.

Στην αντίθετη περίπτωση, δηλαδή όταν η άμβλωση είναι νόμιμη, η επέμβαση πραγματοποιείται με μεγαλύτερη ασφάλεια, το ποσοστό θνησιμότητας των γυναικών που υποβάλλονται σε αυτή είναι στατιστικά χαμηλότερο, οι γιατροί καλύτερα εκπαιδευμένοι, και το κόστος της επέμβασης μικρότερο.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο σύνολο των νομοθετημάτων που αφορούν στην άμβλωση παγκοσμίως, κατέληξε στο συμπέρασμα πως το 61% του πληθυσμού της γης ζει σε χώρες όπου η άμβλωση επιτρέπεται με λιγότερους ή περισσότερους περιορισμούς και μόλις το 25% του παγκόσμιου πληθυσμού διαμένει σε κράτη, κυρίως στην Αφρική και την Λατινική Αμερική, όπου η άμβλωση απαγορεύεται¹⁵⁵. Ακόμα όμως και σε αυτά τα κράτη, όταν κινδυνεύει η ζωή ή η υγεία της εγκύου, πραγματοποιείται νομίμως άμβλωση.

Λίγο πριν το 1985 ουσιαστικά ξεκίνησε ανά τον κόσμο μια μαζική τάση αποποινικοποίησης της άμβλωσης, τάση που φαίνεται να συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Γεγονός πάντως είναι πως κάθε κράτος την αποποινικοποιεί όταν συντρέχουν συγκεκριμένοι λόγοι.

Υπάρχουν κράτη που επιτρέπουν την άμβλωση για λόγους ηθικούς ή για ευγονικούς. Κάποια άλλα για λόγους ιδιαίτερος ξεχωριστούς. Για παράδειγμα στο Ισραήλ επιτρέπεται η άμβλωση όταν η έγκυος δεν είναι παντρεμένη, ή όταν είναι πάνω από την ηλικία των 40 ετών¹⁵⁶⁻¹⁵⁷.

Οι πιο περιοριστικές νομοθεσίες είναι εκείνες που είτε απαγορεύουν τελείως τις άμβλώσεις ή τις επιτρέπουν μόνο για να σώσουν την ζωή της εγκύου. Τέτοια νομοθετήματα θεωρούν την άμβλωση ως εγκληματική πράξη, με ποινές τόσο για το δράστη της όσο και για την έγκυο. Το

25% του πληθυσμού της γης ζουν σε 54 χώρες κυρίως στην Αφρική και στην Λατινική Αμερική, όπου υπάρχει νομοθεσία αυτού του είδους ¹⁵⁸.

Κάποια άλλα κράτη αναφέρουν στις νομοθεσίες τους την «αναγκαία άμυνα». Σε πολλά κράτη αυτής της κατηγορίας, όπως το Κογκό και το Μαλί, οι ποινικοί τους κώδικες επιτρέπουν την «αναγκαία άμυνα» για μια σειρά από εγκληματικές πράξεις, στις οποίες περιλαμβάνεται και η άμβλωση.

Εικοσιτρία κράτη, που αποτελούν περίπου το 10% του συνολικού πληθυσμού, εφαρμόζουν λιγότερο απαγορευτικές νομοθεσίες. Για παράδειγμα επιτρέπουν τις αμβλώσεις στις περιπτώσεις όπου κινδυνεύει η σωματική υγεία της εγκύου. Αυτές πολλές φορές απαιτούν η απειλούμενη βλάβη να είναι σημαντική ή μόνιμη (στο Περού και στην Ζιμπάμπουε).

Νομοθεσίες κατά τις οποίες επιτρέπεται η άμβλωση όταν κινδυνεύει η ψυχική υγεία της εγκύου, ισχύουν σε 20 κράτη και επηρεάζουν περίπου το 4% του συνολικού πληθυσμού του πλανήτη. Σε πολλές όμως χώρες που αποτέλεσαν στο παρελθόν Βρετανικές αποικίες, όπως η Τζαμάϊκα, η Γκάμπια, η Σιέρα Λεόνε, το Τρινιντάτ, έχουν κρατήσει την παλιά αγγλική νομοθεσία για την άμβλωση, όπως αυτή εκφράστηκε το 1938 στην υπόθεση *Rex v Bourne*, η οποία επέτρεπε νομίμως την τέλεση άμβλωσης στις εγκύους που αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα ¹⁵⁹.

Το 20% του πληθυσμού της γης ζει σε χώρες, όπου επιτρέπεται η άμβλωση για κοινωνικο-οικονομικούς λόγους. Τέτοιους λόγους αποτελούν η οικονομική κατάσταση της εγκύου, η ηλικία της, το αν είναι παντρεμένη ή ανύπαντρη, ο αριθμός των παιδιών που έχει αποκτήσει. Σε κάποιες χώρες, όπως στην Μ. Βρετανία, στην Ταϊβάν, και στην Ζάμπια, η νομοθεσία επιτρέπει να ληφθεί υπόψη η επίδραση που θα έχει η συνέχιση της εγκυμοσύνης στα ήδη υπάρχοντα παιδιά της εγκύου. Σε κάποιες άλλες, όπως στην Φιλανδία, στην Ινδία και στην Ιαπωνία, οι κοινωνικοοικονομικοί λόγοι εντάσσονται στο νομικό πλαίσιο της προστασίας της υγείας της εγκύου ¹⁶⁰⁻¹⁶⁵.

Τέλος την λιγότερο περιοριστική νομοθεσία στην άμβλωση έχουν 49 χώρες που αποτελούν και το 41% του συνολικού πληθυσμού, όπου επιτρέπεται η άμβλωση χωρίς περιορισμούς. Η Κίνα, το πιο πολυπληθές κράτος του κόσμου, ανήκει σε αυτή την κατηγορία. Μαζί με την Ινδία ασκούν τα τελευταία χρόνια την «πολιτική του ενός παιδιού» για κάθε οικογένεια, γεγονός που συνετέλεσε στην επικίνδυνη αύξηση των αμβλώσεων.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 37 ευρωπαϊκές χώρες από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο της Διεθνούς Ομοσπονδίας Σχεδιασμού Οικογένειας αποκάλυψε τα εξής: Μέχρι το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα η προκλητή άμβλωση στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης ήταν παράνομη ή δεν υπόκειντο σε ειδική νομοθεσία.

Η Ιρλανδία σήμερα είναι η μόνη χώρα στην Ευρώπη, όπου θεωρεί την άμβλωση παράνομη και άδικη πράξη, για αυτό ποινικοποιεί την διάπραξη της ^{84,166-167}. Είναι άξιο απορίας δε πως ένα κράτος, όπως η Ιρλανδία, που συγκαταλέγεται μεταξύ εκείνων των κρατών που επιδεικνύουν ιδιαίτερη ευαισθησία σε ζητήματα πρωτίστως κοινωνικά, όπως η άμβλωση, την ποινικοποιεί, την απαγορεύει και αναγκάζει τις έγκυες γυναίκες να καταφεύγουν στην Αγγλία προκειμένου να την πραγματοποιήσουν. Το 1992, ανώτατο δικαστήριο της αποφάσισε ότι η συνταγματική πρόβλεψη για προστασία της ζωής του αγέννητου παιδιού, δεν θα πρέπει να αποτρέψει 14χρονη ανήλικη βιασθείσα, να ταξιδέψει νομίμως στην Αγγλία και να υποβληθεί σε άμβλωση ¹⁶⁸⁻¹⁶⁹.

Συζητήσεις έγιναν στην Γαλλία ¹⁷⁰ και την Ελβετία με στόχο να διαμορφώσουν τα κράτη αυτά πιο ελαστικές νομοθεσίες για την άμβλωση.

Στην Κύπρο, το Ισραήλ, την Πολωνία, την Πορτογαλία, την Ισπανία και την Ελβετία, οι νομοθεσίες για την άμβλωση είναι ακόμα πολύ περιοριστικές, επιτρέποντας την άμβλωση μόνο στις περιπτώσεις που:

- η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού ή εκμετάλλευσης ανήλικης γυναίκας
- ο προγεννητικός έλεγχος αποκαλύπτει σημαντικές βλάβες στην υγεία του εμβρύου

- η συνέχιση της κύησης θέτει σε κίνδυνο την ψυχική ή σωματική υγεία της εγκύου.

Η Πορτογαλία έχασε την ευκαιρία για την δημιουργία μιας πιο ελαστικής νομοθεσίας στην άμβλωση όταν πραγματοποιήθηκε εθνικό δημοψήφισμα το 1999.

Μέχρι το 1994 τα δικαιώματα αναπαραγωγής είχαν τυπικά αναγνωριστεί από ένα σημαντικό και διαρκώς αυξανόμενο αριθμό κρατών, όμως το δικαίωμα της γυναίκας για άμβλωση δεν περιλαμβανόταν σε αυτά τα δικαιώματα.

Οι πιο περιοριστικές νομοθεσίες απαγορεύουν τελείως την άμβλωση ή την επιτρέπουν μόνο προκειμένου να σωθεί η ζωή της εγκύου γυναίκας. Είκοσι έξι ευρωπαϊκές χώρες επιτρέπουν τις επεμβάσεις άμβλωσης χωρίς επιπλέον περιορισμούς.

Το Ισραήλ, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελβετία, προσέθεσαν στους ιατρικούς λόγους για άμβλωση και τον κίνδυνο της ψυχικής ασθένειας της εγκύου.

Η Πολωνία είναι η μόνη χώρα μέσα στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο της Διεθνούς Ομοσπονδίας Σχεδιασμού Οικογένειας η οποία επέτρεπε άμβλωση μόνο στις περιπτώσεις όπου ή ετίθετο σε σοβαρό κίνδυνο η ζωή και η υγεία της εγκύου, ή πιθανολογούταν από τον προγεννητικό έλεγχο βλάβη του εμβρύου ή όταν υπήρχε δικαιολογημένη υποψία ότι η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα εγκληματικής ενέργειας. Το 1996 η πολωνική νομοθεσία για την άμβλωση τροποποιήθηκε. Σύμφωνα με τις τελευταίες τροποποιήσεις η άμβλωση επιτρέπεται και όταν η έγκυος γυναίκα αντιμετωπίζει δύσκολες προσωπικές καταστάσεις ή κακές συνθήκες διαβίωσης. Όμως το 1997 περιορίστηκε το δικαίωμα της γυναίκας να υποβάλλεται σε άμβλωση επικαλούμενη κοινωνικοοικονομικούς λόγους, επειδή θεωρήθηκε πως η διάταξη που τους προέβλεπε, παραβίαζε το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της ζωής του εμβρύου που συνελήφθη. Έτσι η άμβλωση στην Πολωνία επιτρεπόταν και πάλι μόνο για ιατρικούς και ευγονικούς λόγους¹⁷¹.

Οι νομοθεσίες που αφορούν στην άμβλωση συνήθως περιέχουν ειδικές συνθήκες οι οποίες θα πρέπει να είναι άξιες σεβασμού ώστε να θεωρείται η άμβλωση νόμιμη. Αυτές περιλαμβάνουν

περιορισμούς για το πόσο αργά η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί, τις προϋποθέσεις και την επαγγελματική εμπειρία του γιατρού, για το αν απαιτείται συναίνεση των γονιών της εγκύου, του συζύγου ή συντρόφου της ή του δικαστηρίου, για το αν η έγκυος πρέπει να περιμένει υποχρεωτικά μια χρονική περίοδο πριν αποφασίσει, ή αν πρέπει να υποβληθεί πριν την άμβλωση σε υποχρεωτική συμβουλευτική από ειδικούς.

Στην πλειοψηφία τους οι χώρες που επιτρέπουν την άμβλωση μετά από απαίτηση της εγκύου, θέτουν χρονικό όριο μέσα στο οποίο η έγκυος μπορεί να υποβληθεί σε άμβλωση. Συνήθως των 12 εβδομάδων. Δεν υπάρχει όμως ομοιομορφία ως προς τον τρόπο με τον οποίο αυτό το χρονικό όριο υπολογίζεται. Στις περισσότερες χώρες η διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά συνέπεια η ηλικία του εμβρύου, μετράται από την πρώτη ημέρα της τελευταίας περιόδου της γυναίκας. Σε κάποιες άλλες μπορεί να υπολογιστεί από την μέρα σύλληψης, όπως αυτή εκτιμάται από την έγκυο. Ο νόμος σχεδόν ποτέ δεν εξηγεί ποια μέθοδο υπολογισμού θα ακολουθηθεί για την ακριβή μέτρηση της ηλικίας του εμβρύου. Στα κράτη όπου η άμβλωση επιτρέπεται μέχρι μια συγκεκριμένη ηλικία του εμβρύου, οι αμβλώσεις εξακολουθούν να πραγματοποιούνται μετά από την ορισθείσα μέρα, αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Δεκαεπτά κράτη αποδέχονται ως χρονικό όριο κυοφορίας τις 12 εβδομάδες, άλλα 5 κράτη αποδέχονται ως χρονικό όριο κυοφορίας τις 14 εβδομάδες, η Γαλλία τις 10 εβδομάδες, η Ιταλία τις 13 εβδομάδες, η Σουηδία τις 18 εβδομάδες, η Ολλανδία τις 24 εβδομάδες¹⁷¹. Στην Αλβανία, Βουλγαρία, την Ουγγαρία και στη Ρουμανία νέοι νόμοι επιτρέπουν αμβλώσεις μεταξύ της 12^{ης} και 14^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες από αυτές τις χώρες επιτρέπουν την άμβλωση και μετά την πάροδο του καθορισμένου χρονικού ορίου κυοφορίας όταν συντρέχουν ορισμένες βεβαίως συνθήκες, όπως όταν κινδυνεύει η ζωή της εγκύου ή από τον προγεννητικό έλεγχο υπάρχουν ενδείξεις για σοβαρές βλάβες του εμβρύου. Την παραβίαση του καθορισμένου χρονικού ορίου κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις αναγνωρίζουν μέσα από την νομοθεσία τους, η Ελλάδα, η Γαλλία, το Βέλγιο¹⁷² και η Μεγάλη

Βρετανία. Η Ελλάδα¹⁷³⁻¹⁷⁴ και η Γαλλία επιτρέπουν την άμβλωση οποιαδήποτε στιγμή απειλείται η ζωή ή η σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου.

Όροι που αφορούν τον χώρο στον οποίο η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί ή την ειδικότητα του γιατρού που θα κάνει την επέμβαση, συναντάμε στις περισσότερες νομοθεσίες. Για παράδειγμα σε μεγάλο αριθμό χωρών ο νόμος ορίζει ότι οι αμβλώσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο σε κρατικά νοσοκομεία ή σε κλινικές που διαθέτουν ειδική άδεια και μόνο από γιατρούς γυναικολόγους-μαιευτήρες.

Δεκατέσσερις χώρες απαιτούν την συναίνεση του συζύγου της εγκύου για την υποβολή της σε άμβλωση, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο Μαρόκο, ενώ 28 χώρες απαιτούν τη συναίνεση των γονιών της ανήλικου εγκύου, προκειμένου να υποβληθεί η τελευταία σε άμβλωση.

Η Τουρκία είναι η μόνη ευρωπαϊκή χώρα, όπου η γυναίκα ακόμα χρειάζεται την συναίνεση του συζύγου προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση, ακόμα κι όταν είναι ενήλικη¹²⁹⁻¹³¹.

Ειδικότερα ως προς την συναίνεση της ανήλικης εγκύου: Στην Αγγλία, σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ και στην Σλοβακία, ανήλικα κορίτσια 16 και 17 ετών μπορούν με μόνη την δική τους συναίνεση να υποβληθούν σε άμβλωση, για την οποία όμως το νοσηλευτικό ίδρυμα οφείλει να ενημερώσει και τους νομίμους εκπροσώπους τους. Στις ίδιες χώρες όμως απαιτείται γραπτή συγκατάθεση των γονιών ή των νομίμων αντιπροσώπων τους προκειμένου να υποβληθούν σε άμβλωση ανήλικες κάτω των 16 ετών.

Στην Αυστρία, στην Γαλλία, στην Δανία, στην Ελλάδα, στην Ιταλία, στην Μολδαβία, στην Τσεχία, στην Νορβηγία, στην Ρουμανία, στην Πορτογαλία, στην Σουηδία και στην Τουρκία απαιτείται γονεϊκή συναίνεση προκειμένου οι ανήλικες να υποβληθούν σε άμβλωση¹⁷¹. Τα όρια ηλικίας στα οποία ζητείται η γονεϊκή συναίνεση ποικίλλουν σε κάθε χώρα. Στην Αυστρία πχ γονεϊκή συναίνεση στην άμβλωση ζητείται στις ανήλικες κάτω των 14 ετών, στην Τσεχία και στην Νορβηγία κάτω των 16, ενώ στην πλειοψηφία τους τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη απαιτούν γονεϊκή συναίνεση στην άμβλωση για τις ανήλικες κάτω των 18 ετών.

Σε κάποιες χώρες, όπως η Δανία, η Ιταλία και η Νορβηγία, οι ανήλικοι που επιλέγουν να μην ενημερώσουν τους γονείς τους, μπορούν να αναζητήσουν άδεια από το δικαστήριο ή από ειδικές επιτροπές που υπάρχουν για αυτό τον σκοπό στα νοσοκομεία τους¹⁷¹. Στην Γαλλία, αν οι γονείς αρνηθούν να συναινέσουν στην άμβλωση, οι ανήλικες μπορούν να ζητήσουν από τον εκπρόσωπο του νοσηλευτικού ιδρύματος το οποίο επέλεξαν για να υποβληθούν σε άμβλωση, να παραστεί στο δικαστήριο προκειμένου να πάρει την απαιτούμενη άδεια για την πραγματοποίηση της επέμβασης¹⁷¹. Ο βασικός κανόνας που ισχύει στην γαλλική νομοθεσία για την άμβλωση είναι ότι η ανήλικη έγκυος προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση, πρέπει να εξασφαλίσει τη συναίνεση ενός εκ των προσώπων που έχουν την γονική της επιμέλεια ή τη συναίνεση των νομίμων αντιπροσώπων της, στην περίπτωση που δεν υπάρχουν γονείς ή στην περίπτωση που έχουν εκπέσει από την επιμέλεια τους για κάποιο λόγο.

Στην Ιταλία: Όταν η έγκυος είναι κάτω των 18 ετών, η συναίνεση για την υποβολή της σε άμβλωση δίνεται είτε από εκείνους που ασκούν την επιμέλεια, είτε από εκείνους που ασκούν την επιτροπεία της. Αν όμως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης εκείνοι που ασκούν την επιμέλεια της ανήλικης παρότι ενημερώθηκαν επαρκώς από τον γιατρό αρνήθηκαν να δώσουν την συναίνεση τους για άμβλωση, οι ιατρο-κοινωνικές υπηρεσίες ή το συμβουλευτικό κέντρο εισάγει την υπόθεση στο πταισματοδικείο, το οποίο θα εκδώσει απόφαση, και η οποία δεν επιδέχεται έφεση¹¹⁷⁻¹²⁵.

Στην Τουρκία: Στην περίπτωση της ανήλικης εγκύου ο γονέας ή οι γονείς που έχουν την γονική μέριμνα της ανήλικης θα πρέπει να δώσουν την συγκατάθεση τους προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση. Στην περίπτωση εγκύων που τελούν σε νόμιμη επιτροπεία είτε λόγω της ανηλικότητας τους είτε επειδή πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο, η τέλεση της άμβλωσης εξαρτάται από την συναίνεση του επιτρόπου τους, όπως επίσης και από τη συναίνεση του εισαγγελέα της περιοχής, όπου ζει η έγκυος¹²⁹⁻¹³¹.

Συγκατάθεση του προσώπου που έχει την γονική μέριμνα ανήλικης εγκύου, ή από τον εισαγγελέα μπορεί να παραληφθεί, αν υπάρχει αποδεδειγμένα σοβαρός και αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή ή για τα ζωτικά όργανα της εγκύου.

Στην Γερμανία: Στην περίπτωση της ανήλικης εγκύου ο γονέας ή οι γονείς που έχουν την γονική μέριμνα της ανήλικης θα πρέπει να δώσουν την συγκατάθεση τους ή αν έχουν εκπέσει για κάποιο λόγο από την γονική τους μέριμνα ή έχουν πεθάνει, την συγκατάθεσή του δίνει ο νόμιμος εκπρόσωπος της ανήλικης ¹⁴⁰⁻¹⁴⁸.

Υποχρεωτική περίοδο αναμονής που κυμαίνεται από 3 μέρες μέχρι και δύο εβδομάδες απαιτείται από τις νομοθεσίες πολλών χωρών για την πραγματοποίηση της άμβλωσης.

Κάποια άλλα κράτη απαιτούν η έγκυος γυναίκα να λάβει όλες τις αναγκαίες πληροφορίες πριν υποβληθεί σε άμβλωση, προκειμένου να γνωρίζει τους κινδύνους αυτής της επέμβασης αλλά και τις κατάλληλες υπηρεσίες ή τα κέντρα, ειδικά αν πρόκειται για ανύπανδρη ή ανήλικη έγκυο, όπου θα μπορέσει να βρει ψυχολογική και οικονομική ενίσχυση. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι πληροφορίες που δίνονται στη έγκυο δεν επιδιώκουν ούτε να την αποτρέψουν από την άμβλωση, ούτε να την παρακινήσουν να υποβληθεί σε αυτή. Ο χαρακτήρας τους είναι ουδέτερος και στοχεύει στην ενημέρωσή της. Στη Γερμανία όμως, ο νόμος που αφορά στην άμβλωση, χρησιμοποιεί την υποχρεωτική ενημέρωση, με απώτερο σκοπό την αποτροπή της εγκύου από την επέμβαση. Γι αυτό άλλωστε της δίνει περιθώριο τριών ημερών μετά την ενημέρωση, για να διατυπώσει την τελική της απόφαση. Εδώ αξίζει να αναφερθεί πως η Καθολική Εκκλησία στην Γερμανία παρέχει συμβουλευτική στις γυναίκες που επιθυμούν να υποβληθούν σε άμβλωση.

Κατά τον Βελγικό νόμο, μόνο μετά την εκπνοή της προθεσμίας των 6 ημερών από την ενημέρωση της από τον γιατρό, μπορεί η έγκυος να υποβληθεί σε άμβλωση.

Στην πλειοψηφία τους τα κράτη της Ευρώπης έχουν αποποινικοποιήσει την άμβλωση. Πολλές από τις πρώην κομμουνιστικές χώρες αναγκάστηκαν από το κύμα ελευθεροποίησης και

αποποινικοποίησης των αμβλώσεων που κατέκλυσε την Ευρώπη μετά το 1985 να αναδιατυπώσουν τις νομοθεσίες τους.

Τα χαμηλότερα επίσημα ποσοστά νόμιμων αμβλώσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση καταγράφονται στο Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες, τη Γερμανία (περίπου 7/1000 γυναίκες), την ενδιάμεση ομάδα χωρών αποτελούν η Φινλανδία, η Γαλλία και η Ιταλία (περίπου 12/1000 γυναίκες), και τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Δανία (περίπου 17/1000 γυναίκες), με τη Σουηδία να κατέχει την πρώτη θέση (18/1000 γυναίκες). Στις υποψήφιες για ένταξη χώρες, τα ποσοστά αμβλώσεων είναι πολύ υψηλότερα από αυτά της ΕΕ. Τα χαμηλότερα επίσημα ποσοστά αμβλώσεων καταγράφονται στην Τσεχική Δημοκρατία (17/1000), τη Λιθουανία, τη Σλοβακία και τη Σλοβενία (21/1000 γυναίκες). την ενδιάμεση ομάδα χωρών αποτελούν η Βουλγαρία, η Λετονία, η Εσθονία και η Ουγγαρία (περίπου 40/1000 γυναίκες), ενώ το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στη Ρουμανία (52/1000 γυναίκες).

Η πολιτική για τις αμβλώσεις διαφέρει μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι υπάρχουν γυναίκες που μεταβαίνουν από ένα κράτος μέλος της ΕΕ σε άλλο προκειμένου να υποβληθούν σε άμβλωση.

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως παρά την διαφορετική φιλοσοφία, κουλτούρα και επιχειρηματολογία των διαφόρων κρατών όπως αυτές απεικονίζονται στα νομοθετικά τους κείμενα, στην πλειοψηφία τους ευρωπαϊκά και μη κράτη συμφωνούν πως για τη νόμιμη τέλεση της άμβλωσης θα πρέπει να συντρέχουν:

1. Η συναίνεση της ίδιας της εγκύου
2. Η συναίνεση των γονέων ή των νομίμων εκπροσώπων της ανήλικης εγκύου
3. Ενημέρωση της εγκύου για τους κινδύνους, σωματικούς και ψυχολογικούς, που συνεπάγεται αυτή η επέμβαση

4. Πάροδος εύλογου χρόνου μετά την ιατρική ενημέρωση της εγκύου, προκειμένου να λάβει την τελική της απόφαση

5. Πραγματοποίηση της άμβλωσης σε νοσοκομειακό χώρο με την κατάλληλη ιατρονοσηλευτική και φαρμακευτική υποδομή, από έμπειρους γυναικολόγους, παρουσία αναισθησιολόγου.

Ο παρακάτω πίνακας¹⁷¹ εξειδικεύει τους λόγους για τους οποίους επιτρέπεται η άμβλωση στις Ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι τους διαχωρίζει σε λόγους που αφορούν την σωτηρία της εγκύου, σε λόγους που αφορούν την σωματική υγεία της, σε λόγους που αφορούν την ψυχική κατάσταση της εγκύου, και τέλος σε λόγους που αφορούν τα οικονομικά της εγκύου καθώς και την θέση της κοινωνίας απέναντι στις αμβλώσεις.

Στην κατηγορία των κοινωνικών λόγων εντάσσεται και η απλή απαίτηση της εγκύου για άμβλωση.

ΧΩΡΑ	ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ						
	ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΤΑΝ Η ΚΥΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΙΟΝ ΒΙΑΣΜΟΥ	ΥΠΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΒΛΑΒΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ	ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚ. ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΛΟΓΟΥΣ	ΟΤΑΝ ΑΠΑΙΤΕΙ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ Η ΕΓΚΥΟΣ
ΑΛΒΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΑΡΜΕΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΑΥΣΤΡΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΒΕΛΓΙΟ	X	X	X	X	X	X	X
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΤΣΕΧΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΔΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΕΣΘΟΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΓΑΛΛΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΓΕΩΡΓΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΕΛΛΑΔΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΙΤΑΛΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΚΑΖΑΚΣΤΑΝ	X	X	X	X	X	X	X

ΛΕΥΚΟΡΩΣ	X	X	X	X	X	X	X
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΜΟΛΔΑΒΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΡΩΣΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΣΟΥΗΔΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΤΟΥΡΚΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	X	X
ΑΓΓΛΙΑ	X	X	X	-	X	X	-
ΚΥΠΡΟΣ	X	X	X	X	X	X	-
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	X	X	X	X	X	X	-
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	X	X	X	X	X	X	-
ΛΟΥΞΕΜΒ.	X	X	X	X	X	X	-
ΙΣΡΑΗΛ	X	X	X	X	X	-	-
ΠΟΛΩΝΙΑ	X	X	X	X	X	-	-
ΠΟΡΤΟΓΑΛ	X	X	X	X	X	-	-
ΙΣΠΑΝΙΑ	X	X	X	X	X	-	-
ΕΛΒΕΤΙΑ	X	X	X	-	-	-	-
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	X	-	-	-	-	-	-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΟΙΟΣ ΑΝΗΛΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΩΣ «ΩΡΙΜΟΣ»

Η διαδικασία καθώς και ο χρόνος ωριμότητας διαφέρει από ανήλικο σε ανήλικο. Συνδέεται ιδιαίτερα με την προσωπικότητα αλλά και με τα βιώματα του ανηλίκου. Οποιοδήποτε χρονικό σημείο ωριμότητας κι αν οριστεί κατά την διάρκεια της ανηλικότητας, θα είναι αυθαίρετο.

Ωστόσο μια ευρεία γκάμα διαθέσιμων «εξετάσεων» βοηθούν στον προσδιορισμό του βαθμού της ωριμότητας ενός ανηλίκου.

Ο Jean Piaget ήταν ο πρώτος που μελέτησε τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται η αντιληπτική ικανότητα των παιδιών καθώς και τον τρόπο με τον οποίο παιδιά καταφέρνουν να φτάσουν το επίπεδο ενηλίκων αναφορικά με την λήψη αποφάσεων. Υποστήριξε λοιπόν ότι η ανάπτυξη των παιδιών ολοκληρώνεται σε διάφορα στάδια, βασιζόμενος στο πως τα παιδιά αντιλαμβάνονται ένα νέο γεγονός και πως τοποθετούν το συγκεκριμένο αυτό γεγονός σε ένα προϋπάρχον μοντέλο σκέψης. Ο Piaget ανακάλυψε για παράδειγμα ότι τα παιδιά μεταξύ 11 και 15 ετών μπορούν να αναπτύξουν ανεξάρτητη σκέψη, να αναλύουν αποτελέσματα, και να σκέφτονται λογικά και δημιουργικά. Μπορούν ακόμη να κάνουν υποθέσεις, να βγάζουν συμπεράσματα, να αντιλαμβάνονται θεωρίες, να τις συνδυάζουν και να λύνουν προβλήματα. Σύμφωνα πάντα με την θεωρία του Piaget η σκέψη ενός παιδιού στην ηλικία των 15 ετών, έχει εξελιχθεί σε ώριμη δήλωση¹⁷⁵⁻¹⁷⁶.

Ένας άλλος διακεκριμένος ερευνητής ο Lawrence Kohlberg, προσέγγισε διαφορετικά το θέμα της ωριμότητας των ανηλίκων. Εστίασε στο ήθος τους πιστεύοντας ότι παιδιά που έχουν αναπτύξει υψηλό περί ηθικής αίσθημα, είναι ικανά και ώριμα να προσεγγίζουν και να διευθετούν οποιοδήποτε ζήτημα. Ο Kohlberg κατέληξε ότι η ικανότητα των ανηλίκων να εξετάζουν την ηθική πλευρά των ζητημάτων, παρατηρείται περίπου στον 13^ο ή στον 14^ο χρόνο της ηλικίας τους¹⁷⁷⁻¹⁷⁹.

Συνεπώς δύο διαφορετικοί ερευνητές, ο Piaget και ο Kohlberg, που χρησιμοποίησαν διαφορετικές τεχνικές έρευνας για να μελετήσουν τον τρόπο και χρόνο ωριμότητας των ανηλίκων, κατέληξαν στο κοινό συμπέρασμα ότι δηλαδή παιδιά που έχουν συμπληρώσει το 14 ή το 15^ο έτος της ηλικίας τους είναι ικανά όπως οι ενήλικες να διατυπώνουν λογικές σκέψεις σε ζητήματα που τους αφορούν. Οι μελέτες του Piaget και του Kohlberg δεν ήταν βεβαίως οι μοναδικές στο είδος τους.

Κι άλλες μελέτες που επιχειρήθηκαν τις δεκαετίες του 1970 και του 1980 πάνω στο ίδιο αντικείμενο, κατέληξαν στο πόρισμα πως οι ανήλικοι δεν διαφέρουν ουσιωδώς από τους ενήλικες στην ικανότητα να αντιλαμβάνονται επαρκώς ζητήματα που σχετίζονται με την ιατρική τους θεραπεία και ιδιαίτερα στην δυνατότητα τους να κάνουν μόνοι τους τις επιλογές τους πάνω σε αυτή¹⁸⁰⁻¹⁸³.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1982 σε τρεις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες νέων των εννέα, των δεκατεσσάρων και των εικοσιενός ετών, ερεύνησε την ικανότητα τους να κατανοούν τα πραγματικά περιστατικά μιας υποθετικής ασθένειας, την προτεινόμενη από τους γιατρούς θεραπεία, τις εναλλακτικές επιλογές αυτής της θεραπείας καθώς και τον τρόπο λήψης αποφάσεων από τις συγκεκριμένες ομάδες. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι τα εννιάχρονα παιδιά ήταν κάπως πιο συντηρητικά στις αποφάσεις τους γιατί επέλεξαν να υποβληθούν σε θεραπεία μόνο εντός του νοσοκομείου, ενώ έδειχναν να μην αντιλαμβάνονται τι θα τους προσέφερε η προτεινόμενη θεραπεία. Όσον αφορά τους δεκατετράχρονους και τους νέους των εικοσιενός χρόνων, αντιλαμβάνονταν την αξία της προτεινόμενης από τους γιατρούς θεραπείας, καθώς και τις εναλλακτικές επιλογές της¹⁷⁷.

Σε κάποια έρευνα όπου ζητήθηκε από παιδιά να δώσουν συμβουλές υγείας σε συνομήλικους τους, δωδεκάχρονοι μαθητές έδειξαν τέτοια ωριμότητα όση θα έδειχνε και ένα παιδί δεκαεννέα ετών¹⁸⁵. Αλλά και όταν προβλήθηκαν σε δεκαπεντάχρονα παιδιά βιντεοκασέτες που αφορούσαν την συμπεριφορά γιατρών σε νοσοκομειακούς χώρους προσδιόρισαν τότε και

ποια δικαιώματα των ασθενών είχαν παραβιαστεί¹⁶⁹. Από αυτές τις μελέτες προκύπτει ότι νέοι που ανήκουν στο στάδιο της τελευταίας ανηλικότητας μπορούν να κάνουν αφαιρετικούς συλλογισμούς σε υποθετικές καταστάσεις, να επιλέγουν μεταξύ πολλών εναλλακτικών λύσεων, να σκέφτονται με πολλαπλές μεταβλητές, να επεξεργάζονται και να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν.

Βεβαίως ασκήθηκε έντονη κριτική σε όλες αυτές τις μελέτες. Κριτική που τόνιζε πως σε καμία από τις παραπάνω έρευνες δεν δόθηκε η πρέπουσα σημασία σε ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες^{177,184}, όπως η επιρροή των συνομηλίκων τους, η οποία μπορεί να κάνει ένα ανήλικο να ενεργήσει με ανώριμο τρόπο, ακόμα κι όταν κατέχει τις απαιτούμενες γνωστικές δεξιότητες και την ωριμότητα να δίνει τη συναίνεση του στην προτεινόμενη από τον γιατρό θεραπεία. Επιπλέον επιβεβαίωσε την άποψη ότι οι προτεραιότητες και οι συμπεριφορές μεταξύ ανηλίκων και ενηλίκων διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ανήλικοι ενδιαφέρονται για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες μιας θεραπείας ενώ οι ενήλικοι για τις μακροπρόθεσμες. Οι ανήλικοι πιστεύουν ότι είναι άτρωτοι, λειτουργούν πολλές φορές παρορμητικά και πάντα σε σχέση με τους ενήλικους είναι πιο ριψοκίνδunami.

Η επιτροπή Βιοηθικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιάτρων υποστηρίζει ότι τα παιδιά έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις πολύ νωρίτερα από το χρόνο που το δίκαιο αναγνωρίζει την ωριμότητα τους και προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα συστήνει προς τους ανήλικους να «ανακατεύονται» περισσότερο στην λήψη ιατρικών αποφάσεων που τους αφορούν¹⁸⁵.

Ποιος όμως είναι ο ρόλος των δικαστηρίων στον προσδιορισμό της ωριμότητας των ανηλίκων. Στην υπόθεση *Planned Parenthood of Central Missouri v Danforth*, το δικαστήριο απεφάνθη ότι ο ανήλικος δεν χρειάζεται γονεϊκή συναίνεση αν είναι αρκετά ώριμος να αντιληφθεί την διαδικασία μιας θεραπείας και να προβαίνει σε λογική εκτίμηση των περιστάσεων.

Τα αμερικάνικα δικαστήρια χρησιμοποιούν μια πολυπαραγοντική ανάλυση, προκειμένου να προσδιορίσουν την ικανότητα των ανηλίκων να αντιλαμβάνονται την νόσο τους, την προτεινόμενη από τον γιατρό θεραπεία, και τις επιλογές που έχουν σε αυτή. Σε αναλύσεις τέτοιου είδους ερευνώνται οι εξής παράγοντες: Η ηλικία των ανηλίκων, τα γεγονότα που δείχνουν την ωριμότητα τους, η εξυπηρέτηση των συμφερόντων του ανηλίκου, η συμφωνία των γονιών με την απόφαση που έλαβε ο ανήλικος ως προς την θεραπεία του.

Ηλικία του ανηλίκου

Είναι εύκολο να ερευνηθείς πότε ένα άτομο συμπληρώνει τα 18 του χρόνια, πότε δηλαδή τυπικά θεωρείται ώριμο να λαμβάνει αποφάσεις που το αφορούν. Δύσκολο όμως είναι να διαπιστώσεις πότε ένα άτομο είναι ουσιαστικά ώριμο¹⁸⁶. Στην Αμερική τα δικαστήρια συχνά επιτρέπουν σε ανήλικους που έχουν συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας τους να παίρνουν αποφάσεις αναφορικά με την ιατρική αγωγή στην οποία πρόκειται να υποβληθούν¹⁸⁷. Κανένα αμερικάνικο δικαστήριο δεν έχει απονεμίσει σε ασθενή νεώτερο των 14 ετών το δικαίωμα για συναίνεση¹⁸⁸. Κάποια όμως δικαστήρια έχουν αποδεχθεί την ισχύ του νόμου “the rule of sevens” για τους επτάχρονους ανήλικους¹⁸⁹⁻¹⁹⁰. Ο συγκεκριμένος νόμος, προήλθε από το αγγλικό νομολογιακό δίκαιο και σύμφωνα με τις επιταγές του παιδιά κάτω των επτά ετών δεν έχουν σοβαρή αντιληπτική ικανότητα. Παιδιά ηλικίας επτά έως και δεκατεσσάρων ετών επίσης δεν θεωρούνται ικανά να δώσουν την συναίνεση τους ενώ για τους ανήλικους άνω των δεκατεσσάρων ετών θα πρέπει να διερευνάται αυτό το ενδεχόμενο. Τα αμερικανικά δικαστήρια χρησιμοποιούν αυτό το νόμο για να ενισχύσουν την υπόθεση ότι ένας ανήλικος 14 ετών έχει την ικανότητα να δώσει ενημερωμένη συναίνεση στην προτεινόμενη από το γιατρό του θεραπεία.

Ενδείξεις ή σημεία ωριμότητας του ανηλίκου

Τα δικαστήρια χρησιμοποιούν διάφορα μέσα-ενδείξεις προκειμένου να ερευνηθούν πότε ένας ανήλικος είναι ώριμος να δώσει την συναίνεση προς την προτεινόμενη ιατρική θεραπεία για

την οποία προηγήθηκε επαρκής ενημέρωση. Κάθε δικαστική υπόθεση που εστιάζει στην ωριμότητα του ανήλικου θεωρείται μοναδική, ακόμη κι αν ο ανήλικος βρίσκεται χρονικά πολύ κοντά στην ενηλικίωση του¹⁹¹.

Σε μια υπόθεση για παράδειγμα αμερικανικό δικαστήριο νομολόγησε ότι ένας ανήλικος ήταν αρκετά ώριμος να δώσει την συναίνεση του για να υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη του, ότι είχε καλούς βαθμούς στο σχολείο, ότι σχεδίαζε να γραφτεί στο κολλέγιο και ότι οι ίδιοι γονείς του τον θεωρούσαν αρκετά ώριμο να παίρνει αποφάσεις σε σοβαρά ζητήματα. Η κρίση των γονιών του, υπέρ της ωριμότητας του φαινόταν από την τακτική τους να του παραδίδουν πάντα λευκές επιταγές για να πληρώνει τα έξοδα του και τις επισκέψεις του στο γιατρό¹⁹².

Σε άλλη υπόθεση δεκαεξάχρονη κρίθηκε από το δικαστήριο ως ανώριμη, παρά το γεγονός ότι εργαζόταν 25 με 30 ώρες την εβδομάδα, διατηρούσε ψηλούς βαθμούς στο σχολείο που φοιτούσε, και πλήρωνε μόνη της τα έξοδα της. Το γεγονός που επηρέασε αρνητικά τους δικαστές ήταν ότι είχε μείνει έγκυος δύο φορές μέσα σε διάστημα ενός έτους¹⁹³. Η ωριμότητα του ανήλικου ουσιαστικά διαπιστώνεται μέσα από την εξέταση της αιτιολογίας των επιλογών του καθώς και μέσα από την εξέταση των αποτελεσμάτων και των συνεπειών των επιλογών του.

Γεγονός πάντως είναι πως το δικαστήριο χρειάζεται ξεκάθαρες και πειστικές αποδείξεις για να δεχτεί την ωριμότητα του ανήλικου.

Μερίδα νομικών υποστηρίζουν ότι όσο πιο σοβαρές αποφάσεις καλείται να πάρει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη ικανότητα στην λήψη αποφάσεων απαιτείται να έχει.

Η πρακτική εφαρμογή του θεσμού του ώριμου ανήλικου

Ακόμη και στην Αμερική κανένας δικαστής δεν διδάχθηκε στην Νομική Σχολή όπου φοίτησε τον τρόπο εφαρμογής των νομικών κριτηρίων ωριμότητας του ανήλικου ώστε να μπορεί με ευκολία να διαπιστώσει την ωριμότητα ή την ανωριμότητα ενός ανήλικου¹⁷⁹. Με δεδομένη

μάλιστα την υποκειμενική κρίση του δικαστή, η οποία μπορεί να στηριχθεί σε οποιαδήποτε συμπεριφορά του ανηλίκου, έχουν διατυπωθεί σοβαρές ενστάσεις ενάντια της πρακτικής εφαρμογής του θεσμού «ώριμος ανήλικος». Δεν είναι λίγοι και αυτοί που τον θεωρούν ως θεσμό τελείως άδικο.

Πολλές φορές κρίνεται η ωριμότητα ανηλίκων που απέχουν μόνο μερικούς μήνες ή και μέρες από την ενηλικίωση τους ή κρίνεται η ωριμότητα των ανηλίκων σε περιπτώσεις όπου η φύση της θεραπείας μιας ασθένειας δεν είναι τόσο σημαντική ώστε να ενεργοποιείται ολόκληρο το δικαστικό σύστημα. Οφείλομε όμως εδώ να επισημάνουμε ότι αφενός κανένα αμερικανικό δικαστήριο δεν έχει απορρίψει το θεσμό του ώριμου ανήλικου από το 1941¹⁸⁸ έως και σήμερα, αφετέρου πως όσοι γιατροί έκριναν ανήλικους ασθενείς τους ως ώριμους μετά από συζήτηση που είχαν μαζί τους, και έκαναν δεκτή την συναίνεση τους σε ιατρικές πράξεις που τους αφορούσαν, προστατεύτηκαν από το δικαστήριο όταν αυτό χρειάστηκε¹⁹⁴.

Θα πρέπει να τονισθεί για άλλη μια φορά πως ο θεσμός του ώριμου ανήλικου χρησιμοποιείται κυρίως στην Αγγλία και στην Αμερική και σε κράτη τα οποία επηρεάστηκαν από το αγγλοσαξονικό δίκαιο. Στην Ελλάδα ενώ ο θεσμός υποστηρίζεται από μερίδα νομικών¹⁹⁵⁻¹⁹⁷, επισήμως δεν είχε αναγνωρισθεί σε κάποιο νομικό κείμενο, τουλάχιστον μέχρι το 1998.

Η δυνατότητα του ανηλίκου να αποφασίζει για θέματα υγείας στην περίπτωση που είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται την σοβαρότητα τους, περιλαμβάνεται στο άρθρο 6 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοιατρικής, το οποίο μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί το λίκνο της γενέσεως της έννοιας του «ώριμου ανηλίκου» στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΟΤΕ ΟΙ ΑΝΗΛΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΟΝΤΑΙ ΩΣ «ΩΡΙΜΟΙ» ΝΑ ΔΩΣΟΥΝ

ΕΓΚΥΡΩΣ ΤΗΝ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ.

Ανήλικες που επιθυμούν χωρίς την συναίνεση των γονιών τους να υποβληθούν σε άμβλωση μπορούν σύμφωνα πάντα με τις παραπάνω επιταγές του αγγλοσαξονικού δικαίου να καταφύγουν στα δικαστήρια να υποβληθούν σε μια συγκεκριμένη διαδικασία ερωτήσεων από την οποία θα προκύψει ο βαθμός της ωριμότητάς τους, και η «τύχη» της κήσης τους. Από την άλλη μεριά οι νομοθεσίες των χωρών που αποδέχονται τον θεσμό «ώριμος ανήλικος», διερευνούν και την συναίνεση των γονιών της ανήλικης γεγονός που καταδεικνύει πως εκ προοιμίου δεν την θεωρούν ικανή και ώριμη να πάρει μια τόσο σημαντική απόφαση. Οι ανήλικες συνήθως καταφεύγουν στο δικαστήριο προκειμένου να λάβουν την άδεια του που θα τους επιτρέψει να υποβληθούν σε άμβλωση, όταν η σχέση τους με τις οικογένειες τους δεν είναι καλή και φοβούνται ότι θα γίνει χειρότερη στην είδηση της εγκυμοσύνης τους. Ειδικότερα όταν μέσα στην οικογένεια επικρατεί βία, ή οι γονείς αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα στην σχέση τους, η είδηση της εγκυμοσύνης ενισχύει το αρνητικό κλίμα σημαντικά⁶². Κάποιες ανήλικες υποστηρίζουν ότι ακόμη και οι καλές σχέσεις με τους γονείς τους μπορεί να ανατραπούν στα νέα της εγκυμοσύνης τους ενώ άλλες επιμένουν ότι τέτοιου είδους αποκαλύψεις απογοητεύουν τους γονείς και βάζουν σε κίνδυνο την υγεία τους. Όταν οι γονείς είναι ιδεολογικά αντίθετοι με την άμβλωση για θρησκευτικούς ή άλλους λόγους οι ανήλικες φοβούνται ότι θα τους ασκηθεί πίεση ώστε να μην υποβληθούν σε άμβλωση.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σε ανήλικες 14 έως και 17 ετών κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα, δηλαδή πως μία ανήλικη αυτών των ηλικιών μπορεί να είναι τόσο ώριμη ώστε να αντιλαμβάνεται την φύση και τις συνέπειες μιας άμβλωσης όπως ακριβώς μια ενήλικη⁶⁴. Η ίδια έρευνα επισήμανε πως η λήψη συνέντευξης ή η συμπλήρωση ερωτηματολογίου από την ανήλικη έγκυο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, δίνει στους

αναλυτές την δυνατότητα να έχουν το ακριβές ψυχογράφημα της μια και οι απαντήσεις δίνονται κάτω από πραγματικές συνθήκες και όχι υποθετικές⁶⁰. Από το περιεχόμενο των απαντήσεων της και την εκφορά του λόγου της ανήλικης, μπορεί ο ερευνητής ή και ο δικαστής να καταλάβει την ικανότητα της να αντιλαμβάνεται και να χειρίζεται καταστάσεις, την καλή ή κακή ψυχολογία της και ουσιαστικά το επίπεδο της ωριμότητας της. Ανήλικες των 14 και 15 ετών που δεν είναι μέσα στις επιλογές τους η άμβλωση δεν θεωρούνται ώριμες από τους ερευνητές⁶⁴.

Η ικανότητα της ανήλικης να λαμβάνει αποφάσεις στην περίπτωση μη προγραμματισμένης κύησης επηρεάζεται από διάφορες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα από την ηλικία της, το μορφωτικό της επίπεδο, το βαθμό στήριξης της από την οικογένεια της ή τις κοινωνικές υπηρεσίες, από την οικονομική της κατάσταση, από την ψυχολογία της και από την γενικότερη προσωπικότητα της.

Η ίδια έρευνα συνιστά να περιλαμβάνουν τα ερωτηματολόγια ή οι συνεντεύξεις αυτού του τύπου, που εξυπηρετούν συγκεκριμένο σκοπό, τα εξής ερωτήματα⁶⁴:

- αν η λήψη απόφασης από την ανήλικη για την υποβολή της σε άμβλωση ήταν εύκολη ή δύσκολη
- ποια τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μητρότητας και της άμβλωσης κατά την γνώμη της ανήλικης
- πώς νομίζει ότι η απόφαση της θα επηρεάσει άλλους ανθρώπους του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός της
- πώς νομίζει ότι θα επιδράσει η οποιαδήποτε επιλογή της στους στόχους της και τα σχέδια της
- με ποια πρόσωπα έχει συζητήσει για την κύηση της και αν πείστηκε από κάποιο να υποβληθεί σε άμβλωση
- αν είναι αναμεμιγμένη σε σχολικές ή άλλες κοινωνικές δραστηριότητες

Εκτός από τον δικαστή, ο οποίος θα υποβάλλει στην ανήλικη κάποια ερωτήματα προκειμένου να αντιληφθεί την ωριμότητα της και ο γιατρός που θα αναλάβει την άμβλωση μπορεί να εκφέρει άποψη για την ωριμότητά της.

Αρκετές φορές συμβαίνει κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, ο γιατρός που θα κρίνει την ικανότητα και την ωριμότητα της ανήλικης μέσα από συζήτηση μαζί της να έχει μικρή ή και καθόλου επικοινωνία με την ανήλικη, γεγονός που δεν του επιτρέπει να έχει ολοκληρωμένη εικόνα για αυτή⁶¹. Εναλλακτική θέση που τα δικαστήρια θα μπορούν να αποδεχτούν είναι η μεταβίβαση του προσδιορισμού της ωριμότητας των ανηλίκων σε ειδικούς εκπαιδευμένους για αυτό τον σκοπό όχι απαραίτητα γιατρούς πχ ψυχολόγους. Στις περιπτώσεις δε που ο γιατρός αντιλαμβάνεται ότι η ανήλικη στερείται της δέουσας ωριμότητας και αρνείται της ιατρικής συμβουλής, καλό θα ήταν να της συστήσει να συμβουλευτεί ένα ή και περισσότερους ενήλικους προκειμένου να βεβαιωθεί ότι το συμφέρον της με αυτό τον τρόπο προστατεύεται. Η πλειοψηφία των ανηλίκων που καταφεύγουν στο δικαστήριο προκειμένου να ζητήσουν άδεια για άμβλωση είναι λευκοί μεσαίας και ανωτέρας κοινωνικής τάξης, όπως καταλήγει σχετική με το θέμα έρευνα. Ανήλικες που ζουν στην επαρχία και δεν είναι και τόσο καλής οικονομικής κατάστασης, δεν καταφεύγουν στο δικαστήριο προκειμένου να ζητήσουν την άδειά του για άμβλωση. Οι δικαστές επισημαίνουν ότι στην πλειοψηφία τους οι ανήλικες είναι καλά προετοιμασμένες από τους δικηγόρους τους για την ακροαματική διαδικασία ώστε είναι δύσκολο από αυτή να κριθούν ως ανώριμες⁶².

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η νομική έννοια της ωριμότητας του ανηλίκου συνδέεται στενά με την έννοια της ενημερωμένης συναίνεσης. Οι κλινικοί γιατροί απαιτείται να ενημερώνουν όλους τους ασθενείς για τους κινδύνους και τις ωφέλειες που ενέχει μια ιατρική πράξη και να λαμβάνουν την συναίνεση τους πριν ξεκινήσουν οποιαδήποτε τύπου ιατρική θεραπεία. Άρα κανένας ασθενής δεν μπορεί να δώσει την συναίνεση του αν δεν είναι ικανός και ώριμος να αντιληφθεί αυτό που του προτείνει ο γιατρός ως θεραπεία Είναι γενικά

αποδεκτό ότι οι γιατροί μπορούν να προσδιορίσουν την ωριμότητα του ανήλικου ασθενή μέσα από την συζήτηση. Αν η ωριμότητα του ανηλικού που επιθυμεί να υποβληθεί σε άμβλωση είναι υπό αμφισβήτηση και ο ανήλικος αρνείται να αναζητήσει την συναίνεση των γονιών του ή δεν μπορεί για διάφορους λόγους να την πάρει, η πολιτεία μπορεί να χρησιμοποιήσει αντικειμενικά κριτήρια, όπως το όριο ηλικίας, την οικογενειακή κατάσταση του ανηλικού, ελεύθερος ή παντρεμένος, την κατάσταση της ψυχικής του υγείας κλπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ

Η Ελληνική Νομική Πραγματικότητα

Όταν αναφερόμαστε στην διακοπή της κύησης χωρίς την συναίνεση της εγκύου (304 παρ 1 ΠΚ), ενήλικης ή ανήλικης, υποκείμενο τέλεσης του εγκλήματος μπορεί να είναι ο γιατρός ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, το οποίο διακόπτει την κύηση, χωρίς να έχει εξασφαλίσει την σύμφωνη γνώμη της εγκύου. Αντικείμενο προσβολής είναι βεβαίως το ζωντανό έμβρυο. Αν για κάποιο λόγο το έμβρυο έχει πεθάνει η κύηση έχει ήδη διακοπεί και για αυτό τον λόγο δεν νοείται η τέλεση του εν λόγω εγκλήματος χωρίς την συναίνεση της εγκύου¹⁹⁸. Δεν μας ενδιαφέρει αν πάσχει από κάποια νόσο, αν απεικονίζεται ως μη αρτιμελές κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο¹⁹⁹, αρκεί να έχει την δυναμική εξέλιξης του σε ανθρώπινο οργανισμό²⁰⁰. Αν δεν μπορεί να εξελιχθεί σε άνθρωπο για αντικειμενικούς και επιστημονικά αποδεκτούς λόγους, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην περίπτωση του εμβρύου που αναπτύσσεται εκτός της μήτρας (εξωμήτρια κύηση), η προσβολή του εμβρύου δεν πραγματώνει την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της διακοπής της κύησης χωρίς την συναίνεση της εγκύου.

Ο νομοθέτης δεν ενδιαφέρεται για τον τρόπο θανάτωσης του εμβρύου. Ο θάνατος του εμβρύου μπορεί να επέλθει με άμεση πράξη προσβολής ή με έμμεση πράξη προσβολής. Μπορεί να

έχομε μια κατευθείαν προσβολή του εμβρύου που έχει ως συνέπεια το θάνατο του (άμεση πράξη), είτε προσβολή της εγκύου που έχει όμως σαν συνέπεια το θάνατο του εμβρύου της (έμμεση πράξη).

Η διακοπή της κύησης χωρίς την συναίνεση της εγκύου μπορεί ουσιαστικά να τελεστεί τόσο με ενέργεια όσο και με παράλειψη του δράστη (304 παρ.1 και 15 ΠΚ).

Διακοπή της κύησης χωρίς την συναίνεση της εγκύου με παράλειψη τελείται όταν πρόσωπα που έχουν ιδιαίτερη υποχρέωση από τον νόμο, όπως οι γιατροί, δεν προσφέρουν την αναγκαία βοήθεια προς την έγκυο προκειμένου να σωθεί το έμβρυο (πχ. έγκυος διακομίζεται σε νοσοκομείο και δεν της προσφέρεται η απαραίτητη για την κατάσταση της φροντίδα από τον εφημερεύοντα γιατρό παρά την δυνατότητα του τελευταίου να την περιθάλψει, με αποτέλεσμα να πεθάνει το έμβρυο)¹⁹⁸

Όταν αναφερόμαστε στην διακοπή της κύησης με την συναίνεση της εγκύου, ενήλικης ή ανήλικης, αντικείμενο του εγκλήματος είναι και πάλι το έμβρυο, υπό τις αιρέσεις αφενός του ότι είναι ζωντανό και αφετέρου του ότι βρίσκεται εντός της μήτρας για να έχει και την προοπτική της εξέλιξης σε άνθρωπο, την στιγμή που εκδηλώνεται η προσβολή εναντίον του.

Η διακοπή της κύησης με την συναίνεση της εγκύου μπορεί να τελεσθεί είτε με την διακοπή της κύησης από τρίτο πρόσωπο είτε με την προμήθεια μέσω διακοπής της κύησης προς την ίδια την έγκυο, πρόσφορα να προκαλέσουν τον θάνατο του εμβρύου. Για την πραγμάτωση της αντικειμενικής υπόστασης του εν λόγω εγκλήματος δεν αρκεί η προμήθεια των μέσων αυτών αλλά χρειάζεται να έχει πραγματοποιηθεί και η θανάτωση του εμβρύου.

Και στην περίπτωση της διακοπής της κύησης με την συναίνεση της εγκύου, η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος μπορεί να πραγματοποιηθεί με ενέργεια ή με παράλειψη του δράστη, όπως ακριβώς και στην διακοπή της κύησης χωρίς την συναίνεση της εγκύου.

Η ύπαρξη της συναίνεσης επηρεάζει το άδικο της πράξης, αφού με αυτήν δεν τίγεται πια το δικαίωμα αυτοδιάθεσης της γυναίκας, ούτε είναι τελικά άδικη η απλή σωματική βλάβη την

οποία συνεπάγεται κάθε διακοπή της κύησης. Επιπλέον η ύπαρξη συναίνεσης σηματοδοτεί και την μειωμένη ενοχή του δράστη για την πράξη που τέλεσε αφού ενήργησε στα πλαίσια της σύμφωνης γνώμης της εγκύου. Για να υπάρχει έγκυρη συναίνεση πρέπει η έγκυος να έχει ικανότητα αξιολόγησης του έννομου αγαθού την στιγμή που γίνεται η προσβολή του¹⁹⁶.

Η επιθυμία του έλληνα νομοθέτη αναφορικά με την δυνατότητα συναίνεσης της ανήλικης εγκύου στην άμβλωση, αποτυπώνεται στο άρθρο 2 παρ.5 του Ν. 1609/86, το οποίο ρητά ορίζει ότι α) η ανήλικη έγκυος δίνει η ίδια συναίνεση και β) ότι απαιτείται να λάβει και την συναίνεση τουλάχιστον ενός από τους γονείς της ή από τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια της, πέρα από την δική της συναίνεση, προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση.

Στην εισηγητική έκθεση του ίδιου νόμου αναφέρεται πως η ρύθμιση αυτή υποδηλώνει την προσδοκία του νομοθέτη μια τόσο σημαντική απόφαση για την ζωή της εγκύου, όπως είναι η άμβλωση, να αποτελεί αποτέλεσμα συνεργασίας των γονιών της ανήλικης και της ίδιας και όχι σημείο τριβής ή αντιπαράθεσης τους. Επιπλέον αναφέρει ότι προτάσεις για την πλήρη εξάλειψη της προϋπόθεσης της συναίνεσης ενός από τους γονείς δεν μπορούν να γίνουν δεκτές γιατί θα υπονόμειαν τον θεσμό της οικογένειας, αφού θα αφαιρούσαν από την γονική μέριμνα μια από τις πιο κρίσιμες αποφάσεις για το μέλλον του παιδιού.

Η πολιτεία ουσιαστικά επιφυλάσσει ιδιαίτερη νομική μεταχείριση στο ζήτημα της συναίνεσης της ανηλίκου στην άμβλωση. Ενώ δηλαδή δέχεται ότι μια ώριμη ανήλικη μπορεί να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να υποβληθεί σε ιατρική αγωγή, στην άμβλωση υποχρεώνει την ανήλικη να αναζητήσει και την συναίνεση του ενός εκ των γονιών της ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της.

Από αυτή την διάταξη ευλόγως προκύπτει πως ο νομοθέτης δεν επιθυμεί να διακρίνει ανάμεσα στην έγκυο-παιδί και στην έγκυο-έφηβο.

Εδώ αξίζει να υπενθυμίσουμε πως ως το 12^ο έτος της ηλικίας τους, οι ανήλικοι θεωρούνται από τον ποινικό νομοθέτη ως πλήρως ακαταλόγιστοι σύμφωνα με τις επιταγές του άρθρου 126

παρ. 1 του Ποινικού Κώδικα. Η συναίνεση τους δε στην προσβολή των έννομων αγαθών τους δεν θεωρείται έγκυρη και δεν επηρεάζει τον άδικο χαρακτήρα της προσβολής τους. Στους ανήλικους όμως των 13 έως και 17 ετών, η ικανότητα καταλογισμού τους κρίνεται με βάση την πνευματική τους ωριμότητα, πάντα βεβαίως κατά περίπτωση. Οι ανήλικοι των 17 έως και 18 ετών θεωρούνται κατ' αρχήν ικανοί για καταλογισμό και μόνο κατ' εξαίρεση μπορούν να κριθούν ως ακαταλόγιστοι αν βεβαιωθεί ότι δεν έχουν συνείδηση της σημασίας των πράξεων τους.

Ουσιαστικά δηλαδή ο νομοθέτης στην περίπτωση της άμβλωσης ανήλικης, ξεπερνά τις παραπάνω διακρίσεις του ποινικού δικαίου και θεωρεί σε όλες τις περιπτώσεις την συναίνεση της ανήλικου στην άμβλωση αναγκαία και άρα έγκυρη. Ακόμα και την συναίνεση της ανήλικου που δεν έχει υπερβεί το 12^ο έτος της ηλικίας της. Επιπλέον ο νομοθέτης φαίνεται να εξαρτά την λειτουργία της συναίνεσης της ανήλικης εγκύου από την συναίνεση του γονέα ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της. Με την διάταξη 304 παρ. 5, ο νομοθέτης θεωρεί απαραίτητη την σύμφωνη γνώμη των γονιών ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της ανήλικης, μόνο για την επιτρεπτή διακοπή της κύησης κάτι το οποίο είναι ούτως ή άλλως αναγκαίο για οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση πάνω σε ανήλικους¹⁹⁶.

Η νομικός κ. Ι Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη επισημαίνει πως άμβλωση δεν μπορεί να γίνει σε έγκυο οποιασδήποτε ηλικίας χωρίς την θέληση της, υπό οποιοσδήποτε περιστάσεις κι αν επήλθε η σύλληψη του εμβρύου. Το δικαίωμα της γυναίκας έστω και ανήλικης επί του τέκνου της είναι απόλυτο και μόνο η έγκυος έχει την ικανότητα να αποφασίσει για την διακοπή της εγκυμοσύνης της¹¹.

Όταν πρόκειται για ώριμο ανήλικο και η ιατρική επέμβαση συνδέεται έντονα με την προσωπικότητα του όπως λόγου χάρη συμβαίνει με την διακοπή της κύησης, η επέμβαση δεν επιτρέπεται να πραγματοποιηθεί χωρίς την συναίνεση του ίδιου του ανήλικου, ως φορέα του αυστηρά προσωποπαγούς δικαιώματος στην προσωπικότητα του, παρόλη την αντίδραση των

γονιών του. Δηλαδή οι γονείς δεν θα μπορούν να επιβάλλουν παρά την θέληση του ανηλίκου κάτι που ο ίδιος δεν επιθυμεί²⁰¹.

Το ζήτημα του αν η συναίνεση για την επιχείρηση των υλικών ενεργειών μιας ιατρικής επέμβασης θα δοθεί από τον ανήλικο ή τους γονείς δεν είναι εύκολο να απαντηθεί. Αυτό υποστηρίζει και ο νομικός Θ. Παπαχρίστου. Τονίζει δε πως το ζήτημα αυτό συνδέεται αφενός με το δικαίωμα του ανηλίκου και με την ελεύθερη διάθεση των αυστηρά προσωπικών εννόμων αγαθών του στις περιπτώσεις που έχει την απαιτούμενη ωριμότητα, αφετέρου συνδέεται με το καθήκον και το δικαίωμα των γονιών για την επιμέλεια του προσώπου του τέκνου. Στις περιπτώσεις αυτές ο συγκεκριμένος συγγραφέας δέχεται ότι η συναίνεση ανήκει στον ανήλικο ενώ οι γονείς προβαίνουν στην σχετική δήλωση δικαιοπρακτικής βούλησης. Η άρνηση δε είτε της συναίνεσης, είτε της δήλωσης βούλησης, εμποδίζει την σχετική ιατρική επέμβαση²⁰¹.

Θέμα τίθεται και ως προς τον τύπο τον οποίο θα πρέπει να περιβληθεί η συναίνεση των ασκούντων την γονική μέριμνα ή των προσώπων που έχουν την επιμέλεια της ανήλικης. Στην Συνεδρίαση της Ολομέλειας της Βουλής την 4^η και 5^η Ιουνίου του 1986, όπως αυτή καταγράφηκε στα πρακτικά, η βουλευτής κ. Βιργινία Τσουδερού για λόγους προστασίας του γιατρού, ζήτησε τον έγγραφο τύπο της συναίνεσης. Με την έγγραφη συναίνεση, διασφαλίζονται καλύτερα τα συμβαλλόμενα μέρη της ιατρικής σύμβασης αγωγής και διευκολύνονται οι διαδικασίες ενώπιον του δικαστηρίου, όταν αυτό απαιτηθεί. Όπως όμως μπορεί να συμπεράνει κανείς από την τελική μορφή του νόμου, δεν γίνεται καμία μνεία αναφορικά με τον τύπο της συναίνεσης. Επομένως γίνεται δεκτό, ότι τόσο ο έγγραφος όσο και ο προφορικός τύπος της συναίνεσης θεωρείται εξίσου έγκυρος. Δεν έχει σημασία αν η συναίνεση της εγκύου είναι ρητή ή σιωπηρή, φτάνει να προκύπτει με σαφήνεια από την όλη συμπεριφορά της.

Επιπλέον η συναίνεση της ανήλικης εγκύου στην άμβλωση, όπως ακριβώς ισχύει και στην συναίνεση της ενήλικης εγκύου, θα πρέπει να μην αποτελεί προϊόν βίας, απειλής ή εξαπάτησης, να είναι σοβαρή και να προηγείται της διακοπής της κύησης.

Η διακοπή της κύησης που γίνεται χωρίς την συναίνεση της ανήλικης εγκύου, αποτελεί μια άδικη συμπεριφορά εις βάρος της. Ο άδικος χαρακτήρας της πράξης ωστόσο αίρεται αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις της άμυνας ή της κατάστασης ανάγκης. Για παράδειγμα, όταν η ανήλικη έγκυος επιτίθεται σε κάποιον και εκείνος αμυνόμενος τραυματίζει θανάσιμα το έμβρυο, ουσιαστικά πραγματώνεται η αντικειμενική υπόσταση της διακοπής της κύησης, σύμφωνα με το 304 παρ. 1 του Ποινικού Κώδικα, αίρεται όμως ο άδικος χαρακτήρας της πράξης, εφόσον ο δράστης της ήταν σε νόμιμη άμυνα¹⁹⁶.

Ειδική περίπτωση αποτελεί η παραπλάνηση του γιατρού από τον σύντροφο ή τους συγγενείς της ανήλικης εγκύου, ως προς το ότι η ανήλικη επιθυμεί την διακοπή της κύησης της. Αν ο γιατρός προχωρήσει στην άμβλωση της ανήλικης εγκύου, πιστεύοντας εσφαλμένα πως η έγκυος συμφωνεί και συναινεί με την άποψη των γονιών της να υποβληθεί σε άμβλωση, υπάρχει πλάνη ως προς στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης που αυξάνει την ποινική κύρωση, για τον λόγο αυτό σύμφωνα με το άρθρο 30 παρ. 2 του ΠΚ το οποίο ορίζει «ότι δεν καταλογίζονται στον δράστη τα περιστατικά που κατά τον νόμο επαυξάνουν το αξιόποιο της πράξης του», ο γιατρός μπορεί να τιμωρηθεί μόνο με βάση τις επιταγές του άρθρου 304 παρ. 2, περ. α, εδ. α του Ποινικού Κώδικα. Δηλαδή ο γιατρός μπορεί να τιμωρηθεί όπως θα τιμωρούνταν στην περίπτωση της ανεπίτρεπτης διακοπής της κύησης με την συναίνεση της εγκύου (304 παρ.2 ΠΚ)¹⁹⁷.

Τέλος αν η ανήλικη έγκυος είναι ψυχασθενής, μπορεί να δώσει έγκυρα την συναίνεση της για την διακοπή της κύησης της, αν κατά τον χρόνο χορήγησης της συναίνεσης της και τέλεσης της άμβλωσης η έγκυος είχε την ικανότητα να αντιληφθεί την σημασία της συναίνεσης της και τις συνέπειες της άμβλωσης. Από το άρθρο 34 του Ποινικού Κώδικα άλλωστε προκύπτει πως

η ικανότητα καταλογισμού των ψυχασθενών κρίνεται ad hoc (Βούλευμα .Συμβ.Πλημ.Αθ. 3481/96, Υπεράσπιση 1997, 351).

Δύσκολες περιπτώσεις, ως αναφορά τον χειρισμό τους από τον γιατρό, οι οποίες συνδέονται με την συναίνεση της ανήλικου στην άμβλωση έχουμε:

α) όταν η ανήλικη έγκυος γνωρίζει από τον προγεννητικό έλεγχο ότι κυοφορεί παθολογικό έμβρυο, επιθυμεί να υποβληθεί σε άμβλωση και οι γονείς της αρνούνται να δώσουν την συναίνεση τους, προκειμένου να υποβληθεί σε αυτή την επέμβαση.

β) όταν βαρύτατα τραυματισμένη ανήλικη έγκυος διακομίζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα σε κατάσταση αφασίας χωρίς να συνοδεύεται από συγγενικά ή άλλα πρόσωπα και οι γιατροί προτάσσουν την διακοπή της κύησης της προκειμένου να της σώσουν την ζωή

γ) όταν οι γονείς της ανήλικης για λόγους που υπαγορεύουν οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ή οι κοινωνικές τους αντιλήψεις αρνούνται να δώσουν την συναίνεση τους προκειμένου να υποβληθεί το παιδί τους σε άμβλωση

Σύμφωνα με το άρθρο 304 παρ. 4 περίπτωση γ' του ΠΚ, ο άδικος χαρακτήρας της διακοπής της κύησης αίρεται όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για την ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή της ψυχικής της υγείας. Η διάταξη αυτή για τον ποινικό λόγο Ν. Ανδρουλάκη στηρίζεται στην εκτίμηση ότι το έμβρυο αποτελεί έννομο αγαθό μικρότερης αξίας σε σχέση με το έννομο αγαθό της ζωής της εγκύου έτσι ώστε σε περίπτωση σύγκρουσης τους να θεωρείται δικαιολογημένη η προσβολή του εμβρύου.

Αν δηλαδή υπάρχει παρών κίνδυνος για την ζωή ή την υγεία της εγκύου και μη αναστρέψιμος με άλλα μέσα, η διακοπή της κύησης δικαιολογείται ακόμα κι αν δεν υπάρχουν οι ειδικότερες προϋποθέσεις που θέτει το άρθρο 304 ΠΚ, όπως η τέλεση της πράξης σε οργανωμένο νοσηλευτικό ίδρυμα, η συναίνεση της εγκύου κλπ.²⁰²

Συνεπώς στην περίπτωση που διακομίζεται ανήλικη έγκυος σε νοσηλευτικό ίδρυμα σε κατάσταση αφασίας χωρίς να συνοδεύεται από συγγενικά ή άλλα πρόσωπα οι γιατροί θα

κάνουν τα πάντα προκειμένου να της σώσουν την ζωή, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι θα προχωρήσουν σε διακοπή της κύησης της.

Σε αυτό συνηγορεί και το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της Βιοιατρικής του 1998, όπου ορίζει ότι σε επείγουσες καταστάσεις που η συναίνεση του ασθενή δεν μπορεί να αποκτηθεί, οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση αναγκαία μπορεί να πραγματοποιηθεί αν πρόκειται να ωφεληθεί η υγεία του ατόμου το οποίο αφορά η επέμβαση αυτή.

Όσον αφορά την περίπτωση όπου οι γονείς της ανήλικης για λόγους που υπαγορεύουν οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ή οι κοινωνικές τους αντιλήψεις αρνούνται να δώσουν την συναίνεση τους προκειμένου να υποβληθεί το παιδί τους σε άμβλωση, υπάρχει σχετική γνωμοδότηση του Αντεισαγγελέα του Αρείου Πάγου Αβρ. Σταθόπουλου υπ' αριθμ. 6/13.5.1992 (βλ. Ποινικά Χρονικά τόμος ΜΒ' 1992) σύμφωνα με την οποία «η ενδεδειγμένη ιατροχειρουργική επέμβαση επί ανηλίκου διενεργείται νόμιμα κατά την εικαζόμενη βούληση του νομίμου εκπροσώπου του ανηλίκου και κατά συνέπεια ο γιατρός έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να προβεί *lege artis* στην αναγκαία για την σωτηρία της ζωής του ανηλίκου χειρουργική επέμβαση και αν ακόμα οι γονείς αρνούνται να συναινέσουν ή δεν ανευρίσκονται, η δε άρνηση των γονέων κρίνεται από τον Εισαγγελέα κατά το άρθρο 1534 ΑΚ, ως καταχρηστική άσκηση δικαιώματος και δεν λαμβάνεται υπόψη». Στις επείγουσες δε περιπτώσεις σύμφωνα με το άρθρο 1534 ΑΚ για να αποτραπεί κίνδυνος της ζωής ή της υγείας του τέκνου, ο εισαγγελέας πρωτοδικών μπορεί αν αρνούνται οι γονείς να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια, ύστερα από αίτηση του αρμόδιου για την θεραπεία γιατρού ή του διευθυντού της κλινικής όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου νοσηλευτικού οργάνου. Αλλά και το Συμβ. Πλημ/κών Θεσ/νίκης με το υπ' αριθμ. 161/1970 βούλευμα του κατέληξε κρίνοντας μια περίπτωση που αφορούσε την άρνηση πατέρα να συναινέσει στην αφαιμαξομετάγγιση επικαλούμενος θρησκευτικούς λόγους, ότι ο πατέρας είχε ιδιαίτερη

νομική υποχρέωση να εμποδίσει τον θάνατο παρέχοντας την συναίνεση του στην αφαιμαξομετάγγιση.

Όσον αφορά για την περίπτωση της ανήλικης εγκύου η οποία γνωρίζει από τον προγεννητικό έλεγχο ότι κυοφορεί παθολογικό έμβρυο, και επιμένει να υποβληθεί σε άμβλωση ενώ οι γονείς της αρνούνται να δώσουν την συναίνεση τους θα πρέπει να επισημάνουμε τα εξής.

Ο άδικος χαρακτήρας της διακοπής της κύησης αίρεται σύμφωνα με το άρθρο 304 παρ.4 περίπτωση β' του ΠΚ όταν έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα της προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται την γέννηση παθολογικού νεογνού. Ο νομοθέτης ουσιαστικά μέσω αυτής της διάταξης θέλησε να επισημάνει πως καμία έννομη τάξη δεν μπορεί να έχει τέτοια σκληρότητα ώστε να επιβάλλει με την απειλή ποινής σε ένα ή δύο ανθρώπους την επαχθή μοίρα να μεγαλώσουν ένα άρρωστο παιδί. Ακόμη δηλαδή και στην περίπτωση της ανήλικης εγκύου κανένας δεν μπορεί να την αναγκάσει να γεννήσει και να μεγαλώσει ένα μη υγιές παιδί.

Ποικίλα ερωτηματικά γεννά η στάση του νομοθέτη όταν απαιτεί την συναίνεση ενός από τους γονείς της ανήλικης εγκύου ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της, ακόμη και στην περίπτωση που η εγκυμοσύνη της είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης, αιμομιξίας του γονέα από τον οποίο ζητείται η συναίνεση του. Κι αυτά τα ερωτηματικά θα υφίστανται όσο δεν υπάρχει ρύθμιση στον νόμο, η οποία να προβλέπει τι πρέπει να γίνεται στις περιπτώσεις όπου ο γονιός ή το πρόσωπο που είχε την επιμέλεια της ανήλικης, την βίασε ή την αποπλάνησε ή την κατέστησε έγκυο, χωρίς να εκπέσει από τα γονεϊκά του δικαιώματα ή από τα δικαιώματα επιμέλειας του, επειδή η ανήλικη δεν τόλμησε να ασκήσει εις βάρος του καταγγελία. Για να εκπέσει ο γονέας από τα γονεϊκά δικαιώματα απαιτείται να κινηθεί η διαδικασία των άρθρων 1537 ΑΚ, και να καταδικασθεί τελεσίδικα σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μηνός για αδίκημα που διέπραξε με δόλο και το οποίο αφορά την ζωή, την υγεία, και τα ήθη του τέκνου, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση του βιασμού (336 ΠΚ) ή της αποπλάνησης παιδιού (339 ΠΚ).

Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η ανήλικη σπανίως κινείται δικαστικά αφού είναι γνωστό ότι τέτοιου είδους υποθέσεις δεν βλέπουν συνήθως το φως της δημοσιότητας δεδομένου ότι και οι μητέρες των ανηλίκων εγκύων πολλές φορές αγνοούν ή σιωπηρώς ανέχονται τις καταστάσεις αυτές. Είναι συνεπώς αντίθετο με την λογική το άτομο που προξένησε βλάβη στο σώμα της ανήλικης και θύελλα στην ψυχή της, να θεωρείται ικανό πρόσωπο να λάβει αποφάσεις οι οποίες θα εξυπηρετούν τα συμφέροντα της στην περίπτωση που δεν έχει εκπέσει του δικαιώματος της επιμέλειας.

Για όλες τις παραπάνω περιπτώσεις, η συναίνεση των γονέων της ανήλικης θα μπορούσε να αντικατασταθεί με την συναίνεση ενός δικαστηρίου ανηλίκων ή από την συναίνεση της ίδιας της ανήλικης η οποία με την βοήθεια έμπειρων ειδικών, γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, θα αποφάσιζε για την τύχη της κύησης της. Η απόδειξη του βιασμού απαιτεί εξέταση του DNA του εμβρύου και του κατηγορούμενου γονέως. Η υφιστάμενη νομοθεσία δεν έχει λάβει υπόψη της την περίπτωση αυτή και προβλέπει την υποβολή σε αιματολογικό έλεγχο του πατέρα που αμφισβητεί την πατρότητα του παιδιού της συζύγου ή συντρόφου του υπό την διαδικασία των άρθρων 1479ΑΚ, 1481ΑΚ και 615 ΚΠολΔ, ενώ έχει ολοκληρωθεί ο τοκετός και μάλιστα με ιδιαίτερα χρονοβόρες διαδικασίες. Νομίζομε ότι στην περίπτωση βιασμού ανήλικης από τον πατέρα της, η άδεια γενετικού ελέγχου θα πρέπει να δίνεται λόγω του επείγοντος από δικαστικό λειτουργό ή εισαγγελέα άμεσα, ώστε να προλαμβάνεται η γέννηση πιθανώς παθολογικού ή ανεπιθύμητου παιδιού. Ενδεχομένως απαιτείται τροποποίηση των σχετικών διατάξεων ώστε να περιλαμβάνεται και η περίπτωση αυτή.

Κάθε γυναίκα, ενήλικη ή ανήλικη, η οποία πρόκειται να υποβληθεί σε άμβλωση έχει ανάγκη από ενημέρωση και από ηθική και συναισθηματική στήριξη. Η συμβουλευτική της εγκύου στις άμβλώσεις αποτελεί άλλωστε πρακτική η οποία ακολουθείται πολλά χρόνια στο εξωτερικό¹⁹⁷.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης είναι και το κατά πόσο υπάρχει διαφοροποίηση του ρόλου της έγγαμης από την άγαμη ανήλικη στο ζήτημα της

συναίνεσης, και στο ζήτημα της τέλεσης δικαιοπραξιών που σχετίζονται με την υγεία της σύμφωνα με το άρθρο 137ΑΚ.

Το άρθρο 137 του ΑΚ ορίζει ότι ο έγγαμος ανήλικος μπορεί να επιχειρεί μόνος του κάθε δικαιοπραξία απαραίτητη για να συντηρεί ή να βελτιώνει την περιουσία του ή να αντιμετωπίζει τις ανάγκες της προσωπικής του συντήρησης και εκπαίδευσης, καθώς και τις τρέχουσες ανάγκες της οικογένειάς του.

Αφού θεωρούμε ως δεδομένη την βούληση του νομοθέτη να διακρίνει μεταξύ έγγαμου και άγαμου ανήλικου θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ως δεδομένη και την διάθεση του να πριμοδοτήσει τον έγγαμο ανήλικο με περισσότερα δικαιώματα σε σχέση με τον άγαμο. Βάσει λοιπόν του άρθρου 137 ΑΚ ο έγγαμος ανήλικος μπορεί να επιχειρεί μόνος του κάθε δικαιοπραξία απαραίτητη για να αντιμετωπίζει τις ανάγκες της προσωπικής του συντήρησης, καθώς και τις τρέχουσες ανάγκες της οικογένειάς του. Υπάρχει δηλαδή μια σαφής τάση του νομοθέτη να θεωρήσει τον έγγαμο ανήλικο ως ωριμότερο από τον άγαμο αφού του δίνει το δικαίωμα να επιχειρεί κάποιες δικαιοπραξίες μόνος του. Μήπως τελικά από το συγκεκριμένο άρθρο σε συνδυασμό και με την ωριμότητα του εγγάμου που το εν λόγω άρθρο υπαινίσσεται μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι ο έγγαμος ανήλικος μπορεί να επιχειρεί δικαιοπραξίες οι οποίες αφορούν τα ζητήματα της υγείας του και να λαμβάνει αποφάσεις σχετικές με την αναπαραγωγική του δυνατότητα;

Ακόμη και πρακτικά αν αντιμετωπίζαμε το ζήτημα μας είναι δύσκολο να φανταστούμε πως ο έγγαμος ανήλικος θα επιχειρούσε μια δικαιοπραξία που αφορά την υγεία του, δηλαδή την συντήρηση του με την γενικότερη της έννοια, μέσω των γονιών του.

Ο έγγαμος ανήλικος θα πρέπει *de lege ferenda* να αποφασίζει μόνος του για τις ιατρικές πράξεις στις οποίες πρόκειται να υποβληθεί. Πολύ περισσότερο να δίνει ελεύθερα την συναίνεση του για την τέλεση δικαιοπραξιών εφόσον κριθεί ως αρκετά ώριμος για αυτό.

Εξάλλου βάσει της Σύμβασης περί Βιοιατρικής του 1998, ο ανήλικος ερωτάται και αποφασίζει για θέματα που τον αφορούν στο πεδίο της υγείας εάν τεκμαίρεται ότι έχει την ωριμότητα για αυτό. Επιπλέον βάσει του Συντάγματος ο ανήλικος έχει δικαίωμα σύναψης γάμου και ίδρυσης οικογένειας άρα και δικαίωμα απόφασης στο αναπαραγωγικό πεδίο.

Αλλά και στις νεότερες αντιλήψεις του Οικογενειακού Δικαίου, η έννοια του ώριμου ανήλικου αρχίζει να εμφιλοχωρεί στο δικαίωμα αναπαραγωγής του.

Από τα παραπάνω νομίζω πως το άρθρο 137 ΑΚ χρήζει περαιτέρω ερμηνείας και ενδεχομένως νομοθετικής τροποποίησης προκειμένου να γίνει σαφές πρώτο ποιες ακριβώς δικαιοπραξίες θεωρεί ο νομοθέτης ως απαραίτητες για την αντιμετώπιση των αναγκών της προσωπικής συντήρησης του έγγαμου ανήλικου και δεύτερο αν ο σκοπός της ύπαρξης μιας τέτοιας διάταξης στον Αστικό κώδικα είναι να διαφοροποιήσει τον έγγαμο από τον άγαμο ανήλικο. Ερμηνεία (συμπλήρωση και διευκρίνιση) όμως χρειάζεται και ο Ποινικός νόμος (304 ΠΚ) με βάση τα στοιχεία αυτά ώστε ο έγγαμος ανήλικος να μην χρειάζεται την συναίνεση των γονέων του. Αυτό άλλωστε επιβάλλεται και για λόγους ασφάλειας των γιατρών πέρα από την ασφάλεια του δικαίου.

Η Αγγλική Νομική Πραγματικότητα

Σύμφωνα με την αγγλική νομοθεσία η ανήλικη των 16 και 17 ετών διαθέτει την ικανότητα να δώσει την συναίνεση της προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση, εφόσον το επιθυμεί⁷¹.

Οι ανήλικες που δεν έχουν συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας τους, μπορούν να δώσουν την συναίνεση τους για άμβλωση, αν ο γυναικολόγος τους τις κρίνει ως ώριμες να λάβουν μια τόσο σοβαρή απόφαση, αλλά και ως ώριμες να αντιληφθούν τις συνέπειες αυτής της επέμβασης.

Οι βασικές αρχές του αγγλικού νόμου για την άμβλωση (Abortion Act 1967) με τις τροποποιήσεις του βεβαίως από τον νόμο για την ανθρώπινη γονιμοποίηση (Human Fertilization and Embryology Act 1990) που ισχύουν για τις ενήλικες βρετανίδες που επιθυμούν να υποβληθούν σε άμβλωση, εφαρμόζονται και στην περίπτωση των αμβλώσεων ανηλίκων βρετανίδων που έχουν δικαίωμα να δώσουν την συναίνεση τους και να υποβληθούν σε άμβλωση.

Έτσι σύμφωνα με τις επιταγές του αγγλικού νόμου για την άμβλωση (Abortion Act 1967) ο τερματισμός της εγκυμοσύνης πραγματοποιείται από γιατρό γυναικολόγο-μαιευτήρα υπό την αίρεση ότι δύο άλλοι συνάδελφοι τους είναι της γνώμης η οποία διαμορφώθηκε καλόπιστα:

- α. ότι η εγκυμοσύνη δεν έχει υπερβεί τις 24 εβδομάδες και ότι η συνέχιση της θα μπορούσε να θέσει σε μεγαλύτερο κίνδυνο την σωματική ή την ψυχική υγεία της εγκύου ή των παιδιών που η έγκυος είχε αποκτήσει σε παρελθόντα χρόνο σε σχέση με εκείνο τον κίνδυνο που διατρέχει η έγκυος από την άμβλωση ή
- β. ότι ο τερματισμός της κύησης είναι αναγκαίος για να προληφθούν σοβαρές μόνιμες αναπηρίες στην σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου ή
- γ. ότι η συνέχιση της εγκυμοσύνης θα έβαζε σε σοβαρό κίνδυνο την ζωή της εγκύου σε σχέση με εκείνο τον κίνδυνο που θα διέτρεχε η έγκυος αν τερματιζόταν η εγκυμοσύνη της ή
- δ. ότι υπάρχει σημαντικός κίνδυνος να γεννηθεί παιδί το οποίο θα αντιμετώπιζε κάποια αναπηρία ή θα πάσχει από σωματικές ή ψυχικές διαταραχές.

Οι αμβλώσεις πραγματοποιούνται μόνο σε νοσοκομεία που φέρουν την άδεια του Υπουργείου Υγείας.

Η Βουλή των Λόρδων, το ανώτατο αγγλικό δικαστήριο, όταν κρίνει υποθέσεις που αφορούν στην άμβλωση ανηλίκων κάτω των δεκαέξι ετών, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ωριμότητα τους. Αν ο γιατρός διαπιστώσει την ανωριμότητα της ανήλικης και παρά ταύτα δεχτεί την συναίνεση της και την υποβάλλει σε άμβλωση, είναι σίγουρο πως βάσει της αγγλικής

νομοθεσίας θα βρεθεί αντιμέτωπος με την δικαιοσύνη. Άλλωστε η αρχή της εκτίμησης της ωριμότητας του ανήλικου σε θέματα αναπαραγωγής, εφαρμόζεται από όλους τους ειδικούς επιστήμονες, που εμπλέκονται στην συμβουλευτική των ανηλίκων.

Οι βρετανικές υπηρεσίες υγείας εξέδωσαν πρόσφατα οδηγία στην οποία γίνεται σαφές το καθήκον τους να παράσχουν συμβουλευτική σε ζητήματα αναπαραγωγής προς τις ανήλικες έγκυες, συμπληρωματική των υπηρεσιών που παρέχουν οι οικογενειακοί γιατροί στην Μ. Βρετανία²⁰³⁻²⁰⁴.

Η κύηση της ανήλικης δεν την απαλλάσσει από το καθήκον της να παρακολουθεί το σχολείο της, αν δεν έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική φοίτηση της. Αυτός είναι και ο λόγος δημιουργίας ειδικών σχολείων για τις ανήλικες έγκυες, τα οποία εκτός από την διδασκαλία, τους παρέχουν συμβουλευτική και στήριξη²⁰⁵.

Πολλές κήσεις ανηλίκων δεν διαγιγνώσκονται παρά μόνο σε προχωρημένο στάδιο, και ενώ οι ανήλικες έχουν υπερβεί την 24^η εβδομάδα κύησης. Για να πραγματοποιηθεί άμβλωση στις συγκεκριμένες κήσεις ανηλίκων θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1. η διακοπή της κύησης να είναι αναγκαία για την πρόληψη σοβαρής σωματικής ή ψυχικής βλάβης της εγκύου
2. η συνέχιση της κύησης να θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο την υγεία της εγκύου από ότι η διακοπή της
3. οι εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου να επισημαίνουν τον αυξημένο κίνδυνο της ανήλικης να γεννήσει παθολογικό παιδί

Τι γίνεται όμως στις περιπτώσεις όπου οι γονείς ανήλικης κάτω των δεκαέξι ετών, αρνούνται να δώσουν την συναίνεση τους, προκειμένου να υποβληθεί το παιδί τους σε άμβλωση;

Στην υπόθεση Re P (1982)²⁰⁶ δεκαπεντάχρονο κορίτσι, που τελούσε υπό δικαστική αντίληψη επειδή ήταν καταδικασμένο στα 13 του χρόνια για κλοπή, έμεινε έγκυος για δεύτερη φορά. Είχε προηγηθεί ήδη μια κύηση στα δεκατέσσερα του χρόνια η οποία είχε ολοκληρωθεί με την

γέννηση ενός αγοριού. Οι γονείς της επικαλούμενοι θρησκευτικούς λόγους αρνούσαν να της δώσουν την συναίνεση τους προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση. Η ανήλικη όμως που επιθυμούσε να υποβληθεί στην επέμβαση, τόνιζε μέσω των συνηγόρων της ότι πληρούσε όλες τις προϋποθέσεις που επέβαλε η σχετική νομοθεσία της άμβλωσης (Abortion Act 1967). Η δικαστής Mrs Justice Butler-Sloss με γνώμονα την ευτυχία και το συμφέρον της ανήλικης, εξέδωσε απόφαση η οποία της επέτρεπε την διακοπή της κύησης της. Θα πρέπει βεβαίως να επισημανθεί πως η συγκεκριμένη απόφαση²⁰⁶ ελήφθη, πριν η Βουλή των Λόρδων εξετάσει την υπόθεση Gillick⁷²⁻⁷⁴ και αποφανθεί πως οι γιατροί μπορούν να δεχτούν την συναίνεση της ικανής ανήλικης.

Μέσα από αυτή την υπόθεση φαίνεται πως τα βρετανικά δικαστήρια μπορούν να αγνοήσουν την επιθυμία των γονιών της ανήλικης, αν πειστούν πως η θέση τους δεν εξυπηρετεί τα συμφέροντα της.

Την ίδια έκβαση είχε και η υπόθεση Re G-U²⁰⁷, κατά την οποία ανήλικο 15χρονο κορίτσι, το οποίο τελούσε υπό την κηδεμονία του δικαστηρίου, έμεινε έγκυος και οι αρμόδιες υπηρεσίες πρότειναν να υποβληθεί σε άμβλωση. Το δικαστήριο έκανε δεκτό το αίτημα τους, αναγνωρίζοντας πως αυτή η λύση εξυπηρετούσε τα συμφέροντα της ανήλικης.

Η Αμερικανική Νομική Πραγματικότητα

Στις ΗΠΑ παραδοσιακά αναγνωρίζεται το δικαίωμα των γονιών να αποφασίζουν για λογαριασμό των παιδιών τους ακόμα και στο ζήτημα της άμβλωσης, θεωρώντας ότι πριν την ενηλικίωση τους, την συμπλήρωση δηλαδή του 18^{ου} έτους της ηλικίας τους, οι ανήλικες στερούνται εμπειριών και ωριμότητας να λάβουν αποφάσεις. Ωστόσο προβλέπονται εξαιρέσεις σε αυτό τον κανόνα, για τις κατεπείγουσες περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει χρόνος να αναζητηθεί η γονεϊκή συναίνεση καθώς και για τις περιπτώσεις όπου η ανήλικη χειραφετήθηκε επειδή τέλεσε γάμο¹⁰⁷.

Επιπλέον τα δικαστήρια σε ορισμένες πολιτείες υιοθέτησαν τον χαρακτηρισμό «ώριμη ανήλικη», ο οποίος επιτρέπει στην ανήλικη που είναι ικανοποιητικά ευφυής και ώριμη να αντιληφθεί την φύση και τις συνέπειες της προτεινόμενης άμβλωσης να δώσει την συναίνεση της, χωρίς να ασκήσουν συμβουλευτική οι γονείς της και χωρίς η ανήλικη να ζητήσει την άδεια τους¹⁹⁷.

Μόνο τρεις πολιτείες, το Κονέκτικατ, το Μέιν και η περιοχή της Κολούμπια έχουν νομοθεσίες που βεβαιώνουν την ικανότητα των ανηλίκων (έγγαμες ή άγαμες) να υποβληθούν σε άμβλωση χωρίς να ζητήσουν την γονεϊκή συναίνεση¹⁰⁷. Αντίθετα σε 31 πολιτείες η νομοθεσία τους απαιτεί την εμπλοκή τουλάχιστον του ενός γονιού της ανήλικης προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση^{107,209}. Σε 16 από αυτές η ανήλικη θα πρέπει να έχει την συναίνεση του ενός ή και των δύο γονιών της ανήλικης, ενώ στις υπόλοιπες 15 πολιτείες απαιτείται η ενημέρωση του ενός ή και των δύο γονιών της ανήλικης, για την υποβολή της σε άμβλωση.

Όλες, πλην μιας από αυτές τις νομοθεσίες δίνουν την υποτιθέμενη εμπιστευτική εναλλακτική λύση προς την γονεϊκή εμπλοκή, την λύση δηλαδή της άδειας προς την ανήλικη από το δικαστήριο για να τελέσει άμβλωση χωρίς καμία ενημέρωση των γονιών της.

Το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής δέχτηκε ότι αυτή η εναλλακτική λύση απαιτείται για την προστασία του συνταγματικού δικαιώματος της ανήλικης για αυτοκαθορισμό (the right to privacy) από το οποίο θεωρείται ότι συνάγεται και η ελευθερία αναπαραγωγής. Η Γιούτα είναι η μόνη πολιτεία που η νομοθεσία της δεν συμφωνεί με αυτή την πρακτική.

Ειδικότερα, το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ, πολλές φορές ασχολήθηκε με το ζήτημα της συναίνεσης της ανήλικης στην άμβλωση, εξετάζοντας την συνταγματικότητα του δικαιώματος αυτού. Στο Ανώτατο Δικαστήριο εξετάστηκε η υπόθεση *Bellati v. Baird*, 433 US 622 στην οποία το δικαστήριο απεφάνθη ότι ο νόμος της Μασσαχουσέτης που προέβλεπε την

συγκατάθεση των γονιών ανήλικης, είναι αντισυνταγματικός, διότι μια ανήλικη θα πρέπει να έχει την δυνατότητα εμπιστευτικά και γρήγορα να προσφεύγει στο δικαστήριο.

Στην υπόθεση *L. v. Matheson*, 450 U.S 398 (1981) ανύπανδρη έγκυος ανήλικη γυναίκα, οικονομικά εξαρτώμενη από τους γονείς της, άσκησε αγωγή στο δικαστήριο της περιοχής της, στην Γιούτα, με την οποία ζητούσε να κριθεί η συνταγματικότητα της νομοθεσίας η οποία υποχρέωνε τον γιατρό της να ενημερώσει τους γονείς της ή το πρόσωπο που έχει την επιμέλεια της, πριν την υποβολή της σε άμβλωση. Η υπόθεση εκδικάστηκε σε όλους τους βαθμούς και το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, απεφάνθη πως η νομοθεσία της πολιτείας Γιούτα που υποχρεώνει τον γιατρό της ανήλικης ανύπανδρης εγκύου να ενημερώνει τους γονείς ή τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια της, για την πρόθεση της να υποβληθεί σε άμβλωση, δεν είναι αντισυνταγματική.

Στην υπόθεση *Hodgon v. Minnesote* (1990) το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής έκρινε ότι είναι αντισυνταγματικός ο νόμος που απαιτεί την γνωστοποίηση της απόφασης της ανήλικης για άμβλωση και προς τους δύο βιολογικούς γονείς της, επειδή δεν προβλέπει το δικαίωμα της ανήλικης να προσφύγει σε ειδικό δικαστήριο το οποίο αφού την κρίνει ως ώριμη να επιτρέπει την υποβολή της σε άμβλωση.

Ο δικαστής που διατύπωσε την άποψη της πλειοψηφίας, παρατήρησε ότι σε έξι παλιότερες υποθέσεις στις οποίες το εν λόγω δικαστήριο είχε εξετάσει την συνταγματικότητα των νόμων που πρόβλεπαν την ενημέρωση ή την συναίνεση των γονιών της ανήλικης, καμία απόφαση δεν προέβλεπε ενημέρωση και των δύο γονιών της προκειμένου να της δοθεί άδεια για άμβλωση. Επιπλέον ο ίδιος δικαστής διαπίστωσε αφενός ότι «η απαίτηση για ενημέρωση και των δύο γονιών της ανήλικης εγκύου δεν εξυπηρετεί τα νόμιμα συμφέροντα της πολιτείας», αφετέρου η απαίτηση για ενημέρωση των δύο γονιών έχει αρνητικά αποτελέσματα για την ανήλικη, ειδικά όταν υπάρχει οικογενειακή βία. Καμία όμως πρόβλεψη δεν γινόταν από την νομοθεσία

της Μινεσσότας και για τους γονείς που ήταν χωρισμένοι, για τους γονείς που είχαν χάσει την επιμέλεια των παιδιών τους ή για τους ανύπανδρους γονείς¹⁹⁷.

Στην υπόθεση *Ohio v. Akron Center for Reproductive Health* 103 U.S. 2481 (1983) το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής έκρινε ότι η πολιτεία έχει την δυνατότητα να απαιτήσει από μία ανήλικη (έγγαμη ή άγαμη) να ενημερώσει ένα από τους δύο γονείς της για την απόφαση της να υποβληθεί σε άμβλωση ή να πάρει την άδεια του δικαστή πριν προβεί σε αυτή. Άλλωστε το ίδιο δικαστήριο έχει αποφανθεί στην υπόθεση *Planned Parenthood of Central Missouri v. Danforth*, 428 U.S. 52 (1976) ότι δεν αναζητείται η συναίνεση του συζύγου για άμβλωση.

Σημαντικό πάντως είναι πως τα τελευταία χρόνια μειώθηκαν και οι προσπάθειες δημιουργίας καινούργιων νόμων, οι οποίοι θα επέβαλαν την γονεϊκή εμπλοκή. Μεταξύ του 1991 και του 1997 ο αριθμός των πολιτειών που απαιτούσαν μέσω της νομοθεσίας τους την γονεϊκή συναίνεση ή την γονεϊκή ενημέρωση της ανήλικης στην άμβλωση, αυξήθηκε από 18 σε 30. Μεταξύ όμως του 1997 και του 2000 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε μόνο κατά μία πολιτεία¹⁰⁷.

Αξίζει να επισημάνουμε την ιδιαίτερη τοποθέτηση ορισμένων αμερικανικών πολιτειών αναφορικά με την συναίνεση των ανηλίκων στην άμβλωση²⁰⁹⁻²¹¹.

-Η νομοθεσία της Οκλαχόμα ορίζει ότι οποιοσδήποτε πραγματοποιεί άμβλωση σε ανήλικη χωρίς την συναίνεση ή την ενημέρωση των γονιών της, είναι υποχρεωμένος να αναλάβει το κόστος οποιασδήποτε θεραπείας απαιτηθεί ως επιπλοκή της επέμβασης της άμβλωσης.

-Η νομοθεσία του Μέιν επιτρέπει στον γιατρό που κουράρει την ανήλικη να παραιτηθεί από την απαίτηση της συναίνεσης του γονιού της στην άμβλωση, αν η ανήλικη είναι ικανή να δώσει την συναίνεση της και να υποβληθεί σε συμβουλευτική.

-Η νομοθεσία του Μισσισιπή ορίζει ότι αν οι γονείς της ανήλικης είναι χωρισμένοι και ζουν χωριστά, η έγγραφη συναίνεση του γονιού που έχει την επιμέλεια είναι αρκετή για να πραγματοποιηθεί η άμβλωση στην ανήλικη.

-Στην Β. Καρολίνα, ο παππούς ή η γιαγιά της ανήλικης μπορούν να δώσουν την συναίνεση τους για να υποβληθεί η εγγονή τους σε άμβλωση αντί να απαιτηθεί η συναίνεση των γονιών της, υπό την αίρεση ότι ζούσαν με την ανήλικη τουλάχιστον 6 μήνες πριν την ημέρα της υποβολής της συναίνεσης τους.

-Η νομοθεσία της Β. Ντακότα απαιτεί την συναίνεση και των δύο γονιών της ανήλικης, εκτός αν ο ένας έχει πεθάνει ή αν οι γονείς έχουν χωρίσει, οπότε απαιτείται η συναίνεση του γονιού μόνο που βρίσκεται στην ζωή ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της ανήλικης.

-Η νομοθεσία του Μαίρυλαντ επιτρέπει στον γιατρό να παραιτηθεί από την γνωστοποίηση προς τους γονείς της ανήλικης ότι η τελευταία προτίθεται να υποβληθεί σε άμβλωση, αν την κρίνει ικανή να λαμβάνει μόνη της τέτοιες αποφάσεις ή αν το απαιτεί το συμφέρον της.

-Η νομοθεσία της Μινεσότα ορίζει πως με τον όρο «γονιός» εννοεί και τους δύο γονείς της ανήλικης εγκύου υπό τον όρο ότι ζούνε μαζί κάτω από την ίδια στέγη.

-Η νομοθεσία της Δ. Βιρτζίνιας επιτρέπει σε γιατρό διαφορετικό από εκείνο που θα πραγματοποιήσει την άμβλωση, να παραιτηθεί από την απαίτηση του προς την ανήλικη να γνωστοποιήσει την πρόθεση της να υποβληθεί σε άμβλωση προς τους γονείς της, όταν την κρίνει ώριμη να δίνει μόνη της την συναίνεση της, ή αν αυτό επιβάλλουν τα συμφέροντα της.

-Η νομοθεσία του Οχάϊου επιτρέπει την παραίτηση από την γονεϊκή ενημέρωση αν ένας ενήλικος συγγενής ή θετός γονέας ή ο παππούς ή η γιαγιά της ανήλικης, ενόρκως βεβαιώσουν στο δικαστήριο ότι η ανήλικη έχει πέσει θύμα κακοποίησης από τους γονείς της.

Πίνακας παρατίθεται (5.1), ο οποίος παρουσιάζει αναλυτικά την στάση των πολιτειών της Αμερικής απέναντι στην άμβλωση της ανηλίκου.

Αλλά και ο Κώδικας Ιατρικής Ηθικής της Αμερικανικής Ένωσης Γιατρών, στο άρθρο του 2.015 που φέρει τον τίτλο «Υποχρεωτική Γονεϊκή Συναίνεση στην Άμβλωση» ορίζει: Οι γιατροί οφείλουν να εξακριβώνουν ποια νομοθεσία ισχύει στην πολιτεία τους ως προς την άμβλωση των ανηλίκων και να την εφαρμόζουν. Θα πρέπει να ενθαρρύνουν τις ανήλικες να

συζητούν την ενδεχόμενη εγκυμοσύνη τους με τους γονείς τους, και να τους εξηγούν με ποιο τρόπο μπορεί να τις βοηθήσει η εμπλοκή των γονιών στο πρόβλημα διαβεβαιώνοντας τις ότι οι γονείς τους έχουν την πρόθεση να τις στηρίξουν. Αν η ανήλικη εκφράσει ανησυχίες αναφορικά με την εμπλοκή των γονιών της, ο γιατρός θα πρέπει να εξακριβώσει αν η απροθυμία της ανήλικης βασίζεται σε προκατάληψη της απέναντι στους γονείς της. Οι γιατροί δεν πρέπει να αισθάνονται ότι έχουν υποχρέωση να απαιτήσουν από τις ανήλικες να εμπλέξουν στο πρόβλημα τους γονείς τους, πριν αποφασίσουν ότι θέλουν να υποβληθούν σε άμβλωση. Ο ασθενής-ακόμη κι αν είναι ανήλικος-θα πρέπει να αποφασίσει αν η γονεϊκή εμπλοκή είναι ενδεδειγμένη. Οι γιατροί θα πρέπει να εξηγούν κάτω από ποιες προϋποθέσεις η παραβίαση του ιατρικού απορρήτου είναι νόμιμη, καθώς και να ερευνούν αν οι ανήλικοι ασθενείς τους ενημερώθηκαν επαρκώς πριν λάβουν αποφάσεις. Τέλος οι ανήλικοι θα πρέπει να παρακινηθούν να επιζητήσουν την συμβουλή έμπιστων ενηλίκων, όπως ειδικών επιστημόνων, συγγενών, φίλων, δασκάλων ή κληρικών».

Οι υπέρμαχοι της υποχρεωτικής γονεϊκής εμπλοκής στην άμβλωση θεωρούν ότι η απόφαση του τερματισμού μιας κύησης είναι λιγότερο μια ιατρική απόφαση και περισσότερο μια σημαντική απόφαση ζωής. Επειδή η διακοπή μιας μη προγραμματισμένης κύησης μπορεί να έχει ουσιαστικές μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση της εγκύου, υποστηρίζουν ότι η γονεϊκή καθοδήγηση είναι επιβεβλημένη.

Αξίζει εδώ να επισημανθεί το εξής ανορθόδοξο. Ενώ περισσότερες από τις μισές πολιτείες της Αμερικής απαιτούν την γονεϊκή εμπλοκή στην άμβλωση των ανήλικων εγκύων, ταυτόχρονα επιτρέπουν στην ανήλικη έγκυο να αποφασίσει για την συνέχιση της κύησης της καθώς και να δώσει η ίδια την συναίνεση της προκειμένου να λάβει προγεννητική φροντίδα και να προχωρήσει σε τοκετό, χωρίς να συμβουλευτεί κανένα από τους γονείς της. Οι πολιτείες αυτές ουσιαστικά από την μια εμφανίζονται να θεωρούν την ανήλικη που έχει αποκτήσει παιδί, ως απολύτως ικανή να λαμβάνει σημαντικές αποφάσεις για την υγεία της και για το μέλλον του

παιδιού της, ενώ από την άλλη απαιτούν την εμπλοκή των γονιών της ανήλικης στην άμβλωση.

Είκοσι-εννέα πολιτείες και η περιοχή της Κολούμπια, έχουν θεσπίσει νόμους οι οποίοι δίνουν εξουσία στον ανήλικο γονιό να συγκατατίθεται προκειμένου να λάβει το παιδί του ιατρική φροντίδα. Επιπλέον 34 πολιτείες και η περιοχή της Κολούμπια ρητά επιτρέπουν στην ανήλικη μητέρα να δίνει το παιδί της για υιοθεσία χωρίς να προηγηθεί ενημέρωση ή άδεια των γονιών της. Στην πράξη είναι βέβαια πιθανό ότι κάποια γραφεία υιοθεσιών και οι δικαστές απαιτούν από την ανήλικη γυναίκα την εμπλοκή των γονιών της στην απόφαση της για υιοθεσία του παιδιού της. Ο κανόνας όμως είναι ότι οι περισσότερες πολιτείες θεωρούν την ανήλικη μητέρα ικανή να λαμβάνει ανεξάρτητες αποφάσεις για το αν θα δώσει το παιδί της για υιοθεσία¹⁰⁷.

5.1 Η θέση των αμερικανικών πολιτειών ως προς την άμβλωση της ανήλικης

ΠΟΛΙΤΕΙΑ	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΑΝΗΛΙΚΗΣ
ΑΛΑΜΠΙΑΜΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΑΛΑΣΚΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΑΡΙΖΟΝΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΑΡΚΑΝΣΑΣ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΚΑΛΙΦΟΡΝΙΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΚΟΡΑΝΤΟ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΚΟΝΕΚΤΙΚΑΤ	ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΝΗΛΙΚΗΣ
ΝΤΕΛΑΓΟΥΑΡ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΚΟΛΟΥΜΠΙΑ	ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΝΗΛΙΚΗΣ
ΦΛΟΡΙΝΤΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΓΕΩΡΓΙΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΧΑΒΑΗ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΑΙΝΤΑΧΟ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΙΛΛΙΝΟΙΣ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΙΝΔΙΑΝΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΑΙΟΒΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΚΑΝΣΑΣ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΚΕΝΤΑΚΙ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΛΟΥΙΣΙΑΝΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΜΕΙΝ	ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΝΗΛΙΚΗΣ
ΜΑΙΡΥΛΑΝΤ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΜΑΣΣΑΧΟΥΣΕΤΗ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΜΙΣΙΓΚΑΝ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΜΙΝΕΣΣΟΤΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΜΙΣΣΙΣΙΠΠΙ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΜΙΣΣΟΥΡΙ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΜΟΝΤΑΝΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΝΕΜΠΡΑΣΚΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΝΕΒΑΔΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
Ν. ΧΑΜΣΑΙΕΡ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
Ν. ΖΕΡΣΕΥ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
Ν. ΜΕΞΙΚΟ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΝΕΑ ΥΟΡΚΗ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΚΑΡΟΛΙΝΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΝΤΑΚΟΤΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΟΧΑΙΟ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΟΚΛΑΧΟΜΑ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΟΡΕΓΚΟΝ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΠΕΝΣΥΛΒΑΝΙΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΡΟΝΤ ΑΙΛΑΝΤ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Ν. ΚΑΡΟΛΙΝΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
Ν. ΝΤΑΚΟΤΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΤΕΝΝΕΣΙ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΤΕΞΑΣ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΓΙΟΥΤΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΒΕΡΜΟΝΤ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
ΒΙΡΤΖΙΝΙΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΟΥΑΣΙΓΚΤΟΝ	ΧΩΡΙΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ
Δ. ΒΙΡΤΖΙΝΙΑ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΓΟΥΙΣΚΟΝΣΙΝ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ
ΓΟΥΑΙΟΜΙΓΚ	ΡΗΤΗ ΓΟΝΕΙΚΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Δ΄ ΜΕΡΟΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΤΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΗΛΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ Η ΤΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ

ΑΜΒΛΩΣΗ

Το ζήτημα της από κοινού απόφασης των συζύγων ή συντρόφων για τεκνοποιία είναι θεμελιώδες για την ενότητα της οικογένειας και ταυτοχρόνως ενδεικτικό για την συνοχή των σχέσεων τους. Διαφωνίες άλλωστε σε ζητήματα τέτοιου ειδικού βάρους, θα μπορούσαν να προκαλέσουν κρίση στις σχέσεις του ζευγαριού, λόγο για ισχυρό κλονισμό του γάμου και συνεπώς αιτία διαζυγίου¹⁹⁷.

Η εγκυμοσύνη είναι μια διαδικασία που ολοκληρώνεται στον γυναικείο οργανισμό. Αυτό καθεαυτό το γεγονός δεν σημαίνει ότι αφαιρείται από τον άνδρα το δικαίωμα να λάβει θέση ως προς τον τερματισμό ή την συνέχιση της κύησης της συντρόφου του. Το αγέννητο παιδί αποτελεί κοινό δημιούργημα τους και καθένας τους έχει δικαίωμα να αμύνεται υπέρ αυτού. Το ότι η διαδικασία μιας κύησης επιτελείται στον γυναικείο οργανισμό δεν σηματοδοτεί την βιολογική υπεροχή του γυναικείου φύλλου αλλά εκφράζει την βιολογική διαφορετικότητα μεταξύ ανδρός και γυναικός. Μια διαφορετικότητα η οποία με κανένα τρόπο δεν θα πρέπει να καταδικάζει οποιαδήποτε απαίτηση για ισοδύναμη προστασία των δυο φύλων σε αποτυχία²¹².

Από την άλλη πάλι, έντονα προβάλλεται το ερώτημα: έχει κανείς το δικαίωμα να αναγκάσει μια γυναίκα να υποστεί την ταλαιπωρία μιας κύησης, έχει κανείς το δικαίωμα να την εκθέσει στους όποιους κινδύνους συνεπάγεται αυτή, να βιώσει την επίπονη διαδικασία της γέννας και να φέρει στον κόσμο ένα παιδί που δεν επιθυμεί;

Με δεδομένο το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί κάτι παραπάνω από ένα βιολογικό ζήτημα και η άμβλωση κάτι παραπάνω από μια ιατρική πράξη, είναι αναγκαίο να παρουσιαστεί πως τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των φύλων έχουν σήμερα διαμορφωθεί σε συνδυασμό με τα σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα και να αναγνωρισθεί η σημαντικότητα του αναπαραγωγικού δικαιώματος στις κοινωνίες του 21^{ου} αιώνα .

Στη σημερινή κοινωνία οι γυναίκες είναι χειραφετημένες, συμβάλλουν στην εθνική οικονομία της χώρας τους όπως ακριβώς και οι άνδρες, επιθυμούν να έχουν την αξιοπρέπεια τους και να διαμορφώνουν μόνες τους το μέλλον τους χωρίς τα αναπαραγωγικά δικαιώματα τους να ταράζουν ή να ανατρέπουν την καθημερινότητα τους.

Η αναφορά των δικαιωμάτων του άνδρα στην εγκυμοσύνη της συντρόφου του ήταν σαφής στα νομοθετήματα της αρχαίας Ελλάδας. Η έγκυος γυναίκα μπορούσε να υποβληθεί σε άμβλωση με την λήψη της συναίνεσης του εικαζόμενου ως πατέρα του εμβρύου. Στην αντίθετη περίπτωση η άμβλωση θεωρείτο έγκλημα. Δεν ετίθετο καν ζήτημα δικαιώματος του εμβρύου για ζωή αλλά δικαιώματος του πατέρα να αποκτήσει απογόνους²¹³.

Και ενώ οι πρόγονοι μας αιώνες πριν, μέσω της νομοθεσίας τους έδιναν λύσεις στο ζήτημα των δικαιωμάτων του άνδρα στην άμβλωση της συντρόφου του, η σύγχρονη ελληνική νομοθεσία αναφέρεται αποκλειστικά στα δικαιώματα της εγκύου γυναίκας.

Αδυναμία του νόμου 1609/86, που αφορά στην άμβλωση, αποτελεί η έλλειψη αναφοράς των δικαιωμάτων του συζύγου ή του συντρόφου της εγκύου έναντι αυτής. Σε καμία διάταξη του δεν ορίζεται αν ο σύζυγος ή ο σύντροφος της εγκύου πρέπει να δώσει την συναίνεση του προκειμένου η τελευταία να υποβληθεί σε άμβλωση ή αν στερείται κάθε δικαιώματος να συμμετέχει στην απόφαση ενός τόσο σημαντικού ζητήματος που επηρεάζει καθοριστικά την σχέση τους.

Αναπόφευκτα τίθενται τα ερωτήματα: Έχουν οι άνδρες τα ίδια αναπαραγωγικά δικαιώματα με τις γυναίκες, ή επιτρέπεται να γίνουν γονείς παρά την θέληση τους;

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία για την άμβλωση, όπως αυτή προκύπτει από τον ν. 1609/86, κάθε ενήλικη γυναίκα μπορεί να προχωρήσει σε αυτή εφόσον δεν έχει συμπληρώσει 12 εβδομάδες κύησης, χωρίς να χρειάζεται να επικαλεστεί κανένα απολύτως λόγο που να δικαιολογεί την απόφαση της, χωρίς να χρειάζεται να ενημερώσει κανένα, και χωρίς να χρειάζεται να λάβει την συναίνεση κανενός ατόμου.

Σε κοινωνίες όπως την Ελλάδα, όπου ο ανδρισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την ικανότητα αναπαραγωγής, τέτοιου είδους νομοθετήματα προκαλούν ποικίλες αντιδράσεις. Είναι αδιανόητο ιδιαίτερος στις συντηρητικές κοινωνίες, γυναίκες να κινούν τα νήματα της ζωής των ανδρών, να αποφασίζουν για την απόκτηση ή μη απογόνων τους και κατά συνέπεια να χαράζουν το μέλλον τους.

Ίσως οι συντάκτες του παραπάνω νομοθετήματος να θεώρησαν πως η παράλειψη αναφοράς στο νόμο 1609/86 των δικαιωμάτων του άνδρα στην άμβλωση της συντρόφου του, καλύπτεται από το άρθρο 4 παράγραφος 2 του Συντάγματος το οποίο αναφέρεται στην ισότητα των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ίσως δηλαδή να υπέθεσαν πως η κατοχυρωμένη αρχή της ισότητας ανάμεσα στους δύο συζύγους, τους επιτρέπει να συναποφασίζουν για κάθε ζήτημα που αφορά την οικογένεια άρα και για την απόκτηση ή μη παιδιών, αιτιολογώντας έτσι την παράλειψη διατύπωσης ανάλογης διάταξης.

Το Σύνταγμα μέσω της ίδιας διάταξης προστατεύει και την διαφορετικότητα των ατόμων σε μια σχέση, τον διαφορετικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται ένα γεγονός, εξαιτίας της ιδιαίτερης προσωπικότητας τους και ότι αυτή η διαφορετικότητα ή ιδιαιτερότητα συνεπάγεται.

Αλλά και από το άρθρο 5 παράγραφος 1 του Συντάγματος, το οποίο αναφέρει ότι καθένας έχει το δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητα του, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων, υποκρύπτεται ένας σοβαρός περιορισμός που θέτει το Σύνταγμα στο δικαίωμα της γυναίκας για αυτοδιάθεση και για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας της. Ουσιαστικά μέσω αυτού του άρθρου διαφαίνεται ότι η μονομερής απόφαση της γυναίκας ως προς την τύχη της κύησης, αγνοεί το δικαίωμα του συζύγου να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγική του ικανότητα.

Το θέμα της συναίνεσης του συζύγου ή συντρόφου δεν πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στο πρώτο τρίμηνο της κύησης κατά το οποίο η άμβλωση μένει ατιμώρητη. Η ύπαρξη πληθώρας παραδειγμάτων που θέλουν γυναίκες σε προχωρημένη κατάσταση

εγκυμοσύνης να περιφρονούν τις ενδείξεις του προγεννητικού ελέγχου και να φέρουν στο κόσμο παιδιά τα οποία είναι φορείς σημαντικών ασθενειών, ανωμαλιών ή δυσλειτουργιών, θέτει ένα βασικό ερώτημα:

Κάτω από ποιες συνθήκες θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη του άνδρα, συζύγου ή συντρόφου στη απόφαση της εγκύου για τερματισμό ή ολοκλήρωση της κύησης;

Κάθε ζευγάρι που έρχεται αντιμέτωπο με μια ανεπιθύμητη και μη προγραμματισμένη κύηση αναπτύσσει θετικές ή αρνητικές αντιδράσεις. Σε κάθε εγκυμοσύνη τέσσερα είναι τα πιθανά σενάρια. Είτε και οι δύο σύντροφοι να επιθυμούν την γέννηση του παιδιού, είτε και οι δύο σύντροφοι να αρνούνται να γίνουν γονείς και να επιλέγουν την άμβλωση, είτε ο άντρας να επιθυμεί την γέννηση του παιδιού και η γυναίκα να υποστηρίζει την λύση της άμβλωσης και είτε τέλος η γυναίκα να επιθυμεί την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης και ο άνδρας την διακοπή της. Στις δύο πρώτες περιπτώσεις όπου υπάρχει συμφωνία του ζευγαριού δεν τίθεται θέμα. Πρόβλημα ανακύπτει όταν διαφωνούν ως προς την αντιμετώπιση του ζητήματος, όταν δηλαδή οι σύντροφοι εμφανίζουν αντιτιθέμενες διαθέσεις²¹⁴.

Σε σχέσεις όπου οι σύντροφοι διατηρούν αισθήματα σεβασμού και κατανόησης ο ένας για τον άλλο, είναι πιο πιθανό η έκθεση λογικών επιχειρημάτων να καταλήξει στην συμφωνία τους για τον χειρισμό του ζητήματος ακόμα κι αν ξεκίνησαν από τελείως διαφορετικές θέσεις. Βασικό ρόλο πάντα θα παίζει η πρόθεση της γυναίκας να ενημερώσει τον σύντροφο της αλλά και η επιθυμία και των δύο για εξεύρεση μιας κοινώς αποδεκτής λύσης στο ζήτημα.

Πολλές γυναίκες γνωρίζοντας την αρνητική θέση των συντρόφων τους προς τη κύηση, τους ενημερώνουν όταν βρίσκονται ήδη σε προχωρημένο στάδιο προκειμένου με αυτό τον τρόπο να εξασφαλίσουν την αποδοχή τους. Η μη ενημέρωση των συντρόφων τους ή η μεθύτερη ενημέρωση τους υποδηλώνει την έλλειψη σεβασμού προς τα πρόσωπα τους ή την εκ προθέσεως παράκαμψη τους. Επιπλέον θεμελιώνει κλίμα γενικότερης δυσπιστίας και ισχυρή αιτία κλονισμού του γάμου ή της σχέσης τους.

Το ζήτημα της ενημέρωσης του συντρόφου, της συζήτησης μαζί του και πολύ περισσότερο της συναίνεσης του είναι δυνατόν να έχει και άλλες διαστάσεις εφόσον προϋποθέτει την ύπαρξη αρμονικών σχέσεων μεταξύ του ζευγαριού. Για ποιο λόγο η έγκυος θα πρέπει να ενημερώσει τον σύντροφο της για την εγκυμοσύνη της, όταν εκείνος κατ' επανάληψη την κακοποιεί σωματικά, σεξουαλικά, ή λεκτικά; Για ποιο λόγο η έγκυος θα πρέπει να ενημερώσει τον σύντροφο της για την εγκυμοσύνη της όταν φέρεται με βαναυσότητα στα ήδη υπάρχοντα παιδιά τους; Για ποιο λόγο η έγκυος θα πρέπει να ενημερώσει για την εγκυμοσύνη της τον σοβαρά άρρωστο σωματικά ή ψυχικά σύντροφο της; Για ποιο λόγο τέλος η έγκυος θα πρέπει να ενημερώσει τον σύντροφο της ως προς την εγκυμοσύνη της όταν την απειλεί με οικονομικό αποκλεισμό ή αποκάλυψη του γεγονότος της άμβλωσης στο άμεσο φιλικό ή κοινωνικό της περιβάλλον²¹⁵⁻²¹⁶.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις έχουμε να κάνουμε με μη υγιείς και ταραγμένες σχέσεις, όπου χώρος για ενημέρωση, συζήτηση και επίλυση προβλημάτων δεν φαίνεται να υπάρχει. Ιδιαίτερος σε κλίμα εκφοβισμού, κακοποίησης, απειλών και διασυρμού της συντρόφου κοινές αποφάσεις είναι δύσκολο αφενός να ληφθούν και αφετέρου να τηρηθούν.

Σε σχέσεις ανηλίκων όπου οι σύντροφοι πιθανώς στερούνται της γνώσης και της ωριμότητας να αντιληφθούν πως η άμβλωση δεν αποτελεί αντισυλληπτική μέθοδο αλλά εκθέτει σε σοβαρούς κινδύνους την υγεία της γυναίκας που υποβάλλεται σε αυτή, το πρόβλημα εμφανίζεται διογκωμένο σε παγκόσμια κλίμακα. Δεν είναι όμως και λίγες οι περιπτώσεις όπου η εγκυμοσύνη ανηλίκων αποτελεί προϊόν βιασμού, εκμετάλλευσης ή εξαπάτησης ανήλικης από πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός της ή και από τρίτα πρόσωπα ξένα προς αυτό.

Πόσες όμως υποθέσεις φτάνουν στη δικαιοσύνη με αντικείμενο την διαφωνία των συζύγων ή συντρόφων για τον τερματισμό ή την συνέχιση της κύησης;

Η Ελληνική νομολογία είναι άκρως αποκαλυπτική. Υποθέσεις με τέτοιου είδους αντικείμενο βλέπουν το φως της δημοσιότητας στις δικαστικές αίθουσες, μόνο όταν οι σύντροφοι επιδιώκουν να βεβαιώσουν τον ισχυρό κλονισμό του έγγαμου βίου τους και να βγάλουν ένα κατ' αντιδικία διαζύγιο. Οι απλοί σύντροφοι, αυτοί δηλαδή που δεν συνδέονται με τα δεσμά του γάμου, σπάνια καταφεύγουν στα δικαστήρια .

Το ζήτημα της συμμετοχής των ανδρών στην απόφαση για διακοπή της κύησης αντιμετωπίζεται τελείως διαφορετικά όταν πρόκειται για ανήλικη σύντροφο.

Το γεγονός της ανηλικότητας της εγκύου δεν δίνει το δικαίωμα στο σύντροφο ή τον σύζυγο της να αποφασίζει αντί αυτής. Σύμφωνα με τον νόμο 1609/86 για να υποβληθεί η ανήλικη σε άμβλωση απαιτείται η συναίνεση της καθώς και η συναίνεση τουλάχιστον ενός από τους γονείς ή αυτού που έχει την επιμέλεια του προσώπου της. Ουσιαστικά ως προς την συναίνεση του συζύγου ή την γνωστοποίηση προς αυτόν της απόφασης της ανήλικης εγκύου για άμβλωση ο Ν. 1609/86 δεν κάνει καμία πρόβλεψη.

Η άμβλωση εξάλλου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε έγκυο οποιασδήποτε ηλικίας χωρίς την θέληση της, υπό οποιεσδήποτε περιστάσεις κι αν επήλθε η σύλληψη του εμβρύου. Το δικαίωμα της γυναίκας έστω και ανήλικης είναι απόλυτο και μόνο η έγκυος έχει την ικανότητα να αποφασίσει για την διακοπή της εγκυμοσύνης.

Πώς όμως οι διεθνείς νομοθεσίες βλέπουν τον ρόλο του άνδρα στην άμβλωση;

Στην πλειοψηφία τους τα Ευρωπαϊκά κράτη δεν απαιτούν την συναίνεση του συζύγου για τον τερματισμό ή μη της κύησης του εμβρύου. Το ίδιο συμβαίνει και στις περισσότερες πολιτείες των ΗΠΑ²¹⁷⁻²¹⁹. Το κλίμα που διαμορφώνεται στα Ευρωπαϊκά κράτη ουσιαστικά υποβαθμίζει την ανάγκη για συναίνεση του συζύγου, δίνει προτεραιότητα στην απόφαση της εγκύου αλλά ταυτόχρονα ενισχύει την άποψη πως τουλάχιστον οι άνδρες θα πρέπει να ενημερώνονται για την απόφαση της συντρόφου τους.

Η νομοθεσία της άμβλωσης στην Αγγλία είναι ξεκάθαρη σχετικά με την συμμετοχή του άνδρα. Κανένας άνδρας δεν έχει νόμιμο δικαίωμα να αποτρέψει ή να εξαναγκάσει την σύζυγο ή την σύντροφο του να υποβληθεί σε άμβλωση. Η απόφαση λαμβάνεται αποκλειστικά και μόνο από την έγκυο γυναίκα, υπό την προϋπόθεση όμως ότι έχει εξασφαλίσει δύο ιατρικές γνωματεύσεις οι οποίες θα πιστοποιούν ότι πληροί τα κριτήρια της αγγλικής νομοθεσίας για την διενέργεια της άμβλωσης (Abortion Act 1967 και Human Fertilization and Embryology Act 1990). Ο άνδρας δεν μπορεί να ζητήσει ούτε καν την λήψη προσωρινών μέτρων, προκειμένου να εμποδίσει την σύζυγο του να υποβληθεί σε νόμιμη άμβλωση.

Οι άμβλώσεις σε ανήλικα κορίτσια των 16 και 17 ετών, σύμφωνα με το Αγγλοσαξονικό δίκαιο (Family Law Reform Act 1969), επιτρέπονται και πραγματοποιούνται στην Μεγάλη Βρετανία χωρίς την συναίνεση του συζύγου ή του συντρόφου τους, ή των γονιών τους ή ακόμα των προσώπων που έχουν την επιμέλεια τους, εφόσον βεβαίως έχει προηγηθεί η δική τους συγκατάθεση. Αδίκημα αποτελεί η πραγματοποίηση οποιαδήποτε επέμβασης σε κορίτσια αυτής της ηλικίας χωρίς την προβλεπόμενη από τον νόμο συναίνεση τους.

Στη Μ. Βρετανία το ζήτημα του αν έχουν δικαίωμα οι άντρες να συμμετέχουν στην απόφαση της συντρόφου τους για άμβλωση αποτέλεσε κατ' επανάληψη αντικείμενο συζήτησης στα ΜΜΕ. Σχεδόν όλες οι έρευνες κατέληγαν στο συμπέρασμα πως οι αποφάσεις λαμβάνονταν από κοινού από τους δύο συντρόφους, σε ποσοστό που άγγιζε το 90% παρά την ύπαρξη αντίθετης νομοθετικής ρύθμισης.

Σε έρευνα μάλιστα που δημοσιεύτηκε το 1984 από τους Shostak και McLouth παρουσιάστηκε πως μόνο οι 5 από τους 1000 άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα ένοιωσαν ότι είχαν οδηγηθεί σε απόφαση άμβλωσης, ενώ το 84% των ζευγαριών είχε πάρει από κοινού την απόφαση. Το ίδιο ποσοστό δήλωνε πως η άμβλωση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης δεν διατάραξε την σχέση τους.

Ιδιαίτερος στην γηραιά Αλβιόνα όπου η νομοθεσία για τις αμβλώσεις είναι τόσο κατηγορηματική και σαφής είναι ελάχιστες οι προσφυγές των ανίσχυρων νομικά ανδρών στην δικαιοσύνη. Μέχρι το 1991 εικοσιτέσσερις Βρετανοί επιχείρησαν να εμποδίσουν τις συντρόφους τους να πραγματοποιήσουν άμβλωση φέρνοντας τις υποθέσεις τους στα δικαστήρια²¹⁴.

Η πρώτη υπόθεση που έφτασε στα αγγλικά δικαστήρια ήταν η υπόθεση Paton v Trustees, η οποία και εκδικάστηκε το 1978. Ο Paton εργάτης σε χαλυβουργείο κάτοικος της πόλης Liverpool, απέτυχε να αποτρέψει την σύζυγο του από το να υποβληθεί σε άμβλωση. Ο δικαστής έκρινε πως η απαίτηση του Paton για λήψη προσωρινών μέτρων ήταν απαράδεκτη και η αγωγή του απορρίφθηκε. Για την ίδια υπόθεση αποφάνθηκε αρνητικά και το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο οποίο προσέφυγε ο σύζυγος. Το δικαστήριο τόνισε πως το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Συνθήκης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, περιορίζει το δικαίωμα της δημιουργίας οικογένεια τόσο, όσο είναι αναγκαίο για την προστασία των δικαιωμάτων της εγκύου γυναίκας.

Την ίδια τύχη είχε και η αγωγή (C v. S 1988) ενός εικοσιτριάχρονου μεταπτυχιακού φοιτητή στο Magdalen College της Οξφόρδης, που προσπάθησε να αποτρέψει την άμβλωση της επίσης φοιτήτριας και συντρόφου του, βασιζόμενος στην προχωρημένη εγκυμοσύνη της (20 εβδομάδων). Ο γιατρός μάλιστα της εν λόγω εγκύου της είχε συνταγογραφήσει χάπια τα οποία θα την βοηθούσαν να τερματίσει την εγκυμοσύνη της. Το αποτέλεσμα όμως αυτό δεν είχε επιτευχθεί. Η ίδια δε η έγκυος είχε λάβει μεγάλη ποσότητα αντικαταθλιπτικών χαπιών και είχε υποβληθεί σε δύο ακτινογραφίες θώρακος χωρίς να λάβει τα απαραίτητα μέτρα προστασίας. Το Εφετείο και η Βουλή των Λόρδων, δικαστήρια στα οποία κατέφυγε ο σύντροφος της εγκύου, συμφώνησαν με την απόφαση του πρωτοβάθμιου δικαστηρίου και απέρριψαν το αίτημα του για συνέχιση της κύησης. Μεταξύ άλλων τόνισαν πως ο σύζυγος ή ο σύντροφος της εγκύου δεν διατηρεί κανένα δικαίωμα παρέμβασης στην απόφαση της, σύμφωνα με την

βρετανική νομοθεσία της άμβλωσης (Abortion Act 1967 και Human Fertilization and Embryology Act 1990).

Είθισται τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Μ. Βρετανία οι άνδρες που επιλέγουν να κινηθούν δικαστικά και να εμποδίσουν την άμβλωση της συντρόφου τους να εξασφαλίζουν άμεσα την υποστήριξη οργανισμών που είναι ενάντια στις αμβλώσεις. Στην Μ. Βρετανία μάλιστα ένας τέτοιος οργανισμός φροντίζει να ενημερώνει τους Άγγλους πολίτες μοιράζοντας όλο τον χρόνο φυλλάδια που φέρουν τον τίτλο «ξεχασμένοι πατεράδες». Ένας άλλος μεγάλος οργανισμός στην Αγγλία που αντιτίθεται στις αμβλώσεις και ονομάζεται «Οργανισμός προστασίας του αγέννητου παιδιού», δέχεται γύρω στις 6 επιστολές κάθε εβδομάδα από άνδρες που θέλουν να εμποδίσουν τις αμβλώσεις των συντρόφων τους. Αυτές οι οργανώσεις κατά της άμβλωσης εκτός των άλλων, προσφέρουν και ψυχολογική υποστήριξη στους άνδρες που δεν μπόρεσαν να αποτρέψουν την σύντροφο τους από την άμβλωση, μέσω ειδικών ψυχολόγων²²⁰.

Σύμφωνα με το ανώτατο δικαστήριο των ΗΠΑ ο πατέρας δεν έχει κανένα απολύτως δικαίωμα να εμποδίσει ή να επιτρέψει την άμβλωση της συντρόφου ή της συζύγου του, ούτε καν να ενημερωθεί για την εγκυμοσύνη ή για την τύχη της εγκυμοσύνης της συντρόφου του. Η έγκυος γυναίκα είναι από το νόμο ελεύθερη να χειριστεί το ζήτημα της εγκυμοσύνης της όπως εκείνη νομίζει.

Η Τουρκία από τα Ευρωπαϊκά κράτη¹²⁹⁻¹³¹ αλλά και η Πενσυλβάνια και η Φλόριντα, από τα κράτη των ΗΠΑ, έχουν αντίθετη άποψη και απαιτούν μέσω της νομοθεσίας τους την συναίνεση του συζύγου για την διακοπή της κύησης. Ειδικότερα:

Στην πολιτεία της Πενσυλβάνια ο νόμος ορίζει πως οποιοσδήποτε γιατρός σκοπεύει να υποβάλει ασθενή του σε άμβλωση, θα πρέπει να έχει στην κατοχή του εκτός των άλλων, έγγραφο με το οποίο ο σύζυγος της εγκύου θα δίνει ρητά την συγκατάθεση του. Μόνο σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις δεν απαιτείται η συναίνεση του συζύγου. Αν η σύζυγος δεν προσκομίσει τέτοιο έγγραφο το οποίο θα πιστοποιεί την συναίνεση του συζύγου, είναι

υποχρεωμένη να προσκομίσει έγγραφα που να βεβαιώνουν ότι η εγκυμοσύνη της ήρθε ως συνέπεια συζυγικού βιασμού, ο οποίος είχε αναφερθεί στις αστυνομικές αρχές, ή αποτέλεσμα εξωσυζυγικής σχέσης. Αν δε ο γιατρός προχωρήσει στην άμβλωση χωρίς να έχει στην κατοχή του κάποιο από τα παραπάνω έγγραφα και αν η επέμβαση δεν έχει επείγοντα χαρακτήρα, με την έννοια ότι τίθεται σε κίνδυνο η υγεία της εγκύου, τότε είναι πολύ πιθανόν να ανακληθεί η άδεια άσκησης του επαγγέλματος του ή ακόμα και να κληθεί να αποζημιώσει τον σύζυγο της εγκύου.

Το Εφετείο της Φλόριντας έκρινε πως ο νόμος που ισχύει στην ίδια πολιτεία και προβλέπει ότι η παντρεμένη γυναίκα πρέπει να γνωστοποιεί στον σύζυγο την απόφαση της να προβεί σε άμβλωση είναι συνταγματικός, η δε απαίτηση του συζύγου για γνωστοποίηση είναι βάσιμη για την προστασία της ενότητας, της ακεραιότητας και της αξιοπρέπειας της οικογενειακής ζωής.

Όσον αφορά την ανήλικη, σε 43 πολιτείες των ΗΠΑ μπορεί να ζητήσει την άδεια του δικαστηρίου να υποβληθεί σε άμβλωση εφόσον εξηγήσει ικανοποιητικά τους λόγους για τους οποίους δεν πρέπει να ζητηθεί η συναίνεση των γονιών της. Ουσιαστικά όταν οι σχέσεις ανήλικης με την οικογένεια της είναι καλές η ανήλικη ζητά την συναίνεση των γονιών της προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση και όχι την συναίνεση του συντρόφου της. Σύμφωνα πάντα με την αμερικάνικη νομοθεσία ως προς την άμβλωση των ανηλίκων γυναικών, η Πολιτεία πρέπει να αφήνει ένα μικρό χρονικό διάστημα ώστε το δικαστήριο να κρίνει αν είναι ώριμη και ικανή να λαμβάνει σημαντικές αποφάσεις που την αφορούν. Υπάρχουν βεβαίως περιπτώσεις στις οποίες το δικαστήριο αναγνωρίζει την ανωριμότητα της ανήλικης εγκύου, όμως της επιτρέπει να υποβληθεί σε άμβλωση επειδή η λύση αυτή εξυπηρετεί καλύτερα τα συμφέροντα της.

Αλλά και στην ιταλική κυβέρνηση του Σύλβιο Μπερλουσκόνι, ο Υπουργός Ευρωπαϊκών Σχέσεων Ρόκο Μπουτιλιόνε ανάμεσα στις διάφορες αλλαγές που πρότεινε, αλλαγές που είχαν

στόχο την αποτροπή των ιταλίδων από τις αμβλώσεις, πρότεινε την υποχρεωτική συναίνεση του βιολογικού πατέρα του εμβρύου, προκειμένου μια ανήλικη να υποβληθεί σε άμβλωση²²¹.

Στο Ευρωπαϊκό όμως Δικαστήριο Ανθρωπίνων δικαιωμάτων προσέφυγε Ιταλός, στην προσπάθεια του να εμποδίζει την σύζυγο του να διακόψει την κύηση της. Το δικαστήριο, όπως ήταν αναμενόμενο, απεφάνθη πως το δικαίωμα του υποψηφίου πατέρα για προστασία της ιδιωτικής του και οικογενειακής του ζωής δεν περιλαμβάνει το δικαίωμα να λαμβάνεται η σύμφωνη γνώμη του, πριν η σύζυγος του διακόψει την κύηση της. Πρωτίστως θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα δικαιώματα της μητέρας, η οποία είναι κατ' εξοχήν θιγόμενη από την εγκυμοσύνη. Για αυτό τον λόγο κρίθηκε και η προσφυγή του ως απαράδεκτη²²².

Ποια είναι όμως η ψυχολογική αντίδραση του άνδρα όταν νομικά και ουσιαστικά αποκλείεται να συμμετάσχει στην απόφαση της συντρόφου του για άμβλωση;

Σύμφωνα με τους ψυχολόγους πολλοί άνδρες αποφεύγουν να ασχοληθούν με τις αμβλώσεις των συντρόφων τους γιατί είναι διστακτικοί στο να εμπλακούν σε μια κατάσταση όπου νομικά είναι ανίσχυροι²²³⁻²²⁷. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον αμερικανό καθηγητή της Κοινωνιολογίας στο πανεπιστήμιο του Drexel, Arthur Shostak²²⁸⁻²²⁹, αποκαλύφθηκε πως μεγάλος αριθμός ανδρών βίωσαν άγχος, οργή και κατάθλιψη εξαιτίας του γεγονότος της μη συμμετοχής τους στην απόφαση της συντρόφου τους για άμβλωση.

Παρατηρήσεις

Μήπως τελικά χρειάζεται μια πιο δυναμική στάση των ανδρών όσο αφορά την υπεράσπιση των αναπαραγωγικών τους δικαιωμάτων; Μήπως δεν αναφέρονται σε αυτό το θέμα όσο θα έπρεπε;

Είναι γεγονός πως η εγκυμοσύνη της συντρόφου τους σπάνια συζητείται μεταξύ των ανδρών. Ίσως γιατί ως θέμα στερείται μοντέρνας αποδοχής, ίσως επειδή ανήκει στην κατηγορία των θεμάτων που αποτελούν ταμπού. Κάποιοι άνδρες δεν το έχουν καν σκεφτεί, ίσως γιατί δεν

βίωσαν την μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη της συντρόφου τους, ενώ σίγουρα δεν είναι ανάμεσα στις συμβουλές που δίνει ο πατέρας στο έφηβο υιό.

Αλλά και οι υπηρεσίες που ασχολούνται με τις αμβλώσεις και τα ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού δεν προβάλλουν όσο θα έπρεπε το θέμα και μάλλον εξαντλούν την ευαισθησία τους στα γυναικεία προβλήματα που γεννά μια εγκυμοσύνη. Η άγνοια της σχετικής με τις αμβλώσεις νομοθεσίας εκ μέρους των ανδρών, αποτελεί κατά την γνώμη μου ένα επιπλέον λόγο που τους καθιστά αδρανείς.

Επειδή όμως έρευνα αποκάλυψε πώς γύρω στο 25% των ανδρών υποχρεώθηκε να βιώσει για δεύτερη φορά τις αμβλώσεις των συντρόφων τους, από μόνο του αυτό το ποσοστό θα πρέπει να τους θέσει μπροστά στις ευθύνες τους και να τους αφυπνίσει κατά τέτοιο τρόπο, ώστε η νομική τους θέση να ενδυναμωθεί²²⁹.

Με δεδομένη την ανίσχυρη θέση του άνδρα στο ζήτημα της άμβλωσης και της διαπίστωσης πως η κοινωνία διεθνώς δεν διάκειται δυσμενώς ως προς την άγαμη γυναίκα και άγαμη μητέρα, πολλές γυναίκες αποφασίζουν να κρατήσουν το παιδί τους παρά την αντίθετη γνώμη των συντρόφων τους. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους για τον οποίο οι μονογονεϊκές οικογένειες αυξάνονται διαρκώς τα τελευταία είκοσι χρόνια. Οι περιπτώσεις όμως των ανήλικων γυναικών που αποφασίζουν να φέρουν στον κόσμο το παιδί τους πάντα θα προκαλεί το ενδιαφέρον της κοινωνίας και θα δημιουργεί συναισθήματα φόβου και ταραχής. Κι αυτό γιατί η μητρότητα κατά την διάρκεια της ανηλικότητας και μάλιστα σε συνθήκες μονογονεϊκής οικογένειας, φαντάζει ως μια πολύ δύσκολη κατάσταση για την χειριστεί οποιοσδήποτε. Πολύ περισσότερο όταν η ανήλικη μητέρα αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, στερείται μορφώσεως και κοινωνικών εμπειριών, ενώ λείπουν από κοντά της ενήλικα υπεύθυνα πρόσωπα, τα οποία θα μπορούσαν να της προσφέρουν οποιασδήποτε μορφής στήριξη.

Ε΄ ΜΕΡΟΣ

**Η ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ, ΤΩΝ
ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ
ΑΝΗΛΙΚΕΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ, ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΑΝΗΛΙΚΕΣ

Η συγκριτική ανάλυση των κυήσεων, των γεννήσεων και των αμβλώσεων στις ανήλικες, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για την αναγνώριση των χωρών που εμφανίζουν ιδιαίτερες τάσεις ή πολύ ψηλά ποσοστά σε αυτά τα ζητήματα.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 46 χώρες το διάστημα 1970 έως 1995 με στόχο να αναλύσει τα ποσοστά των κυήσεων, των αμβλώσεων και των γεννήσεων σε ανήλικα κορίτσια και να παρουσιάσει τις τάσεις που επικρατούν σε αυτές τις χώρες, κατέληξε στα εξής συμπεράσματα²³⁰:

Το επίπεδο των κυήσεων στις ανήλικες διαφοροποιείται από χώρα σε χώρα. Έτσι συναντάμε από πολύ μικρά ποσοστά μέχρι ιδιαίτερος υψηλά. Στην Ολλανδία για παράδειγμα έχουμε 12 κυήσεις ανά 1000 ανήλικες, ποσοστό εξαιρετικά χαμηλό σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό της Ρωσίας όπου έχουμε περισσότερες από 100 κυήσεις ανά 1000 ανήλικες. Πολύ χαμηλός όμως είναι ο αριθμός των κυήσεων στις ανήλικες στο Βέλγιο, στην Γερμανία, στην Ιταλία, στην Ιαπωνία και στην Ισπανία.

Όσον αφορά στον αριθμό των γεννήσεων πάλι υπάρχουν διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα. Στην Ιαπωνία η έρευνα έδειξε 4 γεννήσεις ανά 1000 ανήλικες ενώ στην Αρμενία 56 γεννήσεις ανά 1000 ανήλικες. Πολύ χαμηλά νούμερα συναντάμε και σε άλλες 10 χώρες κυρίως στην δυτική και νότια Ευρώπη καθώς και στην Ιαπωνία. Λογικά νούμερα στις γεννήσεις των ανηλικών κοριτσιών επισημαίνονται σε 14 χώρες κυρίως στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη (Τσεχία, Εσθονία, Ουγγαρία, Λευκορωσία, Πολωνία, Σλοβακία, στην πρώην Γιουγκοσλαβία) και σε μερικές Δυτικό-ευρωπαϊκές χώρες όπως Αγγλία, Ουαλία, Ισλανδία, Βόρειο Ιρλανδία, Σκωτία και Πορτογαλία. Αξιοσημείωτο είναι ότι και χώρες που κατοικήθηκαν από βρετανούς αποίκους όπως Καναδάς και Νέα Ζηλανδία, εμφάνισαν πολύ

χαμηλά νούμερα στις γεννήσεις των ανήλικων κοριτσιών. Εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό στις γέννες από ανήλικες εμφανίζουν οι ΗΠΑ και η Ρουμανία. Στις νέγρες μάλιστα της Αμερικής το ποσοστό γεννήσεων από ανήλικες μητέρες είναι τριπλάσιο από το αντίστοιχο των ανηλικών κοριτσιών της λευκής φυλής.

Σε τριάντα-τρεις από τις σαράντα-έξι χώρες προέκυψαν τα εξής στοιχεία αναφορικά με τις αμβλώσεις στις ανήλικες:

Στο Βέλγιο, στη Γερμανία, στο Ισραήλ, στην Ολλανδία, στην Ιρλανδία, στην Ιταλία, στην Ιαπωνία και στην Ισπανία το ποσοστό αμβλώσεων στις ανήλικες ήταν χαμηλό σε αντίθεση με τη Ρωσία, τη Ρουμανία, τις ΗΠΑ και την Εσθονία όπου ήταν υψηλό.

Η ίδια έρευνα απέδωσε σε διάφορους παράγοντες τον τρόπο με τον οποίο ενεργούν οι ανήλικοι. Μεταξύ αυτών τόνισε την αξία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που πραγματοποιείται στα σχολεία πολλών χωρών, την συνεισφορά της στην βελτίωση της ενημέρωσης των ανηλικών ως προς την αντισύλληψη και την χρήση της. Η επιτυχία της Σουηδίας να μειώσει τον αριθμό κυήσεων και τον αριθμό γεννήσεων στις ανήλικες αποδόθηκε τόσο στην διδασκαλία του μαθήματος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στα σχολεία, όσο και στην καλύτερη πρόσβαση των νέων στους μεθόδους αντισύλληψης.

Γενικότερα η έρευνα συμπεραίνει πως αν μια χώρα επιθυμεί να προσεγγίσει ρεαλιστικά την σεξουαλική δραστηριότητα των ανηλικών θα πρέπει να εξασφαλίσει εχέμυθη και εύκολη πρόσβαση των ανηλικών προς τις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτή την πολιτική χρεώθηκε η γρήγορη μείωση των γεννήσεων από ανήλικες μητέρες στις βόρειες και δυτικές ευρωπαϊκές χώρες καθώς και οι μικρότερες μειώσεις των γεννήσεων από ανήλικες μητέρες στις ΗΠΑ. Επιπλέον επισημάνθηκε ότι για τα υψηλά νούμερα τοκετών από ανήλικες μητέρες που ανήκουν σε μειονότητες στις ΗΠΑ και στην Βρετανία ευθύνεται η κακή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση των ανηλικών στις χώρες αυτές, καθώς και οι κακές σχέσεις των ανηλικών με τις οικογένειες τους.

Η πτώση του ποσοστού των κηύσεων και των αμβλώσεων στους ανήλικους, η οποία παρατηρείται στην πλειοψηφία των βιομηχανοποιημένων χωρών παραπέμπει στις μεγάλες κοινωνικές αλλαγές που συντελέστηκαν σε κάθε χώρα . Τα κοινωνικό-οικονομικά, πολιτικά και πολιτιστικά ατομικά χαρακτηριστικά μιας χώρας ανέκαθεν έπαιζαν καθοριστικό ρόλο στην εξήγηση των τάσεων.

Πίνακας 1.

Αριθμός κηύσεων, αμβλώσεων και γεννήσεων ανά 1000 γυναίκες, ηλικίας 15-17 ετών²³⁰

<u>Χώρα</u>	<u>Αριθμός Γεννήσεων</u>	<u>Αριθμός Αμβλώσεων</u>	<u>Αριθμός Κηύσεων</u>
Αλβανία	15.4	-	-
Αρμενία	56.2	-	-
Αυστραλία	19.8	23.8	43.7
Αυστρία	15.8	-	-
Λευκορωσία	39.0	34.3	73.3
Βέλγιο	9.1	5.0	14.1
Βοσνία –Ερζεγοβίνη	38.0	-	-
Βουλγαρία	49.6	33.7	83.3
Καναδάς	24.2	21.2	45.4
Κροατία	19.9		
Τσεχία	29.1	12.3	32.4
Δανία	8.3	14.4	22.7
Αγγλία και Ουαλία	28.4	18.6	45.9
Εσθονία	33.4	32.8	66.2

Φιλανδία	9.8	10.7	20.5
Γαλλία	10.0	10.2	20.2
Γεωργία	53.0	13.4	65.4
Γερμανία	12.5	3.5	16.1
Ελλάδα	13.0	-	-
Ουγγαρία	29.5	29.5	59.1
Ισλανδία	22.1	21.2	43.3
Ιρλανδία	15.0	4.2	19.2
Ισραήλ	18.0	9.8	27.9
Ιταλία	6.9	5.1	12.0
Ιαπωνία	3.9	6.3	10.1
Latvia	25.5	29.0	54.5
Λιθουανία	36.7	-	-
Σκόπια	44.1	-	-
Μολδαβία	53.2	11.5	54.8
Ολλανδία	8.2	4.0	12.2
Νέα Ζηλανδία	34.0	20.0	54.0
Βόρεια Ιρλανδία	23.7	4.8	28.4
Νορβηγία	13.5	18.7	32.3
Πολωνία	21.1	-	-
Πορτογαλία	20.9	-	-
Ρουμανία	42.0	32.0	74.0
Ρωσία	45.6	56.1	101.7
Σκοτία	27.1	14.5	41.6
Σλοβακία	32.3	11.1	43.3

Σλοβενία	9.3	10.5	19.9
Ισπανία	7.8	4.5	12.3
Σουηδία	7.7	17.2	24.9
Ελβετία	5.7	-	-
Ουκρανία	54.3	-	-
ΗΠΑ	54.4	29.2	83.6
Πρώην Γιουγκοσλαβία	32.1	-	-

Πίνακας 2.

Ποσοστά αμβλώσεων ανά χώρα²²³

<u>Χώρα</u>	<u>Ποσοστά Αμβλώσεων</u>			
	1980	1885	1990	1995
Αυστραλία	-	17.8	22.6	23.6
Βουλγαρία	-	-	43.5	33.7
Καναδάς	16.9	14.9	20.3	21.2
Τσεχία	-	-	24.6	12.3
Σλοβακία	-	-	14.9	11.1
Δανία	20.9	16.3	16.9	14.4
Αγγλία και Ουαλία	18.1	19.8	22.8	18.6
Φιλανδία	21.2	18.4	15.2	10.7
Γαλλία	11.8	10.7	9.9	10.2
Ουγγαρία	26.5	27.0	30.2	29.6
Ισλανδία	23.9	16.3	16.7	21.2
Ιρλανδία	-	-	4.0	4.2

Ισραήλ	-	-	11.0	9.8
Ιταλία	-	-	4.9	5.1
Ιαπωνία	-	-	5.5	6.3
Ολλανδία	5.3	4.3	3.6	4.0
Νέα Ζηλανδία	10.6	11.7	15.6	20.0
Νορβηγία	22.6	21.6	19.8	18.7
Σκοτία	12.1	14.2	15.3	14.5
Σλοβενία		-	13.9	10.6
Ισπανία	-	-	3.1	4.5
Σουηδία	22.2	18.0	23.9	17.2
ΗΠΑ	44.4	45.7	40.6	29.2

Πίνακας 3.

Ποσοστά κηύσεων ανά χώρα²²³

<u>Χώρα</u>	<u>Ποσοστά Κηύσεων</u>			
	1980	1885	1990	1995
Αυστραλία	-	40.5	44.5	43.6
Βουλγαρία	-	-	113.4	83.3
Καναδάς	44.1	38.1	45.9	45.4
Τσεχία	-	-	69.3	32.4
Σλοβακία	-	-	60.4	43.4
Δανία	37.7	25.4	26.0	22.7
Αγγλία και Ουαλία	47.7	49.3	56.1	47.1
Φιλανδία	40.1	32.2	27.6	20.5

Γαλλία	37.2	27.0	23.2	20.2
Ουγγαρία	94.5	78.5	69.7	59.1
Ισλανδία	81.6	50.0	47.3	43.3
Ιρλανδία	-	-	20.8	19.2
Ισραήλ	-	-	35.5	27.9
Ιταλία	-	-	13.9	12.0
Ιαπωνία	-	-	10.2	10.1
Ολλανδία	14.5	11.1	11.9	12.2
Νέα Ζηλανδία	41.4	42.3	50.5	54.0
Νορβηγία	47.8	39.4	36.9	32.2
Σκοτία	44.7	45.1	47.2	41.6
Σλοβενία	-	-	38.5	19.9
Ισπανία	-	-	15.0	12.3
Σουηδία	38.0	29.0	38.0	24.9
ΗΠΑ	97.4	95.7	100.5	83.6

ΣΤ΄ ΜΕΡΟΣ

**ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ
ΑΝΗΛΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Η διακοπή μιας ανεπιθύμητης κύησης δεν είναι άμοιρη κινδύνων. Προκαλεί σοβαρότατες και δυσάρεστες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας που υποβάλλεται σε αυτή. Κι ενώ 70.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας των αμβλώσεων, εκατομμύρια γυναίκες υποφέρουν από τις πολύ ή λιγότερο σοβαρές επιπλοκές αυτών των επεμβάσεων. Το 99% των θανάτων που συνδέονται με τις αμβλώσεις λαμβάνουν χώρα στις αποκαλούμενες «αναπτυσσόμενες χώρες». Ίσως γιατί εκεί οι ιατρικές παρεμβάσεις που σώζουν την ζωή, όπως η διακομιδή σε ιατρικό κέντρο, η λήψη αντιβιοτικών φαρμάκων, το χειρουργείο, δεν είναι διαθέσιμες για τις εγκύους, ιδιαίτερα για αυτές που ζουν στην επαρχία. Ο κίνδυνος επιπλοκών από την άμβλωση, κατά τους ειδικούς, αυξάνεται σημαντικά από την καθυστέρηση της αναγνώρισης μιας υπό εξέλιξη επιπλοκής, καθώς και από την καθυστέρηση της απόφασης για δράση εκ μέρους των γιατρών. Δεν θα πρέπει επίσης να υποτιμούμε και το συντρέχον πταίσμα των ίδιων των εγκύων γυναικών να επισκεφτούν εγκαίρως τον γιατρό τους, να υποβληθούν σε εξετάσεις και να ακολουθήσουν τις συστάσεις και τις οδηγίες του. Κάθε χρόνο 38 εκατομμύρια γυναίκες δεν υποβάλλονται σε καμία απολύτως ιατρική παρακολούθηση πριν την γέννα τους και μόνο το 53% των κυήσεων επιβλέπονται από γυναικολόγους στον υπό ανάπτυξη κόσμο.

Αξίζει κατά συνέπεια να σταθούμε με κριτική και αναλυτική διάθεση στις επιπτώσεις της άμβλωσης στην ψυχική και σωματική υγεία της εγκύου γυναίκας, προκειμένου να έχουμε μια πραγματική εικόνα του προβλήματος.

A) ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Είναι γεγονός πως η άμβλωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία της γυναίκας που εξελίσσονται σε πολύπλοκα προβλήματα όταν οι αμβλώσεις είναι περισσότερες ή πραγματοποιούνται σε προχωρημένο στάδιο της κύησης.

Περίπου το 10% των γυναικών που επιλέγουν την άμβλωση έχουν άμεσες επιπλοκές, από τις οποίες το ένα πέμπτο περίπου (2%) θεωρούνται απειλητικές για την ζωή τους. Οι εννέα περισσότερο συνήθεις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια μιας άμβλωσης είναι οι εξής: μόλυνση, ακατάσχετη αιμορραγία, πνευμονική εμβολή, ρήξη του τραχήλου ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, και σοκ από τοξιναιμία.

Οι πιο συνήθεις δευτερεύουσες επιπλοκές είναι οι εξής: μόλυνση, αιμορραγία, πυρετός, εγκαύματα δευτέρου βαθμού, χρόνιος κοιλιακός πόνος, εμετός, γαστρεντερικές διαταραχές.

Αναλυτικότερα, βιβλιογραφικά αναφέρονται οι παρακάτω συνέπειες στην σωματική υγεία της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της κύησης της:

1.Θάνατος

Η αιμορραγία, η πνευμονική εμβολή, η αναισθησία, η μόλυνση και οι μη διαγνωσθείσες εξωμήτριες κυήσεις αποτελούν τις βασικότερες αιτίες θανάτου που οφείλονται στην άμβλωση²³¹.

2.Ο Καρκίνος του Μαστού

Όσες γυναίκες επιχειρούν άμβλωση στην πρώτη εγκυμοσύνη τους, και ιδιαίτερα εντός του πρώτου τριμήνου, ο κίνδυνος για να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού διπλασιάζεται και πολλαπλασιάζεται με δύο, ή περισσότερες αμβλώσεις. Επιπλέον δε αυξάνεται σημαντικά για γυναίκες που δεν έχουν παιδιά²³².

3. Καρκίνος του τραχήλου, των ωοθηκών και του ήπατος

Γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να νοσήσουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δύο ή τρεις φορές μεγαλύτερο απ' ό,τι οι γυναίκες που δεν έκαναν άμβλωση, και οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε δύο ή περισσότερες αμβλώσεις αντιμετωπίζουν κίνδυνο 4,92 φορές μεγαλύτερο. Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στις ωοθήκες και στο ήπαρ σημειώνουν και οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε περισσότερες από μια αμβλώσεις στην νεανική τους ηλικία. Ως αιτιολογία για την ύπαρξη αυξημένων περιστατικών καρκίνου σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση, αναφέρεται η ανώμαλη διακοπή των ορμονικών αλλαγών που συνοδεύουν την κύηση²³³⁻²³⁴.

4. Διάτρηση της μήτρας

Ένα ποσοστό 2 ως και 3% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε άμβλωση, μπορεί να έχει υποστεί διάτρηση της μήτρας. Βεβαίως οι περισσότερες βλάβες παραμένουν απαρατήρητες και δεν τυγχάνουν θεραπείας εκτός αν γίνει λαπαροσκόπηση²³⁵. Ο κίνδυνος διάτρησης της μήτρας αυξάνεται για τις γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και για εκείνες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία την ώρα της άμβλωσης²³⁶.

5. Ρήξη του τραχήλου

Σημαντικές ρήξεις του τραχήλου που απαιτούν ράμματα συμβαίνουν σε τουλάχιστον 1% των αμβλώσεων που πραγματοποιούνται εντός του πρώτου τριμήνου. Μικρότερες ρήξεις ή μικροκατάγματα που δεν τυγχάνουν άμεσης θεραπείας μπορούν μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε αναπαραγωγικές βλάβες. Ο κίνδυνος βλάβης του τραχήλου είναι μεγαλύτερος στις νέες κάτω των 20 ετών, στις αμβλώσεις του δευτέρου τριμήνου και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες αυτοί που εκτελούν τις αμβλώσεις δεν χρησιμοποιούν λαμινάρια για την διαστολή της μήτρας²³⁷.

6. Προδρομικός Πλακούντας

Η άμβλωση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προδρομικού πλακούντος στις επόμενες κύσεις από 7 ως 15 φορές. Ο προδρομικός πλακούντας αποτελεί μια κατάσταση απειλητική τόσο για την μητέρα όσο και για την κύηση. Η ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα λόγω διάτρησης της μήτρας αυξάνει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του εμβρύου, περιγεννητικού θανάτου και ακατάσχετης αιμορραγίας κατά τον τοκετό²³⁸.

7. Εξωμήτριος κύηση

Η άμβλωση σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με αυξημένο κίνδυνο μελλοντικών εξωμήτριων κυήσεων. Αυτές με την σειρά τους είναι απειλητικές και μπορούν να προκαλέσουν μειωμένη γονιμότητα²³⁹.

8. Ενδομητρίτιδα

Η ενδομητρίτιδα αποτελεί κίνδυνο που απειλεί όλες τις γυναίκες μετά από άμβλωση, ιδιαίτερα όμως τις νέες κάτω των είκοσι ετών, οι οποίες έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ενδομητρίτιδα μετά από μια άμβλωση απ' ότι οι γυναίκες 20-29 ετών²⁴⁰.

B) ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ένας από τους μεγαλύτερους και ευρέως διαδεδομένους μύθους στην Ελληνική πραγματικότητα, είναι η άποψη πως η άμβλωση αποτελεί ένα ευκόλως πραγματοποιήσιμο και προσπελάσιμο γεγονός, χωρίς ιδιαίτερες συνέπειες στο ψυχισμό τους και στην μετέπειτα ζωή τους.

Πληθώρα ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από αυτό το ζήτημα, οι οποίες στην συντριπτική πλειοψηφία τους καταλήγουν σε δύο συμπεράσματα:

1) στη διαπίστωση πως οι νόμοι της φύσεως δεν παραβιάζονται ατιμωρητί αλλά έχουν και κόστος για τον ψυχισμό των ατόμων που συμμετέχουν,

2)στην διαπίστωση ότι η θεραπεία των ψυχολογικών προβλημάτων που δημιουργούνται είναι ιδιαίτερος δύσκολη σε σχέση με τις οργανικές ανωμαλίες.

Η άμβλωση είναι μια επιθετική παρέμβαση στην φυσιολογική εξέλιξη της ζωής και ως τέτοια δημιουργεί προβλήματα στον ψυχισμό των γυναικών που υποβάλλονται σε αυτή.

Ειδικότερα:

Βρετανική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε άμβλωση αποκάλυψε πως δύο μήνες μετά την επέμβαση το 44% αυτών των γυναικών παραπονέθηκε για νευρικές διαταραχές, το 36% υπέφερε από διαταραχές του ύπνου, το 31% ένοιωθε μετάνοια για την πράξη, ενώ το 11% έπαιρνε ψυχοφάρμακα με συνταγή του οικογενειακού γιατρού²⁴¹.

Μελέτη δε που πραγματοποιήθηκε σε δύο Καναδικές περιφέρειες και αφορούσε στις αμβλώσεις διαπίστωσε ιδιαίτερος μεγάλη χρήση ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών από τις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση. Το 25% των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση επισκέπτεται ψυχίατρο σε σύγκριση με το 3% της ομάδας ελέγχου, δηλαδή γυναίκες οι οποίες δεν είχαν υποβληθεί σε άμβλωση²⁴².

Όσο αφορά στις ανήλικες γυναίκες αλλά και τις διαζευγμένες που υποβλήθηκαν σε περισσότερες από μια αμβλώσεις υπόκεινται σε ιδιαίτερος υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και υψηλά επίπεδα άγχους.

Ποσοστό της τάξεως του 30 έως 50% των γυναικών που έχει υποβληθεί σε άμβλωση αναφέρουν προβλήματα στην σεξουαλική ζωή τους, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τα οποία μπορεί να είναι : αποστροφή προς το σεξ ή τους άνδρες, αυξημένος πόνος²⁴³.

Ακόμα γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση οδηγήθηκαν στην μετέπειτα ζωή τους σε υπερκατανάλωση οινοπνεύματος, σε χρήση ναρκωτικών ουσιών, σε μείωση του μητρικού δεσμού με τα παιδιά που έφεραν αργότερα στον κόσμο ή ακόμα και σε κακοποίηση των μελλοντικών παιδιών τους.

Περίπου το 60% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε άμβλωση ανέφεραν ιδεασμό (διάθεση) αυτοκτονίας, ενώ το 28% των γυναικών αυτών επιχειρούν και την ίδια την αυτοκτονία, από τις οποίες οι μισές την επιχειρούν περισσότερες από μια φορές. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας φαίνεται να πραγματοποιούνται κυρίως από γυναίκες κάτω των 18 ετών²⁴⁴.

Για ποιους λόγους όμως οι γυναίκες μπορεί να βιώνουν την άμβλωση ως τραυματικό γεγονός; Ενώ τυπικώς την απόφαση την παίρνουν οι γυναίκες μόνες τους, πολλές εξωθούνται σε άμβλωση από τους συντρόφους τους, τους συγγενείς ή ακόμα και από στενό κοινωνικό τους περιβάλλον. Για κάποιες άλλες μια ανεπιθύμητη άμβλωση μπορεί να εκληφθεί ως βιασμός του ίδιου του σώματος τους.

Σε κάποιες άλλες το μετεκτροτικό άγχος τις οδήγησε σε σοβαρές διαταραχές στη διατροφή τους, όπως κραιπάλη, βουλιμία και νευρική ανορεξία.

Στα περισσότερα ζευγάρια μια άμβλωση προκαλεί προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις. Έτσι εξηγείται το ότι μετά από μια άμβλωση τα ζευγάρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στο χωρισμό ή το διαζύγιο. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε συναισθήματα που σχετίζονται με την άμβλωση όπως για παράδειγμα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη εμπιστοσύνης και προς τον εαυτό τους και προς τους γύρω τους, αυξημένη κατάθλιψη και ασυγκράτητος θυμός, τάσεις επιθετικές, αίσθημα θύματος, φόβος για την συμπεριφορά της κοινωνίας προς την πράξη της, ανησυχία για το αν θα τεκνοποιήσει στο μέλλον, σύμπλεγμα παιδοκτονίας.

Σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν ιδιαίτερας δύο κατηγορίες γυναικών, αυτές που εξωθήθηκαν σε άμβλωση για κοινωνικούς και ευγονικούς λόγους παρότι οι κοινωνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις τους υπαγόρευαν ακριβώς το αντίθετο και εκείνες που αντιμετώπιζαν κάποια ενδεχομένως ελαφρότερης ή βαρύτερης μορφής προβλήματα στον ψυχισμό τους και πριν την άμβλωση. Στην δεύτερη περίπτωση είναι δύσκολο να υποστηρίξεις με σιγουριά αν οι ψυχικές νόσοι που εντοπίστηκαν μετά την άμβλωση αποδίδονται σε αυτή ή

αποτελεί εξέλιξη της προϋφιστάμενης νόσου. Ωστόσο η άμβλωση είναι δυνατόν να αναζωπυρώσει μια προϋπάρχουσα ψυχική νόσο ή και να προκαλέσει για πρώτη φορά ψυχικές διαταραχές. Βεβαίως είναι δύσκολο να λάβεις ασφαλείς απαντήσεις από γυναίκα που υποβλήθηκε σε άμβλωση ενώ έπασχε από κάποια ψυχική νόσο. Σε γυναίκες δε χωρίς ιστορικό με ψυχιατρικά προβλήματα, που αναπτύσσουν μια σοβαρή κατάθλιψη μετά την άμβλωση πάλι δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα πρέπει να ενοχοποιηθεί η επέμβαση. Θα πρέπει να εξετασθούν πλήθος παραγόντων, όπως απόρριψη της γυναίκας από την οικογένεια, προβλήματα στο γάμο της, στην εργασία τη κλπ. Στις περιπτώσεις μάλιστα όπου η άμβλωση πραγματοποιείται για λόγους ιατρικούς η γυναίκα συνήθως εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης για το λόγο ότι υποχρεώθηκε σε άμβλωση και στερήθηκε ένα επιθυμητό παιδί. Είναι φυσικό πως μια γυναίκα μετά από μια άμβλωση χρειάζεται ένα περιβάλλον στο οποίο θα νοιώθει στοργή, ασφάλεια.

Στη Σουηδία, ένα κράτος το οποίο προβάλλεται ιδιαίτερος για την κοινωνική του πολιτική και για την ευαισθησία του σε τέτοια θέματα, μελέτη αποκαλύπτει ότι οι γυναίκες που αποφασίζουν να κάνουν τεχνητή διακοπή της κύησης τους υφίστανται μια σειρά ταπεινωτικών σε σχέση με την ιδιωτική τους ζωή συνεδριών, όχι απλά ενημερωτικών με γιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς στα δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να αποτραπούν και να μην προχωρήσουν σε άμβλωση. Αυτή η κατάσταση από μόνη της κρίνεται ως ιδιαίτερος επιζήμια για την ψυχική τους υγεία, ίσως χειρότερη κι από μια άμβλωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Το 30% των αμβλώσεων που πραγματοποιούνται σήμερα αφορούν ανήλικα κορίτσια. Με συντηρητικό υπολογισμό ο συνολικός αριθμός των αμβλώσεων που πραγματοποιούνται στις ανήλικες των αναπτυγμένων χωρών κυμαίνεται από 2 εκατομμύρια ως 4.4 εκατομμύρια ετησίως.

Η άμβλωση στις ανήλικες συνδέεται με διάφορα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, στα οποία περιλαμβάνονται η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, η απόπειρα αυτοκτονίας και άλλου είδους καταστροφικές συμπεριφορές.

Οι ανήλικες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που βίωσαν την τραυματική εμπειρία της άμβλωσης, αναφέρουν σοβαρότατες συναισθηματικές βλάβες ως επακόλουθο της άμβλωσης. Τα ευρήματα ενισχύονται από το γεγονός ότι μεγάλος αριθμός ανήλικων κοριτσιών παρακολουθούν προγράμματα συμβουλευτικής για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσουν την άμβλωση όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΗΣ

Ανήλικες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που βίωσαν την τραυματική εμπειρία της άμβλωσης,

- είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν ²⁴⁵⁻²⁴⁶
- είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ψυχολογικά προβλήματα ²⁴⁷
- είναι πιθανό να έχουν προβλήματα και στις μετέπειτα σχέσεις τους ²⁴⁸

- χρειάζονται μεγαλύτερη συμβουλευτική καθοδήγηση²⁴⁹
- είναι περίπου τρεις φορές πιο πιθανό να εισαχθούν σε ψυχιατρική κλινική²⁵⁰

Παράγοντες που έπαιξαν αποφασιστικό ρόλο στην λήψη της απόφασης για άμβλωση από την ανήλικη είναι :

- η συμπεριφορά των γονιών τους
- η συμπεριφορά του ερωτικού συντρόφου τους
- η συμπεριφορά των συναδέλφων τους
- η προσωπικότητα των ίδιων των ανηλίκων
- τα κοινωνικά, πολιτικά και πολιτιστικά πρότυπα του χώρου στον οποίο διαμένουν

Σε σχέση πάντα με μεγαλύτερες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση, οι ανήλικες κοπέλες είναι πιο πιθανό να υποβληθούν σε άμβλωση εξαιτίας της πίεσης που δέχονται από τους γονείς τους αλλά και τους συντρόφους τους²⁵¹. Αυτό το γεγονός τις εκθέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχολογικών προβλημάτων μετά την επέμβαση.

Πολύ συχνά οι ανήλικες κοπέλες αναφέρουν ότι δεν ενημερώθηκαν ορθά και έγκαιρα από τις αρμόδιες υπηρεσίες με αποτέλεσμα να βιώσουν τρομακτικό άγχος μετά την πραγματοποίηση της²⁴⁷. Εξάλλου έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική με τυχαία δείγματα, διαπίστωσε ότι τουλάχιστον το 19% των ανηλίκων γυναικών που έχουν κάνει άμβλωση υποφέρει από διαγνωσμένη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή²⁵². Περίπου οι μισές εμφάνιζαν πολλά από τα συμπτώματα της ψυχικής αυτής νόσου, ενώ 20 ως και 40% εμφάνιζε μέτρια ως και υψηλά επίπεδα άγχους.

Το γεγονός ότι πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι οι ανήλικες κατά την διάρκεια της επέμβασης νοιώθουν δυνατότερους πόνους από ό,τι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, αποδίδεται στα υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου που νοιώθουν οι ανήλικες πριν την άμβλωση. Άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι οι ανήλικες που υπεβλήθησαν σε άμβλωση αναφέρουν συχνά εφιάλτες

κατά την διάρκεια του ύπνου τους ή εμφανίζουν συμπτώματα παράνοιας, ψυχωτικών παραισθήσεων και εν γένει μια ιδιαίτερα αντικοινωνική συμπεριφορά²⁵⁶.

Πολύ σημαντική είναι και η αμερικανική μελέτη που αποκαλύπτει πως λιγότερο από το ¼ των ανηλίκων που υποβλήθηκαν σε άμβλωση ανέπτυξαν μια καθ' όλα υγιή ψυχολογική συμπεριφορά. Πολλές μάλιστα ανήλικες συνέχισαν να αναβιώνουν την τραυματική εμπειρία τους μέσα από επαναλαμβανόμενες κήσεις και αμβλώσεις²⁵³. Κατά μέσο όρο 59% των ανηλίκων που βίωσαν την απώλεια μιας εγκυμοσύνης, εξαιτίας μιας προκλητής άμβλωσης, έμειναν έγκυες ξανά μέσα σε διάστημα 15 μηνών²⁵⁴. Άλλη Καναδική έρευνα πιο αποκαλυπτική κατέληγε ότι 18% των ανηλίκων είχε υποβληθεί την ίδια χρονιά σε δύο αμβλώσεις²⁵⁵.

Μερικές φορές ανήλικη παρά το γεγονός ότι έχει υποστεί την τραυματική εμπειρία της άμβλωσης θα επιλέξει πάλι μια νέα άμβλωση προκειμένου να τιμωρήσει τον εαυτό της. Τις περισσότερες φορές όμως η ανήλικη αισθάνεται αφόρητα πιεσμένη από τους γονείς της ή το σύντροφο της που δεν σταματούν να της τονίζουν ότι η λύση της άμβλωσης είναι η καλύτερη για όλους. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα ανήλικης που αναγκάστηκε από την μητέρα της να υποβληθεί τέσσερις φορές σε άμβλωση, πριν τελικά αποφασίσει να κρατήσει το παιδί στην πέμπτη εγκυμοσύνη της²⁵⁶.

Τα αμερικάνικα κέντρα ελέγχου των ασθενειών αναφέρουν ότι το 30% των αμβλώσεων ανηλίκων κοριτσιών πραγματοποιούνται από την 13^η εβδομάδα της κύησης ή αργότερα. Το υψηλό ποσοστό αμβλώσεων σε προχωρημένο στάδιο εγκυμοσύνης δείχνει τις ηθικές ή θρησκευτικές αναστολές που διατηρούν οι ανήλικες για αυτή τους την απόφαση. Τα αλληλοσυγκρουόμενα συναισθήματα τις κάνουν να αντιδρούν σε συμβουλές και πιέσεις άλλων να υποβληθούν σε άμβλωση, ελπίζοντας πως θα έχουν αυξημένες πιθανότητες να κρατήσουν το παιδί που κυοφορούν με αυτή την στάση τους. Η ντροπή που νοιώθει η ανήλικη για την εγκυμοσύνη της ή το γεγονός ότι γνωρίζει το πώς αντιδρούν οι οικείοι της σε τέτοιου

είδους γεγονότα πολλές φορές την εμποδίζει να πραγματοποιήσει την άμβλωση σε αρχικό στάδιο. Το δυσάρεστο είναι ότι οι ανήλικες που επιλέγουν να υποβληθούν σε άμβλωση σε προχωρημένο στάδιο έχουν ήδη συνηθίσει την κίνηση του εμβρύου μέσα στο σώμα τους, για αυτό είναι και πιο επιρρεπείς στο να αναπτύξουν ψυχολογικά προβλήματα.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΗΛΙΚΗΣ

Στις ανήλικες που υποβάλλονται σε άμβλωση ρήξεις του τραχήλου της μήτρας κατά την διάρκεια της επέμβασης είναι πάνω από δύο φορές συχνότερες συγκρινόμενες με γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος εστιάζεται στο γεγονός ότι οι ανήλικες έχουν μικρότερους τραχήλους οι οποίοι είναι δύσκολο να διασταλούν ή να συλληφθούν με όργανα²⁵⁷.

Οι ανήλικες ακόμα διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μόλυνσης μετά την άμβλωση όπως για παράδειγμα πυελικές φλεγμονώδεις ασθένειες, ενδομητρίτιδα, η οποία μπορεί να προκληθεί είτε από την εξάπλωση μιας μη αναγνωρισμένης σεξουαλικά μεταδιδόμενης ασθένειας στην μήτρα κατά την διάρκεια της άμβλωσης, είτε από μικροοργανισμούς στα χειρουργικά εργαλεία που εισχωρούν στην μήτρα²⁵⁸.

Ερευνητές πιστεύουν πως οι ανήλικες είναι πιο ευαίσθητες σε μολύνσεις εξαιτίας του γεγονότος ότι το σώμα τους δεν είναι πλήρως αναπτυγμένο και δεν παράγει παθογόνες ουσίες που βρίσκονται στην τραχηλική βλέννα, όπως στις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, οι οποίες μπορούν να τις προστατέψουν από μόλυνση. Ανήλικα κορίτσια που είχαν πυελική φλεγμονώδη ασθένεια ή που δεν είχε ολοκληρωθεί προηγούμενη κύηση τους, είναι πιο ευάλωτα σε μολύνσεις μετά από άμβλωση.

Επιπλέον εμφανίζεται το εξής πρόβλημα. Στο εξωτερικό, όπου η συνταγογράφηση των φαρμάκων ακολουθεί αυστηρές διαδικασίες, τα ανήλικα κορίτσια δυσκολεύονται να προμηθευτούν συνταγογραφημένα αντιβιοτικά ή να ακολουθήσουν άλλες αγωγές θεραπείας

προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα ιατρικά προβλήματα που μπορεί να εμφανίσουν, όπως για παράδειγμα μολύνσεις. Συνεπώς έχουν αυξημένο κίνδυνο στειρότητας, υστερεκτομής, έκτοπης κύησης.

Μια γέννα σε νεαρή ηλικία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό της ανήλικης, σύμφωνα με ερευνητές. Η προκλητή άμβλωση όμως σε ανήλικη μπορεί να αναστρέψει τα πράγματα και να την κατατάξει στην κατηγορία των γυναικών που έχουν 30% ως και 50% πιθανότητες να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού²⁵⁹. Έρευνα στην Αμερική αποκάλυψε πως ένα τυπικό κορίτσι 15 ετών έχει πιθανότητα 15% να εμφανίσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή του. Αν μείνει έγκυος κάτω από την ηλικία των 18 ετών και γεννήσει το παιδί, ο κίνδυνος μειώνεται στο 7,5%. Αν εξαιτίας της άμβλωσης υποστεί στειρώση και δεν έχει στο μέλλον κύηση, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει στο 30%.

Η αυξημένη θνησιμότητα των ανήλικων εγκύων που υποβάλλονται σε άμβλωση, μπορεί να αποδοθεί και στο γεγονός ότι οι ανήλικες στην απόγνωση τους επιλέγουν γιατρούς χωρίς γνώσεις και εμπειρία ή άτομα ακόμα και εκτός του ιατρικού επαγγέλματος, τα οποία με «γιατροσόφια» και απαράδεκτες τεχνικές προσφέρονται να τις βοηθήσουν. Επιπλέον δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου οι αμβλώσεις ανηλικών δεν πραγματοποιούνται σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες αλλά σε ιατρεία ή χώρους που δεν διαθέτουν την αναγκαία υλικοτεχνική υποδομή ή από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Το Ινστιτούτο του Alan Guttmacher εκτιμά ότι περίπου το 40% των αμβλώσεων σε ανήλικες, πραγματοποιούνται χωρίς γονεϊκή εμπλοκή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γονείς να μην έχουν την δυνατότητα να τις προειδοποιήσουν έγκαιρα για τις συναισθηματικές συνέπειες που θα βιώσουν. Το κόστος της απόκρυψης μπορεί να είναι δραματικά υψηλό και να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο την ανήλικη εάν για παράδειγμα επιλέξει να υποβληθεί σε άμβλωση εκτός

οργανωμένου νοσοκομείου ή σε ιατρείο που δεν πληροί τις απαραίτητες για την επέμβαση συνθήκες²⁶⁰.

Ωστόσο υπάρχουν και οι υπέρμαχοι των αμβλώσεων. Σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν δύο αμερικανοί επιστήμονες ο Στίβεν Λέβιτ, οικονομολόγος στο πανεπιστήμιο του Σικάγο και ο Τζον Ντόναχιου, καθηγητής της Νομικής στο πανεπιστήμιο του Στάνφορντ, διετύπωσαν την άποψη ότι ο αριθμός των εν δυνάμει παραβατών του νόμου στην Αμερική περιορίστηκε αφ' ης στιγμής νομιμοποιήθηκαν οι αμβλώσεις στις έφηβες, υποστηρίζοντας ότι τα παιδιά που θα προέκυπταν αν δεν υποβάλλονταν σε άμβλωση οι μητέρες τους θα είχαν αυξημένες πιθανότητες διάπραξης εγκλημάτων, αν αναπτύσσονταν σε περιβάλλον όπου η μητέρα τους θα ήταν φορέας σοβαρών ή μη, ψυχικών προβλημάτων λόγω μιας ανεπιθύμητης μητρότητας.

Z' ΜΕΡΟΣ

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ
ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ
ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Η αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων των ανηλίκων σε μια χώρα μπορεί να συνδεθεί και να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες:

A. Πολιτειακοί παράγοντες

1. Η μη αποδοχή της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανηλίκων εκ μέρους της πολιτείας
2. Η ανυπαρξία ή η πρόχειρη λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας
3. Η μη τήρηση του ιατρικού απορρήτου από τις αρμόδιες για θέματα σεξουαλικότητας των ανηλίκων, κοινωνικών υπηρεσιών υγείας
4. Η δύσκολη πρόσβαση των ανηλίκων προς τις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας
5. Η ανυπαρξία προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των ανηλίκων
6. Η πλημμελής ενημέρωση των ανηλίκων ως προς τις μεθόδους αντισύλληψης
7. Η έλλειψη ιατρικής ασφάλισης των ανηλίκων
8. Ο μη εντοπισμός ομάδων υψηλού κινδύνου στις κτήσεις ανηλίκων
9. Η ανυπαρξία προγραμμάτων συμβουλευτικής στήριξης της οικογένειας από ειδικευμένους συμβούλους-ψυχολόγους κρατικών οργανισμών.
10. Η μη επιβολή αυστηρών ποινών για αδικήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας των ανηλίκων, για το αδίκημα της αποπλάνησης ανηλίκου και για το αδίκημα του βιασμού
11. Η κρίση που αντιμετωπίζει ο θεσμός του γάμου και της οικογένειας διεθνώς

B. Ατομικοί παράγοντες

1. Το χαμηλό εισόδημα του ίδιου του ανηλίκου ή της οικογένειας του
2. Οι κακές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας του ανηλίκου
3. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του ανηλίκου

4. Η Θρησκευτική λατρεία και ατομικές προλήψεις του ανηλίκου
5. Η αδιαφορία του ανήλικου προς τις μεθόδους αντισύλληψης
6. Η αντιδραστική συμπεριφορά του ανήλικου
7. Η δυσπιστία του ανήλικου προς το έργο των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Η ατομική συμπεριφορά των νέων ανθρώπων δεν είναι ανεξάρτητη από τις πολιτικές και τα προγράμματα που χαράζει το κράτος για αυτούς. Απεναντίας αντικατοπτρίζει, τις επιταγές του νομοθετικού, ιστορικού και κοινωνικού πλαισίου στο οποίο καθημερινά ζουν και αναπτύσσονται. Κοινωνίες που δημιούργησαν προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και στήριξης των νέων, κατάφεραν να οικοδομήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης και ασφάλειας μαζί τους. Αντιθέτως σε όσες κυριάρχησε η φιλοσοφία πως τα άτομα πρέπει να είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για την υγεία τους, κι ότι η πολιτεία θα πρέπει να μείνει όσο τον δυνατόν έξω από τις ζωές τους, τα οικονομικά ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα επλήγησαν σημαντικά και μέρος του πληθυσμού έμεινε χωρίς ιατρική ασφάλιση και πρόσβαση στο αγαθό της υγείας.

Στα ασθενέστερα όμως οικονομικά στρώματα ανήκουν και οι νέοι, οι οποίοι πλήττονται άμεσα από τις πολιτικές αυτής της λογικής. Όπως πλήττονται κι όταν η κοινωνία μοιάζει να μην αποδέχεται την σεξουαλική δραστηριότητα τους, και να μην έχει ξεκάθαρες προσδοκίες από αυτούς. Ουσιαστικά προκαλείται σύγχυση όταν αναπτύσσονται σοβαρές αντιπαραθέσεις μεταξύ των αρμοδίων κρατικών φορέων για τον τρόπο χειρισμού της σεξουαλικότητας τους καθώς και όταν υπάρχει ασάφεια για το ποια πρέπει να είναι η κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά τους. Συνεπώς οι νέοι μπορούν να βοηθηθούν από την πολιτεία όταν υπάρχει σύμπνοια στους φορείς της, κοινό όραμα και ξεκάθαρες κοινωνικές προσδοκίες για αυτούς.

Μόνο τότε η ανάγκη της πολιτείας να προσφέρει, να βοηθήσει τους νέους απεικονίζεται και στα προγράμματα που καταρτίζει. Και μόνο τότε οι ανήλικοι νοιώθουν ασφαλείς και λαμβάνουν υπεύθυνες αποφάσεις για όλα τα θέματα που αφορούν στην ζωή τους σε μια ευαίσθητη ηλικία, συμπεριλαμβανομένων και όσων ζητημάτων αφορούν στη σεξουαλική συμπεριφορά τους.

1. Ελλιπής σεξουαλική διαπαιδαγώγηση

Η Ελληνική κοινωνία είναι προοδευτική με αρκετά συντηρητικά στοιχεία. Με αυστηρότητα και συντηρητικότητα ως πολύ πρόσφατα γινόταν η προσέγγιση των ζητημάτων της σεξουαλικής συμπεριφοράς και διαπαιδαγώγησης των νέων ως αποτέλεσμα της βαθιάς θρησκευτικής πίστης των πολιτών της και της καταδίκης των προγαμιαίων σεξουαλικών σχέσεων από την Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία.

Έρευνα που ασχολήθηκε με την σεξουαλικότητα των ανηλίκων στην Ελλάδα απεκάλυψε ότι το 7% των αγοριών και το 6,7% των κοριτσιών ηλικίας 12 έως 14 ετών, το 25% των αγοριών και το 23% των κοριτσιών ηλικίας 14 έως και 16 ετών καθώς και το 36% των αγοριών και το 32% των κοριτσιών ηλικίας 16 έως 18 ετών που απάντησαν ανώνυμα σε ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν στα σχολεία, διατηρούσαν σεξουαλικές σχέσεις. Παρά το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να αναρωτηθεί για την σοβαρότητα και την εντιμότητα με την οποία οι ανήλικοι απάντησαν στα ερωτηματολόγια, τα νούμερα είναι ενδεικτικά της σπουδαιότητας του προβλήματος στην Ελλάδα²⁶¹.

Μια δεύτερη έρευνα²⁶² ασχολήθηκε με τις συνέπειες της σεξουαλικότητας των ανηλίκων στην Ελλάδα, κατέληξε στα παρακάτω στοιχεία: Η εγκυμοσύνη των ανηλίκων κοριτσιών κυμαίνεται μεταξύ 3.45 και 5.9% για τις ηλικίες 16 έως και 18 ετών κατά το χρονικό διάστημα 1985-1989, ενώ τα ποσοστά αμβλώσεων στις ανήλικες σε σχέση με το σύνολο των αμβλώσεων που πραγματοποιήθηκαν σε πανεπιστημιακή κλινική της Αθήνας, κυμαίνονται

μεταξύ 5% και 8.1% για τις ηλικίες 12 έως 18 την ίδια χρονιά, δηλαδή κατά το χρονικό διάστημα 1985-1989.

Δυστυχώς όλα αυτά τα ανησυχητικά στοιχεία δεν είχαν μέχρι πρότινος ευαισθητοποιήσει την Ελληνική πολιτεία ώστε να λάβει τα κατάλληλα μέτρα. Τα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης δεν ήταν μέχρι και πριν πέντε χρόνια διαθέσιμα στα περισσότερα σχολεία της χώρας. Ανώτατο διοικητικό στέλεχος του Υπουργείου Παιδείας επισήμως εκφραζόμενο, μείωσε την σημασία της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των ανηλίκων μαθητών, τονίζοντας ότι ζητήματα που αφορούν στην σεξουαλικότητα των νέων αναφέρονται σε διάφορα σχολικά βιβλία κατά την διάρκεια της φοίτησης τους στο Δημοτικό, στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο²⁶³. Με αυτό τον τρόπο η πολιτεία εμμέσως μετέθετε το καθήκον της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων στις οικογένειες τους, υποστηρίζοντας την άποψη ότι οι γονείς είναι οι καλύτεροι εκπαιδευτές σε τέτοιου είδους θέματα, παίρνοντας ως δεδομένο τους πολύ ισχυρούς δεσμούς που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών μιας ελληνικής οικογένειας. Αυτή η λογική πρόδιδε την αδιαφορία της ελληνικής πολιτείας καθώς και την έλλειψη πρωτοβουλίας εκ μέρους της για ουσιαστική διευθέτηση του προβλήματος. Επιπλέον αυτή η λογική υπερεκτιμούσε το στοιχείο της συνοχής μεταξύ των μελών της παραδοσιακής ελληνικής οικογένειας και αγνοούσε την συντηρητισμό των γονιών που στην πλειοψηφία τους απαγορεύουν εντός του ελληνικού σπιτιού την συζήτηση θεμάτων αναφορικά με την σεξουαλικότητα των παιδιών τους.

Ωστόσο οφείλομε να παραδεχτούμε πως την τελευταία πενταετία σε παράλληλο βηματισμό κοινωνία και κεντρική διοίκηση έχουν κάνει σημαντικά βήματα προς την αποδοχή της πραγματικότητας και την δημιουργία προϋποθέσεων για μια ρεαλιστική προσέγγιση του θέματος της προγαμιαίας σεξουαλικότητας των νέων μέσα στα πλαίσια των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και παραδόσεων της Ελληνικής κοινωνίας. Η πολιτεία κατάλαβε πως οι μεγάλες αλλαγές που γίνονται σε κοινωνικό επίπεδο σε όλο τον κόσμο, τα πολύ μεγάλα

γεγονότα που σημαδεύουν την ζωή, επιβάλουν όλο και περισσότερο την ανάγκη του να προετοιμάσει τους πολίτες της και σε θέματα σεξουαλικής αγωγής.

Ειδικότερα βιβλίο με τίτλο «Σεξουαλική Αγωγή - Διαφυλικές Σχέσεις», αποτέλεσε το κύριο μέρος εκπαιδευτικού προγράμματος που είχε ως στόχο την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των μικρών ελλήνων μαθητών. Η διανομή του σε μαθητές 15-18 ετών, ξεκίνησε την σχολική χρονιά του 2002. Δημιουργήθηκαν δύο εκδόσεις. Μία που απευθυνόταν στους μαθητές και μια δεύτερη η οποία απευθυνόταν στους καθηγητές, οι οποίοι επρόκειτο να το διδάξουν. Πολλά κομμάτια των δύο εκδόσεων του βιβλίου ήταν ίδια. Υπήρχαν όμως κεφάλαια, όπως για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες που δεν περιέχονταν στο βιβλίο των μαθητών. Στο βιβλίο των καθηγητών υπήρχαν ακόμη λεπτομερείς οδηγίες και ασκήσεις ώστε καθηγητές που δεν ήσαν ευαισθητοποιημένοι στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να μπορούν να βρουν εκεί μια λογική και ένα σωστό τρόπο δουλειάς. Έρευνα η οποία είχε πραγματοποιηθεί για λογαριασμό του Υπουργείου Παιδείας από το Ελληνικό Σεξολογικό Ινστιτούτο, κατέληξε ότι οι μισοί σχεδόν έλληνες εκπαιδευτικοί ήταν ανέτοιμοι να διδάξουν το μάθημα της σεξουαλικής αγωγής. Ο δε αριθμός των εκπαιδευτικών που επιμορφώθηκαν σε 123 ειδικά σεμινάρια που έγιναν σε όλες τις διευθύνσεις της χώρας, ανερχόταν στους 4.000 εκπαιδευτικούς. Το σχολικό βιβλίο για την σεξουαλική αγωγή και συμπεριφορά καλωσόριζε τους μαθητές στην γεμάτη γοητεία και πολλές φορές σκληρή πραγματικότητα των ανθρωπίνων σχέσεων με τα εξής λόγια «Όταν θεωρούμε τα λάθη μας καταστρεπτικά ή ανεπανόρθωτα, τότε παραλύουμε, απογοητευόμαστε, αποφεύγουμε κάθε δράση. Αντίθετα όταν ξέρομε ότι η ζωή δίνει κι άλλες ευκαιρίες, ένα λάθος μπορεί να είναι μια καλή ευκαιρία να διορθώσουμε την πορεία μας και να ξαναπροσπαθήσουμε με περισσότερη γνώση». Η ολοκλήρωση του συγκεκριμένου βιβλίου ήταν καρπός συλλογικής προσπάθειας τριών ετών. Μέσα από αυτό το βιβλίο πρεσβεύεται μια σεξουαλική διαπαιδαγώγηση που δεν είναι καθόλου ιατροκεντρική. Αντίθετα είναι βαθιά ανθρωποκεντρική και έχει ως στόχο να βοηθήσει τους μαθητές να αναγνωρίσουν το φύλο

τους, να ενισχύσουν το Εγώ τους, να προετοιμαστούν ώστε να δημιουργήσουν μια σχέση, να ξεπεράσουν τους μύθους που τους βασανίζουν και να προετοιμαστούν για την συντροφικότητα που θα οδηγήσει στο γάμο, στην οικογένεια και στα παιδιά. Επιπλέον να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες κτήσεις και αμβλώσεις.

Βέβαια, χρειάζονται, να γίνουν πολλές ακόμα θεσμικές, οργανωτικές, και επικοινωνιακές αλλαγές, ιδιαίτερα από την μεριά της πολιτείας, ώστε να ανατραπούν κατεστημένες αντιλήψεις με παγιωμένα χαρακτηριστικά. Η ανοικτή και υποστηρικτική συμπεριφορά προς την σεξουαλικότητα των νέων, ο σεβασμός προς την σεξουαλική ζωή δεν έχει οδηγήσει ποτέ στην σεξουαλική αποχώνωση και ελευθεριότητα. Η συντονισμένη προσπάθεια πολιτείας και κοινωνικών φορέων μπορεί να ενισχύσει το θεσμό της οικογένειας και από κοινού να δημιουργήσουν νέους με γνώση, ωριμότητα, σωματική και ψυχική υγεία, σεβασμό στον σύντροφό τους, ικανούς να κάνουν σωστές επιλογές και να προστατεύσουν αποτελεσματικά τους εαυτούς τους από ατυχείς ή και τραυματικές πολλές φορές εμπειρίες, όπως μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η σεξουαλικότητα των ανηλίκων θα πρέπει να θεωρείται από την πολιτεία και την κοινωνία ως φυσική και υγιής συμπεριφορά. Προσπάθειες καταστολής της σεξουαλικότητας, ή η απαγόρευση έκφρασης της, συχνά έχει το ακριβώς αντίθετο αποτέλεσμα.

Στην πλειοψηφία τους τα Ευρωπαϊκά κράτη έχουν κάνει μεγάλη πρόοδο προς την κατεύθυνση της θεσμοθέτησης κανόνων αποδοχής της ανάγκης για υπεύθυνη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων.

Στην Μ. Βρετανία το 1988, η κυβέρνηση ψήφισε νομοσχέδιο το οποίο παραχωρούσε την ευθύνη για την σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των ανηλίκων αποκλειστικά στο σχολείο. Το νομοσχέδιο αυτό αν και προκάλεσε θύελλα αντιδράσεων από τους γονείς που θεωρούσαν ότι δικαιωματικά έπρεπε να κατέχουν τον ρόλο της σεξουαλικής ενημέρωσης των ανηλίκων, ουδέποτε απεσύρθη.

Στην Ολλανδία όπου η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ξεκινά στην προσχολική ηλικία και ολοκληρώνεται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ο αριθμός των ανεπιθύμητων κυήσεων μεταξύ των γυναικών κάτω των 18 ετών είναι από τους μικρότερους σε παγκόσμιο επίπεδο, φθάνοντας μόλις τις 8,2 ανά 1000 ανήλικες γυναίκες, αριθμός σχεδόν επτά φορές μικρότερος από τον αντίστοιχο στις ΗΠΑ^{230, 264}.

Στην Γερμανία, όπου επίσης η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση είναι θεσμοθετημένη και κυρίως εστιασμένη στο να αντιμετωπίσει τις απορίες των μαθητών γύρω από την σεξουαλικότητα τους και να τους πληροφορήσει ουσιαστικά γύρω από τα θέματα της αντισύλληψης, ο αριθμός ανεπιθύμητων κυήσεων στις ανήλικες είναι τέσσερις με πέντε φορές χαμηλότερος και ο αριθμός των αμβλώσεων στους ανηλικούς είναι οκτώ φορές χαμηλότερος από τους αντίστοιχους στις ΗΠΑ^{230, 264}.

Η Γαλλία έχει αναπτύξει εθνικό πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, το οποίο ξεκινά να εφαρμόζεται στους δεκατριάχρονους μαθητές. Στους γονείς δεν επιτρέπεται να βγάλουν τα ανήλικα παιδιά τους από αυτό το πρόγραμμα μέχρι την ολοκλήρωσή του, γεγονός που έχει συμβάλλει στον περιορισμό του αριθμού των κυήσεων, των αμβλώσεων και των γεννήσεων από γονείς ανηλικούς. Με αυτό τον τρόπο η Γαλλία πέτυχε να έχει 5 φορές χαμηλότερο αριθμό γεννήσεων από ανηλικούς γονείς σε σχέση με τον αντίστοιχο αριθμό στις ΗΠΑ^{230, 264}.

Αξιοσημείωτη είναι και η αποτελεσματικότητα του προγράμματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ανηλικών που εφαρμόζεται τώρα στην γειτονική Ιταλία. Επιλέχτηκε μεταξύ πολλών προγραμμάτων και πέτυχε να καθυστερήσει την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των ανηλικών σε ποσοστό μέχρι και 15%, ενώ αύξησε την χρήση αντισυλληπτικών κατά 22% . Επιπλέον μείωσε τον αριθμό των κυήσεων μεταξύ ανηλικών κοριτσιών κατά 19%. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα ιταλικά σχολεία, οι γονείς των ανηλικών εκδήλωσαν την επιθυμία τους τα άτομα που θα επωμισθούν την ευθύνη να διδάξουν το μάθημα της

σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στους μαθητές, να είναι γιατροί και όχι εκπαιδευμένοι στο μάθημα καθηγητές, προτίμηση που την έλαβε σοβαρά υπόψη της η ιταλική κυβέρνηση²⁶⁵.

Το πρόγραμμα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που υιοθετήθηκε από τις ΗΠΑ δίνει έμφαση στην απαγόρευση της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανηλίκων, έμφαση σαφώς μη ρεαλιστική αφού παραβλέπει το γεγονός ότι η σεξουαλική έκφραση αποτελεί ένα ουσιαστικό στοιχείο της ανάπτυξης κάθε υγιούς ανθρώπου ανεξαρτήτως ηλικίας. Αντίθετα βεβαίως άποψη φαίνεται να έχει η κοινή γνώμη. Μάλιστα έρευνα σχετικά με το θέμα έδειξε ότι το 63% των αμερικανών πιστεύει ότι η σεξουαλική εξερεύνηση μεταξύ των νέων ανθρώπων αποτελεί φυσικό κομμάτι της διαδικασίας ανάπτυξης τους.

Στις Αμερική πάντως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των πολιτειών στον τρόπο που διαχειρίζονται το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Αλλά και μεταξύ των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας εντοπίζονται ουσιαστικές διαφορές στο εν λόγω ζήτημα. Για παράδειγμα η νομοθεσία στις ΗΠΑ είναι αναμφισβήτητα πιο περιοριστική από την αντίστοιχη στην Μ. Βρετανία. Ακόμα και ο χρόνος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης διαφέρει στις δύο χώρες. Η βασική σχολική εκπαίδευση στα βρετανικά σχολεία ολοκληρώνεται στο δέκατο έκτο χρόνο της ηλικίας των μαθητών, ενώ στα αμερικάνικα στα δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας τους⁸⁴.

Γενικότερα θα λέγαμε πως η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων απαιτεί διαφορετική προσέγγιση ανάλογα με την ηλικία του ατόμου προς το οποίο απευθύνεται. Η απόφαση του ανηλίκου να ξεκινήσει ή να καθυστερήσει την σεξουαλική του δραστηριότητα είναι περίπλοκη. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η σεξουαλική ζωή των ανηλίκων μπορεί να εξυπηρετεί διάφορες ψυχικές ανάγκες τους. Για κάποιους μπορεί να σημαίνει επανάσταση, αναγνώριση από τους συνομήλικους του, κύρος, επιβεβαίωση, έκφραση τρυφερότητας προς τον σύντροφο τους ή και απλώς ανάγκη να γνωρίζουν πως αναπτύσσεται και λειτουργεί το σώμα τους. Ο χειρισμός του ζητήματος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης πρέπει να είναι απόλυτα προσαρμοσμένος στο γνωστικό επίπεδο και στο περιβάλλον διαβίωσης των

ανηλίκων. Τα προγράμματα που εστιάζουν σε ανήλικους οι οποίοι δεν έχουν καμία σεξουαλική εμπειρία, κατά τους ειδικούς έχουν και αυξημένες πιθανότητες να τους επηρεάσουν θετικά, ώστε να αποφύγουν μια ανεπιθύμητη κύηση και μια πιθανή άμβλωση. Οι ανήλικοι χωρίς σεξουαλικές σχέσεις θεωρούνται από τους αναλυτές ως οι πιο δεκτικοί στα μηνύματα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης. Ισορροπημένα και ρεαλιστικά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που ενθαρρύνουν τους μαθητές να αναβάλουν την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων τους μέχρι να ωριμάσουν, και επιπλέον προωθούν πρακτικές ενημέρωσης στα θέματα αντισύλληψης και ασφαλούς σεξ για όσους επιλέγουν να ξεκινήσουν σεξουαλικές σχέσεις, έχουν αποδειχτεί πλέον αποτελεσματικά. Στην ουσία συμβάλλουν είτε στην καθυστέρηση της έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων είτε στην μείωση των ανεπιθύμητων κυήσεων με την κατάλληλη χρήση των μεθόδων αντισύλληψης σε όσους ανήλικους έχουν ήδη ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις.

Δυστυχώς πολλά προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην Ευρώπη αλλά και στις ΗΠΑ αντί να δίνουν ουσιαστικές πληροφορίες προς τους ανήλικους αναλώνονται στο να τους συμβουλεύουν απλώς να αναβάλλουν την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων τους μέχρι την τέλεση γάμου με τον ερωτικό τους σύντροφο.

Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των αμερικανών και ευρωπαίων ενθαρρύνει την ένταξη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ως μάθημα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια παιδεία, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων έχει λόγο ύπαρξης όταν πραγματικά βοηθά τους νέους να εκφράσουν την σεξουαλικότητα τους χωρίς κόστος στην υγεία και την ψυχική ισορροπία τους. Για παράδειγμα μόνο σε εννέα πολιτείες της Αμερικής τα προγράμματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης δίνουν πληροφορίες για τις μεθόδους αντισύλληψης. Αγωνία για μια ουσιαστική, επιστημονικά ορθή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση εκφράζουν ενήλικοι και ανήλικοι. Περίπου μισοί από τους μαθητές Λυκείου στην Αμερική αναφέρουν ότι χρειάζονται ουσιαστική πληροφόρηση για τους μεθόδους αντισύλληψης, για το AIDS, και για τις

σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Το 40% των μαθητών Λυκείου στην Αμερική επιθυμεί περισσότερες πληροφορίες για το πώς να προμηθευτεί αντισυλληπτικά σκευάσματα, το 30% επιθυμεί περισσότερες πληροφορίες για την χρήση των προφυλακτικών ενώ το 46% δήλωσε ότι δεν γνώριζε ότι μπορούσε να προμηθευτεί αντισυλληπτικά χάπια χωρίς την συναίνεση των γονιών τους²⁶⁶.

Οποιαδήποτε όμως μέτρα κι αν ληφθούν, οποιαδήποτε προγράμματα κι αν σχεδιαστούν και σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου, για να είναι αποτελεσματικά θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ορθή και υπεύθυνη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση των ανηλίκων μέσω των σχολικών ιδρυμάτων και των ΜΜΕ. Απαιτούν επίσης την αύξηση των κρατικών κονδυλίων για δημιουργία υπηρεσιών με εύκολη πρόσβαση στους ανηλίκους, όπως οικογενειακού προγραμματισμού και ψυχικής υποστήριξης ανηλίκων που βίωσαν μια ανεπιθύμητη κύηση και ίσως μια πρόωρη μητρότητα και επιθυμούν βοήθεια για την επανένταξη στην κοινωνία, στην εκπαίδευση και αργότερα στην αγορά εργασίας για οικονομική επιβίωση. Παράλληλα απαιτείται θαρραλέα επανεκτίμηση της κοινωνικής αντίληψης αναφορικά με την σεξουαλικότητα των ανηλίκων.

2. Δύσκολη πρόσβαση προς τις αρμόδιες για την σεξουαλικότητα των ανηλίκων υπηρεσίες υγείας

Η εύκολη πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε πολίτη.

Εύκολη πρόσβαση σημαίνει πως οι ανήλικοι ξέρουν πού θα ενημερωθούν, σε ποιες υπηρεσίες θα καταφύγουν προκειμένου να βοηθηθούν υπεύθυνα, με εχεμύθεια, και με απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα τους. Οι υπηρεσίες αυτές θα μπορούν να κατευθύνουν τους νέους στην ασφαλή αντισύλληψη και ίσως στην δωρεάν ή με μικρό κόστος χορήγηση των

αντισυλληπτικών μέσων. Οι κίνδυνοι και οι αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να διατρέχουν οι ανήλικοι που έχουν σεξουαλικές σχέσεις χρήζουν ειδικότερης εποπτείας και φροντίδας.

Είναι βέβαιο πως κάποιοι ανήλικοι δεν θα πάρουν την ζωτικής για αυτούς ανάγκη θεραπείας αν θα πρέπει να αποκαλύψουν την τραυματική αυτή εμπειρία τους στους γονείς τους. Στη Μινεσότα όπου η νομοθεσία επιτρέπει στους ανήλικους να δίνουν έγκυρα την συναίνεση τους προκειμένου να υποβληθούν σε άμβλωση ή να καταφεύγουν στις αρμόδιες υπηρεσίες προκειμένου να ενημερωθούν ή να λάβουν αντισύλληψη, αποκλείοντας με αυτό τον τρόπο την γονεϊκή εμπλοκή σε τέτοιου είδους θέματα, τα ποσοστά των κυήσεων και αμβλώσεων των ανηλίκων μειώθηκαν σημαντικά. Ανάλογη νομοθεσία με αυτή της Μινεσότας ισχύει και στην Καλιφόρνια, όπου και εκεί μειώθηκαν οι αμβλώσεις την τελευταία τετραετία. Παιδιατρικό περιοδικό αποκαλύπτει ότι μόνο το 15% των ανηλίκων αναζητά θεραπεία για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όταν ο νόμος τους υποχρεώνει να ενημερώσουν τους γονείς τους και να λάβουν την συναίνεση τους. Και είναι ενδεικτικό ότι το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει ως και 50%, όταν η αγωγή πραγματοποιείται χωρίς την εμπλοκή των γονιών. Άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Family Planning Perspectives εμφανίζει το 25% των μαθητών να υποστηρίζει ότι δεν θα αναζητούσε φροντίδα σε κανένα ιατρικό κέντρο αν προϋπόθεση για την πρόσβαση σε αυτό ήταν η εμπλοκή των γονιών τους.

Οι νομοθεσίες που απαιτούν την γονεϊκή συναίνεση ακόμα και για μια διερευνητική πρόσβαση του ανηλίκου προς τις κοινωνικές υπηρεσίες ενημέρωσης και συμβουλευτικής δεν επουλώνουν το τραυματικό σοκ που βιώνει ο τελευταίος. Οικογένειες με φοβερές δυσλειτουργίες δεν μετατρέπονται σε σταθερές ώστε να υποστηρίξουν και να βοηθήσουν τα μέλη τους. Και εδώ ακριβώς είναι η πλάνη των νομοθετών που υποστηρίζουν την γονεϊκή εμπλοκή και συναίνεση. Υποτίθεται ότι δημιουργούν νόμους για την προστασία των ανηλίκων ενώ στην πραγματικότητα τους αφήνουν ακάλυπτους, αφού τους σπρώχνουν μακριά από τις κρατικές ιατρικές υπηρεσίες που μπορούν να τους βοηθήσουν και μάλιστα σε μια δύσκολη χρονικά

στιγμή της ζωής τους. Έτσι ανήλικες αναγκάζονται να ταξιδεύουν μόνες τους σε άλλα κράτη, όπως οι ανήλικες της Β. Ιρλανδίας αναγκάζονται να ταξιδέψουν μέχρι την Αγγλία προκειμένου να υποβληθούν σε άμβλωση, ή να υποβάλλονται στην αγχωτική και ταπεινωτική διαδικασία του δικαστηρίου προσπαθώντας να αποδείξουν την ωριμότητα τους. Το χειρότερο όμως είναι ότι μερικές φοβούμενες να εκθέσουν δημόσια το πρόβλημα τους επιλέγουν ή να γίνουν μητέρες χωρίς να είναι έτοιμες να παίξουν αυτό τον ρόλο ή να μουν στην διαδικασία αναζήτησης ατόμων που δεν έχουν καμία σχέση με το ιατρικό επάγγελμα και να υποβληθούν σε μια παράνομη άμβλωση. Ωστόσο θα μπορούσαν οι ανήλικες να μοιραστούν το πρόβλημα τους με ενήλικο πρόσωπο της απολύτου εμπιστοσύνης τους, όπως για παράδειγμα κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο, τον δάσκαλο τους, μέλος της εκκλησίας στην οποία ανήκουν, ή φιλικό τους πρόσωπο. Έτσι δεν θα σηκώσουν το ειδικό βάρος μιας εγκυμοσύνης ή μιας άμβλωσης μόνες τους. Αυτή την εναλλακτική θέση, δηλαδή την συναίνεση ενός από τα παραπάνω πρόσωπα, θα έπρεπε να προτείνουν οι νομοθεσίες που απαιτούν την γονεϊκή εμπλοκή.

Κοινωνική αποδοχή της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανηλίκων σε συνδυασμό με κατανοητή και ισορροπημένη πληροφόρηση τους επί του θέματος και καθαρές προσδοκίες για δέσμευση και πρόληψη των ανεπιθύμητων γεννήσεων, είναι μέσα στις προτεραιότητες των κρατών που θέλουν να αντιμετωπίσουν το θέμα ρεαλιστικά και αποτελεσματικά.

3. Η ελλιπής προστασία του ιατρικού απορρήτου

Η έλλειψη συστήματος προστασίας του ιατρικού απορρήτου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που κάνει τους νέους διστακτικούς στο να αναζητήσουν βοήθεια από τις επίσημες κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα όπου το ιατρικό απόρρητο παραβιάζεται κατά κόρον. Η εχεμύθεια των υπηρεσιών που ενημερώνουν τους ανήλικους για τις αντισυλληπτικές μεθόδους και τον τρόπο χρήσης τους αλλά και η διακριτικότητα των

υπαλλήλων που εργάζονται σε αυτές, σίγουρα συντελεί στην ενθάρρυνση των νέων να κάνουν χρήση των επισήμων υπηρεσιών υγείας.

Το Ανώτατο δικαστήριο των ΗΠΑ, απεφάνθη στην υπόθεση *Carey v Population Services International*¹⁸¹, πως οι ανήλικοι έχουν συνταγματικά κατοχυρωμένο το δικαίωμα της εχεμύθειας, στο οποίο ανήκει και το δικαίωμα της εχεμύθειας στην λήψη φαρμάκων και φαρμακευτικών σκευασμάτων και συνεπώς και το δικαίωμα εχεμύθειας στην απόκτηση αντισυλληπτικών. Κάποιες μάλιστα δικαστικές αποφάσεις έχουν υιοθετήσει τον όρο «ώριμος ανήλικος», όρος που επιτρέπει σε κάποιους ανηλίκους που κρίνονται ως ώριμοι από τους ειδικούς, να δίνουν εγκύρως και νομίμως την συναίνεση τους προκειμένου λάβουν ιατρική θεραπεία ή φαρμακευτική αγωγή που σχετίζεται με την σεξουαλική δραστηριότητα τους, χωρίς να απαιτείται η ενημέρωση ή η συναίνεση των γονέων τους²⁶⁷⁻²⁶⁸.

Η Σουηδία έχει καθιερώσει ένα μοναδικό σύστημα προστασίας του ιατρικού απορρήτου, ένα σύστημα εχεμύθειας που επεκτείνεται και στην χορήγηση αντισυλληπτικών σκευασμάτων και στην ενημέρωση των ανηλίκων γύρω από την αντισύλληψη.

4. Η κρίση του θεσμού της οικογένειας

Ένας άλλος παράγοντας που συντελεί στην αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων είναι και η κρίση του θεσμού της οικογένειας. Η έλλειψη ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ της ανήλικης και των γονιών της, η ανυπαρξία διαλόγου μεταξύ των μελών της οικογένειας εξωθεί τους νέους στην αναζήτηση λύσεων και απαντήσεων στα προβλήματα τους μακριά από αυτήν. Η λύση βρίσκεται στην οικοδόμηση ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ ανηλίκων και ενηλίκων, στον ειλικρινή χωρίς προκαταλήψεις διάλογο, στην αγάπη, στο σεβασμό και στην ελευθερία των μελών της οικογένειας. Η πολιτεία θα πρέπει σοβαρά να ασχοληθεί με το ζήτημα της δημιουργίας συμβουλευτικών κέντρων τα οποία θα καλύπτουν τις οποιεσδήποτε ανησυχίες ολόκληρης της οικογένειας, ανηλίκων και ενηλίκων. Κανένα μέλος της δεν διεκδικεί το

αλάνθαστο, απεναντίας όλοι χρειάζονται τις γνώσεις και τις κατευθύνσεις ειδικών επιστημόνων στα θέματα που αφορούν την δημιουργία οικογένειας.

5. Η ύπαρξη ομάδων υψηλού κινδύνου

Ανήλικες που βιάσθηκαν ή κακοποιήθηκαν στην παιδική τους ηλικία, ανήλικες που εξακολουθούν να κακοποιούνται από τον σύντροφο τους ή τους γονείς τους, καθώς και ανήλικες που διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις με πολύ μεγαλύτερα από αυτές σε ηλικία άτομα, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να έρθουν αντιμέτωπες με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη σε σχέση με τις υπόλοιπες ανήλικες²⁶⁹.

Ειδικότερα αμερικανική μελέτη απέδειξε πως οι ανήλικες που επέλεξαν ως ερωτικό σύντροφο τους άτομο μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά έξι χρόνια, ήρθαν αντιμέτωπες με ανεπιθύμητες κυήσεις 3,7 φορές περισσότερο σε σχέση με τον αντίστοιχο αριθμό κυήσεων ανηλίκων που διατηρούσαν σεξουαλικές σχέσεις με συντρόφους μεγαλύτερους κατά δύο έτη. Σε άλλη δε έρευνα αποδείχθη πως ανήλικες με μεγαλύτερους σε ηλικία συντρόφους χρησιμοποιούσαν λιγότερο συχνά τις μεθόδους αντισύλληψης²⁷⁰.

Για αυτό το λόγο καθίσταται αναγκαία η δημιουργία ειδικών προγραμμάτων για τις ανήλικες που ανήκουν στις αποκαλούμενες ως «ομάδες υψηλού κινδύνου». Βάσει αυτών των προγραμμάτων θα παρέχεται στις κακοποιημένες καθώς και στις ανήλικες που επιμένουν στο να διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις με άτομα μεγάλης ηλικίας συμβουλευτική σε ζητήματα αντισύλληψης και περίθαλψη όταν αυτό καθίσταται αναγκαίο.

6. Η επιβολή αυστηρότερων ποινών για αδικήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας των ανηλίκων, για το αδίκημα της αποπλάνησης ανηλίκου και για το αδίκημα του βιασμού.

Τρόπος μείωσης των κυήσεων μεταξύ των ανηλίκων αποτελεί και η θέσπιση αυστηρότερων ποινών για αδικήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας των ανηλίκων, για αποπλάνηση, και για

βιασμό. Στόχος αυτού του μέτρου είναι η διατήρηση σε χαμηλό επίπεδο του ποσοστού των κυήσεων που προέρχεται από σεξουαλικές σχέσεις ανηλίκων με μεγαλύτερους σε ηλικία και η αποτροπή των ενηλίκων στο να διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις με ανήλικες.

7. Η ελλιπής ενημέρωση των ανηλίκων ως προς τους μεθόδους αντισύλληψης

Η ελλιπής ενημέρωση των ανηλίκων ως προς τους μεθόδους αντισύλληψης και τον τρόπο χρήσης τους αποτελεί άλλο ένα σημαντικό παράγοντα αύξησης του αριθμού των αμβλώσεων.

Συνήθως δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη:

- ανήλικες γυναίκες που είχαν την πρώτη τους σεξουαλική επαφή στα 14 τους χρόνια ή σε μικρότερη ακόμα ηλικία και η συμμετοχή τους δεν ήταν εθελούσια,
- ανήλικες που αποκλείουν την πιθανότητα να τους συμβεί μία ανεπιθύμητη κύηση,
- ανήλικες που αρνούνται ακόμα και την ενημέρωση ως προς τις μεθόδους αντισύλληψης, από τους υπευθύνους
- ανήλικες που φοβούνται μήπως ανακαλύψουν οι γονείς τους πως διατηρούν σεξουαλικές σχέσεις
- ανήλικες που φοβούνται ότι είναι επικίνδυνο να ελέγχεις το αναπαραγωγικό σου σύστημα χρησιμοποιώντας αντισύλληψη.

Το επίπεδο γνώσης ενός ανηλίκου για το πώς χρησιμοποιείται μια αντισυλληπτική μέθοδος αποτελεσματικά δεν εξαρτάται από την μόνιμη ή προσωρινή χρήση της. Μελέτες έχουν δείξει ότι ανήλικοι που δεν ενημερώθηκαν ποτέ από ειδικούς ως προς τον τρόπο χρήσης συγκεκριμένης αντισυλληπτικής μεθόδου συστηματικά θα την χρησιμοποιούν με λανθασμένο τρόπο.

Η απόφαση του ανήλικου για το αν θα χρησιμοποιήσει αντισύλληψη είναι περίπλοκη. Ενώ γενικότερα υπάρχει τάση όλο και περισσότεροι νέοι να κάνουν χρήση προφυλακτικών έχει αποδειχθεί ότι το 35% των ανηλίκων κοριτσιών δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη κατά την

πρώτη σεξουαλική τους επαφή²⁷¹⁻²⁷². Περίπου οι μισές από τις κήσεις ανηλίκων κοριτσιών συμβαίνουν μέσα στους έξι πρώτους μήνες από την έναρξη των σεξουαλικών τους σχέσεων, ενώ το 1/5 των κήσεων συμβαίνει μέσα στο πρώτο μήνα²⁷³.

Οι μέθοδοι αντισύλληψης που χρησιμοποιούν οι ανήλικοι ποικίλλουν. Σε αυτό παίζουν ρόλο διάφοροι παράγοντες όπως η φυλή, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό του επίπεδο, και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας και του ανηλίκου κατ' επέκταση. Κατά την διάρκεια της περιόδου 1982-95 παρατηρήθηκε μείωση της χρήσης του αντισυλληπτικού χαπιού από τις ανήλικες και αύξηση της χρήσης του ανδρικού προφυλακτικού²⁷⁴.

Οι μέθοδοι αντισύλληψης που υπάρχουν και διατίθενται στο εμπόριο είναι πολλοί. Αυτό σημαίνει ότι οι δυνατότητες που έχει ένα ζευγάρι προκειμένου να προστατευτεί από μία ανεπιθύμητη κύηση είναι πολλές. Κάποιες από αυτές είναι καταλληλότερες για τους ανήλικους σε σχέση πάντα με την ασφάλεια που τους παρέχουν, την ευκολία στην χρήση τους και στην προμήθεια τους, καθώς και για την χρηματική τους αξία.

7.1 Μέθοδοι αντισύλληψης

Παρακάτω παρατίθενται κάποιες από τις μεθόδους αντισύλληψης ενδεικτικά.

Το ανδρικό προφυλακτικό

Τόσο τα ανδρικά όσο και τα γυναικεία προφυλακτικά αποτελούν μηχανισμούς φραγμού από υλικό λάτεξ, ενώ παράλληλα μερικά εμπεριέχουν και κάποια σπερματοκτόνο ουσία, με σκοπό την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας τους. Η χρήση ανδρικού προφυλακτικού αναγκάζει το ανήλικο αγόρι να συμμετέχει ενεργά στην αντισύλληψη, δημιουργώντας του αίσθημα συνυπευθυνότητας ενώ στα πλεονεκτήματα του συγκαταλέγονται η ευκολία στην απόκτηση του και στην χρήση του καθώς και η προσιτή για τους ανήλικους τιμή του.

Το γυναικείο προφυλακτικό είναι αποτελεσματικό για την πρόληψη των κήσεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η αποδοχή του όμως από τις ανήλικες είναι

περιορισμένη, εξαιτίας του υψηλού κόστους του, της περιορισμένης διαθεσιμότητας του και της δυσκολίας τοποθέτησής του.

Διάφραγμα

Το διάφραγμα αποτελεί μια ακόμα μέθοδο φραγμού με ποσοστά επιτυχίας λίγο μικρότερα από εκείνα του προφυλακτικού. Πρόκειται για την εφαρμογή ενός διαφράγματος γύρω από τον τράχηλο της μήτρας, έτσι ώστε να παρεμποδίζεται η είσοδος του σπερματοζωαρίου σε αυτήν.

Οι ανήλικες συνήθως δεν την επιλέγουν γιατί απαιτεί επίσκεψη στον γυναικολόγο προκειμένου να τοποθετηθεί.

Σπερματοκτόνα κολπικά ενθέματα

Τα κολπικά ενθέματα αποτελούν επίσης μεθόδους φραγμού και διατίθενται στο εμπόριο υπό την μορφή κολπικών κρεμών, ζελέ, αφρού, κολπικού υπόθετου. Όταν χρησιμοποιούνται μόνα τους έχουν υψηλό βαθμό αντισυλληπτικής αποτυχίας. Όταν όμως χρησιμοποιούνται παράλληλα με την χρήση του ανδρικού προφυλακτικού, η αποτελεσματικότητά τους φτάνει εκείνη των αντισυλληπτικών που λαμβάνονται από το στόμα.

Ο συνδυασμός σπερματοκτόνου και ανδρικού προφυλακτικού είναι εξαιρετικά αποτελεσματικός τρόπος αντισύλληψης και επιλέγεται από τους ανήλικους γιατί διατίθεται σε προσιτές τιμές χωρίς συνταγογράφηση γιατρού.

Αντισυλληπτικά χάπια

Τα αντισυλληπτικά χάπια είναι φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν ορμόνες. Η λανθασμένη χρήση τους μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε αποτυχία της αντισυλληπτικής μεθόδου, αλλά και σε σοβαρά προβλήματα για την υγεία της γυναίκας. Θεωρείται αποτελεσματική, αξιόπιστη και πιο δημοφιλής μέθοδος αντισύλληψης για τους ανήλικους. Ο βαθμός αποτυχίας των αντισυλληπτικών που λαμβάνονται από το στόμα, όταν χρησιμοποιούνται με τον σωστό τρόπο είναι μικρότερος του 1%. Όμως ο βαθμός αποτυχίας

μεταξύ των ανήλικων μπορεί να φτάσει και το 15% εξαιτίας της μη συστηματικής χρήσης τους.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται η προσιτή τιμή τους για τους ανήλικους, καθώς και η ευκολία στην χρήση τους και στην προμήθεια τους.

Ενδομήτρια σπειράματα

Τα ενδομήτρια σπειράματα (σπιράλ) τοποθετούνται μόνιμα μέσα στην μήτρα από τον γυναικολόγο. Η αντισυλληπτική τους δράση οφείλεται στην ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου φτάνει το 97% και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το σπείραμα μπορεί να παραμείνει τουλάχιστον 5 χρόνια, την καθιστά αρκετά δημοφιλή μέθοδο για τις ενήλικες γυναίκες. Οι ανήλικες την χρησιμοποιούν περιορισμένα κυρίως λόγω του κόστους της. Επιπλέον είναι δύσκολο για τις ανήλικες να επισκέπτονται κάθε μήνα τον γυναικολόγο τους, προκειμένου ο τελευταίος να βεβαιώσει ότι η ενδομήτρια συσκευή βρίσκεται στην θέση της.

Μόνιμες μέθοδοι αντισύλληψης

Πρόκειται για χειρουργικές επεμβάσεις κατά τις οποίες αποφράσσονται οι δίοδοι μέσω των οποίων διέρχονται τα σπερματοζωάρια (σπερματικοί πόροι) στους άνδρες ή τα ωάρια (σάλπιγγες) στις γυναίκες. Οι μέθοδοι αυτοί στειρώσης είναι σχετικά απλές στην εφαρμογή τους, και εμφανίζουν υψηλή αποτελεσματικότητα. Είναι προφανές ότι οι ανήλικοι δεν τις επιλέγουν αφού τους στερεί την δυνατότητα της μελλοντικής απόκτησης απογόνων. Κάποιοι βέβαια ανήλικοι έχουν αποκτήσει τα παιδιά που επιθυμούν πριν την συμπλήρωση του δεκάτου όγδοου έτους της ηλικίας τους και επιθυμούν να υποβληθούν σε αυτή. Στην Ελλάδα η στειρώση επιτρέπεται μόνο στους ενήλικες, και αντιμετωπίζεται όπως κάθε ιατρική επέμβαση από την γενικότερη νομοθεσία αφού ειδικός νόμος για την στειρώση δεν υπάρχει. Ακόμα όμως και στην Αμερική το δικαίωμα των ανηλίκων για συναίνεση στην στειρώση είναι ασαφές

τουλάχιστον σε εννέα πολιτείες, το Αρκάνσας, το Κολοράντο, την Οκλαχόμα, το Ρόντ Άιλαντ, Γεωργία, Βόρεια Καρολίνα, Τενεσσί και Βιρτζίνια.

Αλλά και η αποχή από το σεξ θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια άτυπη μέθοδος αντισύλληψης για τους ανήλικους και αποτελεσματικό μέσο ελέγχου των γεννήσεων. Ουσιαστικά πρόκειται για την καθυστέρηση της έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων του ανηλίκου μέχρι τον χρόνο ενηλικίωσης του. Πρόσφατες έρευνες κατέδειξαν τον ρόλο των ίδιων των ανηλίκων, των γονιών, του γιατρού, και του σχολείου στην πρόληψη της πρόωρης έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων. Η αποχή που βασίζεται στη πληροφόρηση και στη γνώση είναι πιο αποτελεσματική όταν απευθύνεται σε ανήλικους που δεν έχουν ακόμα ξεκινήσει την σεξουαλική τους δραστηριότητα ²⁷⁵⁻²⁷⁶.

Όμως η αποχή ως μέσο αντισύλληψης είναι πολύ δύσκολη για τους ανήλικους. Περίπου το 26% των ανηλίκων ζευγαριών που προσπαθούν να απέχουν από την σεξουαλική πράξη, έρχονται αντιμέτωποι με ανεπιθύμητη κύηση τον πρώτο κιόλας χρόνο²⁷⁷. Γι' αυτό ζευγάρια ανηλίκων που επιλέγουν να απέχουν από την σεξουαλική πράξη θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να στηρίζονται από την οικογένεια τους, τους συνομηλίκους τους, τον γιατρό τους και την κοινωνία. Θα πρέπει όμως να είναι ενημερωμένοι για τις διάφορες μεθόδους αντισύλληψης πριν γίνουν σεξουαλικά ενεργείς.

7.2 Παρατηρήσεις

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που εξηγούν τις διαφοροποιήσεις στα ποσοστά χρήσης των μεθόδων αντισύλληψης, τόσο μεταξύ διαφορετικών κρατών, όσο και μέσα σε ένα κράτος. Η κοινωνική αποδοχή της σεξουαλικής συμπεριφοράς των ανηλίκων, το χαμηλό ή υψηλό κόστος των αντισυλληπτικών, η ευκολία πρόσβασης των νέων προς τις αρμόδιες υπηρεσίες που έχουν αναλάβει την πληροφόρηση και την παροχή βοήθειας προς αυτούς, η γνώση ή η άγνοια των ανηλίκων για τον τρόπο χρήσης των μεθόδων αντισύλληψης και γενικότερα το ενδιαφέρον της συγκεκριμένης πολιτείας προς την σεξουαλικότητα των νεαρότερων μελών της, είναι μερικοί

από τους λόγους που κρατούν σε υψηλό ή χαμηλό επίπεδο τους δείκτες αντισύλληψης σε μια χώρα.

Οι ανήλικοι στην Γαλλία από την πρώτη τους σεξουαλική επαφή χρησιμοποιούν αντισύλληψη σε ποσοστό 89%²⁷⁸. Στην Αμερική το ποσοστό των ανηλίκων γυναικών που δεν χρησιμοποιούν καμία αντισυλληπτική μέθοδο στην πρώτη τους ερωτική συνέντευξη φτάνει το 25%, ενώ στην Αγγλία και στην Σουηδία το 22%²⁷⁸. Το ανδρικό προφυλακτικό είναι η πιο συχνή μέθοδος αντισύλληψης για τους ανήλικους Γάλλους, Αγγλους και Αμερικανούς. Εντυπωσιακό είναι ότι στην Γαλλία μόνο το 7% των ανηλίκων μεταξύ 15 και 17 ετών δεν χρησιμοποιούν καμία μέθοδο αντισύλληψης. Στην Αμερική το 52% των ανηλίκων χρησιμοποιούν αντισύλληψη, στην Σουηδία το 56%, στην Γαλλία το 67%, το 72% στην Αγγλία και το 73% στον Καναδά²⁷⁸.

Στην Ιταλία, όπου τα ΜΜΕ έκαναν καμπάνια εναντίον των δια στόματος λαμβανόμενων αντισυλληπτικών και των ενδομήτριων σκευασμάτων, η πιο δημοφιλής μέθοδος αντισύλληψης μεταξύ των ανηλίκων είναι το ανδρικό προφυλακτικό²⁷⁹.

Στην Νιγηρία, αντιπροσωπευτική χώρα της αφρικανικής ηπείρου, η άγνοια όχι μόνο του ανήλικου αλλά και του ενήλικου πληθυσμού ως προς τις κλασικές μεθόδους αντισύλληψης είναι τεράστια. Έρευνα αποκάλυψε ότι οι ανήλικοι που ερωτήθηκαν για το ποια αντισυλληπτική μέθοδο ακολουθούν, ανέφεραν ονόματα φαρμάκων, κυρίως παυσίπονων, όπως την ασπιρίνη, και αντιβιοτικών. Η μόνη από τις παραδοσιακές μεθόδους αντισύλληψης που γνώριζαν ήταν το ανδρικό προφυλακτικό¹⁵¹.

Σε κάποιες χώρες της Ασίας ακόμα και έγγαμες ανήλικες αγνοούν την ύπαρξη των μοντέρνων αντισυλληπτικών μεθόδων (εμφυτεύματα, ενδομήτρια σπειράματα, σπερματοκτόνα κολπικά ενθέματα, διάφραγμα, γυναικείο προφυλακτικό) καθώς και τον τρόπο χρήσης τους. Στο Πακιστάν για παράδειγμα μόνο το 59% γνωρίζει αυτές της μεθόδους αντισύλληψης, ενώ στην Ινδία το 63%. Στην Ταϊλάνδη και στο Μπαγκλαντές δεν συμβαίνει το ίδιο, δεδομένου ότι η

γνώση των παραπάνω αντισυλληπτικών μεθόδων από τις ανήλικες φτάνει στο 99%²⁷⁷⁻²⁷⁸. Ενώ όμως η χρήση των κλασικών μεθόδων αντισύλληψης αυξάνεται τα τελευταία χρόνια μεταξύ των ανηλίκων που ζουν στις χώρες της Ασίας, εξακολουθεί να είναι επικίνδυνα μικρή. Για παράδειγμα η χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων από τους ανήλικους στην Ινδία δεν ξεπερνά το 8%, στο Νεπάλ το 7%, στο Πακιστάν το 6%, στην Σρι-Λάνκα το 18%, στις Φιλιππίνες το 22% και στο Μπαγκλαντές το 33%. Δείκτες ιδιαίτερα χαμηλοί αν αναλογιστούμε τους πληθυσμούς των παραπάνω κρατών²⁸⁰⁻²⁸¹.

8. Η έλλειψη ιατρικής ασφάλισης των ανηλίκων

Αναμφίβολα η χρήση των αντισυλληπτικών είναι δαπανηρή και για τον ίδιο τον χρήστη και για το κράτος. Οι φτωχοί και οι χαμηλού εισοδήματος ανήλικοι που έρχονται αντιμέτωποι με ανεπιθύμητες κησείς συνήθως επιλέγουν να γίνουν γονείς είτε γιατί έχουν την ψευδαίσθηση ότι κάποια στιγμή θα βελτιωθεί η ζωή τους από οικονομικής απόψεως, είτε γιατί δεν έχουν εναλλακτική επιλογή. Αν θεωρήσουμε ότι τα αντισυλληπτικά χάπια κοστίζουν 180 έως 300 δολάρια ετησίως και τα εμφυτεύματα στην μήτρα κοστίζουν γύρω στα 750 δολάρια είναι δύσκολο για τους χωρίς εισόδημα και ασφάλεια ανήλικους να τα προμηθευτούν για καθαρά οικονομικούς λόγους²⁸². Αλλά και η οικονομική αδυναμία ενός ανήλικου να επισκεφτεί το ιατρείο ή το γραφείο ενός «ειδικού» επιστήμονα για να ενημερωθεί ως προς τις μεθόδους αντισύλληψης και τον σωστό τρόπο χρήσης τους, αυξάνει τις πιθανότητές του να έρθει αντιμέτωπος με μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

Η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης των ανηλίκων στα αντισυλληπτικά και στις επισκέψεις σε γυναικολόγους διευκολύνει την πρόσβαση των ανηλίκων προς αυτά και απομακρύνει το ενδεχόμενο μιας ανεπιθύμητης κησής. Βεβαίως πολλές ιδιωτικές ασφάλειες δεν κάνουν τέτοιου είδους παραχωρήσεις προς τους ασφαλισμένους τους. Χώρες με χαμηλό αριθμό κησέων στις ανήλικες όπως η Ολλανδία, η Γερμανία και η Γαλλία, το Βέλγιο και η Σουηδία έχουν ελεύθερη ασφαλιστική κάλυψη στις μεθόδους αντισύλληψης²⁶⁴.

Από νομικής απόψεως προκύπτουν ποικίλα ερωτήματα αναφορικά με την αντισύλληψη των ανηλίκων

1. Ποιος θα δώσει την συναίνεση του για την λήψη της αντισύλληψης ή για την εφαρμογή μιας μόνιμης αντισυλληπτικής μεθόδου όπως είναι η στείρωση;
2. Το πρόβλημα της εχεμύθειας στην συνταγογράφηση αντισυλληπτικών ή στην πραγματοποίηση επέμβασης στείρωσης ή τοποθέτηση διαφράγματος κλπ.
3. Πως η πολιτεία θα πρέπει να χειριστεί υποθέσεις που αφορούν την αντισύλληψη ψυχικά άρρωστων ανηλίκων;

Όσο αφορά στο πρώτο ζήτημα στην Ελλάδα ο νόμος είναι σαφής. Νέοι κάτω των 18 ετών (έγγαμοι και άγαμοι), χρειάζονται την συναίνεση των γονιών τους προκειμένου ο γιατρός να τους συνταγογραφήσει αντισυλληπτικά ή προκειμένου να υποβληθούν στην οποιοδήποτε μόνιμη μέθοδο αντισύλληψης πχ. στείρωση, η οποία θα τους στερήσει το δικαίωμα να γίνουν γονείς στο μέλλον. Πολλοί γιατροί, κυρίως ιδιώτες, στα ιατρεία των οποίων καταφεύγουν ως επί το πλείστον οι ανήλικες ελληνίδες συνταγογραφούν αντισυλληπτικά χωρίς την παρουσία, την ενημέρωση ή την συναίνεση των γονιών τους, συνήθως καλυπτόμενοι από την διάγνωση διαταραχών στην περίοδο της ανηλικού. Κατά το ελληνικό δίκαιο που δεν διακρίνει σε νέους ώριμους ή μη ώριμους, η αντισυλληπτική θεραπεία για τις ανήλικες κοπέλες απαιτεί καθημερινή πειθαρχία για να είναι αποτελεσματική, πειθαρχία που δεν διαθέτουν τα κορίτσια αυτής της ηλικίας.

Στην Αγγλία με το δεδικασμένο της υπόθεσης Gillick⁷²⁻⁷⁴ ανήλικες κάτω των 16 ετών εφόσον θεωρηθούν ως ώριμες και ικανές να αναλάβουν τις ευθύνες των πράξεων τους σε ζητήματα που αφορούν την υγεία τους, από τον γιατρό τους, μπορούν να δώσουν την συναίνεση τους και να λάβουν την αντισύλληψη που επιθυμούν. Παρά ταύτα πολλοί είναι εκείνοι που

χρησιμοποίησαν τα βρετανικά ΜΜΕ προκειμένου να διαμαρτυρηθούν και να εκδηλώσουν την διαφωνία τους για την εξουσία αυτή των γιατρών.

Όσον αφορά στο ζήτημα της εχεμύθειας των υπηρεσιών που θα αναλάβουν το έργο της ενημέρωσης των ανηλίκων για τις μεθόδους αντισύλληψης υπάρχουν αντιτιθέμενες απόψεις. Οι υπέρμαχοι της γονικής εξουσίας υποστηρίζουν πως η ευκολία πρόσβασης των νέων σε εχέμυθους γιατρούς και υπηρεσίες που προσφέρουν ενημέρωση και χορηγούν αντισύλληψη στους νέους, θα αυξήσει την σεξουαλική δραστηριότητα τους. Όμως δεν είναι λίγοι και αυτοί που υποστηρίζουν ότι αν ο γιατρός δεν συνταγογραφεί για τις ανήλικες εμπιστευτικά αντισύλληψη θα αυξηθούν οι ανεπιθύμητες κησείς αφού οι νέοι δεν θα λαμβάνουν καμιά αντισύλληψη.

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να τεκμηριώνουν ότι η μη χορήγηση αντισυλληπτικών προς τους ανήλικους έχει ως αποτέλεσμα την αποχή από το σεξ ή την αναβολή της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Αντιθέτως μάλιστα στις περιπτώσεις που οι ανήλικοι συναντήσουν εμπόδια στην απόκτηση αντισυλληπτικών ή προφυλακτικών είναι δυνατόν αυτό να έχει αρνητικά αποτελέσματα αυξάνοντας την πιθανότητα μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Ο χειρισμός των υποθέσεων που αφορούν την αντισύλληψη ψυχικά άρρωστων ανηλίκων από την πολιτεία πρέπει να είναι ιδιαίτερος. Ουσιαστικά θα πρέπει να συνεκτιμώνται οι ειδικές συνθήκες κάθε υπόθεσης από ομάδα γιατρών, γυναικολόγων, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών προκειμένου να ληφθεί απόφαση που θα εξυπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το συμφέρον του ανηλίκου.

Αξίζει να τονιστεί πως μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει στην Ελλάδα ειδική νομοθεσία, σχετική με την αντισύλληψη των ψυχικά αρρώστων ανηλίκων και ενηλίκων, όπως συμβαίνει στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη.

Στην Αγγλία η Βουλή των Λόρδων απεφάνθη στην υπόθεση Jeanette²⁸², ότι η συναίνεση για στείρωση ψυχικά πάσχοντος ανηλίκου μπορεί να δοθεί από την πολιτεία, δια της δικαστικής

οδούς, όταν συντρέχουν ειδικοί λόγοι οι οποίοι να το επιβάλλουν. Με αυτό το σκεπτικό 17χρονη ανήλικη, με αντίληψη κοριτσιού 6 ετών υποβλήθηκε σε στείρωση. Οι ειδικοί επιστήμονες που την εξέτασαν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρά το γεγονός ότι είχε σεξουαλική συναίσθηση ήταν ανίκανη να αντιληφθεί την διαδικασία του σεξ, ή της εγκυμοσύνης.

Η΄ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΑΜΒΛΩΣΗ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μια συγκεκριμένη κοινωνία αντιδρά στην αντισύλληψη είναι ουσιώδης για να αντιληφθεί κάποιος την πρακτική που ακολουθείται από την συγκεκριμένη κοινωνία στις αμβλώσεις. Στην Ελλάδα τρεις θεσμοί συνέβαλαν καθοριστικά στην διαμόρφωση του περιγράμματος της πολιτικής της άμβλωσης και της αντισύλληψης. Η πολιτεία, η Εκκλησία και το ιατρικό επάγγελμα.

Η Ελλάδα ήταν από τις τελευταίες χώρες στην Ευρώπη που αποφάσισαν την νομιμοποίηση των αμβλώσεων μετά από μαραθώνιες συζητήσεις και αντεγκλήσεις στο κοινοβούλιο της. Παρά το γεγονός ότι οι αμβλώσεις ήταν παράνομες μέχρι το 1986, θεωρήθηκαν υπεύθυνες κατά το ήμισυ για την δραματική μείωση του ελληνικού πληθυσμού στην περίοδο που ακολούθησε μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Σήμερα στην Ελλάδα ο αριθμός αναπαραγωγής είναι ένας από τους χαμηλότερους παγκοσμίως, πολύ χαμηλότερος από εκείνον που απαιτείται για την φυσιολογική αναπλήρωση του υπάρχοντος πληθυσμού¹⁷⁴.

Μεταξύ των προϋποθέσεων που έθεσε ο νόμος 1609/1986 για την σύννομη υποβολή της ανήλικης σε άμβλωση είναι η συναίνεση της καθώς και η συναίνεση ενός από τους γονείς της ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της, στην περίπτωση που οι γονείς της για κάποιο λόγο εξέπεσαν από τα γονεϊκά του δικαιώματα ή στην περίπτωση που δεν βρίσκονται στην ζωή.

Με δεδομένο ότι η ανηλικότητα αποτελεί μια διαπλαστική χρονική περίοδος μετάβασης των νέων προς την ενηλικίωση, που σηματοδοτεί σωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές αλλαγές καθώς και αλλαγές στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ανηλίκων, επιχειρείται μέσω μελέτης η διερεύνηση και διευκρίνιση των ατομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ανηλίκων κοριτσιών που αναζητούν την διακοπή της εγκυμοσύνης τους στην Ελλάδα, μετά την εφαρμογή της νέας νομοθεσίας²⁸⁴. Ειδικότερα καταγράφονται οι ηλικίες των ανηλίκων

κοριτσιών που καταφεύγουν στην άμβλωση, το γνωστικό τους επίπεδο, η οικογενειακή τους κατάσταση, το πότε ανέπτυξαν σεξουαλική δραστηριότητα, αν ακολούθησαν συγκεκριμένες μεθόδους αντισύλληψης, αν ενημερώθηκαν για τους κινδύνους που ενέχει μια άμβλωση, οι λόγοι που τις ώθησαν να υποβληθούν σε αυτή, ο ρόλος των γονιών τους και γενικότερα του περιβάλλοντος τους στην απόφασή τους αυτή, η γνώση ή η άγνοια τους για την σχετική νομοθεσία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο των ερωτηματολογίων, το χρονικό διάστημα μεταξύ του Οκτωβρίου του 2000 και του Ιουλίου του 2003. Ειδικότερα στην έρευνα συμμετείχαν τέσσερις ιδιώτες μαιευτήρες-γυναικολόγοι, (ένας εξ αυτών εργαζόταν στην Αθήνα, ένας στην Λάρισα, και τρεις στο Ηράκλειο της Κρήτης). Η επιλογή ιατρών που δουλεύουν στον ιδιωτικό τομέα έγινε σκοπίμως δεδομένου ότι οι περισσότερες αμβλώσεις ανηλικών γυναικών πραγματοποιούνται σε ιδιωτικές κλινικές (ίσως γιατί τα ανήλικα κορίτσια φοβούνται ότι ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν εξασφαλίζει το απόρρητο της ιατρικής πράξης).

Ζητήθηκε από τους γιατρούς να διανείμουν τα ερωτηματολόγια προς τις ανήλικες έγκυες στην πρώτη συνάντησή που είχαν μαζί τους, και αφού τα συμπληρώσουν να τα επιστρέψουν σε χρονικό διάστημα μικρότερο των δύο εβδομάδων και ασφαλώς πριν την υποβολή τους σε διακοπή της κύησης.

Προηγήθηκε ενημέρωση των ανηλικών εγκύων από τους γιατρούς τους, για το ότι η έρευνα θα διεξαγόταν από ακαδημαϊκό ινστιτούτο για ερευνητικούς σκοπούς, και για το ότι θα διασφαλιζόταν πλήρως το απόρρητο των στοιχείων της ταυτότητάς τους.

Τα ερωτήματα στα οποία καλούνταν οι ανήλικες να απαντήσουν αφορούσαν δημογραφικά τους στοιχεία, την σεξουαλική τους ζωή, την γνώση τους σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, την γνώση τους σχετικά με την αντίθεση της Εκκλησίας στην άμβλωση καθώς και ως προς την ύπαρξη σχετικού νόμου που καθορίζει τα κριτήρια πραγματοποίησης μιας

νόμιμης άμβλωσης. Ακόμα υπήρχαν ερωτήσεις που σχετίζονταν με το πώς η ανήλικη αποφάσισε την διακοπή της εγκυμοσύνης της καθώς και την επίδραση της οικογένειας, του ερωτικού της συντρόφου και του γιατρού της στην απόφαση της αυτή.

Στο παράρτημα 1 παρουσιάζεται αναλυτικά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της παρούσης μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τις 150 ανήλικες που ενημερώθηκαν από τους γιατρούς τους για την εν λόγω έρευνα οι 38 αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο για προσωπικούς λόγους οι οποίοι και ουδέποτε δηλώθηκαν. Από τις 112 ανήλικες που αρχικά συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην μελέτη και έλαβαν το ερωτηματολόγιο μόνο οι 74 το επέστρεψαν συμπληρωμένο, ποσοστό που φτάνει στο 66% των διανεμηθέντων ερωτηματολογίων.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ανηλίκων που συμμετείχαν στην μελέτη. Η μέση ηλικία των ανηλίκων ανερχόταν στα 16,1 έτη (διακύμανση 15-17,9 έτη και μέση απόκλιση 0,9 έτη) και ήταν στην συντριπτική πλειοψηφία τους μαθήτριες γυμνασίου ή λυκείου. Οι περισσότερες διέμεναν σε αστικά κέντρα (65%), ήσαν ανύπανδρες (73%), δεν είχαν άλλο παιδί (84%), και οι γονείς τους σε μικρό ποσοστό είχαν ανώτατη μόρφωση (πατέρας: 20%, μητέρα: 16%).

Σχετικά με την σεξουαλική ζωή των γυναικών, το 62% είχε την πρώτη σεξουαλική επαφή μετά το 15ο έτος της ηλικίας τους ενώ το 74% (55/74) δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί ως προς τις μεθόδους αντισύλληψης.

Σχετικά με τις πηγές αυτής της ενημέρωσης, το 64% δήλωσε ότι η ενημέρωση που είχε για τις μεθόδους αντισύλληψης προερχόταν από το φιλικό τους περιβάλλον, το 47% δήλωσε ότι προερχόταν από γιατρούς τους οποίους επισκέφτηκαν και το 36% δήλωσε ότι ενημερώθηκε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (πίνακας 2). Κάθε γυναίκα είχε την δυνατότητα να δηλώσει

περισσότερες από μία πηγές ενημέρωσης. Η οικογένεια και το σχολείο δεν αποτέλεσαν πηγή ενημέρωσης για τις ανήλικες στην παρούσα μελέτη.

Είκοσι (27%) ανήλικες δήλωσαν ότι δεν χρησιμοποιούσαν κάποιο αντισυλληπτικό μέσο. Μια πιθανή ερμηνεία για αυτό είναι ότι οι ανήλικες αυτές δεν σκόπευαν να αναπτύξουν σεξουαλικές σχέσεις και η εγκυμοσύνη τους ήταν αποτέλεσμα τυχαίας συνεύρεσης. Οι πιο δημοφιλείς αντισυλληπτικές μέθοδοι μεταξύ των ανηλίκων σύμφωνα πάντα με την έρευνα είναι η διακεκομμένη συνουσία με ποσοστό 49% και το ανδρικό προφυλακτικό με ποσοστό 28,5%, ενώ το αντισυλληπτικό χάπι χρησιμοποιήθηκε μόνο από το 9,5% των ερωτηθέντων και όχι σε μόνιμη βάση. Το 15% των ανηλίκων που συμμετείχαν στην έρευνα χρησιμοποιούσε εναλλακτικά τόσο το ανδρικό προφυλακτικό, όσο και την διακεκομμένη συνουσία ως αντισυλληπτικές μεθόδους.

Η διακοπή της κύησης ήταν απόφαση που έλαβε μόνη της η ανήλικη σε ποσοστό 65%, ενώ όταν η απόφαση της επηρεαζόταν από άλλο πρόσωπο, ο σύντροφος ήταν εκείνος που επηρέαζε την απόφαση της να υποβληθεί σε άμβλωση σε ποσοστό 73% (19/26) (Πίνακας 4).

Οι περισσότερες ανήλικες (91%) ενημερώθηκαν για τους κινδύνους που ενέχει η άμβλωση από τους γιατρούς τους σε ποσοστό 87% (65/74). Οι δε λόγοι που επικαλέστηκαν οι ερωτηθείσες προκειμένου να ζητήσουν την διακοπή της εγκυμοσύνης τους ήταν κυρίως κοινωνικοοικονομικοί σε ποσοστό 51% (Πίνακας 5). Οι περισσότερες ανήλικες δήλωσαν ότι για πρώτη φορά υποβάλλονταν σε τέτοιου είδους επέμβαση σε ποσοστό 78%. Σε ποσοστό δε 89% οι ανήλικες γνώριζαν ότι η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία εναντιώνεται σε τέτοιου είδους επεμβάσεις, ενώ σε ποσοστό 86% οι ανήλικες γνώριζαν την ύπαρξη σχετικής νομοθεσίας που ορίζει τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να πραγματοποιούνται οι αμβλώσεις.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των 74 ανηλίκων που συμμετείχαν στην μελέτη.

Στοιχεία	n=, (%)
Μέση ηλικία (\pm SD)	16.1 (0.9)
Τόπος διαμονής	
Πόλη	48 (65%)
Χωριό	25 (35%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Παντρεμένη	19 (27%)
Ανύπαντρη	54 (73%)
Προϋπάρχοντα τέκνα	
Ναι	12 (16%)
Όχι	62 (84%)

Πίνακας 2. Πηγές ενημέρωσης των ανηλίκων αναφορικά με τις μεθόδους αντισύλληψης.

Πηγή	n=, (%)
Οικογένεια	0
Σύζυγος/σύντροφος	9 (16.5%)
Φιλικό περιβάλλον	35 (64%)
Γιατρός	26 (47%)
Σχολείο	8 (14.5%)
Μέσα μαζικής ενημέρωσης	20 (36.5%)
Άλλες πηγές	0
Σύνολο	55 (100%)

Πίνακας 3. Αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνταν .

Αντισυλληπτική μέθοδος	n=, (%)
Διακεκομμένη συνουσία	25 (34%)
Ανδρικό προφυλακτικό	10 (13.5%)
Χάπι	7 (9.5%)
Διακεκομμένη συνουσία ή ανδρικό προφυλακτικό	11 (15%)
Διάφραγμα/Σπιράλ	1 (2%)
Άλλη μέθοδος	4 (7.5%)
Σύνολο	54 (10%)

Πίνακας 4. Πηγές που επηρέασαν την απόφαση της ανήλικης να υποβληθεί σε
άμβλωση.

Απόφαση για άμβλωση	n= (%)
Προσωπική απόφαση ανηλίκου	48 (65%)
Πηγές επηρεασμού της ανηλίκου	26 (35%)
Οικογένεια	2 (7.5%)
Σύζυγος/σύντροφος	19 (73%)
Γιατρός	7 (27%)
Άλλη πηγή/ φιλικό περιβάλλον	4 (15.5%)

Πίνακας 5. Αιτίες που οδήγησαν στην απόφαση για τον τερματισμό της κύησης.

Αιτίες	n=, (%)
Κοινωνική αποδοχή	20 (27%)
Ιατρικοί λόγοι	5 (7%)
Οικονομικοί λόγοι	18 (24%)
Έλλειψη συζύγου ή συντρόφου	18 (24%)
Αρνηση αποδοχής της κύησης από σύζυγο ή σύντροφο	16 (21%)
Ηθικοί λόγοι (βιασμός/αιμομιξία)	0
Άλλες	8 (11%)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της παρούσας έρευνας η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανηλικών κοριτσιών ξεκινά στα τελευταία γυμνασιακά έτη, περίπου δηλαδή στην ηλικία των δεκαπέντε ετών. Και ενώ θα περίμενε κανείς ότι σε μια χώρα με Ορθόδοξη και συντηρητική παράδοση όπως η Ελλάδα, που απέδιδε και αποδίδει ιδιαίτερη σπουδαιότητα στους θεσμούς του γάμου και της οικογένειας, η σεξουαλική δραστηριότητα των ανηλικών θα άρχιζε πολύ αργότερα, τα ευρήματα της μελέτης συνηγορούν στο αντίθετο. Σε αυτή την εξέλιξη πιθανόν συνέβαλε το γεγονός ότι η Ελλάδα είναι βέβαια ένα κράτος με ομοιογενή πληθυσμό όσον αφορά στη νοοτροπία, την παράδοση και την θρησκεία, συγχρόνως όμως είναι κράτος που αφενός δίνει την δυνατότητα στους πολίτες του να ταξιδέψουν στο εξωτερικό, αφετέρου δέχεται τις επιρροές, τα ήθη και την κουλτούρα εκατομμυρίων τουριστών που το επισκέπτονται τους καλοκαιρινούς μήνες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όσοι ζουν στην Ελλάδα να βομβαρδίζονται σε καθημερινή βάση από τα ΜΜΕ με κουλτούρες μεγαλύτερης ανοχής στα

ζητήματα γύρω από το σεξ και γενικά με πρότυπα που δημιουργούν νέα μοντέλα ήθους και εννόμων σχέσεων. Έτσι ο εναρμονισμός των συμπεριφορών γύρω από το σεξ και την αντισύλληψη των ανηλίκων ελληνίδων, με τις κουλτούρες και συμπεριφορές των ανηλίκων άλλων ευρωπαϊκών ή αμερικανικών κρατών, μοιάζει αναπόφευκτος.

Όσον αφορά στην χρήση των αντισυλληπτικών μεθόδων, παρά την αυξανόμενη διαθεσιμότητα τους και την εύκολη πρόσβαση των ελληνίδων σε αυτές, ιδιαίτερα μετά το 1980, ελάχιστες ελληνίδες καταφεύγουν σε αυτές προκειμένου να κάνουν ασφαλές σεξ ή όταν τις χρησιμοποιούν τις χρησιμοποιούν με λάθος τρόπο.

Αξιοσημείωτη είναι και η μικρή αποδοχή που έχει το αντισυλληπτικό χάπι καθώς και η λανθασμένη χρήση του όταν αυτό χρησιμοποιείται από τις ανήλικες. Τα στοιχεία μας δείχνουν ότι ακόμα και σήμερα περίπου το μισό των ανηλίκων γυναικών στην Ελλάδα χρησιμοποιεί ως κύρια μέθοδο αντισύλληψης την διακεκομμένη συνουσία, παρά το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους οι ανήλικες δηλώνουν επαρκώς ενημερωμένες ως προς το σύνολο των αντισυλληπτικών μεθόδων. Κατά πόσο η μικρή αποδοχή του αντισυλληπτικού χαπιού είναι αποτέλεσμα ενός απροσδιόριστου φόβου των ανηλίκων για πιθανές επιπλοκές από την χρήση του ή της αδυναμίας να το αποκτήσουν λόγω του κόστους του και της ιατρικής συνταγογράφησης του, είναι άγνωστο και αποτελεί ενδιαφέρον ζήτημα το οποίο θα πρέπει να διευκρινισθεί με περαιτέρω έρευνα.

Η ελληνική οικογένεια ελάχιστα συμβάλλει στην ενημέρωση της ανήλικης ως προς τις μεθόδους αντισύλληψης ή τους κινδύνους που ενέχει η άμβλωση. Αλλά και η ίδια η ανήλικη δεν νοιώθει ασφαλής να εκμυστηρευτεί, να συζητήσει αυτά τα ζητήματα με τους γονείς της. Για αυτό ακριβώς και αναζητά την ενημέρωση της σε τρίτα πρόσωπα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος της. Όμως και το ελληνικό σχολείο, όπως προκύπτει από την μελέτη, δεν φαίνεται να προσφέρει ολοκληρωμένη ενημέρωση στις ανήλικες. Κατά πληροφορίες, τα μαθήματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης που εντάχθηκαν σχετικά πρόσφατα στο ημερήσιο

πρόγραμμα του Λυκείου, πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε δεν αφήνει περιθώρια ουσιαστικού διαλόγου και πραγματικής άσκησης συμβουλευτικής στα παιδιά. Σε αυτό συνηγορεί και η υψηλή συχνότητα των αμβλώσεων μεταξύ των ανηλικών κοριτσιών. Η μελέτη αυτή έρχεται να επιβεβαιώσει και την μικρή σχετικά επιρροή των συνομηλίκων της ανήλικης στην λήψη της απόφασης να υποβληθεί σε άμβλωση. Σε ποσοστό 65%, σύμφωνα με την μελέτη μας, οι ανήλικες αποφασίζουν μόνες τους να τερματίσουν την εγκυμοσύνη τους πρόωρα. Γενικότερα, ως προς το θέμα της επιρροής των συνομηλίκων θα μπορούσαν να ειπωθούν τα εξής: Στο στάδιο της πρώτης ανηλικότητας οι ανήλικοι δεν δέχονται επιρροές στην λήψη σημαντικών αποφάσεων. Συμφωνούν μεταξύ τους σε ασήμαντα θέματα, όπως για παράδειγμα στην επιλογή των ρούχων, στην επιλογή διασκέδασης κλπ. Στο στάδιο όμως της μεσαίας ανηλικότητας, οι ανήλικοι επηρεάζονται και μιμούνται ιδιαίτερα τους συνομηλίκους τους. Η επιρροή των συνομηλίκων τους είναι τόσο μεγάλη στην λήψη αποφάσεων, ώστε είναι δυνατόν να συμμετάσχουν σε μια εγκληματική δραστηριότητα ή σε μια παράνομη συμπεριφορά, απλώς και μόνο για να κερδίσουν τον θαυμασμό των φίλων τους. Η επίτευξη της κοινωνικής καταξίωσης είναι συνυφασμένη με την επίδειξη ρώμης, με την εναντίωση προς τους νόμους ή τα κατεστημένα. Ακόμα όμως και σε αυτό το στάδιο της μεσαίας ανηλικότητας ή της τελευταίας ανηλικότητας όπου η επιρροή των συνομηλίκων είναι εντονότατη, η λήψη απόφασης για την άμβλωση τείνει να είναι τελείως ιδιωτική. Οι ανήλικες που δεν εμπλέκουν τους γονείς τους στο πρόβλημά τους, εμπιστεύονται ελάχιστους ανθρώπους επιλεγμένους με προσοχή κυρίως για να αντλήσουν πληροφορίες τις οποίες θα ενσωματώσουν στην απόφαση τους. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι γιατροί, οι οποίοι τις ενημερώνουν για την διαδικασία και τις εναλλακτικές λύσεις που τους δίνονται. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι στην πλειοψηφία τους οι ανήλικες εμπλέκουν τουλάχιστον ένα ενήλικο, συχνά συγγενή ή «ειδικό επιστήμονα». Ο ρόλος του προσώπου αυτού είναι καθαρά υποστηρικτικός σε όποια απόφαση λάβουν οι ίδιες οι ανήλικες. Συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις συναντάμε ενηλίκους

(συγγενείς-φίλους) να παίζουν τον ρόλο του εξομολογητή, γεγονός που συναισθηματικά τις «ελαφρύνει», ώστε με μεγαλύτερη ψυχραιμία και λογική να αποφασίσουν.

Η απόφαση της ανήλικης για άμβλωση εκφράζει την θέληση της να έχει τον τελικό λόγο σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα υγείας. Δεν έχουν καταγραφεί γεγονότα μέσα από συγκεκριμένες μελέτες τα οποία να υποστηρίζουν το αντίθετο. Αυτό αποδεικνύει ότι οι ίδιες οι ανήλικες αναλαμβάνουν την ευθύνη των πράξεων τους και τον έλεγχο των επιλογών τους.

Πολύ μεγάλο, σύμφωνα πάντα με την έρευνα, είναι το ποσοστό γνώσης των επιταγών της σχετικής με την άμβλωση νομοθεσίας. Αυτό σημαίνει ότι οι ανήλικες ενδιαφέρονται να μάθουν τις προϋποθέσεις για την υποβολή τους σε νόμιμη άμβλωση.

Η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία στην οποία ανήκουν οι περισσότεροι Έλληνες, θεωρεί την άμβλωση ως σημαντική αμαρτία, ταυτίζοντας την με την ανθρωποκτονία. Σύμφωνα με το Ορθόδοξο δόγμα οι γυναίκες που υποβάλλονται σε άμβλωση δεν μπορούν να συμμετέχουν στη Θεία Μετάληψη. Στην πράξη όμως η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν έχει σταθεί πιστός αντίπαλος των αμβλώσεων όπως έχει ταχθεί η Καθολική Εκκλησία.

Η Χριστιανική Ορθόδοξη Εκκλησία επηρεάζει σημαντικά ούτως η άλλως τα κοινωνικά και πολιτικά πράγματα. Γι' αυτό και οι προσπάθειες της πολιτείας για την δημιουργία πολυμελών οικογενειών, ενισχύθηκαν από την Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν την επιρροή της εκκλησίας, μια και το 86% των ερωτηθέντων ανηλίκων φαίνεται να γνωρίζει την στάση της απέναντι στις αμβλώσεις.

Συμπερασματικά η άμβλωση αποτελεί βιωματική εμπειρία για πολλές ανήλικες γυναίκες στην Ελλάδα. Είναι εμφανές ότι χρειάζεται αλλαγή της στάσης της κοινωνίας και της πολιτείας ως προς την σεξουαλική δραστηριότητα των ανηλίκων με χάραξη των κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία θα βοηθήσουν στην μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων.

Η κατήχηση των νέων με επιχειρήματα του τύπου ότι οι προγαμιαίες σχέσεις παραπέμπουν σε άτομα μειωμένης ηθικής, είναι σίγουρο ότι δεν προλαμβάνει τις εγκυμοσύνες των ανηλίκων. Για άλλη μια φορά θα πρέπει να τονιστεί ότι συμπεριφορές εκφοβισμού των νέων, συμπεριφορές που τους κάνουν να νοιώθουν ενοχές ως προς την σεξουαλικότητα τους, δεν βοηθούν στην πρόληψη των κυήσεων. Αντίθετα συμπεριφορές σεβασμού της προσωπικότητας και των επιλογών του ανηλίκου, συντελούν στην ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Η αναγνώριση του δικαιώματος του ανηλίκου να εκφράζεται και σεξουαλικά αποτελεί στοιχείο άρρηκτα συνδεδεμένο με την ανάπτυξη του, βοηθά στην εξασφάλιση του δικαιώματος για σωστή και σοβαρή ενημέρωση γύρω από το σεξ και πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας οι οποίες θα του δώσουν την δύναμη να εκφράσει την σεξουαλικότητα του με ασφαλείς και υγιείς τρόπους. Η μείωση του αριθμού των κυήσεων και των αμβλώσεων ανάμεσα στους ανήλικους θα έρθει ως φυσικό αποτέλεσμα όλης αυτής της προσπάθειας.

Πανεπιστήμιο Κρήτης**Εργαστήριο Ιατροδικαστικών Επιστημών****Ερωτηματολόγιο**

1. Ποιά είναι η ηλικία σας ;
2. Ποιός είναι ο τόπος διαμονής σας ;
Πόλη..... Χωριό.....
3. Ποιό είναι το επίπεδο των γραμματικών γνώσεών σας ;
Δημοτικό..... Γυμνάσιο..... Λύκειο.....
4. Ποιό είναι το επίπεδο των γραμματικών γνώσεων των γονιών σας;
Πατέρα..... Μητέρα.....
5. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση ;
Ανύπανδρη..... Έγγαμη.....
6. Έχετε παιδιά ; ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
7. Πότε είχατε για πρώτη φορά σεξουαλικές σχέσεις ;
Πρίν από την ηλικία των 15 ετών:
Μετά από την ηλικία των 15 ετών:
8. Έχετε ενημερωθεί για τις μεθόδους αντισύλληψης ;
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
Αν ΝΑΙ από ποιόν ;
Οικογένεια..... Φίλες σας..... Σχολείο.....
Τον σύντροφό σας..... Τον γιατρό σας.....
Τηλέοραση & εφημερίδες..... Άλλο τρόπο.....
9. Ακολουθούσατε κάποια μέθοδο αντισύλληψης ;
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
Αν ΝΑΙ ποιά ;
Χάπι..... προφυλακτικό..... Διακεκομμένη συνουσία.....
Διάφραγμα/ Σπιράλ..... Άλλο.....
10. Αποφασίσατε μόνη σας να κάνετε έκτρωση ;
ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
Αν ΟΧΙ τότε ποιός σας παρακίνησε ;
Η οικογένειά σας..... Ο σύντροφός σας.....
Ο γιατρός σας..... Κάποιος άλλος.....
11. Ενημερωθήκατε για τους πιθανούς κινδύνους μιας έκτρωσης ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Αν ΝΑΙ από ποιόν ;

Οικογένεια..... Φίλες σας..... Σχολείο.....

Τον σύντροφό σας..... Τον γιατρό σας.....

Τηλεόραση & εφημερίδες..... Άλλο τρόπο.....

12. Ποιοί λόγοι σας οδήγησαν να αποφασίσετε την έκτρωση ;

Οικονομικοί..... Λόγοι υγείας.....

Έλλειψη συζύγου ή συντρόφου.....

Άρνηση αποδοχής της εγκυμοσύνης από τον συζύγο/συντρόφο.....

Ήταν η εγκυμοσύνη απότοκη βιασμού ή αιμομιξίας.....

Κοινωνικοί λόγοι..... Άλλοι λόγοι.....

13. Γνωρίζουν οι γονείς σας για την εγκυμοσύνη σας ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

14. Είναι οι γονείς σας ενήμεροι για την απόφασή σας να υποβληθείτε σε έκτρωση ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Αν ΝΑΙ είναι σύμφωνα με την απόφασή σας ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

15. Έπαιξε ρόλο η στάση του γιατρού σας στην απόφασή σας να υποβληθείτε σε έκτρωση ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

16. Έχετε υποβληθεί σε άλλες εκτρώσεις στο παρελθόν ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

17. Γνωρίζετε ότι η θρησκεία μας εναντιώνεται στην έκτρωση ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

18. Γνωρίζετε ότι στην Ελλάδα υπάρχει ειδική νομοθεσία που καθορίζει τους λόγους και την διαδικασία που πρέπει να γίνεται η έκτρωση ;

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Θ΄ ΜΕΡΟΣ

**Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΟΥ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ
ΤΗΝ ΑΜΒΛΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΗΛΙΚΗΣ
ΕΓΚΥΟΥ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΙ ΟΡΘΟΔΟΞΙΑ

Αρχικά πρέπει να διευκρινισθεί ότι στο θέμα των αμβλώσεων η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν διαφοροποιείται μεταξύ άμβλωσης ενήλικης ή ανήλικης γυναίκας. Κρατεί ίσες αποστάσεις μεταξύ τους και διατυπώνει ξεκάθαρες απόψεις. Η Ορθοδοξία εμμένει σταθερά στην άποψη της ότι ο άνθρωπος είναι κατ' εξοχήν δημιούργημα του Θεού «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν» Του και ότι αποτελεί μια καθ' ολοκληρία ψυχοσωματική οντότητα. Από τη στιγμή που ολοκληρώνεται ή γονιμοποίηση, υπάρχει ένα μοναδικό ανθρώπινο ον, το οποίο η Εκκλησία αναγνωρίζει ως πρόσωπο, ένα ον σε κοινωνία με το Θεό και τα άλλα πρόσωπα. Η άμβλωση, η διακοπή της ζωής επομένως, ισοδυναμεί με φόνο, είναι μια προμελετημένη αφαίρεση ανθρώπινης ζωής παραβιάζοντας τα δικαιώματα του θύματος²⁸⁵. Ως εκ τούτου αντιβαίνει την εντολή του Θεού «ου φονεύσεις». Εκτός όμως την πρωταρχική αυτή εντολή του Δεκάλογου υπάρχουν αρκετές μαρτυρίες των Πατέρων της Εκκλησίας, αναφορές των Ιερών Κανόνων επικυρωμένων από τις Οικουμενικές Συνόδους, απόψεις συγχρόνων Θεολόγων, οι οποίες καταδικάζουν την άμβλωση και την χαρακτηρίζουν ως εκούσιο φόνο.

Σύμφωνα με τις απόψεις αυτές είναι ευνόητο ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία απορρίπτει ακόμα και όλες τις περιπτώσεις αμβλώσεως για ωφελμιστικούς ιδιοτελείς και καθαρά φίλαυτους λόγους. Τέτοιοι μπορεί να είναι ή οικονομική ή η επαγγελματική αποκατάσταση, η κατάκτηση της γνώσης, η διατήρηση της εξωτερικής ομορφιάς, η αποφυγή ευθυνών, η απόλυτη ελευθερία, ή το μοίρασμα μιας μεγάλης περιουσίας σε μόνο ένα ή δύο κληρονόμους και όχι τέσσερις ή πέντε για παράδειγμα. Πέρα αυτών υπάρχουν περιπτώσεις που μερικοί είναι περισσότερο διαλλακτικοί. Αυτές είναι οι «ιδιαίτερες» ή οι «δύσκολες» περιπτώσεις όπως τις ονομάζουν²⁸⁵. Σ' αυτές η Εκκλησία προτάσσει την δική της επιχειρηματολογία με βάση την Ορθόδοξη παράδοση, την Αγία Γραφή, και την πατερική διδασκαλία.

Οι περιπτώσεις αυτές είναι 1) όταν υπάρχει βιασμός και το κύημα είναι καρπός βιασμού ή αιμομιξίας, 2) όταν το παιδί ενδέχεται βάσει του προγεννητικού ελέγχου να γεννηθεί ελαττωματικό ή με κάποιο σύνδρομο, 3) όταν ο τοκετός προκαλεί στην μητέρα ψυχολογικό stress και ως εκ τούτου κινδυνεύει ή ψυχολογική υγεία της μητέρας και 4) όταν υπάρχει κίνδυνος για την ζωή της μητέρας εκφρασμένος από την μεριά της ιατρική επιστήμης

A. Άμβλωση όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αιμομιξίας.

Όταν η κύηση είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αιμομιξίας η Εκκλησία δεν μπορεί να υιοθετήσει την άμβλωση διότι δεν επιτρέπει την αφαίρεση ανθρώπινης ζωής. Για τον γενόμενο βιασμό το έμβρυο δεν ευθύνεται. Ούτε θα πρέπει αυτό να αποτελέσει το εξιλαστήριο θύμα για τα λάθη άλλων. Η Εκκλησία πιστεύει πως μια τέτοια δοκιμασία σε κάποιον άνθρωπο μπορεί να σταθεί ως αφορμή σωτηρίας.

Το έμβρυο, ο τοκετός, η νέα ζωή, θα αποτελέσουν κίνητρο θεραπείας της πληγής του βιασμού. Είναι θέμα καθαρά πίστεως και χριστιανικής συνειδήσεως.

Στην προκειμένη περίπτωση πρέπει επίσης να τονίσουμε ότι η άμβλωση που πραγματοποιείται επειδή η κύηση αποτελεί το προϊόν βιασμού σηματοδοτεί ένα δεύτερο βιασμό για την Εκκλησία: Όπως η μητέρα υπέστη ψυχοσωματική καταρράκωση της υπάρξεώς της, κατά τον ίδιο τρόπο και το έμβρυο οδηγείται στον θάνατο, υποβάλλεται σε εξαφάνιση. Και μάλιστα ο βιασμός αυτός είναι οδυνηρότερος διότι δεν γίνεται από κάποιον ξένο, άγνωστο, άσχετο, αλλά από την ίδια τη σάρκα, από την ίδια τη μητέρα. Για τον λόγο αυτό η Εκκλησία δεν μπορεί να δεχθεί επιλεκτικά την άμβλωση σε περίπτωση βιασμού ή αιμομιξίας. Το δικαίωμα στη ζωή ανήκει σε όλους ακόμη και στο έμβρυο.

B. Άμβλωση μετά από μη αναμενόμενα αποτελέσματα προγεννητικού ελέγχου.

Αρκετές φορές αποφασίζεται άμβλωση όταν ή αμνιοκέντηση ή η βιοψία χοριακής λάχνης παρουσιάσει γενετικές ανωμαλίες. Ο συνηθέστερος προγεννητικός έλεγχος περιλαμβάνει τον

έλεγχου του εμβρύου εντός του αμνιακού σάκου. Ανάλογα με την κατάσταση του εμβρύου διαγράφεται το μέλλον το οποίο θα έχει. Στον προγεννητικό εμβρυϊκό έλεγχο μπορούν να διαγνωστούν κληρονομικές ανωμαλίες που οφείλονται σε χρωμοσώματα, όπως για παράδειγμα το σύνδρομο Ντάουν, ή για άλλες ασθένειες όπως ή μογγολοειδής ιδιοτεία και ή μεσογειακή αναιμία. Τα αποτελέσματα αν δεν είναι τα επιθυμητά, μπορούν να προσφέρουν ένα άλλοθι σε γιατρούς και γονείς για την άμβλωση του εμβρύου. Στην Αμερική το 50% των άμβλώσεων οφείλεται στα μη προσδοκώμενα αποτελέσματα του προγεννητικού ελέγχου²⁸⁶.

Ο μαζικός γενετικός έλεγχος έχει περιγραφεί με στρατιωτικούς όρους σαν «επιχείρηση αναζήτησης και καταστροφής». Μοναδικός σκοπός του είναι ή ανίχνευση γενετικών ανωμαλιών – όπως είναι π.χ. το σύνδρομο Down, η δισχιδής ράχις, η νόσος Tay-Sachs, ή το σύνδρομο Lesch-Nyhan, με σκοπό την άμβλωση των ανεπιθύμητων εμβρύων. Εν τούτοις, με την ταχεία πρόοδο στη γονιδιακή θεραπεία, κάποια μορφή γενετικού ελέγχου θα γίνει υποχρεωτική και επιθυμητή, στο μέτρο που ορισμένες ανωμαλίες μπορούν να διορθωθούν μέσα στη μήτρα.

Η θανάτωση του εμβρύου εξαιτίας δυσμενών για την υγεία του εμβρύου ενδείξεων, όπως αυτά προκύπτουν από τον προγεννητικό έλεγχο δεν μπορεί να γίνει δεκτή από την Εκκλησία. Η Εκκλησία πιστεύει ότι ένα ελαττωματικό παιδί, ή παιδί με ειδικές δυνατότητες, μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα σωτηρίας πολλών ανθρώπων ιδιαίτερα δε, αυτών που πρόσκεινται στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ένα τέτοιο παιδί μπορεί να αποτελέσει την αιτία για μια ανώτερη επικοινωνία με το Θεό. Για την εκκλησία ο βασικός αγώνας του κάθε πιστού είναι τελικά να δεχθεί τον άλλο όπως είναι, χωρίς να θέλει να τον προσαρμόσει στα δικά του μέτρα και στις δικές του απαιτήσεις. Η Εκκλησία περισσότερο βλέπει εσχατολογικά. Η βιολογική ζωή έχει φθορά, εφήμερη ταυτότητα, παροδικότητα και έκτυπη τη σφραγίδα της πτώσης προς το θάνατο. Από τη στιγμή της γεννήσεως αρχίζει η λειτουργία της φθοράς και η πορεία προς το θάνατο²⁸⁷.

Η ιδιότητα του ανθρωπίνου προσώπου για την εκκλησία, δεν καθορίζεται από την ιατρική διάγνωση ή το αποτέλεσμα του προγεννητικού ελέγχου, αλλά από τη Θεία Πρόνοια. Στα μάτια του Θεού, ούτε αρρώστια ούτε ο θάνατος αποστερούν το ανθρώπινο πλάσμα από την ιδιότητα του προσώπου.

Η από μέρους μας διακοπή ζωής δηλώνει για την Εκκλησία τη δική μας πνευματική αναπηρία. Το έμβρυο με οποιεσδήποτε ανωμαλίες δεν καθίσταται άνθρωπος, ψυχοσωματική οντότητα, πρόσωπο κατ' εικόνα Θεού από τη γέννησή του. Από τη στιγμή της συλλήψεως του αρχίζει να λειτουργεί ως σώμα και ψυχή, ως καθ' ολοκληρίαν άνθρωπος. Για τον λόγο αυτό η Εκκλησία αναγνωρίζει τα έμβρυα ως πρόσωπα. Αναγνωρίζει επίσης την ανάγκη αγώνος για τη σωτηρία του καθενός και το εκούσιο σήκωμα του προσωπικού σταυρού. Η μητέρα, ο πατέρας, η οικογένεια, καλούνται να σηκώσουν το σταυρό τους. Να δεχθούν το παιδί οποιοδήποτε κι αν είναι αυτό, αφού τελικά αυτό είναι το δικό τους παιδί, το παιδί που τους έστειλε ο Θεός.

Γ. Άμβλωση για κίνδυνο ψυχολογικής φθοράς της μητέρας.

Σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσης μελέτης έγινε εκτενής αναφορά των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η άμβλωση στο σώμα και στον ψυχισμό της εγκύου. Πως θα μπορούσε λοιπόν η Εκκλησία να συναινέσει σε μια ιατρική επέμβαση η οποία θα μπορούσε να επιβαρύνει την ψυχική υγεία της εγκύου.

Όταν η γυναίκα μείνει έγκυος τίθεται σε γενικό συναγερμό ολόκληρο το σώμα της για να δεχθεί μια νέα ζωή. Κάτι καινούργιο διαδραματίζεται που ολοκληρώνει το γυναικείο σώμα και τη γυναικεία ψυχή. Η γυναίκα ολοκληρώνεται ως μητέρα πλέον. Όταν αυτός ο συναγερμός της φύσεως διακοπεί αιφνιδίως, τότε αυτομάτως ο γυναικείος οργανισμός τίθεται σ' ένα συναγερμό συγκρούσεων, αντιδράσεων και ανωμαλιών. Και πρώτον του μητρικού ενστίκτου.

Το μητρικό ένστικτο ή μητρικό φίλτρο, είναι ένα φυσικό στολίδι στη γυναίκα. Πολλές φορές έχει αποδειχθεί στην ανθρώπινη ιστορία, ότι το ένστικτο αυτό λειτούργησε ισχυρότερα από το

ένστικτο της αυτοσυντηρήσεως. Έχουμε αναρίθμητα παραδείγματα, που μητέρες προτίμησαν να χάσουν τη ζωή τους προκειμένου να σωθούν τα παιδιά τους.

Η Εκκλησία δεν μπορεί να υιοθετήσει καμία πράξη η οποία χειροτερεύει την ψυχική υγεία, κλονίζει τη γυναικεία υπόσταση, αμβλύνει τη συνείδηση, μειώνει την αξιοπρέπεια, εξουθενώνει τη σιγουριά, αυξάνει του φόβους και τις ανασφάλειες. Όσο βαριά κι αν είναι η ψυχική νόσος της υποψήφιας μητέρας, τόσο χειρότερη θα γίνει μετά την διάπραξη της άμβλωσης.

Δ. Άμβλωση όταν κινδυνεύει η ζωή της μητέρας.

Από την ελληνική και διεθνή νομοθεσία προκύπτει ότι η άμβλωση παύει να θεωρείται άδικη πράξη όταν για λόγους υγείας της εγκύου επιβάλλεται η διακοπή της κύησης. Αυτοί οι λόγοι μπορεί να είναι:

1. κακοήθεις εμετοί και βαριά φαινόμενα τοξιναιμίας της εγκυμοσύνης,
2. φανερή φυματίωση,
3. ερυθρά που παρουσιάζεται του τρεις πρώτους μήνες,
4. πάθηση της ανταλλαγής της ύλης, δηλαδή διαβήτης, νεφρίτιδα, νόσο του Base Dow, λευχαιμία κτλ.,
5. πάθηση της καρδιάς και του κυκλοφορικού συστήματος,
6. ψυχικές παθήσεις,
7. φανερές παθήσεις του ωού (υδράμνιο, υδατιδική μύλη).

Αυτονόητο είναι ότι η Εκκλησία δεν μπορεί να δεχθεί ότι για κακοήθεις εμετούς θα διακοπεί η κύηση ή για πάθηση της ανταλλαγής της ύλης όπως για παράδειγμα διαβήτης, νεφρίτιδα κλπ., ή για ψυχολογικές παθήσεις όπως προαναφέραμε. Μπορεί όμως η Εκκλησία σε μια και μοναδική περίπτωση να δεχθεί την άμβλωση, και να δείξει οικονομία, μόνο στην περίπτωση που υπάρχει σοβαρότατος κίνδυνος, εκπεφρασμένος εκ μέρους των ιατρών, για τη ζωή της

μητέρας. Κι αυτό - παρόλο που όσο προχωρεί ή επιστήμη η εμφάνιση κινδύνου για τη ζωή της μητέρας γίνεται όλο και πιο σπάνιο φαινόμενο – διότι ή μητέρα έχει μια σειρά υποχρεώσεων και δραστηριοτήτων που οπωσδήποτε το παιδί δεν έχει.

Αυτό βεβαίως επ' ουδενί λόγω μπορεί να αφήσει περιθώρια να εννοηθεί ότι το έμβρυο καθίσταται υποδεέστερο από την μητέρα. Υπογραμμίζουμε ότι η αξία του εμβρύου σύμφωνα με την Ορθόδοξη Χριστιανική διδασκαλία είναι εφάμιλλη με αυτή της μητέρας. Το έμβρυο από τη στιγμή της συλλήψεώς του είναι μια ολοκληρωμένη ανθρώπινη ψυχοσωματική οντότητα η οποία δεν διαφέρει από εκείνη της μητέρας του.

Το έμβρυο δεν είναι αυτό που είναι, αλλά αυτό που προσβλέπει η Εκκλησία πως θα γίνει πνευματικά και σωματικά. Είναι οι δυνατότητες ανάπτυξης που έχει σε τέλειο επιστήμονα, πιστό οικογενειάρχη, μεγάλο ευεργέτη, σοφό διδάσκαλο, βιωματικό χριστιανό, άγιο της Εκκλησίας μας ο οποίος επικοινωνεί με τον άνθρωπο και με το Θεό.

Στις περιπτώσεις κινδύνου ζωής της μητέρας προτάσσεται η άμβλωση και γίνεται ανεκτή από την Ορθόδοξη Εκκλησία χωρίς όμως να διαταράσσεται η κατά πάντα αξία του εμβρύου. Στις περιπτώσεις αυτές η άμβλωση θεωρείται ως αναγκαίο κακό και υπό αυτή την προοπτική μπορεί να γίνει ανεκτή. Είναι ανάλογη με τον φόνο που εξυπηρετεί την προσωπική μας άμυνα. Γίνεται ανεκτή η θυσία του εμβρύου, σε περίπτωση επιλογής της ζωής της μητέρας ή του παιδιού. Και όταν πλέον φτάσουμε στο σημείο αυτό, αν ευρεθούμε μπροστά στο σημείο επιλογής, το λόγο δεν τον έχει η Εκκλησία, αλλά ή υποψήφια μητέρα. Απλώς ή Εκκλησία από αγάπη φερόμενη, υιοθετεί την απόφαση της μητέρας οποιαδήποτε κι αν είναι αυτή, προκειμένου να επαναπαύσει τη συνείδησή της, αφού καλείται εκ των πραγμάτων και έξω από τις δυνάμεις της να θυσιάσει το έμβρυο της.

Στην ίδια περίπτωση κατατάσσει και μερίδα ευσυνείδητων ιατρών, οι οποίοι καλούνται μπροστά στο μεγάλο δίλημμα να επιλέξουν τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου. Κι αυτοί οπωσδήποτε ζητούν την αγάπη, την οικονομία και την επιείκεια της Εκκλησίας και σ' αυτούς

η Εκκλησία συμπαρίσταται ως αρωγός. Μάλιστα σε τέτοιες περιπτώσεις, πολλών κρατών η νομοθεσία επιβάλλει την θανάτωση του εμβρύου. Όταν λοιπόν και η μητέρα συνηγορεί σ' αυτό, τότε ο ιατρός είναι αναγκασμένος χρησιμοποιώντας την ιατρική αυθεντία του να προχωρήσει στην αποβολή του εμβρύου. Η Εκκλησία μπορεί να επαναπαύσει τη συνείδηση του προβληματιζόμενου ιατρού.

Ο λόγος επιλογής μπροστά στο δίλημμα μητέρα ή παιδί, ανήκει στην υπονήφια μητέρα όπως προελέχθη. Η Εκκλησία καλείται να υιοθετήσει εν προκειμένω την απόφασή της. Αυτό σημαίνει ότι σύμφωνα με τη Χριστιανική διδασκαλία, η μητέρα αν το θελήσει, μπορεί να επιλέξει το αντίθετο. Δηλαδή να επιλέξει να ζήσει το παιδί και να θυσιαστεί ή ίδια.

Συνοψίζοντας λοιπόν όλα τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι η Εκκλησία επουδενί λόγω μπορεί να δεχθεί την ηθελημένη και εκ προμελέτης θανάτωση του εμβρύου, είτε πρόκειται για έμβρυο προϊόν βιασμού ή αιμομιξίας, είτε πρόκειται για κίνδυνο της ψυχική υγείας της μητέρας, είτε πρόκειται για κίνδυνο της σωματικής υγείας της μητέρας, είτε πρόκειται για παιδί που θα γεννηθεί με χρωμοσωμικές ανωμαλίες και γενετικά σύνδρομα. Σε μία και μοναδική περίπτωση ή Εκκλησία μπορεί να ανεχθεί κατ' οικονομία την άμβλωση λαμβάνοντας υπόψη της:

A. Την εκπεφρασμένη εκ μέρους της ιατρικής επιστήμης άποψη για σίγουρη θανάτωση του εμβρύου ή της μητέρας ή και των δύο μαζί, κατά τον τοκετό,

B. Ότι πρέπει να θεραπεύσει τη μητέρα, αυτήν δηλαδή που αποφασίζει να θυσιάσει το έμβρυο, να απαλύνει τον πόνο της και να επουλώσει τα τραύματά της,

Γ. Ότι πρέπει να επαναπαύσει τη συνείδηση του ιατρού που αναγκάζεται να προβεί σε μια τέτοια ενέργεια,

Δ. Ότι ή παρούσα ενέργεια είναι αναγκαίο κακό σε κατάσταση άμυνας. Η Εκκλησία μπορεί να ανεχθεί και να οικονομήσει την άμβλωση ως πράξη υψίστης συγκατάβασης προς την μητέρα και προς τον γιατρό, χωρίς αυτό να αποκλείει τελικώς να θυσιαστεί η μητέρα προκειμένου να ζήσει το έμβρυο²⁸⁸.

Η ζωή για την Ορθοδοξία αποτελεί υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνον (*«εν χειρί Θεού πνεύμα παντός ανθρώπου»* Ιώβ ιβ 10). Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκει την έκφραση του το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρις του Θεού με την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου και επιτελείται η σωτηρία του. Κάθε προσπάθεια προσδιορισμού των ορίων της ζωής από την ανθρώπινη και μόνον βούληση, σκέψη, απόφαση ή ικανότητα, απογυμνώνει την ζωή από την ιερότητα της.

Ι΄ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΑΝΗΛΙΚΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε πολλά κράτη ή κοινωνίες, η πρόληψη της εγκυμοσύνης στις ανήλικες έχει γίνει μοχλός για αντιπαράθεση. Συχνά οι αρμόδιοι κοινωνικοί φορείς σε θέματα αναπαραγωγής και αντισύλληψης διασταυρώνουν τα ξίφη τους για ζητήματα, όπως για παράδειγμα για την κακή λειτουργία μιας δημόσιας γυναικολογικής κλινικής η οποία παρέχει υπηρεσίες στις ανήλικες ή για την ανάγκη δημιουργίας μιας νέας κλπ. Το θέμα γίνεται πιο εκρηκτικό όταν μια κοινωνία προσεγγίζει την πρόληψη των κυήσεων στις ανήλικες σαν να υπάρχει μία και μόνο μαγική λύση. Αν ζητούσαμε από γονείς ανήλικων εγκύων ή και από τις ίδιες τις ανήλικες να κάνουν προτάσεις για την πρόληψη ή την μείωση των κυήσεων στο στάδιο της ανηλικότητας καθένας θα έκανε διαφορετικές επισημάνσεις ανάλογες με την εμπειρία του, την τυπική και κοινωνική του παιδεία, την προσωπικότητα του. Συνεπώς απαιτείται να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα το οποίο θα ενσωματώνει απόψεις, γνώσεις και εμπειρίες ειδικών επιστημόνων συναφών με τα ζητήματα της αναπαραγωγής και αντισύλληψης (γυναικολόγων, παιδιάτρων, ψυχολόγων, εκπαιδευτικών, κοινωνικών λειτουργών κλπ) καθώς και ανθρώπων που η θέση τους ή η εμπειρία τους, είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την κατάρτιση του εν λόγω προγράμματος. Όσο περισσότερες απόψεις και τάσεις διαφορετικών κοινωνικών ομάδων ενσωματώνονται στο πρόγραμμα μείωσης του αριθμού των αμβλώσεων, τόσο αποτελεσματικότερη θα είναι η εφαρμογή του.

Για να επιτύχουμε όμως την μείωση των αμβλώσεων στους ανήλικους θα πρέπει να επενδύσουμε στην μείωση των κυήσεων. Σε αυτή την κατεύθυνση θεωρώ ότι μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά ενεργώντας είτε από κοινού είτε μεμονωμένα το σχολείο, οι γιατροί, οι ίδιοι οι νέοι, η εκκλησία αλλά και η κοινότητα στην οποία ζει ο ανήλικος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Αναμφισβήτητα το σχολείο αποτελεί ζωτικό κομμάτι κάθε κοινωνίας. Ένα μεγάλο μέρος του καθημερινού χρόνου τους οι ανήλικοι το περνάνε σε αυτόν τον χώρο. Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζουμε με ποιο τρόπο το ίδρυμα αυτό μπορεί να συνδράμει στην μείωση του ποσοστού των κυήσεων στους ανήλικους και κατ' επέκταση στην μείωση των αμβλώσεων. Μία μη σχεδιασμένη και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να οδηγήσει τον ανήλικο σε προσωρινή ή σε οριστική διακοπή του σχολείου του.

Οι στρατηγικές που θα αναπτύξει το σχολείο προκειμένου να συμβάλλει στην μείωση των κυήσεων, στην αναβολή έναρξης των σεξουαλικών σχέσεων από τους ανήλικους, στην παράλειψη των χωρίς προστασία σεξουαλικών σχέσεων, θα πρέπει να λειτουργούν ενημερωτικά, να μην είναι αντιμαχόμενες, να είναι σύμφωνες με την αποστολή της εκπαίδευσης, να προσφέρουν στους ανήλικους ψυχολογική στήριξη ακόμα και οικονομική σε κάποιες περιπτώσεις, στο μέτρο πάντα του δυνατού.

Με δεδομένη την ανάγκη ύπαρξης των απαραίτητων πόρων σε κεφάλαια αλλά και σε ανθρώπινο δυναμικό, σχολεία που διαθέτουν ελάχιστους πόρους, προφανώς δεν έχουν την δυνατότητα να θέσουν σε εφαρμογή τις στρατηγικές τους σε σχέση με εκείνα που θα διαθέτουν τα απαραίτητα κονδύλια κίνησης ή χρειάζονται περισσότερο χρόνο προκειμένου να εξασφαλίσουν τα χρήματα για να τις υλοποιήσουν. Οποιαδήποτε όμως δραστηριότητα ή στρατηγική κι αν επιλεγεί καθίσταται αναγκαίο να συμμετάσχουν και στην εφαρμογή της όλοι όσοι συμμετείχαν στον σχεδιασμό της.

Ουσιαστικά είναι ιδιαίτερος σημαντικό να συμμετέχουν οι γονείς των ανηλίκων, οι ανήλικοι μαθητές, το προσωπικό του σχολείου (δάσκαλοι, σύμβουλοι, υπάλληλοι), εκπρόσωποι της εκκλησίας, εκπρόσωποι των ΜΜΕ.

1. Προτάσεις

Τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσει ένα σχολείο για να εντάξει στο εκπαιδευτικό του πρόγραμμα, και το πρόγραμμα πρόληψης των κυήσεων είναι τα εξής:

1. Εξασφάλιση των απαραίτητων πόρων για την υλοποίηση του προγράμματος, κεφαλαίων και ανθρωπίνου δυναμικού

Συνήθως τα σχολεία αρνούνται να εντάξουν στην εκπαιδευτική διαδικασία προγράμματα που απαιτούν δαπάνη των υπαρχόντων σχολικών πόρων.

2. Συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων

Τα ποσοτικά δεδομένα που πρέπει να συλλεγούν θα αφορούν στον αριθμό των ανηλίκων μαθητών που είναι ήδη γονείς, στον αριθμό των μαθητών που έχουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις, στον αριθμό των ανηλικών μαθητριών που κυοφορούν, στον αριθμό των ανηλίκων που εγκατέλειψαν το σχολείο εξαιτίας μιας μη σχεδιασμένης εγκυμοσύνης.

Τα ποιοτικά δεδομένα θα αφορούν στις συνθήκες διαβίωσης του κάθε ανήλικου, αν δηλαδή ζει σε συνθήκες φτώχειας, δεν έχει πρόσωπα που τον στηρίζουν κλπ.

3. Ανάλυση των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων και εξαγωγή συμπερασμάτων

4. Εκτίμηση της τρέχουσας κατάστασης στο σχολείο

Η επιτροπή σχεδιασμού θα πρέπει να κάνει μια αντικειμενική και αμερόληπτη εκτίμηση των προσπαθειών που καταβλήθηκαν από το συγκεκριμένο σχολείο για την πρόληψη των κυήσεων και των αποτελεσμάτων τους. Να ενημερωθεί για την ύπαρξη τυχόν παρομοίων προγραμμάτων που εφαρμόζονται σε άλλα σχολεία.

5. Ανάπτυξη σχεδίου προγράμματος πρόληψης ή μείωσης των κυήσεων

Όταν η επιτροπή σχεδιασμού έχει συγκεντρώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζεται, μπορεί να προχωρήσει στην δημιουργία ενός προκαταρκτικού σχεδίου πρόληψης των κυήσεων στους ανήλικους μαθητές. Το σχέδιο θα πρέπει να εξηγεί τα συστατικά της πρωτοβουλίας, και τις κινήσεις συνεργασίας που πρέπει να γίνουν. Όταν όλοι οι

συμμετέχοντες έχουν μελετήσει το σχέδιο, η επιτροπή θα το παρουσιάσει και θα ζητήσει σχόλια, ιδέες και προτάσεις. Η μελέτη αυτή μπορεί να απαιτήσει χρόνο.

6.Εφαρμογή του οριστικού προγράμματος.

Ο σχεδιασμός προγράμματος το οποίο θα στοχεύει στην μείωση των κυήσεων στους ανήλικους δεν είναι εύκολη υπόθεση. Ακόμα και τα καλύτερα προγράμματα αποτυγχάνουν αν δεν εφαρμόζονται σωστά. Συνήθως τα ζητήματα που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα των νέων δημιουργούν πλήθος αντεγκλήσεων και αντιπαραθέσεων. Αν τα μέλη της επιτροπής σχεδιασμού του προγράμματος καταλήγουν ομοφώνως στα βασικά στοιχεία του, η εφαρμογή του προγράμματος είναι πιο εύκολη και συγκεντρώνει αυξημένες πιθανότητες επιτυχίας.

7.Εξασφάλιση της ποιότητας στην εφαρμογή του

Αν το πρόγραμμα απαιτεί έρευνα μέσω ερωτηματολογίων, θα πρέπει να δοθεί βαρύτητα στην έγκαιρη και έντιμη συμπλήρωση τους.

8. Εξασφάλιση της συμμετοχής των γονιών του ανήλικου στο πρόγραμμα. Όλα τα προγράμματα που έχουν ως στόχο την μείωση ή την πρόληψη των κυήσεων στους ανήλικους θα πρέπει να ενθαρρύνουν την συμμετοχή των γονιών τους σε αυτά.

Η καθημερινή εμπειρία διδάσκει ότι κάθε νέο ανήλικο άτομο χρειάζεται τουλάχιστον ένα ενήλικα ο οποίος να του αφιερώνει χρόνο, να ακούει και να συζητά μαζί του τα προβλήματα του και γενικά να μπορεί ο ανήλικος να καταφύγει σε αυτόν σε μια δύσκολη στιγμή. Αυτό τον ρόλο για τους περισσότερους νέους παίζουν οι γονείς. Κάποιοι γονείς όμως έχουν ιδιαίτερη δυσκολία να επικοινωνήσουν με τα παιδιά τους και να συζητήσουν ανοικτά πολλά ζητήματα, ιδιαίτερα ζητήματα που αφορούν στην σεξουαλικότητα τους. Αυτό το κενό μπορεί να καλυφθεί από τους δασκάλους, από τους σχολικούς συμβούλους, οι οποίοι μπορούν να τους βοηθήσουν να πάρουν υπεύθυνες αποφάσεις για το μέλλον τους. Γνωρίζοντας ότι οι πιο ευάλωτοι μαθητές ιδιαιτέρως μπορούν να ωφεληθούν από μια σχέση με ένα ενήλικα, πολλά σχολεία προσπαθούν να συνδέσουν κάθε μαθητή του σχολείου με ένα δάσκαλο. Για κάποια

σχολεία οι δάσκαλοι που είναι επιφορτισμένοι με αυτό το καθήκον κάνουν συχνές επισκέψεις στο σπίτι του μαθητή, προκειμένου να συζητήσουν με τους γονείς του, να εξετάσουν τις συνθήκες διαβίωσης του και να προσδιορίσουν τις ανάγκες του.

Αλλά και οι γονείς πρέπει να είναι ενήμεροι ως προς την εκπαίδευση των παιδιών τους στο σχολείο. Μερικές άλλωστε δραστηριότητες στο πλαίσιο της εκπαιδευτικής διαδικασίας απαιτούν την συναίνεση των γονιών των ανηλίκων προκειμένου να συμμετάσχουν τα παιδιά σε αυτές.

Ουσιαστικά θα πρέπει να επιλεγεί μια στρατηγική η οποία θα διευκολύνει την πρόσβαση των ανηλίκων στη γνώση, μια στρατηγική που θα κάνει τους ανήλικους μαθητές να πιστέψουν πώς το μέλλον θα τους ανταμείψει. Άτομα με όνειρα για ζωή, που αντιμετωπίζουν το μέλλον με αισιοδοξία, που λειτουργούν λιγότερο αυθόρμητα και περισσότερο βάση προγράμματος, συνήθως δεν έρχονται αντιμέτωπα με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες. Αντίθετα ανήλικοι που ζουν στο περιθώριο, που δεν έχουν άτομα στο οικογενειακό τους περιβάλλον να τα στηρίξουν, που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, σε κοινωνίες αδιάφορες για την πορεία τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

2. Εμπειρία της αλλοδαπής

Οι ανήλικοι που ζουν σε συνθήκες υψηλού κινδύνου πρέπει να πεισθούν ότι καθυστερώντας την μητρότητα ή την πατρότητα θα έχουν αυξημένες πιθανότητες να πετύχουν στην ζωή. Οι δάσκαλοι και το προσωπικό ενός σχολείου μπορούν να προσδιορίσουν ποιοι μαθητές ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου. Συνήθως ανήλικοι που είναι ένα ή δύο χρόνια μεγαλύτεροι σε ηλικία από τους συμμαθητές τους έχουν αυξημένες πιθανότητες να διακόψουν το σχολείο και να γίνουν γονείς. Αυτοί χρειάζονται προστασία, ώστε να ξεπεράσουν τα εμπόδια. Αν δεν υπάρχουν σχολεία που να στοχεύουν στην υψηλού κινδύνου νεότητα θα πρέπει να δημιουργηθούν και καλό θα ήταν να λειτουργούν επί 24ώρου βάσεως προσφέροντας τις υπηρεσίες τους.

Η Γαλλία θέλοντας να στηρίξει μαθητές που ανήκαν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, τους ανέθεσε εργασία για τον ελεύθερο χρόνο τους. Οι μαθητές παρείχαν υπηρεσίες σε νηπιαγωγεία, νοσοκομεία, και σε κάποιους άλλους χώρους που επέλεγε το σχολείο σε συνεργασία με την πολιτεία, βεβαίως πάντα υπό επιτήρηση. Οι μαθητές εν συνεχεία, μετέφεραν την εμπειρία τους στην τάξη. Αυτή η έκθεση ενός νέου ανθρώπου στον κόσμο της εργασίας, τον βοηθά να καταλάβει τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να ετοιμάσει την καριέρα του. Επιπλέον ο ίδιος ο μαθητής νοιώθει αυτοπεποίθηση επειδή κέρδισε την εμπιστοσύνη των συνομήλικων του.

Κάποια σχολεία στην Αμερική προσέλαβαν εξωτερικούς κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτοί οι εξωτερικοί συνεργάτες του σχολείου εστίασαν τις προσπάθειες τους στην πρόληψη των κυήσεων στους ανήλικους. Με εξωτερικούς συνεργάτες λειτούργησε το Teen Choice, ένα πρόγραμμα πρόληψης εγκυμοσύνης στους ανήλικους, που κρίθηκε ως ιδιαίτερα επιτυχημένο. Το πρόγραμμα αυτό διεξήχθη στα δημόσια σχολεία της Νέας Υόρκης από το Inwood House, ένα εθελοντικό γραφείο κοινωνικής εργασίας. Μικρές ομάδες που αποτελούνταν από ειδικά εκπαιδευμένους κοινωνικούς λειτουργούς συναντιόντουσαν με τους μαθητές μια φορά την εβδομάδα για ένα εξάμηνο, και κάλυπταν θέματα που αφορούσαν στην σεξουαλικότητα τους, στην αντισύλληψη, καθώς και στις πιέσεις που δέχονταν οι ανήλικοι από τους συνομηλικούς τους. Με αυτό τον τρόπο οι μαθητές κατάφεραν να λύσουν τις οποίες απορίες είχαν σε αυτά τα λεπτά ζητήματα, χωρίς την αμηχανία, τον φόβο ή την ντροπή που θα ένιωθαν αν τα συζητούσαν με τους γονείς τους.

Πρόσφατα στις ΗΠΑ προκειμένου να ενισχυθεί το μήνυμα ότι η πρόωγη μητρότητα ή πατρότητα έχει πολλές δυσκολίες, κάποια σχολεία εφάρμοσαν το πρόγραμμα “Baby think it over”. Σύμφωνα πάντα με αυτό το πρόγραμμα μοιράστηκαν πλαστικές κούκλες-ομοιώματα βρεφών σε ισάριθμους μαθητές. Τα βρέφη αυτά συμπεριφέρονταν όπως τα κανονικά βρέφη, δηλαδή βάσει κάποιου μηχανισμού έκλαιγαν και απαιτούσαν φαγητό, ύπνο και μπάνιο.

Ζητήθηκε από τους μαθητές που τα ανέλαβαν να τα φροντίζουν για ένα συγκεκριμένο διάστημα, προκειμένου να αντιληφθούν πλήρως τις φροντίδες που χρειάζεται ένα βρέφος, το χρόνο που χρειάζεται να αφιερώσεις σε αυτό. Με αυτό τον τρόπο οι ανήλικοι θα αποστρέφονταν την πρόωρη πατρότητα ή μητρότητα. Το πρόγραμμα αυτό είχε τεράστια επιτυχία, όμως θεωρήθηκε ιδιαίτερος δαπανηρό.

Ένα άλλο πρόγραμμα, που επίσης εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ, το “Life planning curriculum” ζητούσε από τους μαθητές να παρουσιάσουν ένα λεπτομερές πρόγραμμα στο οποίο θα περιέγραφαν το πώς φαντάζονταν το μελλοντικό τους επάγγελμα, το γάμο τους, την οικογένεια τους. Μέσω τέτοιων προγραμμάτων οι μαθητές επικεντρώνονται στην δημιουργία του, εκφράζουν τις ανησυχίες τους και τους προβληματισμούς τους. Έτσι οι δάσκαλοι έχουν την δυνατότητα να εντοπίσουν τους μαθητές που χρειάζονται στήριξη.

Αλλά και η άμεση ενημέρωση των μαθητών γύρω από τις μεθόδους αντισύλληψης αποτελεί ίσως τον πιο σίγουρο τρόπο μείωσης των κυήσεων στους ανήλικους. Προγράμματα τέτοιου είδους που επιχειρούνται είτε μέσω της διδασκαλίας του μαθήματος της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, είτε μέσω ομιλιών από τους δασκάλους προς τους μαθητές, είτε μέσω της χορήγησης αντισυλληπτικών προς τους μαθητές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά.

Συμπερασματικά οι προτεινόμενες στρατηγικές που πρέπει να ακολουθήσει ένα σχολείο για να συμβάλει στην μείωση των κυήσεων στους ανήλικους και κατά συνέπεια των αμβλώσεων είναι:

1. Η δημιουργία και η συντήρηση της αίσθησης προς τους μαθητές πως η ζωή τους δίνει πολλές επιλογές, τις οποίες μπορούν να αξιοποιήσουν σωστά μόνο όταν κάνουν κάθε πράγμα στην ώρα τους.
2. Η ανάπτυξη δυνατού συνδέσμου μεταξύ σχολείου και μαθητών. Η καλλιέργεια πνεύματος ευγενούς άμιλλας και υψηλών αποδόσεων καθυστερεί την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων.
3. Η δημιουργία ισχυρού δεσμού μεταξύ μαθητή και οικογένειας ή με άλλο «ώριμο» ενήλικα.

4. Η διευκόλυνση της πρόσβασης των μαθητών προς τις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες για την αναπαραγωγή και αντισύλληψη
6. Η διδασκαλία του μαθήματος σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης από έμπειρους και ειδικά εκπαιδευμένους επιστήμονες
7. Η επιμόρφωση των δασκάλων για το πώς θα χειρίζονται μαθητές που ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΑ ΘΕΜΑ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

Παλιότερα η λέξη οικογένεια χρησιμοποιούταν για να δηλώσει τις σχέσεις συγγένειας μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που ζούσαν κάτω από τη ίδια στέγη. Υπονοούσε μια σχέση ετεροφύλων, μια συζυγική μονάδα, στην οποία συνήθως ο άνδρας ήταν το κεντρικό πρόσωπο, το πρόσωπο που κέρδιζε το ψωμί της οικογένειας και η γυναίκα επιμελούταν τα του οίκου. Υπό την λογική αυτή το παντρεμένο ζευγάρι εθεωρείτο το πρότυπο της κλασσικής οικογένειας που είχε ως πρωταρχικό στόχο το μεγάλωμα των παιδιών. Ο προσδιορισμός της έννοιας της οικογένειας γινόταν πιο περίπλοκος όταν οι οικογενειακές σχέσεις δεν ήταν βιολογικές, αλλά θετές ή σχέσεις απλώς ανατροφής.

Στις μέρες μας ο καθορισμός της έννοιας της οικογένειας εμφανίζεται διαφοροποιημένος αναφορικά με τις πολιτικές και κοινωνικές επιταγές των καιρών. Σήμερα γονείς που μεγαλώνουν τα παιδιά τους εκτός γάμου αυξάνονται όλο και περισσότερο περνώντας το μήνυμα πως ο θεσμός του γάμου δεν είναι απαραίτητος για την αντιμετώπιση των αναγκών γονιών και παιδιών. Αλλά και οι γυναίκες επιλέγουν να βρίσκονται μακριά από την εστία τους, καταλαμβάνοντας κορυφαίες επαγγελματικές θέσεις στην αγορά εργασίας. Σε κάποιες μάλιστα

κοινωνίες οι γονείς ζουν μαζί όσο τα παιδιά είναι σε μικρή ηλικία και διαλύονται μόλις ενηλικιωθούν, θεωρώντας πως έχουν επιτελέσει τον ρόλο τους.

Όποιο τύπο κι αν έχει υιοθετήσει μια οικογένεια σήμερα, ίσως και να έχει δευτερεύουσα σημασία αρκεί πρωταρχικό της μέλημα να είναι η παροχή ενός ασφαλούς και υγιούς περιβάλλοντος για τα παιδιά. Η κρίση που περνά ο θεσμός της οικογένειας ή για κάποιους ερευνητές ο εναρμόνιση του θεσμού στις σύγχρονες κοινωνικές επιταγές, οδηγεί στην έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας και στην ύπαρξη χαλαρών σχέσεων μεταξύ των μελών της. Το γεγονός αυτό κρατά μακριά τους ανήλικους από την γονεϊκή φροντίδα και συμβουλή, και τους εκθέτει σε πολλαπλούς κινδύνους, μεταξύ των οποίων είναι και η αντιμετώπιση ανεπιθύμητων κυήσεων.

Κατά συνέπεια είναι σημαντικό για όσους δημιουργούν πολιτικές για τους ανήλικους και ιδιαίτερα πολιτικές που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα τους και τις αμβλώσεις, να αναγνωρίζουν τα εξής:

1. Οι οικογένειες είναι ανόμοιες

Εννέα ως εικοσιτέσσερα τοις εκατό (9-24%) των γυναικών ηλικίας 15-49 ετών στην Ουγκάντα, το Καμερούν, την Γκάνα, την Μαδαγασκάρη, την Ναμίμπια και την Ρουάντα και πάνω από το 55% στην Μοζαμβίκη ζουν σε ανεπίσημες ομάδες κοινοβιακού τύπου. Στην Λατινική Αμερική οι ομάδες φτάνουν το 13%, στην Βραζιλία και στην Δομινικανή Δημοκρατία το 36%. Συγκατοίκηση μεταξύ νέων γυναικών ηλικίας 20 έως 24 ετών διαφοροποιείται από 5% στην Λιθουανία, σε 22% στην Ισπανία, και σε 60% στην Αυστρία και στην Νέα Ζηλανδία.

Το 1998 σχεδόν το 1/3 των οικογενειών στις ΗΠΑ με παιδιά ήσαν μονογονεϊκές. Από αυτές το 80% αποτελούνταν από γυναίκες. Στην Ευρώπη το ποσοστό των μονογονεϊκών οικογενειών ανέρχεται κατά μέσο όρο, στο 13%. Σε πολλές περιπτώσεις ζευγάρια από άτομα του ίδιου φίλου με τα παιδιά τους συμβιώνουν. Επιπλέον οι εθνικές αλλά και οι τοπικές νομοθεσίες που

αναγνωρίζουν ως οικογένεια ενώσεις προσώπων του ίδιου φύλου, συνεχώς πυκνώνουν. Έτσι τέτοιου τύπου ενώσεις συναντάμε στον Καναδά, στην Δανία, στην Ισλανδία, στην Ολλανδία, στην Νορβηγία, στην Ουγγαρία, στο Βέλγιο, στην Γερμανία, στην Ιταλία, στην Ισπανία και στις ΗΠΑ.

2. Σε πολλές χώρες τα δικαιώματα των μελών της οικογένειας παραβιάζονται

Πολλά είναι τα ανήλικα κορίτσια που παντρεύονται πρόωρα χωρίς την θέληση τους συνήθως με μεγαλύτερους σε ηλικία συντρόφους. Αυτή η κατάσταση τις αποστερεί από το να γίνουν ανεξάρτητες οικονομικά ή κοινωνικά. Στο Μπαγκλαντές μια ιατρική και ταυτόχρονα δημογραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 1996-1997 αποκάλυψε πως το 5% των κοριτσιών ηλικίας 10 έως 14 ετών ήσαν παντρεμένες. Στην πολιτεία Κέμπι της Βόρειας Νιγηρίας ο μέσος όρος ηλικίας γάμου των κοριτσιών της περιοχής είναι το 11^ο έτος τους, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας γάμου σε όλη την Νιγηρία είναι το 13 έτος.

3. Πολλοί ανήλικοι μεγαλώνουν ή περνούν την εφηβεία τους εκτός οικογένειας. Εξαιτίας του πολέμου, της μετανάστευσης, της εγκατάλειψης, της κακοποίησης ή της παραμέλησης είναι πολλοί οι ανήλικοι που στερούνται τους γονείς τους. Η UNICEF υπολογίζει ότι υπάρχουν περίπου 20 εκατομμύρια έφηβοι και παιδιά στους δρόμους στην Ασία, 10 εκατομμύρια παιδιά στην Αφρική και την Μέση Ανατολή και 40 εκατομμύρια στην Λατινική Αμερική.

Μεγάλος αριθμός μελετών επιχείρησε να εκτιμήσει την επίδραση της οικογένειας και ιδιαίτερα των γονιών στην πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανήλικων μελών της. Στην πλειοψηφία τους αυτές οι μελέτες κατέληξαν πως ανήλικοι που βρίσκονται ως φυσικές παρουσίες αλλά και συναισθηματικά κοντά στους γονείς τους εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες να έρθουν αντιμέτωποι με ανεπιθύμητες κησεις. Οι ανήλικοι που βρίσκονται υπό την επιτήρηση των γονιών τους ξεκινούν την έναρξη των σεξουαλικών τους δραστηριοτήτων μόλις ενηλικιωθούν, διατηρούν λιγότερους ερωτικούς συντρόφους και εμπιστεύονται τις αντισυλληπτικές μεθόδους

Αποτελεί επιτακτική ανάγκη η εμπλοκή των γονιών σε προγράμματα σχολικά ή κοινωνικά που θα στοχεύουν στο γεφύρωμα των διαφορών που έχουν με τα παιδιά τους, στην οικοδόμηση πραγματικών σχέσεων με στέρεες βάσεις

Αυξάνοντας η οικογένεια την ικανότητα της να παιδεύσει ουσιαστικά τα ανήλικα μέλη της, να τα στηρίζει σε δύσκολες στιγμές που εκδηλώνουν τάσεις απόρριψης τόσο του οικογενειακού περιβάλλοντος όσο και του σχολικού, να τα ενημερώσει σε ζητήματα που τους απασχολούν, ιδιαίτερα σε θέματα που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα τους, προκειμένου να θέσουν στόχους στην ζωή τους, συμβάλλει στην μείωση των ανεπιθύμητων κυήσεων άρα και των αμβλώσεων.

Επιπλέον όλοι γνωρίζουμε, αλλά σπανίως το εκφράζουμε δημοσίως, ότι κάποιοι άνθρωποι δεν μπορούν να γίνουν γονείς. Κυρίως γιατί δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας τους, πόσο μάλλον στις γονεϊκές τους υποχρεώσεις.

Αν επιθυμούμε να θεμελιώσουμε την ιδέα ότι κάθε γονιός πρέπει να είναι ικανός να αντεπεξέλθει στα γονεϊκά καθήκοντα θα πρέπει να αναγνωρίσουμε την πραγματικότητα ότι γεννιούνται παιδιά από άτομα που δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στα γονεϊκά τους καθήκοντα είτε γιατί δεν είναι προετοιμασμένοι οικονομικά και κοινωνικά, είτε γιατί δεν έχουν την απαραίτητη ενημέρωση και καθοδήγηση. Έτσι έχουμε φαινόμενα παραμέλησης ή κακοποίησης παιδιών, που απομακρύνουν τους ανήλικους από την οικογένεια.

Ουσιαστικά αναγκαία φαίνεται η δημιουργία σταθμών οικογενειακής συμβουλευτικής. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να υπάρχει δίκτυο κοινωνικής προστασίας που θα αναπληρώνει τις ελλείψεις των γονιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ

ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Η εμπλοκή ιατρών και ιατρικών οργανισμών στις προσπάθειες μιας κοινωνίας να μειώσει τον αριθμό κυήσεων στους ανήλικους μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά. Οι γιατροί μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των κυήσεων προσφέροντας τις υπηρεσίες τους προς γονείς και ανήλικους μέσα από τον εργασιακό τους χώρο (κλινικές, νοσοκομεία, ιατρεία) ανεξαρτήτως αν δουλεύουν στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον μπορεί να γίνουν θαυμάσιοι συμπαραστάτες σε κοινωνικές δραστηριότητες και πρωτοβουλίες που επιδιώκουν τον ίδιο σκοπό.

Γιατροί και νοσοκόμες μπορούν να συμμαχήσουν προκειμένου να επηρεάσουν κι άλλες κατηγορίες επαγγελματιών, όχι μόνο διανέμοντας ενημερωτικά έντυπα που εστιάζονται στην πρόληψη των κυήσεων αλλά συμμετέχοντας σε ειδικά προγράμματα ενημέρωσης που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και στήριξης προς τους ανήλικους. Κάθε κοινωνία έχει την ικανότητα να στρατολογήσει γιατρούς από όλες τις ειδικότητες προς αυτή την κατεύθυνση. Παρά ταύτα κάποιες ειδικότητες εμπλέκονται περισσότερο από τις υπόλοιπες και αυτές νομίζουμε θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν πρωταρχικά: Μαιευτήρες γυναικολόγοι, παιδίατροι, ψυχολόγοι, ψυχίατροι καθώς και οικογενειακοί γιατροί μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά μέσα από την δουλειά τους. Ιδιαίτερα γιατροί που έχουν εκπαιδευτεί σε ζητήματα οικογενειακού προγραμματισμού, ή φροντίδα νέων εγκύων, νοσοκόμες ή μαίες, παραϊατρικό προσωπικό που έχουν ειδική εκπαίδευση στο πώς να χειρίζονται ανήλικους μπορούν να προσφέρουν σημαντικά σε τέτοιου είδους πρωτοβουλίες.

Με ποιους τρόπους όμως οι γιατροί μπορεί να συμβάλλουν στην μείωση του αριθμού των κυήσεων στους ανήλικους;

1.Ενθαρρύνοντας τους γονείς να συζητήσουν με τα παιδιά τους ζητήματα που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα τους.

2.Δίνοντας ακριβείς πληροφορίες προς τους ανήλικους και τους γονείς τους με στόχο να κάνουν ιατρικά θέματα που αφορούν την σεξουαλική τους ζωή, να φαίνονται λιγότερο απειλητικά και δισεπίλυτα για αυτούς.

Τακτικές επισκέψεις των γονιών στους χώρους όπου οι γιατροί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους θα καθησυχάσει τις ανησυχίες τους και θα τους δώσει την δυνατότητα να προσεγγίσουν το θέμα της σεξουαλικότητας τους πριν ακόμα τα παιδιά τους αναπτύξουν ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις.

Ιατρικοί οργανισμοί κατά καιρούς διανέμουν έντυπα, τα οποία γονείς και ανήλικοι μπορούν να διαβάσουν. Ένα τέτοιο φυλλάδιο δημιούργησε το Αμερικάνικο Κολέγιο Γυναικολόγων και Μαιευτήρων, το οποίο έφερε τον τίτλο «teaching your children about sexuality». Ο δε Αμερικάνικος Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε το βιβλίο με τον τίτλο «Points for parents» το οποίο περιέχει γεγονότα που αφορούν στην ανάπτυξη των ανηλίκων και βοηθά τους γονείς να καταλάβουν τις αλλαγές που βιώνουν τα παιδιά τους καθώς αναπτύσσονται.

Με στόχο την καλλιέργεια αισθήματος ασφάλειας των ανηλίκων προς τους γιατρούς και το ιατρικό περιβάλλον οι γιατροί που εξετάζουν ανήλικους θα πρέπει αφενός να δίνουν σημασία στον τρόπο με τον οποίο σχεδιάζουν τα ιατρεία τους ώστε να ενισχύεται το κλίμα αυτό, αφετέρου να συζητούν τα προβλήματα τους σε απλή γλώσσα, αποψιλωμένη από ιατρικούς όρους και βέβαια σε καμία περίπτωση κάτω από το πρίσμα αναζήτησης ευθυνών.

Ο γιατρός που εξετάζει ή συμβουλεύει ανήλικους θα πρέπει να αποδεχθεί τον εγωκεντρισμό τους και σε καμία περίπτωση να μην δείχνει ότι τον ενοχλεί. Στην πλειοψηφία τους οι ανήλικοι έχουν την τάση να είναι κάπως εγωκεντρικοί στα ενδιαφέροντα τους και στους στόχους τους. Εστιάζουν λιγότερο στις επιθυμίες των άλλων και καταβάλλουν ελάχιστη προσπάθεια για να κατανοήσουν τις ανάγκες των άλλων. Επειδή οι ανήλικοι θέλουν να θεωρούνται αυθύπαρκτες

προσωπικότητες, είναι σημαντικό ο γιατρός να τους συμπεριφέρεται ως ενήλικες. Επιπλέον θα πρέπει να υιοθετεί μια αμερόληπτη και αντικειμενική θέση και κυρίως να στέκεται πίσω από τα γεγονότα. Να βλέπει όλη την εικόνα χωρίς να εστιάζει σε μεμονωμένες πληροφορίες.

Κάποιες κλινικές διαθέτουν ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό προκειμένου να επικοινωνεί καλύτερα με τους ανήλικους, να διευκολύνει το διάλογο και να περνά μηνύματα.

Μια φιλική ιατρική πρακτική προς τους ανήλικους θα πρέπει να έχει το παρακάτω σύνολο χαρακτηριστικών:

- κλείσιμο έγκαιρου ραντεβού με τον ανήλικο, μόλις εκείνος το επιθυμήσει
- πρόσληψη εκπαιδευμένου προσωπικού για να χειρίζεται θέματα ανηλίκων
- βολικές για τους ανήλικους ώρες επίσκεψης
- κλείσιμο επίσκεψης για επαναβεβαίωση του αποτελέσματος σε εύλογο χρονικό διάστημα
- οι ανήλικοι θα πρέπει να έχουν αρκετό χρόνο στην διάθεση τους για να μιλήσουν
- τήρηση του ιατρικού απορρήτου
- προσφορά υπηρεσιών σε χαμηλό κόστος ή δωρεάν

Μερικές υπηρεσίες χρησιμοποιούν έγγραφα ερωτηματολόγια για την λήψη ιστορικού από τον ανήλικο προκειμένου να ξεκινήσουν συζήτηση γύρω από ζητήματα που αφορούν τις σεξουαλικές πράξεις. Αυτό επιτρέπει στον ανήλικο να αποκαλύψει πληροφορίες και να κάνει ερωτήσεις για σεξουαλικά θέματα όπως επίσης και άλλα ζητήματα τα οποία μπορεί να τον αφορούν. Για πολλούς ανήλικους η συμπλήρωση ερωτηματολογίου δημιουργεί λιγότερη αμηχανία ή φόβο, από ότι η προσωπική επαφή με τον γιατρό.

Επιπλέον το θέμα της τήρησης του ιατρικού απορρήτου αλλά και της εμπιστοσύνης που πρέπει να εμπνέουν οι ιατρικές υπηρεσίες στους ανηλίκους είναι σημαντικό για την οικοδόμηση ουσιαστικής σχέσης μεταξύ ανηλίκου και γιατρού. Πολλοί είναι οι ανήλικοι που αρνούνται να καταφύγουν σε ιατρικές υπηρεσίες φοβούμενοι την αποκάλυψη του αντικειμένου της επίσκεψης τους από τον γιατρό προς τους γονείς τους. Από την άλλη πλευρά γονείς που

ανησυχούν για τα παιδιά τους και θέλουν να ξέρουν οτιδήποτε αφορά στην σεξουαλική ζωή τους γίνονται ιδιαίτερα πειστικοί προς τους γιατρούς. Πρωταρχικό μέλημα του γιατρού είναι να καλλιεργήσει το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης του ανηλίκου προς το πρόσωπο του και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την τήρηση του ιατρικού απορρήτου.

Τέλος οι γιατροί μπορούν να συμβάλλουν προς την κατεύθυνση της μείωσης του αριθμού των κυήσεων στους ανήλικους παίρνοντας μέρος σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ειδικότερα κάνοντας παρουσιάσεις σε ομάδες ανηλίκων ή ενηλίκων οι οποίες να αφορούν την ανάπτυξη τους, την σεξουαλικότητα τους, τον έλεγχο των γεννήσεων. Αλλά και σχολεία, εκκλησίες ή άλλες ενώσεις μπορεί να πάρουν την πρωτοβουλία να προσκαλέσουν γιατρούς να μιλήσουν σε γονείς για την σεξουαλικότητα των παιδιών τους με τρόπους που θα βοηθήσουν τους γονείς να εξετάσουν δύσκολα ζητήματα σχετικά με τις αξίες των παιδιών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ (ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΩΝ) ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Έρευνες αποδεικνύουν καθημερινά πως η συμβολή νέων παιδιών σε προγράμματα μείωσης του αριθμού των κυήσεων σε ανήλικα κορίτσια μπορεί να είναι καθοριστική. Η εμπλοκή των νέων τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην εφαρμογή τέτοιου είδους προγραμμάτων συμβάλλει στην αποτελεσματικότητά τους, αφού κανένας ενήλικας δεν μπορεί να γνωρίζει την ψυχολογία, τον τρόπο σκέψης και δράσης ενός ανηλίκου σήμερα, όσο ένας συνομήλικός του.

Με ποιό τρόπο όμως μπορούν να συμβάλλουν νέοι άνθρωποι σε προγράμματα τέτοιου είδους; Ουσιαστικά με την εκχώρηση πραγματικής εξουσίας στους νέους τόσο κατά το στάδιο του σχεδιασμού, όσο κατά το στάδιο της εκτέλεσης. Συμβολή εξάλλου δεν σημαίνει να ζητάς από τους νέους να αντιδράσουν σε ένα ήδη διαμορφωμένο πρόγραμμα. Πρέπει να μάθουμε να

ακούμε τους ανήλικους, μόνο έτσι θα καταλάβουμε τις απόψεις τους και θα κατανοήσουμε τις αντιδράσεις τους.

Επιπλέον θα πρέπει να σχεδιαστούν προγράμματα τα οποία να εξυπηρετούν το τρόπο ζωής, τα σχέδια, τις προτιμήσεις των ανηλίκων. Συνήθως δεν λαμβάνουμε υπόψη μας τα παραπάνω στοιχεία και εντάσσουμε τους ανηλικούς σε προγράμματα που σχεδιάστηκαν για να εξυπηρετήσουν ενήλικους.

Η συμμετοχή νέων ανθρώπων δίνει μια ιδιαίτερη δυναμική και ζωντάνια στο οποιοδήποτε εγχείρημα. Δίνει την πρωτοβουλία στους νέους να υποδείξουν τι χρειάζονται για να γίνει το πρόγραμμα πιο αποτελεσματικό. Με αυτό τον τρόπο νέοι άνθρωποι νοιώθουν ότι προσφέρουν σε νέους ανθρώπους. Τέτοια προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν και στην οικοδόμηση της σχέσης ενηλίκων ανηλίκων η οποία στις περισσότερες κοινωνίες εμφανίζεται ιδιαίτερος κακή.

Η εμπλοκή των νέων σε προγράμματα πρόληψης των κηύσεων στους ανήλικους δημιουργεί καλή φήμη σε αυτά, και αποτελεί θετικό προηγούμενο που ωθεί τους ανήλικους να τα εμπιστευτεί. Συνήθως οι ίδιοι οι νέοι που εργάζονται στο πρόγραμμα το τροφοδοτούν με συνομήλικους τους, κάνουν υποδείξεις ως προς τις δραστηριότητες που πρέπει να παρέχουν οι υπηρεσίες, τις ώρες λειτουργίας τους, ώστε να είναι προσαρμοσμένες στο ωράριο των νέων. Επιπλέον ενημερώνουν το πρόγραμμα με τα τελευταία δεδομένα και το προσαρμόζουν συνεχώς στις ανάγκες των νέων ώστε να βελτιώνεται συνεχώς .

Οι νέοι συνήθως δεν αντιλαμβάνονται πως επηρεάζονται από τα μηνύματα που λαμβάνουν. Για αυτό το λόγο είναι απαραίτητο τα προγράμματα αυτά να αναπτύσσουν την κριτική ικανότητα των νέων για τον ρόλο της τηλεόρασης, των ταινιών, των περιοδικών.

Επιπλέον η δημιουργία ουσιαστικής σχέσης των ενηλίκων που δουλεύουν στο πρόγραμμα με τους ανήλικους βασισμένη στον αμοιβαίο σεβασμό, θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα του προγράμματος. Με δεδομένο ότι οι νέοι άνθρωποι ενδιαφέρονται για το πως ζουν οι ενήλικοι, πώς σκέφτονται και με ποιό τρόπο λαμβάνουν αποφάσεις, η καλλιέργεια ενός

προσωπικού συνδέσμου μπορεί να είναι και το πιο δυνατό κομμάτι του προγράμματος που αφορά τους νέους

Η στρατολόγηση νέων ανθρώπων ίσως να είναι και το εύκολο μέρος του προγράμματος. Δύσκολο είναι όμως να διατηρήσεις σε ετοιμότητα τους νέους ανθρώπους που εμπλέκονται σε αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Η εκκλησία αποτελεί το μόνιμο καταφύγιο πολλών ανθρώπων. Είναι ο χώρος όπου γονείς και παιδιά μπορούν να συμμετάσχουν από κοινού σε δημιουργικές δραστηριότητες, να συνεκπαιδευτούν, να αναζητήσουν λύσεις στα προβλήματα τους και να νοιώσουν καλύτερα. Για κάποιες μάλιστα κοινωνίες η εκκλησία είναι ίσως το μόνο ίδρυμα που μπορεί να περάσει μηνύματα στους νέους.

Η εκκλησία είχε ανέκαθεν ένα δικό της τρόπο να προσεγγίζει και να επηρεάζει θετικά τους νέους ανθρώπους, να διαμορφώνει ισχυρές προσωπικότητες, να τους μεταλαμπαδεύει αρχές και αξίες που τους κατευθύνουν στη ζωή τους. Οι ιερείς έχουν ένα μοναδικό τρόπο να φέρνουν κοντά τους γονείς με τα παιδιά τους, να γεφυρώνουν τις διαφορές τους και να συζητούν τα προβλήματα τους.

Όσες έρευνες έγιναν στους νέους που ήταν κοντά στην εκκλησία αποκάλυψαν πως ανήλικα αγόρια και κορίτσια απείχαν από τη σεξουαλική πράξη πιστεύοντας πως η ενέργεια τους αυτή αντιστρατευόταν στο θρησκευτικό τους συναίσθημα, στην πίστη τους προς το Θεό. Αγόρια και κορίτσια που ανέφεραν τακτικές επισκέψεις στις θρησκευτικές λειτουργίες ξεκίνησαν τις σεξουαλικές δραστηριότητες τους μετά την ενηλικίωση τους.

Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών καταδεικνύουν πως η ισχυρή θρησκευτική πίστη των νέων και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους δημιουργικά παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία τους από ανεπιθύμητες κυήσεις και αναβάλλουν την πρόωρη έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας.

Έργο αποκατάστασης της ανύπανδρης (ενήλικης και ανήλικης) μητέρας παρέχεται από την Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών, μέσω ιδρύματος που η τελευταία δημιούργησε στην Αθήνα, επί της οδού Ηπείρου, για τις γυναίκες που απέκτησαν παιδιά από μη επιδιωκόμενες κυήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε. ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΥΗΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Αναμφισβήτητα σημαντική πηγή ενημέρωσης των ανηλίκων για το σεξ είναι και τα Μ.Μ.Ε. Στην κατ' επίφαση συντηρητική Αμερική ένα στα οκτώ προγράμματα τηλεόρασης προβάλλει σκηνές στις οποίες αναπαριστάται ή υπαινίσσεται σεξουαλική πράξη. Ενημερωτικές εκπομπές για τις αρνητικές συνέπειες των ερωτικών σχέσεων χωρίς προστασία σπάνια προβάλλονται.

Έρευνα αποδεικνύει καθαρά ότι η τηλεόραση συμβάλλει στην σεξουαλική «κοινωνικοποίηση» του ανηλίκου. Η παρακολούθηση προγραμμάτων σεξουαλικού περιεχομένου από τους ανήλικους έχει συνδεθεί με την πρόωρη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων. Είναι γεγονός πως τόσο η Ευρώπη όσο και η Αμερική χρειάζονται μια μακροπρόθεσμη καμπάνια από τα Μ.Μ.Ε. για την πρόληψη των κυήσεων μεταξύ ανηλίκων, η οποία θα προβάλλει τους κινδύνους που συνδέονται με την σεξουαλική πράξη. Χώρες όπως η Ολλανδία, η Γερμανία και η Γαλλία, στις οποίες ο αριθμός κυήσεων στους ανήλικους είναι 4-7 φορές χαμηλότερος από ότι στις ΗΠΑ, δεν διστάζουν να προβάλλουν εκπομπές και διαφημιστικά σποτ μέσω των κρατικών καναλιών

τους στα οποία επισημαίνεται η ανάγκη για ασφάλεια στο σεξ, που όπως φαίνεται έχουν μεγάλη επίδραση στους ανήλικους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥΣ

Το πρώτο βήμα για την δημιουργία ενός προγράμματος μιας κοινότητας που θα έχει ως στόχο την πρόληψη των κηρύσεων στους ανήλικους είναι να επιλεγεί η ομάδα με την οποία θα ξεκινήσει το πρόγραμμα. Η εναρκτήρια ομάδα, ο πρώτος πυρήνας είναι αυτός που θα καθορίσει την δομή του προγράμματος βάσει της οποίας θα ξεκινήσει ο σχεδιασμός των στρατηγικών που θα ακολουθηθούν και των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν. Επιπλέον η ομάδα έναρξης είναι επιφορτισμένη να λάβει κάθε δυνατό μέτρο προκειμένου να τύχει το πρόγραμμα υποστήριξης από τα μέλη της κοινότητας. Ουσιαστικά θα πρέπει να αφουγκραστεί τις ανησυχίες της κοινότητας, να προσδιορίσει τις ελλείψεις και τα δυνατά σημεία της και να προσαρμόσει την αρχική ιδέα σε αυτά. Τέλος θα πρέπει να εξασφαλίσει τα απαραίτητα κονδύλια για την εφαρμογή του προγράμματος.

Σε πάρα πολλές πρωτοβουλίες η ομάδα έναρξης αποτελείται από λίγα, συνήθως 6-10 άτομα με καλές διασυνδέσεις στην ευρύτερη κοινότητα. Καθώς η πρωτοβουλία αναπτύσσεται, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια και η αρχική ομάδα διευρύνεται προκειμένου να συμπεριλάβει όσο το δυνατόν περισσότερα μέλη.

Αναγκαία προϋπόθεση κατά την έναρξη οποιουδήποτε προγράμματος, είτε αφορά στην πρόληψη των κηρύσεων στους ανήλικους είτε όχι, είναι η επιλογή ανθρώπων ειδικών οι οποίοι θα αποτελέσουν την εναρκτήρια ομάδα, δηλαδή τον πρώτο πυρήνα. Τα άτομα αυτά δεν είναι απαραίτητο να έχουν κοινές εργασίες και ενδιαφέροντα. Απαραίτητο όμως είναι να

παραμερίζουν τις διαφορετικότητες τους, και να εστιάζουν σε ένα κοινό όραμα, τη μείωση των κινήσεων στους νέους ανθρώπους.

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές επιλογές ως προς την οργάνωση της αρχικής ομάδας. Μπορεί για παράδειγμα η ομάδα να έχει μια προσωρινή δομή, ή να αποτελεί μια υποομάδα μιας ήδη υπάρχουσας οργάνωσης ή να αποτελεί επέκταση του σκοπού μιας ήδη δημιουργημένης ομάδας, ή μια ομάδα που δημιουργήθηκε μετά από κυβερνητική εντολή. Μπορεί όμως να έχει και μια τελειώς πρωτοποριακή δομή ή και ένα συνδυασμό όλων των παραπάνω.

Για παράδειγμα πολλοί επιλέγουν να έχει η αρχική ομάδα ένα προσωρινό χαρακτήρα επειδή αισθάνονται ότι έχουν ένα μικρό καθήκον να επιτελέσουν και επιθυμούν να έχουν την ευελιξία να αποφασίσουν αργότερα, αν η ομάδα θα είναι μόνιμη. Μια προσωρινή ομάδα π.χ. μπορεί να μαζευτεί για να ορίσει τις ανάγκες μιας κοινότητας ή να συμβάλλει οικονομικά σε ειδικά γεγονότα πχ. Την δημιουργία «εβδομάδας πρόληψης των κινήσεων στους νέους». Μια προσωρινή ομάδα μπορεί να τραβήξει μέλη που ενδιαφέρονται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους για μικρό χρονικό διάστημα.

Είναι σημαντικό να μπορείς να προσδιορίζεις τους ανεπίσημους ηγέτες μιας κοινότητας. Αυτοί που έχουν τους τίτλους δεν είναι σίγουρο ότι έχουν επιρροή στα μέλη της κοινότητας. Ο αρχικός πυρήνας θα πρέπει να περιλαμβάνει εκπροσώπους από τις παρακάτω κατηγορίες:

Ανήλικους, γονείς των ανηλίκων, εκπροσώπους υπάρχόντων οργανισμών για την πρόληψη των κινήσεων, γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, εκπροσώπους από την εκπαίδευση, εκπροσώπους φιλανθρωπικών κοινοτήτων, εκπροσώπους των ΜΜΕ, εκπροσώπους της αστυνομίας.

Τα μέλη της αρχικής ομάδας θα πρέπει να πιστεύουν στην ανάγκη για μείωση του αριθμού των κινήσεων στους ανήλικους. Ακόμη θα πρέπει η συμμετοχή τους να αποτελεί επιλογή τους, να γνωρίζουν ότι θα υπάρξουν πολλές δυσκολίες για την επίτευξη του στόχου τους, και να είναι πρόθυμοι να κάνουν εποικοδομητικά σχόλια στο προτεινόμενο πρόγραμμα.

Στόχος είναι να συμπεριληφθούν στην ομάδα όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα που να εκπροσωπούν όλους τους χώρους, και να συνεργάζονται μεταξύ τους. Για αυτό το λόγο έχει σημασία η σωστή αναλογία των ανθρώπων μέσα στην ομάδα, ώστε να εκμηδενιστούν οι πιθανότητες των στείρων αντιπαραθέσεων.

Η αρχική ομάδα θα πρέπει:

Να ανακοινώσει τους βασικούς κανόνες της ομάδας τους οποίους όλα τα μέλη θα πρέπει να σέβονται.

Να προσδιορίσει τους αρχικούς της στόχους και το αντικείμενο της.

Να προσδιορίσει τα πιθανά μέλη της και να τους αναθέσει καθήκοντα ανάλογα με την θέση τους.

Να αναπτύξει οργανωσιακή δομή.

Να καθορίσει τις εργασίες της ομάδας, και τον χρόνο έναρξης των δραστηριοτήτων της (πχ. να ορίσει τις τακτικές συγκεντρώσεις της ομάδας).

Να ορίσει αρχηγό κοινής αποδοχής.

Να ορίσει στρατηγικές και σχέδιο δράσης.

Να εξασφαλίσει την συμπαράσταση της κοινότητας.

Είναι σημαντικό οι συμμετέχοντες στην ομάδα να ακούν τις ειδικές ανησυχίες των μελών της κοινότητας και να προσπαθούν να ανταποκριθούν σε αυτές, αν επιθυμούν η πρωτοβουλία τους να τύχει ευνοϊκής αντιμετώπισης από αυτά.

Η επιλογή του χώρου όπου θα πραγματοποιούνται οι συγκεντρώσεις της αρχικής ομάδας είναι επίσης σημαντική. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η σύνθεση της ομάδας και να επιλεγεί μια τοποθεσία κεντρική με εύκολη πρόσβαση για όλα τα μέλη της.

Επίσης θα πρέπει να αποφασιστεί ποιο μέλος της ομάδας θα την εκπροσωπεί στα ΜΜΕ και κάτω από ποιες περιστάσεις, πώς τα κονδύλια θα ξοδεύονται, ποια θα είναι η σειρά

προτεραιότητας των καθηκόντων της, πόσο καιρό θα παραμείνει ο αρχικός πυρήνας και πότε θα διευρυνθεί.

Είναι ιδιαιτέρως βοηθητικό για τα μέλη της ομάδας να γνωρίζουν εκ των πρότερων τους τρόπους με τους οποίους θα συνεργαστούν. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να συζητήσουν τις δραστηριότητες που το κάθε μέλος θα αναλάβει. Ποιες όμως μπορεί να είναι οι δραστηριότητες που μια οργάνωση για την πρόληψη των κυήσεων στους ανήλικους μπορεί να έχει;

-η δημιουργία καμπάνιας για την ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα αυτό·

-η αναζήτηση οικονομικών πόρων για την επίτευξη του στόχου·

-η εκτίμηση των αναγκών·

-έρευνα και εκτίμηση των στοιχείων που μαζεύτηκαν·

-η δημοσίευση των αποτελεσμάτων σε εργασίες·

-η εμπλοκή στην διαδικασία νέων ανθρώπων·

-η δημοσίευση επιστολών προς τον τύπο·

-η δημιουργία ιστοσελίδας της ομάδας στο διαδίκτυο με στόχο την επικοινωνία και την ενημέρωση ανηλίκων και ενηλίκων·

-ο προγραμματισμός σειράς διαλέξεων με θέμα την πρόληψη των κυήσεων στους ανήλικους καθώς και εκπαιδευτικών ημερίδων·

-η συνεργασία με άλλους φορείς που έχουν κοινούς με την ομάδα στόχους·

Ο κατάλληλος σχεδιασμός της αρχικής ομάδας, η οποία θα απαρτίζεται από ικανούς ανθρώπους προσεκτικά επιλεγμένους, με συγκεκριμένες εκ των προτέρων δραστηριότητες αποτελούν σημαντικά βήματα για να δουλέψει αποτελεσματικά προς τον επιδιωκόμενο στόχο.

Τέλος εκείνο που αξίζει να τονιστεί είναι πως αν η πολιτεία δεν βοηθήσει στηρίζοντας με τον οποιοδήποτε τρόπο τις πρωτοβουλίες όλων των παραπάνω φορέων και συντονίζοντας τις προσπάθειες τους, το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα έχει μειωμένες πιθανότητες να

πραγματοποιηθεί. Ουσιαστικά θα πρέπει να βρεθεί τρόπος προκειμένου να συνδεθούν τα προγράμματα της κεντρικής πολιτικής εξουσίας με εκείνα των τοπικών κοινωνιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση του ζητήματος της συναίνεσης της ανηλίκου στην άμβλωση καταλήγει στις εξής συμπερασματικές θέσεις:

1. Για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές και αμερικανικές νομοθεσίες οι ανήλικοι θεωρούνται οντότητες αγνές, ευπαθείς, τρωτές, εξαρτημένες από τους ενήλικους, μη υπεύθυνες για τις επιλογές τους και της συμπεριφορά τους, ανίκανες να ασκήσουν δικαιώματα και προνόμια που απολαμβάνουν οι ενήλικοι. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο παραχωρείται στους γονείς η εξουσία να λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό τους, σε ζητήματα που αφορούν την υγεία τους. Στο ζήτημα της άμβλωσης των ανηλίκων, η άποψη αυτή δεν αλλάζει σημαντικά, αφού οι ευρωπαϊκές και διεθνείς νομοθεσίες κατά πλειοψηφία, απαιτούν την γονεϊκή εμπλοκή, ενημέρωση και συναίνεση.

2. Η συναίνεση του ασθενή στην Ελληνική νομική και ιατρική πρακτική αποτελεί βασικό κανόνα της ιατρικής δεοντολογίας και νομιμοποιητικό όρο οποιασδήποτε επέμβασης. Αντιπροσωπεύει την νομική και ηθική έκφραση του δικαιώματος της αυτονομίας του ανθρώπου και του σεβασμού της βούλησης του. Αίρει τον παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης, χωρίς παράλληλα να καθιστά έγκυρη την σύμβαση της ιατρικής αγωγής, για την οποία σε οποιαδήποτε περίπτωση χρειάζεται δικαιοπρακτική ικανότητα. Δεν σχετίζεται άμεσα με την δικαιοπρακτική ικανότητα ενός προσώπου και πολύ περισσότερο δεν ταυτίζεται με αυτή.

Η ικανότητα κάθε ατόμου για συναίνεση είναι ζήτημα πραγματικό το οποίο θα πρέπει να εξετάζεται κάτω από τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε κάθε περίπτωση. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο αναγνωρίζεται η ικανότητα συναίνεσης σε άτομα που υπό κανονικές συνθήκες θα ήταν αδύνατο. Σε αυτή την κατηγορία εμπίπτουν και οι ανήλικοι. Η ωριμότητα του ανηλίκου να αντιληφθεί την σημασία και τις συνέπειες της ιατρικής πράξης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί είναι εκείνη η προϋπόθεση που ουσιαστικά του επιτρέπει να δώσει έγκυρα την συναίνεση του.

3. Η αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων στις ανήλικες σε μια χώρα μπορεί να συνδεθεί και να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες:

Κατ' αρχήν σε πολιτειακούς παράγοντες όπως στην μη αποδοχή της σεξουαλικής δραστηριότητας των ανηλίκων εκ μέρους της πολιτείας, στην ανυπαρξία ή στη πρόχειρη λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας, στην μη τήρηση του ιατρικού απορρήτου από τις αρμόδιες για θέματα σεξουαλικότητας των ανηλίκων κοινωνικές υπηρεσίες υγείας, στην μη εύκολη πρόσβαση των ανηλίκων προς τις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας, στην ανυπαρξία προγραμμάτων σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των ανηλίκων, στην πλημμελή ενημέρωση των ανηλίκων ως προς τις μεθόδους αντισύλληψης, στην έλλειψη ιατρικής ασφάλισης των ανηλίκων, στην ανυπαρξία προγραμμάτων συμβουλευτικής στήριξης της οικογένειας από ειδικευμένους συμβούλους-ψυχολόγους κρατικών οργανισμών, στην μη επιβολή αυστηρών ποινών για αδικήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας των ανηλίκων, για το αδίκημα της αποπλάνησης ανηλίκου και για το αδίκημα του βιασμού και στην κρίση που αντιμετωπίζει ο θεσμός του γάμου και της οικογένειας διεθνώς. Αλλά και σε ατομικούς παράγοντες όπως στο χαμηλό εισόδημα της ίδιας της ανήλικης ή της οικογένειας της, στις κακές σχέσεις που έχει αναπτύξει η ανήλικη με τα μέλη της οικογένειας της, στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και ατομικές προλήψεις της ανήλικης, στην αδιαφορία της να ενημερωθεί σχετικά με τις μεθόδους αντισύλληψης, στην αντιδραστική συμπεριφορά της αναφορικά με τους νόμους και του κανονισμούς της πολιτείας, στην δυσπιστία της αναφορικά με το έργο των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας.

4. Η διακοπή μιας κύησης κατά την διάρκεια της ανηλικότητας, δεν είναι άμοιρη κινδύνων. Προκαλεί σοβαρότατες και δυσάρεστες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, οι οποίες εξελίσσονται σε πολύπλοκες όταν οι αμβλώσεις είναι περισσότερες ή πραγματοποιούνται σε προχωρημένο στάδιο. Ανήλικες που υποβλήθηκαν σε άμβλωση έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχολογικά προβλήματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση,

έλλειψη εμπιστοσύνης, αυξημένη κατάθλιψη και ασυγκράτητος θυμός, τάσεις επιθετικότητας, αίσθημα θύματος, φόβος για τον κοινωνικό αντίκτυπο της πράξης τους, προβλήματα στις μετέπειτα σχέσεις τους και γενικά μια αντικοινωνική συμπεριφορά. Εξίσου σημαντικές όμως είναι και οι επιπτώσεις στην σωματική τους υγεία. Η μόλυνση, η ακατάσχετη αιμορραγία, η πνευμονική εμβολή, η ρήξη ή διάτρηση της μήτρας, επιπλοκές από την αναισθησία, σπασμοί, διαταραχές πήξεως, βλάβες στον τράχηλο, σοκ από τοξιναιμία, αποτελούν μερικές από αυτές, όπως προκύπτει από την διεθνή βιβλιογραφία.

5. Η ικανότητα της ανήλικης να λαμβάνει αποφάσεις στην περίπτωση μη προγραμματισμένης κύησης επηρεάζεται από διάφορες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα από την ηλικία της, το μορφωτικό της επίπεδο, το βαθμό στήριξης της από την οικογένεια της ή τις κοινωνικές υπηρεσίες, από την οικονομική της κατάσταση, από την ψυχολογία της και από την γενικότερη προσωπικότητα της.

Όταν πρόκειται για ώριμη ανήλικη και η ιατρική επέμβαση συνδέεται έντονα με την προσωπικότητα του όπως λόγου χάρη συμβαίνει με την διακοπή της κύησης, η επέμβαση δεν επιτρέπεται να πραγματοποιηθεί χωρίς την συναίνεση της ίδιας της ανήλικης, ως φορέα του αυστηρά προσωποπαγούς δικαιώματος στην προσωπικότητα του, παρόλη την αντίδραση των γονιών της. Δηλαδή οι γονείς δεν θα μπορούν στις περιπτώσεις αυτές να εμποδίσουν ό,τι ο ίδια η ανήλικη έχει αποφασίσει (πχ. διακοπή της κύησης) αλλά ούτε και να επιβάλλουν παρά την θέληση της κάτι που η ίδια δεν επιθυμεί.

6. Η νομοθεσία ενός κράτους καταδεικνύει τον τρόπο και την φιλοσοφία με την οποία το συγκεκριμένο κράτος χειρίζεται σημαντικά κοινωνικά ζητήματα και τον βαθμό ασφάλειας που εμπνέει στους πολίτες του.

Η ελληνική νομοθεσία, παρά το γεγονός διαθέτει ειδικό νόμο για την άμβλωση, τον Ν. 1609/86 και συγκεκριμένη διάταξη για την ανήλικη, είναι ελλιπής και χρήζει συμπληρώσεων και διευκρινήσεων.

Επειδή η ελληνική νομοθεσία (ο ν. 1609/86) απαιτεί εκτός από την συναίνεση της ανήλικης εγκύου για την διακοπή της κύησης της και την συναίνεση ενός εκ των γονιών της ή του προσώπου που έχει την επιμέλεια της, θα πρέπει να γίνουν ειδικότερες προβλέψεις σε μελλοντικά νομοθετικά κείμενα σε δύο περιπτώσεις.

Πρώτον όταν η εγκυμοσύνη των ανηλικών αποτελεί προϊόν βιασμού από πρόσωπα που κατέχουν την γονεϊκή επιμέλεια. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να προβλέπεται ευχερής διαδικασία ελέγχου πατρότητας μέσω εισαγγελέως ή δικαστού σε σύντομο χρονικό διάστημα. Δεύτερον όταν οι γονείς των ανηλικών εγκύων είναι χωρισμένοι.

Αναφορικά με το δικαίωμα συναίνεσης της έγγαμου ανήλικης σε άμβλωση θα πρέπει να γίνει τόσο ερμηνεία του άρθρου 137 του Αστικού Κώδικα, όπως και ανάλογη προσθήκη στον Ποινικό νόμο της άμβλωσης (304 ΠΚ) για λόγους ασφάλειας των γιατρών και του δικαίου. Ειδικότερα επειδή από την Σύμβασης περί Βιοιατρικής του 1998 προκύπτει *de lege ferenda*, ότι ο ανήλικος ερωτάται και αποφασίζει για θέματα που τον αφορούν στο πεδίο της υγείας εάν τεκμαίρεται ότι έχει την ωριμότητα για αυτό, επειδή βάση του Συντάγματος ο ανήλικος έχει δικαίωμα σύναψης γάμου και ίδρυσης οικογένειας (δικαίωμα απόφασης στο αναπαραγωγικό πεδίο), ενώ και από τις νεωτέρες αντιλήψεις στο Οικογενειακό Δίκαιο, η έννοια του ώριμου ανήλικου αρχίζει να εμφιλοχωρεί στο δικαίωμα αναπαραγωγής του, συμπεραίνουμε πως η έγγαμος ανήλικη δεν χρειάζεται την συναίνεση των γονέων του προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση.

7. Ο ρόλος του συντρόφου της ανήλικης στην απόφαση της να υποβληθεί σε άμβλωση σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία είναι μηδενικός. Στην πλειοψηφία τους τα Ευρωπαϊκά κράτη δεν απαιτούν την συναίνεση του συζύγου ή του συντρόφου της ανήλικης για την διακοπή της κύησης της. Το ίδιο συμβαίνει και στις περισσότερες πολιτείες των ΗΠΑ. Το κλίμα που διαμορφώνεται στα εν λόγω κράτη ουσιαστικά υποβαθμίζει την ανάγκη για συναίνεση του συζύγου, δίνει προτεραιότητα στην απόφαση της εγκύου αλλά ταυτόχρονα

ενισχύει την άποψη πως τουλάχιστον οι άνδρες θα πρέπει να ενημερώνονται για την απόφαση της συντρόφου τους. Η Τουρκία, η Πενσυλβάνια και η Φλόριντα, ανήκουν στις ελάχιστες εξαιρέσεις που απαιτούν μέσω της νομοθεσίας τους την συναίνεση του συζύγου για την διακοπή της κύησης.

8. Η Ορθόδοξη Εκκλησία αναγνωρίζει το έμβρυο ως μία καθ' ολοκληρία ψυχοσωματική οντότητα από την στιγμή της σύλληψης μέχρι και την γέννηση του και συνεπώς δεν αποδέχεται την διακοπή της κύησης. Αυτός ο βασικός κανόνας της Ορθοδοξίας ισχύει για όλες τις περιπτώσεις στις οποίες προτείνεται η άμβλωση, ακόμα κι όταν αφορά ανήλικη έγκυο. Μόνο όταν βρίσκεται σε κίνδυνο η ζωή της εγκύου η Ορθόδοξη Εκκλησία κατ' εξαίρεση επιτρέπει την άμβλωση.

9. Η μείωση των κυήσεων στις ανήλικες όλου του κόσμου απαιτεί αλλαγές στην στάση και στην συμπεριφορά των ενηλίκων ως προς την σεξουαλική πράξη. Η αλλαγή της στάσης των ενηλίκων προς την σεξουαλική ζωή των ανηλίκων, θα διευκολύνει την χάραξη των κατάλληλων πολιτικών προγραμμάτων τα οποία θα βοηθήσουν στην μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων. Συμπεριφορές εκφοβισμού των νέων, συμπεριφορές που τους κάνουν να νοιώθουν ενοχές ως προς την σεξουαλικότητα τους, δεν βοηθούν στην πρόληψη των κυήσεων. Αντίθετα συμπεριφορές σεβασμού της προσωπικότητας και των επιλογών του ανηλίκου, συντελούν στην ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η αναγνώριση του δικαιώματος του ανηλίκου να εκφράζεται και σεξουαλικά αποτελεί στοιχείο άρρηκτα συνδεδεμένο με την ανάπτυξη του, βοηθά στην εξασφάλιση του δικαιώματος για σωστή και σοβαρή ενημέρωση γύρω από το σεξ και πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας οι οποίες θα του δώσουν την δύναμη να εκφράσει την σεξουαλικότητα του με ασφαλείς και υγιείς τρόπους. Η μείωση του αριθμού των κυήσεων και των αμβλώσεων ανάμεσα στους ανήλικους θα έρθει ως φυσικό αποτέλεσμα όλης αυτής της προσπάθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kennedy I., Grubb A. Consent. In Medical Law, Kennedy I., Grubb A. 2nd ed. Butterworths, London 1994
2. Αλεξιάδη Σ. Νευροψυχιατρικά Χρονικά 1971, σελ. 37
3. Παρασκευοπούλου Ν. Τιμητικός τόμος Χωραφά, τόμος ΙΙ, σελ. 245
4. Κατσαντώνης Α. Ποινικό Δίκαιο. Γενικό Μέρος τόμος Α΄, Εκδόσεις Σάκκουλας 1972, σελ. 170.
5. Bockelmann P. Operativer Eingriff und Einwilligung, Juristenzeitung 1962
- 6.Καιάφα - Γκαμπάντι Μ. Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 1989, σελ. 881-2
7. Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε. Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα 1993, σελ 187
- 8.Γιαννίδης Ι, Μπιτσαζής Π. Αυτόγνωμες Ιατροχειρουργικές Επεμβάσεις. Ιδιωτική γνωμοδότηση Ποιν. Χρον. ΜΑ σελ. 605-7
9. Καράμπελας Λ. Η σημασία και η αξία της συναίνεσης στην ιατρική πράξη, Ποιν. Χρον. ΛΗ σελ. 337-44
10. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ΒΔ 25/1955 αρθ. 8
- 11.Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. Η νομική φύση της συναίνεσης του ασθενούς, από Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα- Κομοτηνή 1993
- 12.Αγαλλοπούλου Π. Η σημασία της συναίνεσης του τραυματισμένου σε χειρουργική επέμβαση κατά το αστικό δίκαιο, τόμος Α. Εκδόσεις Σάκκουλας Αθήνα 1985, σελ. 27 επ.
13. Παπαντωνίου Ν. Γενικές Αρχές, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα 1983, σελ 123.
14. Σπυριδάκης Ι. Γενικές Αρχές, τεύχος Α. Εκδόσεις Σάκκουλας Αθήνα 1985, σελ. 357 επ.
- 15.Μιχαλοδημητράκης Μ., Κουτσελίνης Α., Η συναίνεση του αρρώστου, από: Ιατρική ευθύνη εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1984, σελ. 47-53

16. Nicholls M. Medical treatment in the absence of consent. *Family Law*. 1990 April;128-32
17. Johansson A. Persons with the most severe mental disorders must also have the right to care and treatment *Lakartidningen* 2003 Apr 30;100(18):1655.
18. McClellant R, Szmukler G. Consent and capacity in psychiatric practice revisited. *Eur J Health Law*. 2000 Mar;7(1):47-55.
19. Gray JE, O' Reilly RL, Clements GW. Protecting the rights of people with mental illness: can we achieve both good legal process and good clinical outcomes? *Health Law Can*. 2002 Nov;23(2):25-32.
20. Dimond B. Consent and the mentally disordered detained patient. *Br J Nurs*. 2003 Dec 11-2004 Jan 7;12(22):1331-4.
21. Brake I. Cross-cultural issues in medicine. *Ann R Coll Physicians Surg Can*. 1994 Dec;27(8):486-8.
22. Αλεξιάδης Α. Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσ/νίκη σελ. 116-117
23. Aunan E. Writing information and consent prior to orthopaedic surgery. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003 Sep 25;123(18):2594-6.
24. Nubgens K. Zwei Fragen zur zivilrechtlichen Haftung des Arztes, *FS Haub* 1978, 287
25. Rosenfeld B. Assessing competence to make treatment decisions. *Drugs Today (Barc)*. 1998 Jul;34(7):579-84.
26. Broome ME, Kodish E, Geller G, Siminoff LA. Children in research: new perspectives and practices for informed consent. *IRB*. 2003 Sep-Oct;25(5):s20-3
27. Cuttini M. Proxy informed consent in pediatric research: a review. *Early Hum Dev*. 2000 Dec;60(2):89-100.
28. Cable S, Lumsdaine J, Semple M. Informed consent. *Nurs Stand*. 2003 Dec 3-9;18(12):47-53; quiz 54-5.
29. Freeman M. Whose life is it anyway? *Med Law Rev*. 2001 Autumn;9(3):259-80.

30. Wicks E. The right to refuse medical treatment under the European Convention on Human Rights. *Med Law Rev.* 2001 Spring;9(1):17-40.
31. Bridson J, Hammond C, Leach A, Chester MR. Making consent patient centred. *BMJ.* 2003 Nov 15;327(7424):1159-61..
32. Duman M. Patient information: Part 1. Why provide information? *Prof Nurse.* 2003 Sep;19(1):58-9.
33. Bennett G. How we keep the truth from patients the NICE way. *J Wound Care.* 2001 Jun;10(6):193.
34. Κριάρη Ι. Γενετική Τεχνολογία και Θεμελιώδη Δικαιώματα, εκδόσεις Α Σάκκουλας Αθήνα, 1999 σελ. 84 επ.
35. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations. GMC publications, London 2004.
36. Keers-Sanchez A. Mandatory provision of foreign language interpreters in health care services. *J Leg Med.* 2003 Dec;24(4):557-78.
37. Κανελλοπούλου- Μπότη Μ. Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξονικό δίκαιο. Σάκκουλας Αθήνα 1999 σελ. 87, 133
38. Βάρκα-Αδάμη Α. Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων, εκδόσεις Α Σάκκουλας, Αθήνα 1993, σελ 46
39. Ζέπος Π. Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 21 1973 σελ. 1επ
40. Καιάφα- Γκαμπάντι Μ. Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 1989, σελ. 872
41. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη Ι. Η νομική φύση της συναίνεσης του ασθενούς, από Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα- Κομοτηνή 1993, σελ. 277
42. Kennedy I., Grubb A. Consent. In *Medical Law*, Kennedy I., Grubb A. 2nd ed. Butterworths, London 1994, pp. 174, 182, 184, 191-4.

43. Mavroforou A, Giannoukas A, Mavrophoros D, Michalodimitrakis E. Physicians' liability in interventional radiology and endovascular therapy. *European Journal of Radiology* 2003 Jun;46:240-3
44. Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Medical Litigation in Cosmetic Plastic Surgery. *Medicine and Law Journal* 2003 (in press)
45. Mavroforou A, Mavrophoros D., Koumantakis E., Michalodimitrakis E. Liability in Prenatal ultrasonic screening. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2003 Jun; 21(6)525-528
46. Mavroforou A, Michalodimitrakis E. Physicians' Liability in Ophthalmology Practice. *Acta Ophthalmologica Scandinavica* 2003 Aug;81:321-5
47. Mavroforou A, Koumantakis E., Michalodimitrakis E. Physician's Liability in Obstetrics and Gynecology Practice. *Medicine and Law Journal* 2003 (in press)
48. Faya v. Almaraz Maryland. Court of Appeals. Atl Report. 1993 Mar 9 (date of decision);620:327-39(PubMed)
49. Κοζύρη Φ. Το ιατρικό παράπτωμα: σχόλια με αφορμή το κείμενο του καθηγητή Τ. Τζόστ, Αρμ. 1999, 2, σελ.178
50. Ράικος Α. Παραδόσεις Συνταγματικού Δικαίου, τόμος Β', Τεύχη α,β,γ, Αθήνα, Σάκκουλας 1986
51. Μάνεσης Α. Συνταγματική Θεωρία και Πράξη, Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας, 1980
52. Κριάρη-Κατράνη Ι. Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα-Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου. *Ελληνική Δικαιοσύνη*, τόμος 43^{ος}, τεύχος 6^ο 2002, σελ. 1547-57.
53. Paul EW, Scofield G. Informed consent for fertility control services. *Family Planning Perspectives*, Vol. 11, No. 3. (May - Jun., 1979), pp. 159-63,167-8.
54. Blum R, Rinehart P.M. (1997) Reducing the risk: Connections that make a difference in the lives of youth. Minneapolis, MN: University of Minnesota Division of General Pediatrics and Adolescent Health

55. Mehta S, Groenen R, Roque F. Adolescents in changing times: Issues and perspectives for adolescent reproductive health in the ESCAP region. A study for the United Nations Children's Fund 1998
56. De Silva W. (1997). "Socio-cultural factors, changing marriage patterns and policies affecting adolescents and youth, including their reproductive health", paper prepared for the ESCAP Expert Group Meeting on Adolescents: Implications of Population Trends, Environment and Development, 30 September - 2 October 1997.
57. International Labour Organization/International Programme for the Elimination of Child Labour (1996). Strategy and Action Against the Commercial and Sexual Exploitation of Children, report prepared for the World Congress against Commercial Sexual Exploitation of Children, Stockholm, 27-31 August 1996.
58. National Commission on Adolescent Sexual Health (1995) Facing facts: Sexual health for America's Adolescents. New York: SIESUS
59. Scott ES. The legal construction of adolescence. SC Hofstra Law Review Wint 2000;29 (2): 547-98
60. Wood L. Informed consent to the medical treatment of minors: Law and Practice. So Health Matrix Summ 2000; 10 (2): 141-74
61. Paul E, Pilpel HF. Teenagers and Pregnancy: The Law in 1979 Family Planning Perspectives, Vol. 11, No. 5. (Sep. - Oct., 1979), pp. 297-302.
62. Donovan P. Judging Teenagers: How Minors Fare When They Seek Court-Authorized Abortions. Family Planning Perspectives, Vol. 15, No. 6. (Nov. - Dec., 1983), pp. 259-62, 264-7.
63. Donovan P. Your Parents or the Judge: Massachusetts' New Abortion Consent Law. Family Planning Perspectives, Vol. 13, No. 5. (Sep. - Oct., 1981), pp. 224-8.

64. Donovan P. Most minors are mature enough to make their own abortion decisions. *Family Planning Perspectives*, Vol. 24, No. 4. (1992), pp. 187-8.
65. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε, Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ, εκδόσεις Α Σάκκουλας, Αθήνα 2003
66. Κουμάντος Γ. Οικογενειακό Δίκαιο, τόμος ΙΙ, εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα 1989, σελ. 235
67. Ανδρουλάκης Ν. Ο χιλιαστής πατήρ, Ποιν Χρον. Κ, σελ. 241-44
68. Σταμάτης Κ. Υπ' αριθμ 161/1970 βούλευμα, Ποιν. Χρον Κ, σελ 299
69. Korgaonkar G. Tribe D: Children and consent to medical treatment. *Br J Nurs* 1993, 2:383-4
70. Alderson P. *Choosing for children*. Oxford University Press, Oxford 1990, p.61
71. Dimond B. *The legal aspects of child health care*. Mosby London 1996, pp229-232
72. *Gillick v. W Norfolk and Wisbech Area Health Authority* 1986 1 AC 112
73. Montgomery J. Children as property? 1988 51 *MLR* 323-42
74. De Cruz SP. Parents, doctors and children: The Gillick case and beyond. 1987 *JSWL*, 93-108
75. Montgomery J. Healthcare law for a multi-faith society. In Murphy J ed., *Ethnic Minorities, their families and the law*, Oxford 2000, Hart Publishing
76. *Re W (a minor) (Medical Treatment)* 1992 4 *All ER* 627
77. *Re S (a minor) (Medical Treatment) Family Division* 1993 1 *FLR* 376
78. Times. Editorial: A right to life: parents cannot condemn their children to die, 8 November 1993
79. *Re E* 1991 4 *ALL ER* 177
80. Rose P. Care of a child with hypospadias: ethical issues in practice. *Br J Nurs* 1992, 1:393-8

81. Ράϊκος Λ. Παραδόσεις Συνταγματικού Δικαίου τόμος Β, τεύχη Α΄, Β΄ και Γ΄, εκδόσεις Α Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή, 2003
82. Κριάρη- Κατράνη Ι. Βιοιατρικές Εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο, εκδόσεις Α. Σάκκουλας, Θεσ/νίκη 1994 και την εκεί παρατιθεμένη βιβλιογραφία.
83. Παπαζήση Θ. Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή και Αστικό Δίκαιο (Βιβλιοθήκη Κριτικής Επιθεώρησης 1) , εκδόσεις Α. Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή 2002 σελ. 81 επ.
84. Phoenix A. Young Mothers? Polity Press, Cambridge 1991, pp. 14, 44
85. Bueren G. The International Law on the rights of the child. Dordrecht, Boston, London 1995: Martinus Nijhoff Publishers
86. Vishnupriya Y. The legal rights of children. Rechtstheorie 1993:387-98
87. Veerman Ph.E. The rights of the child and the changing Image of Childhood. Dodrecht, Boston, London 1992: Martinus Nijhoff Publishers
88. Πιτσελά Α. Δίκαιο Ανηλίκων Εκδόσεις Σάκκουλα Θεσ/νίκη 2001 σελ. 69, 72
89. Συνοπτική Έκθεση σχετικά με την παρακολούθηση του Παγκόσμιου Πληθυσμού 2002, Τμήμα Πληθυσμού της Υπηρεσίας Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων του ΟΗΕ με συνεισφορά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και του UNAIDS
90. Petersen K. Abortion Regimes. Dartmouth Publishing Company, London 1993
91. De Cruz P. Abortion and the Status of the Fetus. Sweet and Maxwell edition 2002, pp145-68
92. Mason JK, McCall Smith RA. Abortion. Butterworths, London 1999 pp113-8
93. No authors listed. 30th anniversary of the 1967 Abortion Act. UK news. Abortion Rev. 1998 Winter; (66):3-4
94. O'Brien. Conspiracy of silence. Plan Parent Chall. 1993(1):17-9

95. Churchill D, Allen J, Pringle M, Hippisley-Cox J. Teenagers at risk of unintended pregnancy: identification of practical risk markers for use in general practice from retrospective analysis of case records in the United Kingdom. *Int J Adolesc Med Health* 2002 Apr-Jun; 14(2):153-60
96. Gibson C. The legal aspects of the termination of unwanted pregnancies and the risk faced by the medical doctor: a UK perspective.
97. Zoja EP. *Abortion loss and renewal in the search of identity*. Routledge, London 1997, pp. 77-103
98. Boyle M. *Re-thinking Abortion*. Routledge, London 1997, pp. 12-8
99. Schirmer JT. Physician assistant as abortion provider: lessons from Vermont, New York and Montana. *Hastings Law J*. 1997 Nov; 49 (1):253-88
100. Paul EW, Klassel D. Reproductive health care and minors' rights. *Plan Parent Rev*.1984 Fall;4(2):20-1
101. Boyle M. *Re-thinking Abortion*. Routledge, London 1997, pp. 19-22
102. Kennedy I, Crubb A. *Medical Law- Planned Parenthood of SE Pennsylvania v. Casey* (1992) 112 S Ct 2791 (US Sup Ct) Butterworths, London 1994, pp 907-14
103. Charo A. Undue burden of abortion. *Lancet* 1992; 340: 44
104. Dworkin R. The great abortion case' *New York Review*, 29 June 1989, p 49
105. Loveland I. Abortion and the U.S. Supreme Court. 1992 142 *NLJ* 974
106. De Cruz P. *Abortion in American Law*. Sweet and Maxwell edition 2002, pp164-68
107. Boonstra H, Nash E. *Minors and the right to consent to health care*. The Guttmacher Report on Public Policy. August 2000.
108. *Laws Requiring Parental Consent or Notification for Minors' Abortions*. Planned Parenthood Federation of America Inc. Report. Published by the Katharine Dexter McCormick Library. July 2000.

109. Law No. 79-1204 of December 1979 and related laws. (Journal Officiel, No 1, 1 January 1980, p.3)
110. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Access to health care for an induced abortion: qualitative and quantitative approaches. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 Dec ;51(6):631-47
111. Callus T. Wrongful life a la francaise. *Med Law Int.* 2001;5 (2):117-25
112. Faucher P. How could the number of abortions in France be reduced? *Gynecol Obstet Fertil* 2003 Aug;31:499-503
113. Shvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health* 2003 Aug; 57(8):601-5
114. Nisand I. How could the number of abortions in France be reduced? *Gynecol Obstet Fertil* 2003 Jun;31:499-503
115. Tivelet G, Masclaux D. The context of abortion in adolescents or abortion at 15. *Fertil Contracept Sex* 1988 Apr; 16(4):325-9
116. The Alan Guttmacher Institute. Can more progress be made? *Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries. Executive Summary.* New York and Washington 2001
117. Law No 194 of 22 May 1978 on the social protection of motherhood and the voluntary termination of pregnancy. (*Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Part I, 2 May 1978, No. 140, pp. 3642-3646).
118. Lombardi F. After five years of legal abortion. *Civ Cattol.*1983 Jun 4;134(3191):488-97
119. Cook RJ, Dickens BM. International developments in abortion laws: 1977-88
120. Spinelli A. Grandolfo ME. Induced abortion and contraception in Italy. *Plan Parent Eur.* 1991 Sep;20 (2):18-9

121. International Planned Parenthood Federation IPPF. Europe Region. Abortion laws in Europe. *Plan Parent Eur.* 1989 Spring ; 18 (1 Suppl):1-10
122. Salvini-Bettarini S, Schifini D' Andrea S. Induced abortion in Italy. Levels, Trends and Characteristics. *Fam Plan Perspect* December 1996
123. Santini A. Problem Areas of Fertility, Including Abortion. Presentation at the seminar of Demographic Problem Areas in Europe, Council of Europe, Strasbourg, Sept 2-4, 1986
124. Boccuzzo G. et al. Legal abortion in Italy: From the Law to Today, in *Contracezione e Aborto alle Soglie del 2000*, Universita degli Studi di Roma, Rome, 1996
125. Pasquini L. Recidivita dell' Aborto Legale in Emilia-Romagna: Una Riflessione Critica, Pitagora Ed. Bologna,1990
126. Law No. 350 of 13 June 1973 on the interruption of Pregnancy.(Lovitidende for Kongeriget Danmark, Part A, 6 July 1973, No 32, pp. 993-995).
127. Petersen MB, Rorbye C, Nilas L. Large variation in clinical regimens use to induce medical abortion in Denmark. *Ugeskr Laeger.* 2003 May 19;165(21):2187-90
128. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundstrom K, Totlandsdal K, Vilhjalmsdottir S. Induced Abortion in the Nordic countries: spezial emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Mar; 82(3): 257-68
129. The Population Planning Law. Law No. 2827 of 24 May 1983. (T. C. Resmi Gazete, 27 May 1983, No. 18059, pp. 3-6)
130. No authors listed. 25 years in Turkish Family planning: a conversation with Ayse Akin Dervisoglu, M.D. *AVSC News.* 1992 Jul; 30(2):3
131. No authors listed. Study in Turkey leads to integration of abortion and family planning services. *Prog Hum Reprod Res.* 1994; 9290:2
132. Federal Law of 23 January 1974. (Bundesgesetzblatt, No. 60, 1974) Sections 96, 97, 98 of the Penal Code adopted in January 1974.

133. Pracht E. Twenty years of family counseling in Austria: time for a celebration? *Plan Parent Eur.* 1994 Mar ; 23(1): 16
134. Hagen JJ. Family planning and family counseling in Austria. *Sociol Diritto.* 1980; 7 (2): 85-95, 262
135. Von Baross J. Abortion checks at German-Dutch border. *Plan Parent Eur.* 1991 May ; 20(1) :26
136. Hardon A. Reproductive health care in the Netherlands: would integration improve it? *Reprod Health Matters.* 2003 May; 11(21):59-73
137. Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Persp.* Jan; 25 (Suppl):30-80
138. Kliment M, Cupanik V. Retaining the abortion law in Slovakia. *Med Law.* 1999;18(2-3):363-71.
139. Mikulechy M, Soltes L, Valachova A. Cronobiologic analysis of abortions in two related populations of teenager girls during twodecades. *Panminerva Med.* 1994 Jun;36(2):66-70.
140. Murphy C. Distance or Control: Abortion and counseling in Germany. Conference by Pro-Choice Forum called "Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?" in Ruskin College, Oxford in May 1997.
141. Belling DW, Eberl C. Teenage abortion in Germany: with reference to the legal system in the United States. *J Contemp Health Law Policy* 1996 Spring; 12 (2):475-502
142. Eser A. Contraception and Abortion of mentally handicapped female adolescents under German law. *Med Law* 1985; 4(6):499-513
143. Schlund GH. Can parents of a daughter under legal age oppose pregnancy interruption? *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1980 Sep; 40(9):834-5
144. Albrect K, Wille R, Rahmsdorf P. Competence to consent of minors in a termination of pregnancy. *Beitr Gerichtl Med.*1979; 37:249-51

145. Kolinsky E. Women in the new Germany. In G. Smith et al (eds) *Developments in German Politics 1992*, chapter 14
146. Tuffs A. Germany: Abortion, the Woman's Choice *Lancet* 1992; 340:43
147. Karcher H. Abortion Law Diluted Again in Germany. *BMJ* 1993; 306:1566
148. Tuffs A. Germany: Illegality of Abortion. *Lancet* 1993; 341:1467
149. Penal Code, Proclamation No. 158 of 1957
150. Nigeria Criminal Code Act 228-230, 297, 328, Kenya Penal Code 158-160, 228, 240
151. Otoide VO, Oronsaye F, Okonofua F. Why Nigerian Adolescents Seek abortion rather than contraception: Evidence from Focus-Group Discussions. *Int Fam Plan Perspect* 2001; 27(2):77-81
152. Lafleur W. (Professor of Japanese Studies at the University of Pennsylvania). Abortion Practices in Japan and what they can teach the West. From his speech given at the Japan Society in New York City in February 2003.
153. Lafleur W, Saunders E. Abortion, Ambiguity and Exorcism. *Journal of the American Academy of Religion*
154. Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. *Soc Sci Med* 2002 Apr;54 970:1065-79
155. Rahman A, Katzive L, Henshaw S. A Global Review of Laws on Induced Abortions 1985-1997. *Int Fam Plan Perspect*. June 1998;24(2)
156. Israel. Central Bureau of Statistics. Demographic characteristics of women applying for interruption of pregnancy in Israel,1991. *Mon Bull Stat U N Stat Off*. 1993 Nov;44(11Suppl.):1-30.
157. Falk ZW. The new abortion law of Israel. *Isr Law Rev*. 1978 Jan;13(1):103-10.
158. The John Hopkins School of Health. The extent of unsafe abortion. *Population Report*. September 1997;15(1):1-3

159. R v. Bourne, [1939] 1K. B.687, 694
160. Great Britain: Abortion Act 1967 as amended by Human Fertilization and Embryology Act 1990 (c37), par. 1(a)
161. Taiwan: Eugenic Protection Law of 1984, chap III, art 9, translated in Annual Review of Population Law, 2984, Vol 11, p. 345
162. Zambia: Termination of pregnancy Act, Act No. 26 of 1972, art 3(1)(a)(iii) reprinted in International Digest of Health Legislation, 1973, 24:448-49
163. Finland: Law No 239 of 1970 on the interruption of pregnancy, art 1(2), translated in International Digest of Health Legislation, 1970, 21(4):699-700
164. India: Medical Termination of Pregnancy Act, Act No. 34 of 1971, par. 3(2), Explanation I, reprinted in International Digest of Health Legislation, 1971, 22:965
165. Japan: Protection of Mothers' bodies Act, Law No 105 of June 26, 1996, chap. III, art 14(1)
166. Ireland thrown into frenzy over abortion referendum. Life Site Daily news, Thursday February 14, 2002
167. Boyle M. Abortion Legislation in Northern Ireland and the Irish Republic. Routledge, London 1997, pp. 18-19
168. Frankel G. "Abortion Case Touches Nerves Across Irish Society," Washington Post, 19 February 1992, A4.
169. Eoghan H., "Facing down fudge: now Ireland can look itself in the face again," Sunday Times, 8 March 1992, 4. Cited in "Irishwomen," 14.
170. Laurant F. Is abortion a right? France reforms the veil Act. International Planned Parenthood Federation :Choices Vol 28, No 2, 2000
171. Confalone N. Abortion legislation in Europe. European Network, Vol. 28 (2) 2000

172. Pyck D. Abortion in Belgium ten years on: The 1990 abortion Law. *International Planned Parenthood Federation :Choices* Vol 28, No 2, 2000
173. Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Abortion under Greek Law: Parental Consent for a Minor's Abortion. *Medicine and Law Journal* 2003 June; 22(2):267-274
174. Georges E. Abortion Policy and Practice in Greece. *Soc Sci Med.* 1996 42;(4):509-1
175. Mlyniec WJ. A judge's ethical dilemma: Assessing a child's capacity to choose, 64 *Fordham L. REV.* 1873, 1878-79 (1996) [citing Jean Piaget, *Psychology and Epistemology* 5-7 (Arnold Rosin trans., 1971)]
176. Schlam AUL, Wood JP. Informed consent to the medical treatment of minors: Law and Practice. *SO Health Matrix* Summ 2000;10(2): 141-74
177. Cauffman E, Steinberg L. The cognitive and affective influences on adolescent decision-making, *Temp. L. Rev.* 1995; 68:1763, 1765
178. Szczygiel A. Beyond Informed Consent, *Ohio N.U. L. Rev.* 1994; 21:171, 184
179. Scarnecchia S, Field J. Judging Girls: Decision-making in Parental Consent to abortion cases, *Mich. J. Gender and L.* 1995; 3:75, 77-80
180. Hawkins SD. Protecting the rights and interests of competent minors in litigated medical treatment disputes, *Fordham L. Rev.* 1996; 64:2075, 2115
181. *Carey v. Population Servs. Int'l*, 431 US 678, 681-82 (1977)
182. *Bellotti v. Baird*, 443 US 622 (1979)
183. *Planned Parenthood v. Danforth*, 428 US 52, 74 (1976)
184. Rosato JL. The ultimate test of autonomy: Should minors have a right to make decisions regarding life-sustaining treatment? *Rutgers L. Rev.*; 49 :1, 17
185. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics, Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice, *Pediatrics* 1995; 95:314, 316-17

186. Gaylin W. The competence of children: No longer ALL OR NONE. Hasting Center Rep., Apr. 1982, at 33
187. Batterman N. Under Age: A minor's right to consent to health care. *Touro L. Rev.*1994;10: 637, 672
188. O' Connor C. Illinois Adolescents' rights to confidential health care. *Ill. B.J.* 1994;82: 24-26
189. *Lacey v. Laird*, 139 N.E. 2d 25,33 (Ohio 1956)
190. *Cardwell v. Bechtol*, 724 S.W. 2d 739, 745 (Tenn. 1978)
191. *Bach v. Long Island Jewish Hosp.*, 267 N.Y. S. 2d 289, 291 (N.Y. Sup. Ct 1966)
192. *Cardwell*, 724 S.W. 2d at 743
193. *In re Jane Doe*, 566 N. E. 2d 1181, 1184 (Ohio 1990)
194. Redding RE. Children's competence to provide informed consent for mental health treatment. *Wash and Lee L. Rev.* 1993;50:695, 728
195. Μανωλεδάκη Ι. Ποινικό Δίκαιο-Επιτομή Γενικού Μέρους, δ' έκδοση, Σάκκουλας Αθήνα-Θεσσαλονίκη 1996, σελ. 532
196. Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε. Εγκλήματα κατά της ζωής. Άρθρα 299-307 ΠΚ. Εκδόσεις Σάκκουλα, β' έκδοση, Αθήνα- Θεσσαλονίκη 2001, σελ. 839
197. Μπεσίλα- Μακρίδη Ε. Η Συνταγματική προβληματική της άμβλωσης. Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1992, σελ. 89-91
198. Γάφος Η. Ποινικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, τόμος δ', Αθήνα 1963
199. Schonke/ Schroder, *Strafgesetzbuch Kommentar* 25. Aufl, 1997
200. Φιλιππίδη Τ. Μαθήματα Ποινικού Δικαίου, Ειδικό Μέρος, Τόμος β', 1981
201. Σταθόπουλος-Γεωργιάδης, Αστικός Κώδικας, σχόλια Πουλιάδη για άρθρο 1518 ΑΚ
202. Ανδρουλάκης Ν. Ποινικό Δίκαιο Ειδικό Μέρος, εκδόσεις Α Σάκκουλας, Αθήνα 1974
203. HC (86)1[Services for young people]

204. EL (90) MB 115 [Balance of provision in family planning services]
205. Housby Smith N. Anew era in education. *Paediatr Nurs* 1994;6:6,14
206. Re P (a minor) [1981] 80 Local Government Reports 301
207. Re G-U [1984] FLR 811
208. Maradiegue A. Minor's rights versus parental rights: review of legal issues in adolescent health care. *J Midwifery Women's Health* 2003;48(3):170-177
209. The legal staff of Planned Parenthood. About abortion: Parental Consent and Notification Laws. Warehouse chart, September 19, 2002
210. Public Policy Litigation and Law Department of Planned Parenthood Federation of America. Laws requiring Parental Consent or Notification for Minors Abortions. Published by the Katharine Dexter McCormick Library, April 8 2003.
211. Paul EW, Klassel D. Reproductive health care and minors' rights. *Plan Parent Rev.* 1984 Fall; 4(2):20-1
212. Mills C. Do men have rights in abortion? *Jamaica Gleaner.* March 4, 2000
213. Glotz G. *Histoire Grecque*, Paris 1931 Presses Universitaires de France
214. Nolan D. Abortion: a man's right to choose? *Abortion Law and Politics Today* ed. Ellie Lee, Macmillan 1998
215. Souza VL, Ferreira SL. Impact of spouse violence on the decision to have an abortion. *Rev. Bras Enferm* 200 Jul-Sept; 53: 375-85
216. Dworkin R. The morality of Abortion. In: *Life's Dominion. An argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom.* Vintage books edition, New York July 1994, pp.30-35.
217. Gilbert RA. Abortion: the father's rights. *Univ. Cincinnati Law Rev.* 1973; 42:441-67
218. No authors listed. Supreme Court says spouse, parent can't block abortion. *Fam Plann Popul Rep.* 1976 Aug; 5:53-7
219. Etzioni A. The husband's rights in abortion. *Trial* 1976 Nov; 12:56-8

220. Nolan D. Should Men Have a Say ? In: Abortion Law and Politics Today, ed. Ellie Lee, 1998
221. Centre Francais Pour La Justice Et Les Droits Fondamentaux De La Personne Humaine (CFJD), New Italian Leader Pushes Pro-Life Review of Abortion Laws 2002.
222. Βογιατζής Π. Ευθύνη των κρατικών αρχών λόγω διακοπής της κύησης χωρίς την προηγούμενη σύμφωνη γνώμη του πατέρα. Άρθρο 8: Δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής. Βοσο κατά Ιταλίας. Απόφαση επί του παραδεκτού 5.9.2002, Προσφυγή No 50490/1999 (Νομολογία Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του ανθρώπου) περιοδικό Συνήγορος, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2000, τεύχος 3.
- 223 .Williams GB. Grief after elective abortion. A WHONN Lifelines 2000 Apr-May; 4:37-40
224. Johnson MP, Puddifoot JE. The grief response in the partners of women who miscarry. Br J Med Psychol 1996 Dec; 69:313-27.
225. Major B., Cozzarelli C., Testa M. ‘Male Partners’ Appraisals of Undesired Pregnancy and Abortion. Journal of Applied Social Psychology, 22:559-614.
226. Green B. Men Carry Abortion Scars, Too. Human Life Review, Vox IX No 4, Fall, 1983, pp. 103-4, reprinted with permission of Tribune Company Syndicate, Inc., quoting Arthur Shostak.
227. Paterson J. Whose freedom of choice? Sometimes it takes Two to Untangle. The Progressive.1982 April; 46:42-45.
228. Shostak A., McLouth G, Seng L. Men and Abortion. Praeger , New York, 1984
229. Shostak A. Men and Abortion: three neglected ethical aspects. Humanity Soc 1983 Feb; 7:66-85
230. Singh S, Darroch JE. Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries. Fam Plan Perspect 2000;32 (1):14-23

231. Kaunitz AM. Causes of maternal mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology* 1985;65(5):605-12
232. Howe HL. Et al. Early Abortion and breast cancer risk among women under 40. *Int J Epidemiol* 1989;18(2): 300-4
233. Beral V. Does pregnancy protect against ovarian cancer?. *The Lancet* 1978; 20:1083-87
234. Fujimoto I, Nemoto H, Fukuda K, Masubushi S, Masubusi K. Epidemiologic Study of Carcinoma in Situ of the Cervix. *J Repr Med* 1985; 30 (7):535-40
235. Kaali SG, Stigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *Am J Obst Gynecol* 1989;161:406-8
236. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 1984;251:2108-11
237. Castadot R. Pregnancy termination: Techniques, risks and complications and their management. *Fertility and Sterility* 1986; 45(1):5-16
238. Barrett JM, Boehm FH, Killam AP. Induced Abortion : A risk factor for placenta previa. *Am J Obst Gynecol* 1981;141:7
239. Daling JR, Chow WH, Weiss NS, Metch BJ, Soderstrom R. Ectopic Pregnancy in relation to previous Induced Abortion. *JAMA* 1985;253(7):1005-8
240. Burkman RT. Morbidity risk among young adolescents undergoing elective abortion. *Contraception* 1984;30:99-105
241. Ashton JR. The psychological outcome of induced abortion. *Br J Obst Gynecol* 1980;87:1115-22
242. Badgley C. et al. Report of the committee on the operation of the abortion law. Ottawa: Supply and Services 1977, pp.313-21
243. Speckhard ME. Psycho-social stress following abortion. Sheed and Ward, Kansas City: MO 1987

244. Garfinkel B. Stress, Depression and Suicide: a study of adolescents in Minnesota. Responding to high risk youth, Minnesota extension service, university of Minnesota 1986.
245. Gissler M., et. Al., "Suicides after pregnancy in Finland: 1987-94: register linkage study," British Medical Journal, 313:1431-1434, 1996
246. Campbell NB, Franco K, Jurs S. "Abortion in Adolescence," Adolescence 1988 ; 23(92):813-823,.
247. Franz W, Reardon D, "Differential Impact of Abortion on Adolescents and Adults," Adolescence, 27(105):172, 1992.
248. Marecek J. "Consequences of Adolescent Childbearing and Abortion," in G. Melton (ed.), Adolescent Abortion: Psychological & Legal Issues (Lincoln, NE: University of Nebraska Press 1986) 96-115.
249. Gold J. "Adolescents and Abortion," in N. Stotland (ed.), Psychiatric Aspects of Abortion (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1989) 187-195.
250. Somers R. "Risk of Admission to Psychiatric Institutions Among Danish Women who Experienced Induced Abortion: An Analysis Based on National Report Linkage," (Ph.D. Dissertation, Los Angeles: University of California, 1979. Dissertation Abstracts International, Public Health 2621-B, Order No. 7926066)
251. Barglow P, Weinstein S., "Therapeutic Abortion During Adolescence: Psychiatric Observations," J. of Youth and Adolescence 1973;2(4):33
252. Biro FM, Wildey LS, Hillard PJ, Rauh J. Acute and long-term consequences of adolescents who choose abortions. *Pediatr Ann* 1986;15(10):667-73
253. Horowitz .Adolescent Mourning Reactions to Infant and Fetal Loss. *Soc. Casework* 1978; 59:551, 558-559
254. Wheeler S.R., "Adolescent Pregnancy Loss," in J.R. Woods, Jr. and J.L. Woods (eds.), *Loss During Pregnancy or the Newborn Period* (Publisher,1997).

255. Cvejic H. et. al., Follow-up of 50 adolescent girls 2 years after abortion. Canadian Medical Assoc. Journal 1997; 116:44
256. Nykiel C. Nobody Told Me I Could Cry. The Post-Abortion Review Jan-March 1999; 7(1):1-2
257. Burkman R.T, Atienza MF, King TM. Morbidity Risk Among Young Adolescents Undergoing Elective Abortion. Contraception 1984; 30(2):99-105
258. Burkman R.T., et. al., Culture and treatment results in endometritis following elective abortion. American J. Obstet. & Gynecol 1997; 128:556
259. Brind J., et. al., "Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and analysis," J. Epidemiology & Community Health 1996; 50:481
260. "Teenage Pregnancy: Overall Trends and State-by-State Information," Report by the Alan Guttmacher Institute.
261. Creatsas GK et al. Adolescent sexuality in Europe: A multicentric Study. Adolescent and Pediatric Gynecology 1995;8:59-63
262. Creatsas GK et al. Adolescent Pregnancy in Europe. Int J Fert 1995 ; 40 (Suppl): 80-4
263. Καραγιάννης Ν. Μάθε παιδί μου σεξ. Εφημερίδα «Το Βήμα» 21-01-2001. Κωδικός Άρθρου: B13172A561
264. Berne L., Huberman B. eds. 1999 European Approaches to Adolescents Sexual Behavior and responsibility. Washington, DC: Advocates for Youth.
265. Attitudes of parents of high School students about AIDS, drug, and sex education in Schools-Rome, Italy 1991. MMWR, March 27, 1992/ 41 (12); 201-3
266. KFF (Kaiser Family Foundation) 1999, accessed November 4. Many Teens in the Dark about Sexual Health: Press Release
- [Online] <http://www.kff.org/content/1999/1548/teenfindings.htm>

267. Donovan P. Can statutory rape laws be effective in preventing adolescents pregnancy?
Fam Plan Perspect 1997;29 (1):30-4, 40
268. Donovan P. The politics of Blame: Family Planning, Abortion and the Poor. New York
1995: Alan Guttmacher Institute
269. Males M. School-Age Pregnancy: Why Hasn't Prevention Worked? Journal of School of
Health 1993; 63 (10):429-32
270. Darroch JE et al. Age Differences Between Sexual Partners in the US. Fam Plan Perspect
1999; 31(4): 160-7
271. Allan Guttmacher Institute. Sex and America's Teenagers. New York, NY: The Allan
Guttmacher Institute; 1994
272. Zelnik M, Shah FK First intercourse among young Americans. Fam Plann Perspect. 1983;
15:64-70
273. Zabin LS, Kanter JF, Zelnik M The risk of adolescent pregnancy in the first months of
intercourse. Fam Plann Perspect. 1979; 11:215-222
274. Piccinino L, Mosher W. Trends in contraception in the United States 1982-1985. Fam
Plann Perspect. 1998;30:4-10:46
275. Jemmott JB III, Jemmott LS, Fong GT Abstinence and safer-sex HIV risk-reduction
interventions for African American adolescents: a randomized control trial. *JAMA*. 1998;
279:1529-1536
276. Boyer CB Psychosocial, behavioral, and educational factors in preventing sexually
transmitted diseases. *Adolesc Med State Art Rev* 1990; 1:597-613
277. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. Contraceptive Technology. New York, NY:
Irvington Publishers, Inc; 1994

278. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in Teenage pregnancy rates among five developed countries: The roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plan Perspect* 2001;33(5):244-50, 281
279. Carenza L. Ostuni R. Family planning in adolescents. *Patol Clin Ostet Ginecol*. 1985Dec; 13 (Suppl 2):6-9
280. Alan Guttmacher Institute (1998) *Into the new world: Young women's sexual and reproductive lives*. New York.
281. National Institute of Population research and Training, Mitra and Associates 1997, *Bangladesh Demographic and Health Survey 1996-1997*. Dhaka, Bangladesh, NIPORT, Macro International Inc.
282. Planned Parenthood Federation of America 1998. *The facts about Birth Control*. New York: Planned Parenthood Federation of America
283. *Re B (a minor) [sterilization] [1987] 2 WLR 1213*
284. Huebner A. *Adolescent Growth and development*. Virginia State University, publication No 350-850, March 2000
285. Fr. John Breck, "Bioethical dilemmas and Orthodoxy", *SYNAXIS* 68, 1998, pg. 9.
286. Γρινιεζάκη Μ. Αρχιμανδρίτου, «Νομική επάρκεια ή ανεπάρκεια στα σύγχρονα επιτεύγματα της ιατρικής βιοτεχνολογίας» *Ηράκλειον* 2000, σελ. 36.
287. Ανέστη Κεσελόπουλου, «Σύγχρονες προκλήσεις βιοηθικής», *Τόμος από το Παγκρήτιο θεολογικό συνέδριο στα Χανιά*, 1997, σελ. 148.
288. Χρυσοστόμου Ζαφείρη Μητροπολίτου Περιστερίου, «Αι αμβλώσεις και η Ορθόδοξη Εκκλησία», *Αθήναι* 1991, σελ. 10.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δυνατότητα της ανήλικης να αποφασίσει, για το αν θα ολοκληρώσει φυσιολογικά την κύηση της ή αν θα υποβληθεί σε άμβλωση, προκάλεσε και προκαλεί διεθνώς αντιπαραθέσεις. Η διαμάχη αυτή, έχει ήδη δείξει τα προτερήματα και τα μειονεκτήματα των δύο ακραίων θέσεων, εκείνης δηλαδή που θεωρεί ώριμη την ανήλικη να αποφασίζει μόνη της σε ζητήματα που αφορούν την υγεία της, και εκείνης που μάχεται υπέρ της εμπλοκής των γονιών της ή του συντρόφου της, σε ένα τόσο σοβαρό ζήτημα όπως είναι η άμβλωση.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει αφενός στην αξιολόγηση της ικανότητας της ανήλικης να δίνει εγκύτως την συναίνεση της πριν υποβληθεί σε άμβλωση, αφετέρου στο να δώσει απαντήσεις σε πλήθος ζητημάτων που σχετίζονται με την συναίνεση των ανηλίκων στην άμβλωση.

Για την επίτευξη του στόχου μου επιχειρήθηκε προσδιορισμός των εννοιών συναίνεση, ανηλικότητα και άμβλωση όπως αυτές παρατίθενται στην εσωτερική και διεθνή νομοθεσία και νομολογία, καθώς και συστηματοποίηση και υπαγωγή των δεδομένων στην σύγχρονη ιατρική πρακτική και δεοντολογία. Επιπλέον μελέτη εκπονήθηκε με την μέθοδο των ερωτηματολογίων σε ανήλικες τα έτη 2000-2003 προκειμένου να ερευνηθούν ζητήματα που σχετίζονται με την άμβλωση των ανηλίκων στην Ελλάδα.

Η ελληνική νομοθεσία στο ζήτημα της ικανότητας της συναίνεσης της ανήλικης εγκύου για άμβλωση, είναι ελλιπής και χρήζει διευκρινήσεων ιδιαίτερα όταν η εγκυμοσύνη των ανηλίκων αποτελεί προϊόν βιασμού από πρόσωπα που κατέχουν την γονεϊκή επιμέλεια. Ο νομοθέτης στην περίπτωση της άμβλωσης ανήλικης, ξεπερνά τις παραπάνω διακρίσεις του ποινικού δικαίου και θεωρεί σε όλες τις περιπτώσεις την συναίνεση της ανηλίκου στην άμβλωση αναγκαία και άρα έγκυρη. Άμβλωση δεν

μπορεί να γίνει σε έγκυο οποιασδήποτε ηλικίας χωρίς την θέληση της, υπό οποιασδήποτε περιστάσεις κι αν επήλθε η σύλληψη του εμβρύου. Το δικαίωμα της γυναίκας έστω και ανήλικης επί του τέκνου της είναι απόλυτο και μόνο η έγκυος έχει την ικανότητα να αποφασίσει για την διακοπή της εγκυμοσύνης της. Δηλαδή οι γονείς δεν θα μπορούν να επιβάλλουν παρά την θέληση της ανήλικης κάτι που η ίδια δεν επιθυμεί.

ABSTRACT

The capability of an adolescent woman to make a decision on the continuation or termination of her pregnancy has caused serious debates worldwide. The conflict reflects the pros and cons of the two extreme positions in this issue; the one which considers the adolescent woman to be mature enough to make a decision on her own for health care matters versus the other which considers that the participation of the parents and/or adult partner is necessary.

This study aimed: a) to assess the adolescent woman's capability to give an ethically and legally valid consent in order to terminate her pregnancy and b) to investigate various other related social and legal issues.

Along these lines it was attempted an analysis on the definitions of consent, adolescence, and abortion according to the national and international legal systems as well as a systematic review of their implementation into the current medical practice and deontology. In addition, a study was conducted among adolescent pregnant women using questionnaires from 2000-2003 in order to investigate the profile and the perceptions of adolescent women seeking abortion in Greece.

The Greek legal order is defective in the matters related to the capability of adolescent women to give consent for terminating their pregnancy. In particular, it is necessary the clarification of the law when pregnancy is a result of adolescent's rape from those having parental responsibility. The legislator appears to slur the discrimination of the penal code and considers that the adolescent woman's consent is necessary and by inference valid. Abortion is prohibited in a woman of any age without her consent regardless of the circumstances under which the pregnancy occurred. The pregnant woman, even the adolescent, holds the absolute right on the fate of the foetus and it is her own responsibility

to decide on the termination or not of her pregnancy. The parents or those having the parental responsibility cannot enforce her to decide against her will.

