ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΑΡΕΛΛΑ

Α.Μ.: 2235

Τίτλος διατριβής

Η επίδραση των πορισμάτων της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης στη νομοθετική και νομολογιακή αντιμετώπιση των αμβλώσεων

ΑΘΗΝΑ, 2020

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ
Σπ.Βλαχόπουλος , Καθηγητής
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Σπ.Βλαχόπουλος , Καθηγητής Π. Παπαρρηγοπούλου **,** Καθηγήτρια Αικ. Λυκερίδου , Καθηγήτρια
ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
Σπ.Βλαχόπουλος , Καθηγητής Π. Παπαρρηγοπούλου **,** Καθηγήτρια Αικ. Λυκερίδου , Καθηγήτρια Χρ. Γκόρτσος , Καθηγητής Αικ. Ηλιάδου , Επικ. Καθηγήτρια **Ν.** Παπασπύρου , Επικ. Καθηγητής Β. Χρήστου , Επικ. Καθηγήτρια

Copyright © Αγγελική Σαρέλλα, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ 8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 10
ABSTRACT 11
ΠΡΟΛΟΓΟΣ 12

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ 15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 15
Αλληλεπίδραση Επιστήμης - Δικαίου 15
1.1. Κανονιστική εμβέλεια της Επιστήμης και κανονιστικότητα του Δικαίου 15
1.2. Τα επιστημονικά πορίσματα στη διαμόρφωση και εφαρμογή του Δικαίου 20
1.2.1 . Επιστημονικά δεδομένα και διαμόρφωση της νομοθεσίας 20
1.2.2 . Επιστημονικά δεδομένα και εφαρμογή του νόμου 23
1.3. Ρύθμιση ιατρικών ζητημάτων από το Δίκαιο 25
1.4. Συμπέρασμα 27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 31
Τεχνητή διακοπή κύησης – συνταγματικές προεκτάσεις 31
2.1 . Το φαινόμενο της τεχνητής διακοπής της κύησης – Η άμβλωση 31
2.1.1. Ρυθμιστική παρέμβαση του Κράτους στην ανθρώπινη αναπαραγωγή 34
2.1.2 . Ιστορική εξέλιξη της ελληνικής νομοθεσίας περί αμβλώσεων 39
2.2. Τεχνητή διακοπή κύησης και Συνταγματικό Δίκαιο 44
2.2.1. Συνταγματικές προεκτάσεις περί εμβρυϊκής προστασίας 44
2.2.1.1. Το δικαίωμα της ζωής κατ’ άρθρον 5§2Σ 44
2.2.1.2. Η ανθρώπινη αξία κατ’ άρθρον 2Σ 48
2.3. Τα συνταγματικά δικαιώματα της γυναίκας 50
2.3.1. Η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας και οι εκφάνσεις της 50
2.3.1.2. Δικαίωμα στην αναπαραγωγή 52
2.3.2. Δικαίωμα στην υγεία 53
2.3.3. Το δικαίωμα του ιδιωτικού βίου κατ’ άρθρον 9§1Σ 55

2.4. Το ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη συνταγματικού δικαιώματος στην άμβλωση 57
2.4.1. Η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και ο ιδιωτικός βίος της γυναίκας 58
2.4.2. Το δικαίωμα της ζωής και της υγείας της γυναίκας και το δικαίωμα της ζωής του εμβρύου 59
2.5. Η έννομη θέση του άνδρα στην άμβλωση 60
2.6. Συμπέρασμα 62

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 63
Η συμβολή της Εμβρυολογίας στην έννομη θέση του εμβρύου 63
3.1. Προβληματική περί χρονικού σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής 63
3.1.1. Διάκριση χρονικού σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής 63
3.2. Εμβρυϊκή ανάπτυξη και απόκτηση ιδιότητας του προσώπου 69
3.2.1. Το έμβρυο -ως πρόσωπο- στη νομική θεωρία 69
3.2.2. Το έμβρυο -ως πρόσωπο- στη νομολογία 71
3.3. Προστασία του εμβρύου ως δυνάμει προσώπου 72
3.4. Ιατρικά δεδομένα και διαβάθμιση ποινικής προστασίας του εμβρύου 75
3.4.1. Υπερηχογραφία και αξιολόγηση βαθμού ανάπτυξης του εμβρύου 75
3.4.2. Χρονικά πλαίσια προστασίας του εμβρύου στον Ποινικό Κώδικα 76
3.4.3. Αξιολογικοί παράγοντες στάθμισης του επιτρεπτού της άμβλωσης 78
3.4.4.Νεογνολογία και προσδιορισμός κριτηρίου βιωσιμότητας 83
3.4.5.Κριτήριο βιωσιμότητας και ποινική ευθύνη της εγκύου 86
3.5. Ιατρικά δεδομένα περί εμβρυϊκής ανάπτυξης και εκλεκτική άμβλωση 88
3.5.1. Η εκλεκτική άμβλωση στον Ποινικό Κώδικα 90
3.5.2. Η εκλεκτική άμβλωση στην ημεδαπή νομολογία και στο Συγκριτικό Δίκαιο .. 94
3.6. Συμπέρασμα 106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 108
Η συμβολή του προγεννητικού ελέγχου στη διαμόρφωση της νομοθεσίας 108
4.1. Ο προγεννητικός έλεγχος 108
4.1.1. Η προγεννητική διάγνωση 109
4.1.2. Μέτρηση αυχενικής διαφάνειας 110

4.1.3. Επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος 111
4.1.4. Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος 117
4.1.5. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση στο in vitro έμβρυο 118
4.2. Επιλογή διακοπής της κύησης λόγω σοβαρής παθολογικής ένδειξης 120
4.3. Εξέλιξη προγεννητικού ελέγχου και εναρμόνιση της νομοθεσίας 123
4.4. Τεχνητή διακοπή της κύησης λόγω σοβαρής παθολογικής ένδειξης και Συνταγματικό Δίκαιο.....124
4.5. Η παθογένεια του εμβρύου ως λόγος άρσης του αδίκου της άμβλωσης 129
4.6. Η παθολογική ένδειξη στην ημεδαπή νομολογία και στο Συγκριτικό Δίκαιο..... 134
4.7. Συμπέρασμα 139

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 141
Η συμβολή της ιατρικής επιστήμης στη νομοθεσία για τη θεραπευτική άμβλωση 141
5.1. Εμφάνιση ασθενειών κατά την κύηση..... 141
5.2. Η θεραπευτική άμβλωση σε κατάσταση ανάγκης..... 143
5.3. Η θεραπευτική άμβλωση ως αντιστάθμισμα της σύγκρουσης καθηκόντων 144
5.4. Θεραπευτική άμβλωση και Συνταγματικό Δίκαιο 147
5.5. Η ιατρική ένδειξη στην ημεδαπή νομολογία και στο Συγκριτικό Δίκαιο 149
5.6. Η ένδειξη της ψυχικής υγείας στον Ποινικό Κώδικα 152
5.6.1. Σύνδεση δεδομένων Ψυχιατρικής και άμβλωσης 152
5.6.2. Η ηθική ένδειξη στο Συγκριτικό Δίκαιο 154
5.7. Ιδιαίτερες κατηγορίες ασθενών 157
5.7.1. Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και άμβλωση 158
5.7.2. Η αντιμετώπιση της ψυχικά ασθενούς εγκύου 159
5.8. Άμβλωση και ανηλικότητα..... 160
5.9. Κύηση και HIV..... 162
5.10. Συμπέρασμα 163

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 166
Η επίδραση της Φαρμακολογίας στο ζήτημα της άμβλωσης 166
6.1. Επιπτώσεις λήψης φαρμάκων στην πορεία της κύησης 166
6.2. Συμβολή των φαρμάκων στη διασφάλιση της κύησης..... 168
6.3. Φαρμακευτική άμβλωση 171
6.4. Επείγουσα αντισύλληψη 176
6.5. Θέσεις νομολογίας 177

6.6. Συμπέρασμα 178

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 180
Τεχνικές άμβλωσης και νομοθεσία 180
7.1. Τεχνικές άμβλωσης 180
7.2. Τεχνικές ασφαλούς άμβλωσης 181
7.3. Μη ασφαλής άμβλωση 185
7.4. Νομοθεσία 189
7.5. Συμπέρασμα 191

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 192
ΕΠΙΛΟΓΟΣ 195
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 202
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 226

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ελληνικές

ΔΣΑΠΔ :Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα

ΔτΑ : Δικαιώματα του Ανθρώπου

ΕΔΔΑ: Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

ΕΣΔΑ: Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

ΧΒΓ: Χαμηλού βάρους γέννησης νεογνό

ΗΚ: Ηλικία κύησης

ΚΙΔ: Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

ΚΕΣΥ :Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΜΑΕ: Μη ασφαλείς αμβλώσεις

ΜΕΝΝ: Μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών

ΠΚ: Ποινικός Κώδικας

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Σ: Σύνταγμα

ΣΑΔ: Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας

ΣΜΝ :σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα

ΤΕ: Τεχνητή έκτρωση

Ξενόγλωσσες

CDC: Centers for Disease Control and Prevention , Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών

ECHR: European Court of Human Rights

hCG: χοριακή γοναδοτροπίνη

ICCPR :Διεθνές Σύμφωνο των Ηνωμένων Εθνών των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων

ICD : Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας

In Vitro Fertilization: εξωσωματική γονιμοποίηση

ISUOG: guidelines, Ultrasound Obstet Gynecol

NHS : National Health Service- Εθνικό Σύστημα Υγείας Αγγλίας

NDI :νευροαναπτυξιακή δυσλειτουργία

NIPT :μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος

NIH: Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας

PD: prenatal diagnosis -προγεννητική διάγνωση

PGD :Preimplantation Genetic Diagnosis - Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση

RCOG :Βασιλικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων

UDHR :Universal Declaration of Human Rights- Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αναφερόμενο πόνημα εξετάζει τα στοιχεία που διαμορφώνουν το περιεχόμενο της νομοθεσίας στο ζήτημα των αμβλώσεων σε σχέση με τα δεδομένα της επιστήμης. Στο παρασκήνιο της συλλογιστικής εδράζεται ο προβληματισμός γύρω από την επίδραση που ασκεί η επιστημονική γνώση στη νομοθετική επιλογή κατά την διαδικασία παραγωγής ενός νόμου. Στο ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κυήσεως, όπως αυτό τυποποιείται στο άρθρο 304 ΠΚ οι επιδράσεις εντοπίζονται κυρίως στον καθορισμό της έννομης θέσης του εμβρύου μέσα από την εναρμόνιση νομικών αξιολογικών κρίσεων και δεδομένων γύρω από την εμβρυική φυσιολογία. Η έννομη θέση του κυοφορούμενου προσδιορίζεται μέσω της ποινικοποίησης της άμβλωσης έχοντας ως σημείο αναφοράς το χρονικό σημείο της βιωσιμότητας όπως αυτό συγκεκριμενοποιείται από την ιατρική επιστήμη. Η εκλεκτική άμβλωση, η θεραπευτική άμβλωση και η διακοπή της κύησης παθολογικού εμβρύου αποτελούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις που συνιστούν εξαίρεση από τον κανόνα του τιμωρητού και στις οποίες διακρίνονται τόσο άμεσες όσο και έμμεσες επιστημονικές ιατρικές επιδράσεις. Τον πυρήνα του προβληματισμού αποτελεί ο βαθμός στον οποίο ο νομοθέτης επηρεάζεται από τα επιστημονικά δεδομένα, τη συλλογιστική βάση των νομοθετικών επιλογών σε σχέση με τους σκοπούς του Δικαίου αλλά και τη σχέση τους με τους λοιπούς παράγοντες που συντελούν στο σχηματισμό του νομοθετικού κειμένου.

ABSTRACT

«The effect of the findings of medical and obstetric science on the legislative and legal treatment of abortions ».

The present dissertation engages in the examination of the data that form the content of the legislation on the issue of abortions in relation to the data of science. In the background of reasoning we detect the reflection of the effect of scientific knowledge on the legislative choice in the process of producing a law. Regarding the under examination issue of abortion, as standardized in Article 304 of the Penal Code, the essential effects are mainly located in determining the legal status of the fetus through the harmonization of legal evaluative judgments and data given on fetal physiology.

The legal position of the pregnant woman is determined through the criminalization of the abortion, having as crucial reference point, the time point of viability, as specified by medical science. Selective abortion, therapeutic abortion, and termination of a pathological embryo pregnancy are cases that consist of an exception to the rule of punishment of abortion, in which both direct and indirect scientific medical effects are distinguished. At the heart of the debate is located the extent to which the legislature is influenced by scientific data, the rational for legislative choices in relation to the purposes of law, and their relationship to various factors that contribute to the formatting of legislative text.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νομική επιστήμη ασχολείται με την ερμηνεία και την εφαρμογή των κανόνων δικαίου προκειμένου να ρυθμίσει την ανθρώπινη συμπεριφορά και να εξισορροπήσει συγκρουσιακές καταστάσεις που απορρυθμίζουν την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Δεν αποτελεί θετική επιστήμη, καθόσον τα πορίσματά της δεν δύνανται να επαληθευθούν με πειράματα. Ωστόσο, όπως στις θετικές επιστήμες εκδηλώνεται σημαντική επιρροή του παρατηρητή στο υπό παρατήρηση αντικείμενο, ανάλογη διαφαίνεται και η επιρροή του νομοθέτη στο υπό ρύθμιση αντικείμενο, χωρίς ωστόσο η θέσπιση νέων νόμων να πραγματοποιείται αυθαίρετα, στηριζόμενη κατ΄ αποκλειστικότητα στην επιλογή του νομοθέτη. Η ιατρική επιστήμη συνεπικουρεί προς την κατεύθυνση διευκόλυνσης του ρυθμιστικού έργου του νομοθέτη. Μέσω της επιστημονικής έρευνας, τις υποθέσεις, τις παρατηρήσεις, τα αξιώματα των οποίων μετέρχεται, καθώς και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει, προσάγει ενώπιον του νομοθέτη το σύνολο της εξειδικευμένης γνώσης που αποκτήθηκε έμπροσθεν της ανάγκης επίλυσης πρακτικών προβλημάτων, στα πλαίσια της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου. Ο προβληματισμός που αναδύεται σε σχέση με το περιεχόμενο εκάστου κανόνα δικαίου που περιέχει ρυθμίσεις για την ιατρική πρακτική συνίσταται στο κατά πόσον δεσμεύεται ο νομοθέτης από τις επιστημονικές επιταγές και συγκεκριμένα τις ιατρικές επιστημονικές επιταγές, καθώς το αντικείμενο προς ρύθμιση αφορά την ιατρική πράξη. Σε αυτό το σημείο αξίζει να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο ο νομοθέτης εναρμονίζει τη νομική ρύθμιση με τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης, την ποιότητα των δεδομένων αυτών και την αιτιολογική βάση της ενσωμάτωσης ή μη των επιστημονικών επιταγών στο κείμενο του νόμου.

Ο νομοθέτης, σταθμίζοντας κατά περίπτωση τις ανάγκες της κοινωνίας, ενός ζωντανού και διαρκώς εξελισσόμενου οργανισμού, αναπόσπαστο μέρος του οποίου αποτελεί και ο ίδιος, επιχειρεί να ενσωματώσει τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης, πρωτίστως όταν καλείται να ρυθμίσει αμιγώς ιατρικά και εξειδικευμένα ζητήματα, ως αναμφίβολα αποτελεί εν προκειμένω το υπό εξέταση ζήτημα της άμβλωσης. Στην προσπάθειά του αυτή, ο νομοθέτης θέτει όσο το δυνατόν πιο σαφή όρια, προκειμένου να περιχαρακώσει τα συνταγματικώς κατοχυρωμένα ανθρώπινα δικαιώματα, κατόπιν στάθμισης αυτών όταν αλληλοσυγκρούονται ή διακυβεύονται δικαιώματα με διαφορετικά υποκείμενα.

Σε αυτή την περίπτωση, ο εφαρμοστής του δικαίου οφείλει να επιχειρεί την εφαρμογή του καταλληλότερου κανόνα, και εάν αυτό δεν καθίσταται εφικτό, να σταθμίσει τα αντικρουόμενα συμφέροντα και να αναγνωρίσει ποιο υπερισχύει.

Το Σύνταγμα κείται άνωθεν των νόμων και ο νομοθέτης πρέπει να εναρμονίζεται πλήρως με αυτό, προσδίδοντας μάλιστα απαξία σε αποδοκιμαστέες πράξεις, που διασαλεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες που απορρέουν εξ αυτών, αποσκοπώντας, πάντοτε, στην όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική ρύθμιση της συγκρουσιακής κατάστασης που ανακύπτει, με

γνώμονα την προάσπιση της υγείας και της ζωής του ατόμου μέσω της προστασίας του από οποιαδήποτε πράξη (ενέργεια ή παράλειψη) επαπειλεί τις ελευθερίες και τα δικαιώματά του.

Η ανθρώπινη ζωή αποτελεί θεμελιώδη αρχή της νομοθετικής προσπάθειας, με αποτέλεσμα να εγείρεται εύλογος προβληματισμός γύρω από τα ζητήματα που αφορούν στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, θέτοντας στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος την κύηση και τον τοκετό, που συνδέονται άρρηκτα με την απαρχή της ανθρώπινης ζωής. Η τεχνητή διακοπή της κύησης αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό ζήτημα με ποικίλες προεκτάσεις και συνδέεται άμεσα με τη δυνατότητα επιλογής της γυναίκας, ως κεντρικού πυλώνα της αναπαραγωγικής διαδικασίας, να φέρει στη ζωή ένα υγιές τέκνο, χάρη στη συμβολή της ιατρικής επιστήμης. Συνεπώς, καίρια είναι η στάση που τηρεί ο νομοθέτης απέναντι στο ζήτημα της άμβλωσης, συνυφασμένο άρρηκτα με τα θεμελιώδη έννομα αγαθά της ανθρώπινης ζωής, της υγείας και της ελευθερίας. Ιστορικά, η νομοθετική αντιμετώπιση του εν λόγω ζητήματος ποικίλλει χρονικά και γεωγραφικά, γεγονός που εγείρει έντονο δημόσιο διάλογο, με ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον, καθόσον παρατηρείται διαφορετική προσέγγιση, αναλόγως των ηθικών και κοινωνικών αντιλήψεων, των δημογραφικών και οικονομικών παραγόντων, της τεχνολογικής προόδου και των ιατρικών εξελίξεων.

Στην παρούσα εργασία, θα εξεταστεί αναλυτικά το ζήτημα της άμβλωσης, τόσο από ιατρικής όσο και από δικαιικής σκοπιάς, τονίζοντας την αδήριτη ανάγκη σύμπραξης ιατρικής επιστήμης και Δικαίου μέσα από την επίδραση των πορισμάτων της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης στη νομοθετική και νομολογιακή αντιμετώπιση των αμβλώσεων, προκειμένου να εξασφαλιστεί η άνοδος του βιοτικού επιπέδου με μεθόδους που δεν προσβάλλουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τις θεμελιώδεις αξίες. Προς την κατεύθυνση αυτή, θα μας απασχολήσει η συμβολή της εξελικτικής πορείας των επιμέρους επιστημών, της Βιολογίας, της Γενετικής, της Φαρμακολογίας, της Τεχνολογίας, της επιστημονικής έρευνας και της εν γένει ιατρικής πρακτικής στη διαμόρφωση, τροποποίηση και παγίωση της νομοθετικής αντιμετώπισης των αμβλώσεων, τόσο κατά το στάδιο της νομοπαραγωγικής διαδικασίας όσο και κατά το μεταγενέστερο στάδιο ερμηνείας και εφαρμογής της κείμενης νομοθεσίας. Θα εξετασθεί η έννομη θέση του εμβρύου και ο τρόπος που αυτή διαμορφώνεται, συνυπολογίζοντας την εμβρυϊκή φυσιολογία βάσει των ιατρικών δεδομένων. Ακολούθως, αφού γίνουν οι απαραίτητες εκτιμήσεις γύρω από την έννομη θέση του εμβρύου και της κυοφόρου, θα επιχειρηθεί η σύνδεση των επιμέρους περιπτώσεων της άμβλωσης, ως ιατρικής διαδικασίας, με τη νομική αξιολόγηση των δικαιωμάτων των εμπλεκόμενων -γυναίκας και κυοφορούμενου- έτσι ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα γύρω από το επιτρεπτό ή μη της άμβλωσης, αναλόγως των ιατρικών συνθηκών. Η ανάλυση αυτή αποσκοπεί προς την κατεύθυνση συγκεκριμενοποίησης των παραγόντων της ιατρικής πρακτικής που ο νομοθέτης αξιολογεί ως δεσμευτικούς, εντάσσοντάς τους στη νομοθετική ρύθμιση καθώς και τη δικαιολογητική βάση της νομοθετικής επιλογής σε σχέση και με τα ιατρικά δεδομένα, στα οποία δεν αναγνωρίζεται η ιδία δεσμευτική ποιότητα. Όλα, δε, τα ανωτέρω, σε μία προσπάθεια αξιολογικής στάθμισης των επιμέρους δικαιωμάτων εγκύου και εμβρύου, εξετάζοντας κάθε φορά το στάδιο της κύησης και τα χαρακτηριστικά που αυτή φέρει κατά περίπτωση, προκειμένου να διασφαλιστούν αμφότερα τα ανωτέρω υποκείμενα, ως φορείς δικαιωμάτων που αναμφίβολα χρήζουν έννομης προστασίας.

Το ερώτημα που τίθεται είναι ποιά πρέπει να είναι η στάση του Δικαίου απέναντι στο ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης και κατά πόσον εξαρτάται η νομοθεσία από την επιστήμη, στην περίπτωση που, ως εν προκειμένω, καλείται να αξιοποιήσει ιατρικά δεδομένα, τα οποία ο νόμος επουδενί δεν μπορεί να αγνοήσει. Προς την κατεύθυνση αυτή, μέσα από τη συλλογή και

επεξεργασία των στοιχείων που παρέχονται τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, θα εξεταστούν σφαιρικώς θέματα που αφορούν την εξελικτική πορεία των πορισμάτων της ιατρικής επιστήμης σχετικά με την υγεία της εγκύου και του εμβρύου ενώ θα γίνει αναφορά και στη συμβολή της τεχνολογικής ανάπτυξης στο ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης, με την ανακάλυψη νέων προηγμένων προγεννητικών διαγνωστικών μεθόδων και την πρόοδο των θεραπευτικών σχημάτων για την αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με την έγκυο και το έμβρυο. Ακολούθως, χάρη στην καταγραφή των εθνικών πηγών δικαίου που αφορούν την αναπαραγωγική υγεία, με ιδιαίτερη αναφορά στην τεχνητή διακοπή της κύησης, εντός και εκτός συνόρων, θα πραγματοποιηθεί συγκριτική μελέτη, παράλληλα με την καταγραφή εισηγητικών και αιτιολογικών εκθέσεων των νομοθετικών κανόνων που αφορούν τα αναπαραγωγικά δικαιώματα. Επιπροσθέτως, θα εξεταστεί το νομικό καθεστώς που διέπει τους επαγγελματίες υγείας, την ιατρική ευθύνη και τα δικαιώματα του ασθενούς, ειδικά σε θέματα που άπτονται της φροντίδας της υγείας της γυναίκας ενώ μέσα από την εξέταση της νομολογίας των ελληνικών και των αλλοδαπών δικαστηρίων, θα εξαχθούν συμπεράσματα που αναδεικνύουν την επίδραση των πορισμάτων της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης στη διαμόρφωση της νομοθεσίας, όσον αφορά στο ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης. Παράλληλα, μέσα από τη διερεύνηση της νομοθεσίας περί αμβλώσεων στην Ελλάδα, αλλά και σε διεθνές επίπεδο, θα σχολιαστούν τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία επιτρέπεται η άμβλωση, παρατηρώντας πως αυτά διαφέρουν μεταξύ των κρατών. Μέσα από την ιστορική ανασκόπηση της διαχρονικής εξέλιξης της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή της κύησης, παράλληλα με την περιγραφή της ιατρικής διαδικασίας της άμβλωσης και της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης επί των αμβλώσεων σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, θα εξεταστούν τα στατιστικά στοιχεία νοσηρότητας και θνησιμότητας των ανασφαλών αμβλώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο. Η συλλογιστική βάση της ανάλυσης που θα επιχειρηθεί σχετίζεται με τον προβληματισμό της διαμόρφωσης του περιεχομένου των κανόνων Δικαίου στο ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης, τη στάση που τηρεί ο νομοθέτης απέναντι στα ιατρικά δεδομένα και τους λόγους για τους οποίους άλλοτε τα ενσωματώνει στη νομοθεσία και άλλοτε τα απορρίπτει.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Αλληλεπίδραση Επιστήμης - Δικαίου

1.1. Κανονιστική εμβέλεια της Επιστήμης και κανονιστικότητα του Δικαίου

Η ανάπτυξη της Επιστήμης αποτελεί κεντρικό πυλώνα στη διαμόρφωση και εξέλιξη του ανθρώπινου πολιτισμού. Επιστήμη ορίζεται η ορθολογική και μεθοδική έρευνα της πραγματικότητας σε συνδυασμό με τη συστηματική οργάνωση της γνώσης που προκύπτει από την ως άνω έρευνα. Ο άνθρωπος, ως έλλογο ον, διαμέσου της καλλιέργειας των επιστημών, ερευνά τον κόσμο, αναπόσπαστο μέρος του οποίου αποτελεί και ο ίδιος, εν συνεχεία δε, οργανώνει και αξιοποιεί τη γνώση που αποκομίζει εκ της διενεργηθείσας έρευνας. Η επιστημονική έρευνα έχει ως αντικείμενο τη μελέτη της φύσης, των συστατικών και των παραγώγων της, εξετάζει τις σχέσεις αιτίου-αιτιατού που αναπτύσσονται μεταξύ αυτών και προσανατολίζεται στην έμπρακτη επίλυση προβλημάτων που ταλανίζουν τον άνθρωπο στην καθημερινή του ζωή. Προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα γύρω από τις ιδιότητες και τις λειτουργίες του αντικειμένου μελέτης, στηρίζεται στην αλήθεια και στη λογική, στην παρατήρηση και στο πείραμα. Η γνώση που αποκρυσταλλώνεται ταξινομείται σε επιμέρους τομείς, οπότε και ο επιστήμονας μελετά τον τρόπο λειτουργίας κάθε τομέα, αποκωδικοποιώντας τις αλήθειες που θεμελιώνουν τη λειτουργία του. Βασικά στοιχεία της Επιστήμης αποτελούν ο ορθολογισμός, η γνώση, η διυποκειμενικότητα, η κατανόηση, η πρόβλεψη, η εξήγηση φαινομένων (φυσικών, κοινωνικών, βιολογικών κ.λπ.) διαμέσου παρατήρησης και διεξαγωγής πειραμάτων, ο έλεγχος, η μη αποδοχή της γνώσης και η απόρριψη αξιολογικών κρίσεων.[1]

Βασικό χαρακτηριστικό της Επιστήμης είναι η κανονιστικότητά[2] της, δηλαδή η δεσμευτικότητα που χαρακτηρίζει τα αξιώματα και τα συμπεράσματα που εξάγονται από την επιστημονική έρευνα. Ο Επιστήμονας μελετά τους κανόνες του φυσικού κόσμου, τις ιδιότητες, τις λειτουργίες των συστατικών του και τον τρόπο που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, καταλήγοντας σε επιστημονικά συμπεράσματα, τα οποία, εφόσον δεν υποκρύπτουν σφάλματα, διατυπώνουν και εκφράζουν τους κανόνες αυτούς που διέπονται από δεσμευτικότητα. Μελετά τον τρόπο λειτουργίας της φύσης και όσων τη συναπαρτίζουν, καταλήγοντας σε δεσμευτικά αξιώματα, τα οποία ισχύουν μέχρις ότου τυχόν ανατραπούν από μία νέα επιστημονική έρευνα.

Η κανονιστικότητα της Επιστήμης λαμβάνει διττή υπόσταση. Από τη μία πλευρά, συνδέεται με τη δομική οργάνωση του εκάστοτε επιστημονικού τομέα, τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την

[1] *Macherey Pierre* από τον Κανγκιλεμ στον Φουκώ, Η δύναμη των κανόνων, μετάφραση: *Μπέτζελος Τάσος*, Πλεθρον, 2010, σσ. 143-145 , επίσης βλ *Δρακόπουλος Σ / Γκότσης Γ/ Γριμάνη Κ* , Μεθοδολογία Κοινωνικών και Οικονομικών Επιστημών, Μία Εισαγωγή, ΣΕΑΒ, 2015 σ. 18

[2] Κατά τον *Ζ. Κανγκιλέμ* «…στη φιλοσοφία ο όρος κανονιστικό παραπέμπει σε κάθε κρίση που εκτιμά ή αξιολογεί ένα γεγονός σε σχέση με έναν κανόνα αλλά αυτός ο τρόπος κρίσης είναι κατά βάθος εξαρτημένος από αυτό που εγκαθιδρύει κανόνες.» *Κανγκιλέμ Ζ.*, Το κανονικό και το παθολογικό, Εκδ. Νήσος, Αθήνα, 2007, σ. 90

επιστημονική έρευνα, τις υποθέσεις, τις παρατηρήσεις και τα αξιώματα των οποίων μετέρχεται, καθώς και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει. Από την άλλη πλευρά, σχετίζεται με τη δέσμευση που δημιουργεί η γνώση που έχει αποκτηθεί ενώπιον της ανάγκης επίλυσης πρακτικών προβλημάτων στα πλαίσια της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει την αμφίδρομη σχέση κανονιστικότητας και κανονικότητας μιας κατάστασης, ως προς το ότι η δεύτερη αποτελεί προαπαιτούμενο της πρώτης και η πρώτη παράγωγο της δεύτερης.

Η κανονικότητα του υπό έρευνα αντικειμένου από τον Επιστήμονα αποτελεί τη βάση εξαγωγής επιστημονικών συμπερασμάτων, τα οποία κατευθύνουν ως προς τις δεσμευτικές ενέργειες που θα είναι απαραίτητες στην περίπτωση που η κανονικότητα πληγεί στην πράξη. Οι έννοιες της κανονικότητας και της κανονιστικότητας σχετίζονται άμεσα με την επίλυση πρακτικών προβλημάτων θέτοντας την «κανονική» κατάσταση, όπως αυτή αποκωδικοποιείται από την επιστημονική έρευνα, σε ρόλο οδοδείκτη για την έμπρακτη επίλυση των προβλημάτων αυτών. Για παράδειγμα, στις επιστήμες υγείας, η έννοια του κανονικού σχετίζεται με τις θεραπευτικές μεθόδους που θα υιοθετηθούν. Στην περίπτωση αυτή, το μεν «κανονικό» αποτελεί τον προορισμό, στον οποίο κατευθύνεται το ταξίδι της επιστημονικής επίλυσης του πρακτικού προβλήματος, η δε εναρμόνιση στην πράξη με την κανονιστικότητα των επιστημονικών επιταγών συνιστά το μέσο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί προς τον σκοπό αυτόν. [3]

Σημείο αναφοράς της Επιστήμης αποτελούν οι κανόνες, οι οποίοι διαμορφώνονται σε τρία στάδια. Το πρώτο εξ αυτών σχετίζεται με τις ιδιότητες και τον τρόπο λειτουργίας των υπό μελέτη αντικειμένων και φαινομένων. Το δεύτερο καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται η γνώση εκ της ως άνω μελέτης και τα πρωταρχικά αξιώματα που εξάγονται. Το τρίτο στάδιο αφορά την πρακτική αναπαράσταση των αξιωμάτων επ' αφορμή ενός ανακύψαντος προβλήματος που χρήζει επίλυσης.[4] Στο στάδιο αυτό, ο επιστημονικός κανόνας ενσωματώνεται στο κοινωνικό πλαίσιο και διαμορφώνει υποχρεώσεις δράσης. Η κανονιστικότητα του κανόνα οδηγεί στην εφαρμογή των επιταγών του και στην κανονικοποίηση μιας κατάστασης. Έτσι, διαφαίνεται η κοινωνική αξία των επιστημονικών κανόνων, η οποία ωθεί το κοινωνικό σύνολο να αξιοποιήσει την επιστημονική γνώση προκειμένου να επιλύσει ένα πρόβλημα. Η διάσταση αυτή γεννά τη διαδικασία της ρύθμισης, η οποία έπεται της πρακτικής απορρύθμισης και παθογένειας μιας καταστάσεως και εν τέλει οδηγεί στην αποκατάσταση της κανονικότητας.

Συνεπώς, η Επιστήμη χαρακτηρίζεται από την παγίωση των κανόνων που διέπουν τα συστατικά και τα λειτουργικά φαινόμενα του κοσμικού οικοδομήματος. Οι κανόνες αυτοί υφίστανται χωρίς προμελέτη, είναι αυθύπαρκτοι και διαμορφώνονται μέσα στο ίδιο το αντικείμενο της επιστημονικής έρευνας.[5] Το κοσμικό «είναι» συνιστά το αντικείμενο μελέτης των επιστημών,

---

[3] Κατά τον *Κανγκιλέμ*: «Ένας γνώμονας, ένας κανόνας, είναι αυτό που μετερχόμαστε για να καταστήσουμε κάτι ορθό , να το ορθώσουμε, να το επανορθώσουμε.» (*Κανγκιλέμ Ζ.,* , σ. 110)

[4] Κατά τον *Στυλιανού*: «Για τον Φουκώ, η έννοια του κανόνα, μαζί με το πλέγμα εννοιών που συνεπάγεται, δεν είναι στατική αλλά δυναμική. Η κανονιστικότητα δηλαδή, δεν παραπέμπει στην περιγραφή, την εξειδίκευση και τον ορισμό μιας κανονικότητας. Αντιθέτως, δηλώνει μάλλον την παραγωγική δύναμη των κανόνων, δηλαδή την γενική αρχή , από την οποία εξαρτώνται οι υφιστάμενοι κανόνες, και η οποία καθορίζει και εξηγεί την παραγωγή νέων κανόνων, όταν προκύπτει κάποιο νέο πλαίσιο ή η ανάγκη απάντησης σε ένα καινοφανές πρόβλημα.» Ο Φουκώ θέλησε να αναθεωρήσει τον ρόλο και τη λειτουργία των «επιστημών του ανθρώπου» και για να το επιτύχει ανέτρεξε στις συνθήκες και στους όρους γένεσης των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών, προσπαθώντας να συνδέσει την εμφάνισή τους με την εγκαθίδρυση νέων κανόνων και θεσμών. (*Στυλιανού Α.*, Κανόνες και Κανονιστικότητα, Φουκώ και Κανγκιλέμ, Εκδ. Νέα Εστία, Αθήνα, 2011, Τόμ. 169,Τεύχος 1843,
σσ .657-658)

[5] Κατά τον *Στυλιανού*, ωστόσο, : «..ο Φουκώ υποστήριξε τη θέση ότι ο κανόνας χαρακτηρίζεται από μία θετικότητα, η οποία προσφέρεται καθ' ολοκληρίαν, και παράγεται καθώς ο κανόνας παράγει τα αποτελέσματά του μέσω της

καθόσον ο Επιστήμονας αποκωδικοποιεί τις επιστημονικές αλήθειες και διατυπώνει τους κανόνες που θα αξιοποιηθούν έμπρακτα προς επίλυση καθημερινών προβλημάτων.

Ειδικότερα, στο πεδίο των φυσικών επιστημών, η ραγδαία εξέλιξη στους τομείς της Μοριακής Βιολογίας, της Βιοχημείας , της Ανοσολογίας και της Γενετικής κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει προσφέρει πλήθος πληροφοριών αναφορικά με τον έμβιο κόσμο στοχεύοντας σε κάποιας μορφής ελέγχου των λειτουργιών της ζωής, κατευθύνοντας το άτομο σε κρίσιμες εφαρμογές και επηρεάζοντας τη δομική διαμόρφωση της κοινωνίας. Η αλματώδης, κατά τα τελευταία έτη, ανάπτυξη της εμβρυολογίας και της γενετικής άγει τους επαγγελματίες υγείας σε μια νέα πραγματικότητα με την εισχώρηση της σύγχρονης γενετικής στην καθημερινή ιατρική πράξη. Η κατανόηση του μοριακού και γενετικού υποβάθρου πολλών ασθενειών προσφέρει πλέον τη γνώση της παθοφυσιολογίας καθώς και των μηχανισμών που οδηγούν σε συγγενείς παθήσεις, νεοπλασίες και αυτοάνοσα νοσήματα. Στην πράξη, έχει ως αντίκτυπο την ανάπτυξη αποτελεσματικών εμβολίων, νέων φαρμάκων και άλλων επαναστατικών μεθόδων – όπως η γονιδιακή θεραπεία – περιορίζοντας επιδημίες, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής χρονίως πασχόντων, προστατεύοντας από λοιμώξεις και νόσους που στο παρελθόν απέβαιναν μοιραίες, επεκτείνοντας το προσδόκιμο όριο ζωής και μειώνοντας τη θνησιμότητα των ασθενών. [6] Η μοριακή γενετική φέρεται να καθιερώνεται στην πρώτη γραμμή της ιατρικής πράξης, παρέχοντας πληροφορίες για τη μελέτη της βιοχημικής διάστασης των νοσημάτων. Η ανακάλυψη του ανθρώπινου γονιδιώματος δίνει νέες διαστάσεις στην κατανόηση της αναπτυξιακής διαδικασίας των οργανισμών και απαντά στο πώς δημιουργούνται οι ανθρώπινες δυσπλασίες. Η μοριακή μεθοδολογία σταδιακά επεκτείνεται, δίνοντας λύσεις σε γενετικά νοσήματα που δεν έχουν κλινική εκδήλωση ενέχοντας αδυναμία διάγνωσης με τις κλασσικές διαγνωστικές μεθόδους[7] και ως εκ τούτου αδυναμία έγκαιρης θεραπείας. Επιπλέον, η γενετική συμβάλλει στην πρόληψη των γενετικών νοσημάτων, βασιζόμενη στη γενετική συμβουλευτική[8] των γονέων, σε ατομικό επίπεδο και όχι σε επίπεδο κρατικού παρεμβατισμού, την ανίχνευση των φορέων σοβαρών ασθενειών[9] και τον προγεννητικό έλεγχο μέσω εξελιγμένων τεχνικών εμβρυϊκής ανίχνευσης.[10]

Η ιατρική έρευνα αποτελεί αναγκαίο και αναπόσπαστο συστατικό της Ιατρικής Επιστήμης και της ιατρικής προόδου. Μέσα από την επιστημονική θεωρία διαμορφώνεται η ιατρική πρακτική με την εφαρμογή ιατρικών κανόνων που στοχεύουν στη βελτίωση της ανθρώπινης ζωής και υγείας, ως αυτά αποτελούν πρωταρχικά, συνταγματικώς προστατευόμενα, δικαιώματα. Συνεπώς, καθίσταται απολύτως εύλογο το ενδιαφέρον του νομοθέτη προς την κατεύθυνση ρύθμισης της

δράσης τους, Ο κανόνας δηλαδή παράγεται μέσα στα φαινόμενά και στις εκδηλώσεις του, χωρίς να προϋποτίθεται καμία άλλη απόλυτη εξουσία, από την οποία θα αντλούσε τη δραστικότητά του.» (*Στυλιανού Α.*, σσ. 657-658)

[6] Βλ. *Christophorou L,* Emerging Dynamics: Science, Energy, Society and Values, Εκδ. Springer, 2018, σσ. 109, 118-122

[7] *Καναβάκης Εμμ*., Η χρήση της μοριακής διάγνωσης στην καθημερινή ιατρική πράξη, σε Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Δέκα χρόνια της Σύμβασης του Οβιέδο, Οι γενετικές εξετάσεις, Πρακτικά ημερίδας, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 2010, σ. 87

[8] Η γενετική συμβουλευτική αφορά στη διαδικασία παροχής πληροφοριών σε ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης γενετικού νοσήματος και ενημέρωση σε σχέση με την κλινική εικόνα του νοσήματος, την πορεία και τις θεραπευτικές δυνατότητες, τον κίνδυνο μεταβίβασης στους απογόνους και τέλος τους τρόπους πρόληψης, ο.π., σσ. 87-88.

[9] *Kanavakis E, / Traeger-Synodinos J, / Vrettou C/, Maragoudaki E, / Tzetis M, /Kattamis C.* Prenatal diagnosis of the thalassaemia syndromes by rapid DNA analytical methods., *Molecular Human Reproduction*, 1997, τομ.3, τεύχ.6, σσ. 523-8.

[10] Η προγεννητική ιατρική ως κλάδος αναπτύχθηκε τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα. Βλ. *Ψαρούλη Δ./Βούλτσο* Π, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, Εκδ. Univercity Press, Αθήνα, 2010, σσ. 167-169.

ιατρικής πρακτικής και ευθύνης που απορρέει από τα συνταγματικά κατοχυρωμένα έννομα αγαθά της ζωής και της υγείας

Το Δίκαιο ορίζεται ως ένα σύνολο δεσμευτικών κανόνων, ρυθμιστικών της ανθρώπινης συμπεριφοράς, η μη τήρηση των οποίων συνεπάγεται την επιβολή κυρώσεων προς παγίωση της σταθερότητας στην οργανωμένη σε κράτος κοινωνία.[11] Ο εξαναγκασμός και η ετερονομία αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της ρυθμιστικότητας του Δικαίου, παρεπόμενα οι κανόνες δικαίου είναι κανονιστικοί[12], καθόσον εμπεριέχουν επιταγές, ρυθμιστικοί, καθώς στοχεύουν στη ρύθμιση της κοινωνικής συμβίωσης, υποχρεωτικοί και καταναγκαστικοί λόγω των κυρώσεων που απειλεί η έννομη τάξη σε όποιον παραβιάζει το δίκαιο και ετερόνομοι, καθώς πηγάζουν από το Κράτος και όχι από την ιδιωτική αυτονομία[13].

Έτσι περαιτέρω, το Δίκαιο, όπως η επιστήμη γενικά, χαρακτηρίζεται από κανονικότητα και κανονιστικότητα.[14] Η κανονικότητα συνίσταται στο γεγονός ότι ο Νόμος αποτελεί το κύτταρο της έννομης τάξης, καθόσον εισάγει τον κανόνα που επιβάλλει, επιτρέπει ή απαγορεύει μία ανθρώπινη συμπεριφορά και παράγεται με συγκεκριμένη διαδικασία από συγκεκριμένα όργανα που φέρουν δημοκρατική νομιμοποίηση. Ο θεμελιώδης Νόμος μιας έννομης τάξης -που στην ελληνική περίπτωση είναι το Σύνταγμα- θα μπορούσε να παρομοιασθεί με το DNA ενός οργανισμού, ήτοι με το δομικό γενετικό υλικό ενός έμβιου οργανισμού βάσει του οποίου ρυθμίζονται όλα τα επιμέρους μέρη και οι λειτουργίες του.

Η ιεραρχία των πηγών του Δικαίου σχετίζεται με την ιεραρχία των οργάνων που τις παράγουν και συνεπάγεται την ιεραρχία των ίδιων των κανόνων. [15] Οι τελευταίοι δεν είναι ισότιμοι, καθόσον ένας κανόνας χάνει τη δεσμευτικότητά του όταν αντίκειται σε κανόνα δικαίου που βρίσκεται πιο ψηλά στην ιεραρχική κλίμακα. Στη δημοκρατικά οργανωμένη σε κράτος κοινωνία, η επικράτηση της αρχής της λαϊκής κυριαρχίας συνεπάγεται τη νομιμοποίηση θεσμικών οργάνων, ώστε τα τελευταία να παράγουν τους νόμους, ήτοι τους κανόνες βάσει των οποίων θα λειτουργεί η πολιτεία και η ευρύτερα εννοούμενη κοινωνία.

Η κανονιστικότητα του Δικαίου συνίσταται στην υποχρεωτική καθοδήγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς από την έννομη τάξη. Εντούτοις, γεννάται το ερώτημα, εάν η εν λόγω δεσμευτικότητα συνδέεται αιτιωδώς με το περιεχόμενο της ρύθμισης που εισηγείται ο κανόνας δικαίου ή εάν σχετίζεται αιτιωδώς μόνο με τη δυνατότητα εξαναγκασμού από μέρους του κράτους. Σε σχέση με το ερώτημα αυτό, η θεωρία του νομικού θετικισμού έχει υιοθετήσει την άποψη ότι η ιδιότητα ενός κανόνα ως κανόνα δικαίου συνδέεται με το γεγονός ότι είναι προϊόν μίας διαδικασίας και έχει παραχθεί από όργανα αρμόδια να θέτουν κανόνες που αναγνωρίζονται ως τέτοιοι.[16] Ο νομικός θετικισμός αναγνωρίζει ό,τι έχει καθιερωθεί να αναγνωρίζεται ως Δίκαιο, χωρίς να εξετάζει το ζήτημα της ουσιαστικής νομιμοποίησης του Δικαίου. Πρωταρχικό ρόλο στην αναγνώριση ενός κανόνα, ως κανόνα Δικαίου, διαδραματίζει ο τύπος του κανόνα αυτού. Νόμιμο καθίσταται ό,τι έχει θεσπίσει ως τέτοιο η αρμόδια κρατική αρχή. Κατά τους υποστηρικτές, δε, της

[11] *Κοτρογιάννος, Δ*. Φυσικό δίκαιο και ανθρώπινα δικαιώματα, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1989, σσ.75:77.
[12] Βλ. *Σούρλα Παύλο*, Μια εισαγωγή στην επιστήμη του δικαίου, Justi atque injusti scientia, εκδ. Σάκκουλας, 1995, σσ. 52-53
[13] *Σταμάτης Κ.,.Τάκης Α*, Εισαγωγή στην επιστήμη του Δικαίου, Εξουσιαστική και διασφαλιστική λειτουργία του Δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, 2018, σ.6
[14] *Ακριβοπούλου Χ./ Ανθόπουλος Χ,* Εισαγωγή στο Δίκαιο και στους Συνταγματικούς Θεσμούς, ΣΕΑΒ, Αθήνα, 2015, σ. 19
[15] *Σταμάτης Κ./Τάκης* Α, , σ.128.
[16] *Σταμάτης Κ./Τάκης Α,* σ. 46

θεωρίας του νομικού θετικισμού, υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσα στο τι είναι δίκαιο και τι πρέπει να είναι δίκαιο. Οι Bentham και Austin συνδέουν την κανονιστικότητα του Δικαίου με τη δυνατότητα επιβολής κυρώσεων, ενώ και κατά τον Kelsen, η δικαιϊκή τάξη ορίζεται ως τάξη εξαναγκασμού μόνο βάσει των κανόνων συμπεριφοράς,[17] ο δε αναγκαστικός χαρακτήρας του δικαίου διαμορφώνει τον αναγκαστικό χαρακτήρα του κράτους κατά τρόπο που κράτος και δίκαιο ταυτίζονται. [18] Στον αντίποδα, κατά τη θεωρία του φυσικού Δικαίου[19], το Δίκαιο εκπορεύεται από τη φύση, τον Θεό, και οι θετοί νόμοι, προκειμένου να διέπονται από δεσμευτικότητα, πρέπει να εναρμονίζονται πλήρως με τις αναλλοίωτες επιταγές του φυσικού Δικαίου, άλλως και σε διαφορετική περίπτωση, τα άτομα δεν είναι υποχρεωμένα να συμμορφώνονται προς αυτούς, τουναντίον, οφείλουν να αντιστέκονται στην εφαρμογή τους.[20]

Ακολούθως, ζήτημα για τη θεμελίωση της κανονιστικότητας του Νόμου αποτελεί και η σχέση του τελευταίου με την Ηθική.[21] Νόμος και Ηθική δεν ταυτίζονται, καθώς η τελευταία αφορά στην πνευματική και ψυχοσυναισθηματική ιδιοσυγκρασία του ατόμου, σχετίζεται, δε, με τη συνείδηση των ανθρώπων. Ωστόσο, οι ηθικές απόψεις, ουκ ολίγες φορές, ενδύονται έναν δεοντολογικό μανδύα, πρωτίστως όταν σχετίζονται με τις ηθικές απόψεις του κοινωνικού συνόλου, ήτοι με την κοινωνική ηθική. Ο Νόμος δύναται να συμπεριλάβει τέτοιου είδους παραγγέλματα, χωρίς αυτό να συνεπάγεται ότι η κοινωνική ηθική τροφοδοτεί αυτοδύναμα το περιεχόμενο του Νόμου. Σε κάθε περίπτωση, η έννομη τάξη αποτελεί ένα σύνολο δεσμευτικών κανόνων που δεν αναπαριστούν απλά συνθήκες της κοινωνικής πραγματικότητας, αλλά αποσκοπούν στη ρύθμισή τους, αποβλέποντας στην αρμονική εξισορρόπηση της κοινωνικοπολιτικής ζωής. Η δεσμευτικότητα του Δικαίου, ωστόσο, δεν δύναται να ερείδεται σε ισχνά και αυθαίρετα θεμέλια, ως αποτελούν οι τυποκρατικές ή απόλυτα ιδεατές προσεγγίσεις χωρίς πρακτικό προσανατολισμό, ελλείπουσες πρακτικής εφαρμογής, αλλά δέον όπως αποδίδεται σε έναν συνδυασμό τυπικών και ουσιαστικών κριτηρίων[22], ώστε η νομοθετική ρύθμιση να αποκτά ουσιαστική κοινωνική ισχύ και να μην εξαρτάται μόνο από μηχανισμούς εξαναγκασμού.

---

[17] «θα ήταν συνεπέστερο με βάση την θεώρηση του Kelsen, εάν ο ορισμός της δικαιϊκής τάξης συμπληρωνόταν θεωρώντας ότι η δικαιϊκή τάξη αποτελεί το σύστημα διαρκούς παραγωγής κανόνων, που η ενότητά του βασίζεται στο ότι οι κλιμακωτά διαρθρωμένοι κανόνες ανάγονται σε ένα θεμελιακό κανόνα το οποίο συνιστά εξαναγκαστική τάξη της ανθρώπινης συμπεριφοράς.» βλ. *Αλιπράντης Νικήτας,* Η. Kelsen, Κ. Τσάτσος και διορθωτική συμπλήρωση της κλιμακωτής δομής του λόγου σε: Κωνσταντίνος Τσάτσος, Φιλόσοφος, συγγραφέας, πολιτικός,στα Πρακτικά Διεθνούς Επιστημονικού Συνεδρίου. Αθήνα, 6-8 Νοεμβρίου 2009, Επιμέλεια: Μορφακίδης Μόσχος Παπαδοπούλου Παναγιώτα, Αγγελής Δημήτρης, Κέντρο Βυζαντινών, Νεοελληνικών και Κυπριακών Σπουδών Εταιρεία Φίλων Κ. και Ι. Τσάτσου, Γρανάδα – Αθήνα, 2010 σ. 180.

[18] *Sankalp Jain,* Importance of Judicial Law Making: Perspectives of Bentham & Austin, 2013,τευχ.24, σσ. 1-14. επίσης βλ.*Nalbandian G* ,Notes on juripsrudence, Early Legal Positivism: Bentham & Austin Elise , Mizan Law Rev,2008 σσ. 149-155, επίσης βλ *Marmor, Andrei*, «The Pure Theory of Law», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* εκδ. Spring, 2016, https://plato.stanford.edu/entries/pufendorf-moral/

[19] *Σταμάτης Κ./.Τάκης Α*, σ. 48, επίσης βλ. *Chiassoni Pierluigi,* Kelsen on Natural Law theory, Sorting out Natural Law from Positive Law, Revus Journal for Constitutional Theory and Philosophy of Law, 2014, τ. 23 σ.135

[20] βλ. *Σούρλα Παύλο*, Μια εισαγωγή στην επιστήμη του δικαίου, Justi atque injusti Scientia, εκδ. Σάκκουλας ,1995, σελ.67

[21] Οπ., σ. 86

[22] Σύμφωνα με τον *Σούρλα Παύλο*: «η ισχύς του δικαίου δε μπορεί να εκπορεύεται από το ωμό πραγματικό γεγονός της θεσπίσεώς του και να αποχωρίζεται εντελώς από την ηθική δικαιολόγηση των ρυθμίσεών του και ο Kant που θεωρούσε ως ηθικό υπόβαθρο του δικαίου την ελευθερία και δεχόταν έτσι ότι η παραβίαση του πρώτου είναι και παραβίαση της δεύτερης , χαρακτήρισε τον εξαναγκασμό παρεμπόδιση των εμποδίων της ελευθερίας. Η ηθική και πολιτική αυτή εκτίμηση δεν βασίζεται απλώς στο ότι οι επιμέρους κανόνες δικαίου προστατεύουν διάφορα περισσότερο ή λιγότερο βασικά υλικά, ηθικά και πολιτικά αγαθά, αλλά πάνω απ΄ όλα στην αναγνώριση ότι, πέρα από όλα αυτά τα επιμέρους αγαθά, και το ίδιο το δίκαιο στο σύνολό του αποτελεί αγαθό, το οποίο διαθέτει αυτοτελές ηθικό βάρος και είναι αφ' εαυτού άξιο προστασίας.» βλ. *Σούρλα Παύλο,* σ. 100

1.2. Τα επιστημονικά πορίσματα στη διαμόρφωση και εφαρμογή του Δικαίου

1.2.1 . Επιστημονικά δεδομένα και διαμόρφωση της νομοθεσίας

Ως προελέχθη, το Δίκαιο συνίσταται σε ένα σύνολο κανόνων[23] που ρυθμίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά προς διασφάλιση της κοινωνικής σταθερότητας, αποτελούμενο από κανόνες δικαίου που περιλαμβάνουν επιταγές, ενσωματώνοντας κοινωνικές ηθικοπολιτικές αξίες μέσα σε ένα δημοκρατικά νομιμοποιημένο πλαίσιο θέσπισης κανόνων και επιβολής τους. Επομένως, ο κανόνας δικαίου στοχεύει στην παγίωση της συμπεριφοράς του ατόμου και στην κατ' επέκταση διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας.[24] Περικλείει, δε, έναν κανόνα και μια πραγματική κατάσταση, το «δέον» και το «ον», αποσκοπώντας στην ταύτισή τους.[25] Για τους λόγους αυτούς, η έννομη τάξη βρίσκεται σε μία αέναη διαλεκτική με την πραγματικότητα. Η νομοθετική ρύθμιση έχει ως αφετηρία την πραγματικότητα, αφομοιώνοντας κάποια στοιχεία της, τα οποία επιχειρεί να συνδέσει με μία επιταγή που οδηγεί στην επίτευξη ενός σκοπού.

Το ερώτημα πού προκύπτει είναι εάν και σε ποιό βαθμό δύναται το δίκαιο να προετοιμάσει την κοινωνική αλλαγή, διευρύνοντας ή επιταχύνοντάς την. Όταν η ανθρώπινη συμπεριφορά προσαρμόζεται στις επιταγές του νόμου, τότε προκύπτει μία νέα πραγματικότητα, η οποία ακολουθεί τη δική της πορεία.[26] Ο νόμος επεμβαίνει όταν η ανθρώπινη συμπεριφορά πρέπει να εναρμονιστεί με έναν κοινωνικό δημόσιο σκοπό προσαρμοζόμενη μεν σε μία ιδεατή κατάσταση, η οποία, ωστόσο, δεν πρέπει να είναι ουτοπική. Εξ ετέρου, η κοινωνική πραγματικότητα, ως συντίθεται μέσα από την πολιτική ζωή, προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από στοιχεία που ανάγονται στη φύση του ανθρώπου, στη φύση των πραγμάτων και των εν γένει συνθηκών. Η μελέτη της φύσης είναι έργο της επιστημονικής έρευνας και στον βαθμό που η πραγματικότητα, την οποία θέλει να προσδιορίσει ο νόμος, εδράζεται στη φυσική δομή των καταστάσεων, η νομική ρύθμιση καλείται να αφουγκραστεί τα επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται με την εξεταζόμενη κατάσταση. Ο Επιστήμονας μελετά τη φυσική εξέλιξη της πραγματικότητας, καθώς και την αλληλεπίδραση των στοιχείων που τη συνθέτουν και αποκρυσταλλώνουν τους κανόνες και τις συνέπειές τους.[27] Ο νομοθέτης επικεντρώνεται γύρω από την ανθρώπινη συμπεριφορά,[28] την οποία φιλοδοξεί να ρυθμίσει αδυνατώντας να μεταβάλει τα φυσικά δεδομένα.[29] Όταν,

---

[23] Ο.π., σ. 39

[24] *Σταμάτης Κ./.Τάκης Α*, σ. 3

[25] Κατά τον *Σούρλα*: «Ο Kelsen χρησιμοποίησε, για να υποστηρίξει τη διάκριση αυτή, το λογικό επιχείρημα της κατηγοριακής διαφοράς όντος και δέοντος, προβάλλοντας ότι η νομική επιστήμη έχει ως αντικείμενό της το θετικό δίκαιο, που είναι ένα σύστημα γενικών, ειδικών και ατομικών κανόνων. Το δίκαιο είναι ταυτόχρονα και σύνολο κανόνων και έκφανση ενός πλέγματος κοινωνικών σχέσεων και δε μπορεί η μία από τις δύο αυτές διαστάσεις του να απομονωθεί από την άλλη. Έτσι, η μεν εξέτασή του ως κοινωνικού φαινομένου δεν μπορεί να εξαφανίσει έστω και προσωρινά τον κανονιστικό του χαρακτήρα, ενώ αντίστροφα ο περιορισμός της νομικής επιστήμης στην κανονιστική και μόνο πλευρά του δικαίου θα οδηγούσε σε έναν ακραίο φορμαλισμό και θα απέκρυβε ότι ο κανονιστικός του χαρακτήρας τελεί σε συνάρτηση με την κοινωνική, πολιτική και ιστορική του λειτουργία *Σούρλας Π,* Θεμελιώδη ζητήματα της μεθοδολογίας του δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, 1986, σ. 36

[26] *Παπαχρίστου, Α.* Οικογενειακό δίκαιο και κοινωνική αλλαγή. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1975, τομ.25:439. «Σύμφωνα μέ τή θεωρητική υπόθεση τής εξελικτικής πορείας τού δικαίου, τά νομικά συστήματα παρακολουθώντας τις γενικότερες κοινωνικές αλλαγές, συνεχώς μεταβάλλονται».

[27] *Σταμάτης Κ*., Μεθοδολογία του Δικαίου, Η διάκριση ανάμεσα σε νομικό και πραγματικό ζήτημα, εκδ. Σάκκουλας 2016, σ. 86

[28] *Σταμάτης Κ./Τάκης Αν.*, Εισαγωγή στην επιστήμη του Δικαίου, σ. 17

[29] *Σούρλας Π*., Θεμελιώδη ζητήματα της μεθοδολογίας του δικαίου, σσ. 37-38

μάλιστα, η ανθρώπινη συμπεριφορά αναπτύσσεται εντός πλαισίων όπου κυριαρχούν επιρροές άλλων επιστημών, τότε το δίκαιο που καλείται να ρυθμίσει τη συμπεριφορά αυτή, δεν μπορεί να αψηφήσει τους επιστημονικούς παράγοντες καθόσον δεσμεύεται από αυτούς. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται ο συσχετισμός Νόμου-Επιστήμης προς επίτευξη της αποτελεσματικότερης ρύθμισης.

Κατά τη διαδικασία θέσπισης ενός νόμου[30], το ερώτημα που συνοψίζει όλο αυτό τον προβληματισμό συνίσταται στον τρόπο διαμόρφωσης του περιεχομένου ενός κανόνα δικαίου. Η ανάγκη που καθιστά απαραίτητη τη ρύθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς είναι το θεμελιώδες στοιχείο, που θα αποτελέσει το εφαλτήριο της νομοθέτησης. Η αναγκαιότητα της νομοθετικής ρύθμισης οφείλεται στο γεγονός ότι η κοινωνική πραγματικότητα παρουσιάζει δυσλειτουργίες, οπότε και ο νομοθέτης φιλοδοξεί να εξομαλύνει, μέσα από τη θέσπιση κανόνων, υφιστάμενα προβλήματα που αφορούν στο σύνολο της κοινωνίας ή συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Η έννοια της ρύθμισης σχετίζεται με την επιβολή ενός μοντέλου συμπεριφοράς, που στοχεύει στην εξυπηρέτηση ενός ανώτερου κοινωνικοπολιτικού σκοπού. Για τον λόγο αυτό, ρυθμιστική λειτουργία επιτελούν όλες οι κρατικές παρεμβάσεις που έχουν σκοπό την εδραίωση μηχανισμών προσαρμογής της ανθρώπινης συμπεριφοράς στα πλαίσια της κοινωνικής ζωής. Στον όρο της ρύθμισης συμπεριλαμβάνονται και όλα εκείνα τα εργαλεία που χρησιμοποιεί η νομοθετική εξουσία προκειμένου να επιβάλλουν υποχρεώσεις στους πολίτες.[31] Ένα από τα κύρια ερωτήματα γύρω από τη ρυθμιστική λειτουργία του κράτους σχετίζεται με τις αναγκαιότητες που την καθιστούν επιβεβλημένη.[32] Στον προβληματισμό αυτό, απάντηση επιχειρούν να δώσουν οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί γύρω από την κρατική ρύθμιση, γύρω από τους γενεσιουργούς παράγοντες κάθε ρυθμιστικού εγχειρήματος της κρατικής εξουσίας. Εν ολίγοις, το ερώτημα είναι πότε και με ποιό περιεχόμενο πρέπει να θεσπιστεί ένας νόμος και να ρυθμιστεί η ανθρώπινη συμπεριφορά.[33]

Ωστόσο, τα κριτήρια στα οποία θα μπορεί να στηριχθεί η νομοθετική επιλογή ποικίλλουν. Ο νόμος, όμως, δεν μπορεί να αποτελεί μία απλή αντανάκλαση της πραγματικότητας. Στόχος του είναι να ρυθμίσει συμπεριφορές προκειμένου να επιλύσει πρακτικά προβλήματα της καθημερινότητας που αφορούν στο κοινωνικό σύνολο. Για τον λόγο αυτό, ναι μεν ο νομοθέτης δύναται να λάβει υπόψη την κοινωνική ηθική, πλην όμως αυτή δεν μπορεί να αποτελέσει την κυριότερη συνιστώσα ως προς τη διαμόρφωση του περιεχομένου του νόμου.

Σημείο αναφοράς της νομοπαραγωγικής διαδικασίας αποτελεί το δημόσιο συμφέρον, ως ο βασικότερος παράγοντας που διέπεται από κοινωνικοπολιτικό σκοπό προς ρύθμιση ενός

---

[30] *Φίλιος Π.,* Φιλοσοφία του δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, 2011, σ. 7

[31] *Ναλπαντίδου Σ./ Χατζής Α*., Η θεωρία της ρύθμισης, *σε* Επιθεώρηση Διοικητικής Επιστήμης, τ. 16, 2010, σ. 134.

[32] Κατά τους *Μάνεση* και *Μανιτάκη*: «ο νομοθέτης μπορεί να ακολουθήσει περισσότερο ή λιγότερο φιλελεύθερη ή παρεμβατική πολιτική, να αποκλίνει κατά την εφαρμογή της πολιτικής αυτής είτε προς μια ατομοκεντρική είτε προς μια λειτουργική (κοινωνικά δεσμευμένη) αντίληψη της οικονομικής ελευθερίας, να ενισχύσει ή να αποδυναμώσει τα στοιχεία της ιδιωτικής ή της μικτής οικονομίας ,αρκεί μόνον η παρέμβασή του να έχει ως δικαιολογητικό χαρακτήρα .Μπορεί να προβάλλει λόγους γενικότερου δημοσίου ή κοινωνικού συμφέροντος και να μην αναιρεί στην ουσία του το καθεστώς της οικονομίας της αγοράς (της εν γένει «ελεύθερης οικονομίας») ούτε να επιχειρεί οριστική και καθολική απομάκρυνση απ' αυτό… Και για πρώτη επίσης φορά ορίζεται ότι: «Προς εδραίωσιν της κοινωνικής ειρήνης και προστασίαν του γενικού συμφέροντος, το Κράτος προγραμματίζει και συντονίζει την οικονομικήν δραστηριότηταν εν τη χώρα, επιδιώκον την εξασφάλησιν της οικονομικής αναπτύξεως όλων των τομέων της εθνικής οικονομίας (άρθρο 106 παρ. 1 Σ)», (*Μάνεσης Αρ. / Μανιτάκης Αντ*, Κρατικός Παρεμβατισμός Και Σύνταγμα, Γνωμοδότηση, «Νομικό Βήμα», τεύχος 10/1981, σ. 1199

[33] *Πανάγος Θ*., Κρατική παρέμβαση και ρυθμιστική διοίκηση, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα, 2017, σ. 45.

κοινωνικού προβλήματος, η επίτευξη του οποίου πρέπει να γίνεται κατά τέτοιον τρόπο[34] ώστε να μην πλήττεται η ισοτιμία μεταξύ των πολιτών. Για τη διαμόρφωση του περιεχομένου του νόμου, τα επιστημονικά δεδομένα και αξιώματα αναμφίβολα αποτελούν έναν παράγοντα που δεσμεύει τον νομοθέτη,[35] παρόλο που πολλές φορές δεν αποτελούν τη μοναδική βάση στην οποία στηρίζεται ο νόμος. Ο τελευταίος φιλοδοξεί να ρυθμίσει ένα ζήτημα χωρίς να αναπαριστά το τι συμβαίνει, αλλά το τι θα έπρεπε να συμβαίνει με σκοπό την επίτευξη ενός δημοσίου σκοπού. Το εγχείρημά του αυτό θα διαθέτει χαρακτήρα κανονιστικότητας, ήτοι θα είναι δεσμευτικό, οπότε δεν μπορεί παρά να συμπεριλάβει, τα στοιχεία γύρω από την πραγματικότητα που είναι εκ των ων ουκ άνευ αυτούσια δεσμευτικά. Τα δεδομένα αυτά τα εισφέρει η Επιστήμη και όταν η νομοθετική επιλογή διασταυρώνεται με ζητήματα στα οποία εμπλέκεται η Επιστήμη, τότε ο Νομοθέτης δεσμεύεται από τα επιστημονικά αξιώματα στον βαθμό που γίνονται ομόφωνα δεκτά, έχοντας υποχρέωση να τα συμπεριλάβει στη ρύθμισή του, εφόσον οι μέθοδοι που οδήγησαν σε αυτά ήταν αξιόπιστες και εύλογα οδήγησαν στην πεποίθηση ότι είναι αληθή. Έτσι, η νομοθετική ρύθμιση διέπεται από ορθολογικότητα, δεν είναι αυθαίρετη και δεν εκφράζει την υποκειμενικότητα που προσδίδει η βούληση -ατομική και συλλογική - σε οποιαδήποτε επιλογή, αντιθέτως, εξοπλίζει τον θετό κανόνα δικαίου με τη δεσμευτικότητα που συνεπάγονται τα επιστημονικά διδάγματα σε αμιγώς ιατρικά ζητήματα.

Επομένως, η Επιστήμη αποτελεί βασικό θεμέλιο του νόμου, ωστόσο, είναι πάρα πολλές οι περιπτώσεις κατά τις οποίες παρίσταται ανάγκη η ίδια η επιστημονική πρακτική να αποτελέσει αντικείμενο νομοθετικής ρύθμισης. Η εφαρμογή των επιστημονικών δεδομένων από τον Επιστήμονα στην καθημερινή ζωή δημιουργεί την ανάγκη υπαγωγής των επιστημονικών πρακτικών στην εποπτεία και ρύθμιση του νόμου, ειδικά σε περιπτώσεις που ο Επιστήμονας εφαρμόζει τα επιστημονικά διδάγματα σε προβλήματα που αφορούν τους πολίτες, κατά τρόπο που επηρεάζει τα δικαιώματά τους. Ο νόμος επεμβαίνει στην επιστημονική πρακτική με σκοπό την άμεση προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, διασφαλίζοντας, έτσι, δημόσιους σκοπούς σε υπερατομικό επίπεδο. Η επέμβαση αυτή δεν μπορεί να γίνεται κατά τρόπο που να εκμηδενίζει τη δυνατότητα ανάπτυξης της επιστήμης, αλλά στον βαθμό που ο νόμος χαράσσει τα απαιτούμενα όρια, ώστε η επιστημονική πρακτική να μην πλήττει έννομα συμφέροντα. Η σχέση Επιστήμης-Νόμου είναι αμφίδρομη, καθόσον ο νόμος αναπαριστά επιστημονικά δεδομένα στα οποία δομείται, αλλά και αντιστρόφως, στο στάδιο της κοινωνικής αναπαράστασης της Επιστήμης, η επιστημονική πρακτική, όταν είναι αναγκαίο, ρυθμίζεται από τον Νόμο, εντός των ορίων που αυτός θέτει.

[34] Κατά τον *Σούρλα*: «(..) η νομική επιστήμη αποτελεί μέρος της κοινωνικής τεχνολογίας, συνιστώντας ένα από τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη διαφόρων πολιτικά ευκταίων κοινωνικών σκοπών. Αυτό δεν σημαίνει όμως, ότι το δίκαιο εμφανίζει αποκλειστικά τεχνικό και αντίστοιχα η νομική επιστήμη τεχνολογικό χαρακτήρα , πράγμα που θα περιόριζε τη λειτουργία τους σε μια απλή υποστήριξη της οποιασδήποτε πολιτικής εξουσίας, χωρίς να θίγεται το ζήτημα της νομιμοποιήσεως των σκοπών που αυτή επιλέγει να ικανοποιήσει μέσω του δικαίου.» (*Σούρλας Π.*, Θεμελιώδη ζητήματα της μεθοδολογίας του δικαίου, σ. 95)

[35] Σύμφωνα με τον *Bourdieu P*.στη «νομική δημιουργία» σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν επίσης οι κοινωνικές συνθήκες, βλ. Η δύναμη του δικαίου: στοιχεία για μια κοινωνιολογία του νομικού πεδίου, μεταφρ. *Παναγιωτόπουλος Ν ., Δημητρακόπουλος Μ.,* Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών , 1989 ,τομ. 72, σ.32, https://ejournals.epublishing.ekt.gr/

1.2.2 . Επιστημονικά δεδομένα και εφαρμογή του νόμου

Ως αποτέλεσε αντικείμενο εξέτασης, σκοπός του Δικαίου είναι η ρύθμιση των κοινωνικών σχέσεων, ώστε να διαμορφώνεται ένα σταθερό κοινωνικό πλαίσιο εντός του οποίου ο πολίτης μπορεί να αναπτύσσει όλες τις επιμέρους πτυχές της υπόστασής του, συμμετέχοντας ενεργά στα κοινωνικά δρώμενα, με την εγγύηση που του παρέχεται μέσω της διασφάλισης των αξιών που απολαύουν της προστασίας της έννομης τάξης. Η εφαρμογή του νόμου ανατίθεται ως ξεχωριστή αρμοδιότητα σε ανεξάρτητα πολιτειακά όργανα, τα όργανα της δικαστικής εξουσίας. Η δικαστική αρχή είναι αυτή που καλείται να επιτύχει τη σύζευξη ανάμεσα στην πραγματικότητα και στη νομοθεσία, να υπαγάγει πραγματικές καταστάσεις στα περιεχόμενα του νόμου και να ρυθμίσει κοινωνικές δυσλειτουργίες με έννομο ενδιαφέρον. Για την εφαρμογή του νόμου καθίσταται απαραίτητη η ερμηνεία του.[36] Η τελευταία συμβάλλει στην εξακρίβωση του νοήματος του κανόνα από τον εφαρμοστή του δικαίου. Ο κανόνας δικαίου μορφοποιείται μέσα από γλωσσικά σχήματα και εκφράσεις, τις λέξεις, που αποτελούν το γράμμα του νόμου.[37] Η γραμματική ερμηνευτική μέθοδος[38] είναι η πρωταρχική μέθοδος ερμηνείας, κατά την οποία το γράμμα του νόμου αποτελεί το δεσμευτικό σημείο αναφοράς για τον εφαρμοστή του δικαίου και το οποίο σκιαγραφεί τα όρια που δεν πρέπει να υπερβεί η ερμηνευτική προσέγγιση. Πολλές φορές, ο ίδιος ο νομοθέτης[39], κατά τη θέσπιση της ρυθμίσεως, αποδίδει, μέσω ορισμών, το περιεχόμενο πολλών όρων του νομοθετήματος, ενώ οι νομικοί όροι επαφίενται στην ανάλυση που θα λάβουν από τους νομικούς επιστήμονες. Ωστόσο, όταν ανακύπτει ανάγκη ερμηνείας μιας έννοιας που δεν είναι καθαρά νομική αλλά σχετίζεται με την καθημερινή ζωή, μπορεί να υπάρξει διχογνωμία γύρω από την υπαγωγή της στην πράξη κατόπιν γραμματικής ερμηνείας. Σε κάθε περίπτωση, η γραμματική ερμηνεία δεν είναι η μόνη ερμηνευτική μέθοδος για την ανεύρεση του νοήματος του νόμου, αποτελεί όμως το όριο κάθε ερμηνευτικής προσπάθειας.[40] Στο έργο της ερμηνείας του νόμου από τον εφαρμοστή του δικαίου συνδράμουν εκτός από την γραμματική ερμηνεία, η ιστορική που αναζητά τη βούληση του νομοθέτη που θέσπισε την συγκεκριμένη-υπό ερμηνεία ρύθμιση, η αντικειμενική-τελεολογική ερμηνεία που ανάγει σε κριτήριο ερμηνείας το σκοπό του νομού πέρα από το υποκείμενο που τον θέσπισε στα πλαίσια των αγαθών που επιδιώκει να προστατεύει και τέλος η συστηματική μέθοδος ερμηνείας που αποδίδει λύσεις εξετάζοντας το ευρύτερο πλαίσιο κανόνων στο οποίο υπάγεται ο προς ερμηνεία κανόνας.

Οι κανόνες δικαίου δεν είναι παρά λεκτικά νοηματικά σύνολα, τα οποία αναπαριστούν τα κοινωνικά δεδομένα που αποσκοπεί να διαμορφώσει ο νομοθέτης.[41] Για τον λόγο αυτόν, ο εφαρμοστής του Δικαίου οφείλει να κινείται πάντα μέσα στα νοηματικά πλαίσια που διαμορφώνει ο κανόνας, για την παγίωση της ασφάλειας δικαίου και την αποφυγή της αυθαιρεσίας.

Η ανάγκη ερμηνείας του Δικαίου δεν αναδεικνύει μόνο το ζήτημα του χειρισμού των ασαφειών των νομικών κειμένων, αλλά και το θέμα της μεταβολής του νοήματός τους με την πάροδο του χρόνου και την μεταβολή των ίδιων των συνθηκών, τις οποίες καλείται να ρυθμίσει. Η

---

[36] *Σταμάτης Κ./Τάκης Αν.*, Εισαγωγή στην επιστήμη του Δικαίου, σ. 225
[37] *Σούρλας Π.*, σσ. 58
[38] *Σταμάτης Κ.*, Μεθοδολογία του Δικαίου, , σσ. 33
[39] *Σούρλας Π.*, σσ. 84
[40] *Βλαχόπουλος Σ.*, Η δυναμική ερμηνεία του Συντάγματος, Εκδ. Ευρασία, Αθήνα, 2014, σ. 75
[41] Κατά τον *Σούρλα*: «…στη σημασιολογική διάσταση της γλώσσας του δικαίου αναφέρεται κυρίως η λεγόμενη γραμματική ερμηνεία των δικαίου, κατά την οποία επιδιώκεται η ανεύρεση του νοήματός τους με τη βοήθεια ορισμών των σημασιών των γλωσσικών εκφράσεων που απαντούν σε αυτούς.» (*Σούρλας Π.*, σ. 61)

δυναμικότητα που διαθέτει η ερμηνεία είναι άμεσα συνυφασμένη με τη συνεχή μεταβολή των κοινωνικών συνθηκών και τον τρόπο που η μεταβολή αυτή επηρεάζει την εφαρμογή του νόμου. Η εξέλιξη της επιστήμης αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την ερμηνευτική προσέγγιση του Δικαίου. Με την πάροδο του χρόνου και την εξελικτική επίδραση που αυτός ασκεί στις πραγματικές συνθήκες είναι εύλογη η αλλαγή και στον τρόπο που συλλαμβάνεται το νόημα ενός κανόνα που μπορεί να σχετίζεται με τις περιστάσεις αυτές. Ειδικά όταν ρυθμίζονται από τον νόμο συμπεριφορές και πρακτικές που σχετίζονται με έναν επιστημονικό τομέα[42], τα νέα δεδομένα που μπορεί να προκύψουν στον τομέα αυτόν καθιστούν αναγκαίο τον συγχρονισμό της νομοθεσίας. Ο συγχρονισμός αυτός πραγματοποιείται , είτε με την παραγωγή ενός νέου κανόνα δικαίου, είτε με τη μεταβολή της ερμηνείας ενός ήδη υφιστάμενου - εφόσον αυτό είναι εφικτό- χωρίς να αλλοιωθεί παντελώς το νόημα του νόμου, όπως το προσδιορίζουν οι ερμηνευτικές μέθοδοι. Ακόμα και οι λοιπές επιστημονικές εξελίξεις (πέραν του πεδίου της τεχνολογικής εξέλιξης) ενδέχεται να μεταβάλουν την αντίληψή μας για το περιεχόμενο των συνταγματικών διατάξεων, καθώς και για το τι αυτές επιτρέπουν και τι όχι.[43]

Η τεχνολογική εξέλιξη[44] είναι, ειδικότερα, αυτή που επιδρά σημαντικά στη διάρθρωση της καθημερινής ζωής, και αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία για την ερμηνεία του Συντάγματος, αν συνδυασθεί με μια διαμορφωμένη και επί μακρόν διατηρούμενη πραγματική κατάσταση, καθιστώντας απαραίτητη και την εκ νέου νοηματοδότηση των κανόνων δικαίου.[45]Τα νέα τεχνολογικά δεδομένα αναδιαμορφώνουν τις καθημερινές πρακτικές και θέτουν στην κρίση του εφαρμοστή του δικαίου νέα, προς εξέταση, στοιχεία, όταν αποτελούν συνιστώσες μιας υπό νομική κρίση υπόθεσης. Αλλά και οι εν γένει επιστημονικές εξελίξεις μπορούν να επηρεάσουν την ερμηνευτική προσέγγιση του Δικαίου. Χαρακτηριστικό είναι και σε αυτή την περίπτωση το παράδειγμα της ιατρικής επιστήμης, η οποία βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη με σκοπό την βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου. Η επιστημονική πρόοδος έχει ως αποτέλεσμα να άγονται όχι μόνο ενώπιον του νομοθέτη αλλά και του εφαρμοστή του Δικαίου καίρια ερωτήματα γύρω από τη νομική υπόσταση των νέων δεδομένων που προκύπτουν, αναδεικνύοντας την αλληλεπίδραση Επιστήμης-Νόμου και κατά το στάδιο εφαρμογής του τελευταίου. Υπό την επιρροή αυτή, ο νομικός συλλογισμός θεμελιώνεται στα επιστημονικά δεδομένα που σχετίζονται με την υπό κρίση υπόθεση και το περιεχόμενο της μείζονος πρότασής του, δηλαδή του κανόνα δικαίου, και νοηματοδοτείται στα πλαίσια που θέτει η ελάσσων πρόταση, με την επιστημονική απόχρωση που συνοδεύει τα πραγματικά περιστατικά.

[42] Νομολογιακά παραδείγματα που αφορούν την ισότιμη μεταχείριση των ομοφυλοφίλων δείχνουν ότι η εξέλιξη αυτή δεν οφείλεται μόνο στη μεγαλύτερη ανεκτικότητα των σύγχρονων φιλελεύθερων κοινωνιών απέναντι στον διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό..» αλλά κρίσιμο ρόλο παίζουν και οι ιατρικές παραδοχές (*Βλαχόπουλος Σ.* Η Δυναμική Ερμηνεία Του Συντάγματος, Εκδ. Ευρασία, Αθήνα, 2014,σ. 131)

[43] Για παράδειγμα το γερμανικό Ομοσπονδιακό Συνταγματικό Δικαστήριο στην υπόθεση των αμβλώσεων έκρινε αντισυνταγματικό το νόμο του 1975 όπου αποποινικοποιούσε την άμβλωση στις δώδεκα πρώτες εβδομάδες της κύησης.. Το Δικαστήριο μετά από δεκαοκτώ χρόνια λαμβάνοντας υπόψη την ανεπιτυχή εφαρμογή του αυστηρού νομοθετικού πλαισίου μετέβαλε την γνώμη του , κάνοντας αποδεκτό ότι είναι συμβατή με τον Θεμελιώδη νόμο της Βόννης η άρση του αξιόποινου των αμβλώσεων τις πρώτες δώδεκα εβδομάδες της κύησης με την προϋπόθεση να διατηρηθεί ο άδικος χαρακτήρας της πράξης και την παροχή υποχρεωτικής συμβουλευτικής προς την κατεύθυνση της διατήρησης της εγκυμοσύνης. (Βλ.*Βλαχόπουλος Σ.*, σ. 163)

[44] Οπ, σ.125

[45] Ό.π., σ. 126.

1.3. Ρύθμιση ιατρικών ζητημάτων από το Δίκαιο

Η ρύθμιση ιατρικών ζητημάτων μέσω του Δικαίου αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα σύζευξης της νομοθεσίας και της ιατρικής επιστήμης.[46] Η Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, υποστηρίζει ότι η σχέση του Δικαίου με την Ιατρική, συγκεντρώνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον όσων ασχολούνται με αυτούς τους κλάδους λόγου χάριν στα ζητήματα των αμβλώσεων, της ευγονικής, των μεταμοσχεύσεων, των πειραμάτων στον άνθρωπο ή της ευθανασίας[47]. Μέσα από την ιατρική επιστήμη, αποκρυσταλλώνεται η ιατρική πρακτική διά της εφαρμογής ιατρικών κανόνων που στοχεύουν στη βελτίωση της ανθρώπινης ζωής και υγείας που αποτελούν συνταγματικώς προστατευόμενα θεμελιώδη δικαιώματα, οι δε, νομοθετικές ρυθμίσεις επικεντρώνονται στα «ακραία» και «επιτακτικά» προβλήματα, παρακολουθώντας τις διαρκείς μεταβολές που προκύπτουν λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης[48]. Επομένως, είναι εύλογο το ενδιαφέρον του νομοθέτη για τη ρύθμιση της ιατρικής πρακτικής και ευθύνης που σχετίζεται με τα συνταγματικά κατοχυρωμένα έννομα αγαθά της ζωής και της υγείας προσπαθώντας να αντιμετωπίσει πιθανές καταχρήσεις από την εφαρμογή των επιτευγμάτων της στον άνθρωπο[49]. Ο Νόμος δεν μπορεί να επιτελέσει την ρυθμιστική του αποστολή χωρίς να στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα, ενώ η Ιατρική πρακτική δεν υπηρετεί ορθά το σκοπό της αν δεν υπόκειται στις επιταγές ενός δεοντολογικού πλαισίου, το οποίο προσδίδει απαξία στις απαιτούμενες πράξεις αποδίδοντας ανάλογες ευθύνες.[50]

Η ορθή ιατρική πρακτική[51] και οι εξελίξεις της τεχνολογίας που σχετίζονται με την Ιατρική εν γένει, θα πρέπει να επικεντρώνονται στον ασθενή. Ως εκ τούτου, πυρήνας των ως άνω τομέων είναι η θεώρηση του κάθε ασθενούς ως μοναδικής περίπτωσης και η κατανόηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει με βάση το πώς αυτά διαμορφώνονται εκ της μοναδικότητας αυτής. Κατ' επέκταση, σημαντικό λειτουργικό ρόλο διαδραματίζουν η γνώση των ιατρικών τεχνολογικών εξελίξεων καθώς και η εφαρμογή και αξιολόγηση των επιμέρους αποτελεσμάτων, ώστε οι τομείς αυτοί να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις εξατομικευμένες ανάγκες και τις εύλογες προσδοκίες κάθε ασθενούς. Στο πλαίσιο αυτό, ως είναι φυσικό, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η πολιτιστική συνείδηση, δηλαδή η γνώση των ορίων των πολιτισμικών αρχών και πεποιθήσεων που μπορεί να επηρεάσουν την σχέση ιατρού-ασθενούς και κατά συνέπεια την ευρύτερη επίδραση της ιατρικής τεχνολογίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η ρύθμιση ειδικών ιατρικών θεμάτων είναι απαραίτητη σε ζητήματα που αφορούν την ιατρική ευθύνη. Από τον Κώδικα Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος και τον Κανονισμό Ιατρικής Δεοντολογίας του 1955 μέχρι τον κυρωτικό νόμο της Ευρωπαϊκής Σύμβασης του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα ,(ν. 2619/1998, ΦΕΚ Α), τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν.3418/2005, ΦΕΚ Α), τον Ποινικό Κώδικα καθώς και άλλους ειδικούς νόμους, είναι έκδηλη η επιλογή της ρύθμισης από τον Νομοθέτη των ζητημάτων που άπτονται της Ιατρικής Πρακτικής. Η ανθρώπινη ζωή και η υγεία αποτελούν θεμελιώδη, συνταγματικώς κατοχυρωμένα, δικαιώματα,

---

[46] *Λιούρδη Α*., Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα: Η,Ιατρική ποινική ευθύνη στη γυναικολογία και μαιευτική, Νομική Βιβλιοθήκη,Αθήνα, 2014,σσ 127.

[47] *Κουνουγέρη -Μανωλεδάκη, Ο* νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, βασικές ρυθμίσεις, 2006, σ. 9

[48] Βλ..*Κουμάντος Γ*. . Προβλήματα βιοηθικής, Πόλις, 2003,σσ 18-19

[49] *Βάρκα-Αδάμη Αλεξάνδρ*α, Βιοηθική και δίκαιο, Ελληνική Δικαιοσύνη, εκδ. Σάκκουλα Α. Αθήνα-Κομοτηνή,2002,τόμος 43,τευχος 3ο,σσ 673

[50] *Βιδάλης Τ.*, Το Βιοδίκαιο, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007, σσ. 10

[51] *Βιδάλης Τ. /Καρπατζιάνη Χ. /Κοντάκος Η. /Κυριακάκη Ειρ./ Μάλλιος Ε./ Παπαχρίστου Θ./ Ραβδάς Π./ Σολδάτος Π./ Φυτράκης Ευτ.*, Ιατρική δεοντολογία, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα, 2013, σ. 11

οπότε είναι εύλογο το συμφέρον του νομοθέτη να ρυθμίζει ιατρικά θέματα που κατεξοχήν αφορούν τα δύο αυτά καίρια έννομα αγαθά και το έργο του νομοθέτη έρχεται αντιμέτωπο με ακόμη μεγαλύτερες προκλήσεις[52] όσον αφορά στα ζητήματα αναπαραγωγής, όπως η άμβλωση, η εξωσωματική γονιμοποίηση κ.ά. Τα δυσεπίλυτα αυτά προβλήματα αποτελούν πρόκληση για τον δημοκρατικά νομιμοποιημένο Νομοθέτη, καθώς εγείρουν προβληματισμό γύρω από την ηθική διάσταση των αλλαγών που συνεπάγεται η επιστημονική εξέλιξη. Θέτουν στον Νομοθέτη όχι μόνο διλήμματα δικαιοσύνης και αποτελεσματικότητας αλλά και σεβασμού των ηθικοπολιτικών αξιών, ως αυτές εκφράζονται μέσα από τις θέσεις της κοινωνικής πλειοψηφίας, χωρίς παράλληλα να θίγονται τα δικαιώματα και οι αξίες των μειοψηφιών.

[52] Οι εφαρμογές των επιτευγμάτων της βιοιατρικής έρευνας για παράδειγμα εγκυμονούν ελπίδες αλλά και κινδύνους όχι μόνο για μεμονωμένα άτομα αλλά γενικά για το ανθρώπινο είδος. βλ. *Κατρούγκαλος Γ.*, σ. 116

1.4. Συμπέρασμα

Η αλματώδης πρόοδος της Τεχνολογίας, οι ραγδαίες εξελίξεις στον χώρο της εφαρμοσμένης βιολογικής έρευνας[53] και ιατρικής επιστήμης, καθώς και η ανάγκη πρόβλεψης πρακτικών λύσεων στα ζητήματα ανάπτυξης των βιολογικών επιστημών που ανακύπτουν σε σχέση με τη διαχείριση του φαινομένου της ζωής[54] επιδρούν στη γέννηση του Βιοδικαίου[55]. Τα δεδομένα που προκύπτουν από τις εξελίξεις αυτές εγείρουν προβληματισμό αναφορικά με το επιτρεπτό ή μη των βιοτεχνολογικών επεμβάσεων στον άνθρωπο και τις γενικότερες συνέπειες αυτών στο ανθρώπινο είδος, στο περιβάλλον και στην κοινωνία. Η Βιοηθική είναι ένας ξεχωριστός κλάδος που ασχολείται με τα ερωτήματα αυτά από ηθικοφιλοσοφική σκοπιά και επιχειρεί να δώσει απαντήσεις στον τρόπο με τον οποίο εντάσσονται οι εξελίξεις αυτές στο ηθικοκοινωνικοπολιτικό πλαίσιο. Η σχέση αλληλεξάρτησης ανάμεσα στον νόμο και στην Επιστήμη -ειδικά την Ιατρική- ενισχύεται από τη διάχυτη επίδραση που ασκεί και στα δύο η Ηθική.[56]

Η ηθική προσέγγιση σε ιατρικά ζητήματα συνεπάγεται τη γέννηση μίας δεοντολογικής αντιμετώπισης των ιατρικών διλημμάτων.[57] Για την αντιμετώπιση ενός ηθικού διλήμματος απαραίτητο είναι να εντοπισθεί η κατάσταση που το περικλείει και οι συνιστώσες που συνθέτουν την κατάσταση αυτή. Στην επίλυση των ιατρικών –ηθικών- ζητημάτων, πλέον αδιαμφισβήτητος παράγοντας προς την κατεύθυνση αυτή είναι η αρχή του ωφελιμισμού και η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς. Στα πλαίσια αυτών των αρχών, η ιατρική πρακτική[58] επιδέχεται νομικής ρύθμισης γύρω από τη δεοντολογία που διαμορφώνεται[59]. Η μία άποψη υποστηρίζει τη θέσπιση ειδικών κανόνων για όλο το πλέγμα των εννόμων σχέσεων που συνδέει τον γιατρό με τον ασθενή.[60] Η άλλη άποψη υποστηρίζει την εισαγωγή ειδικών κανόνων σε καίρια ζητήματα μείζονος σημασίας, τα οποία δεν μπορούν να καταλείπονται στην περιστασιακή κρίση του δικαστή ή στην αυτορρύθμιση του ιατρικού επαγγέλματος.

Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947), και η Διακήρυξη του Ελσίνκι του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου [61](WMA το 1964) έθεσαν τις βάσεις για την συστηματοποίηση της ιατρικής εμπειρίας

---

[53] Ο όρος «βιοτεχνολογία» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις εφαρμογές των τεχνολογικών επιστημών στη βιολογική επιστήμη.βλ. *Βιδάλης* Τ. Βιοδίκαιο σ. 4

[54] Βλ. *Βιδάλη Τ.*, Βιοδίκαιο (τομ. 1), σελ. 6

[55] *Κουμάντος Γ*. Προβλήματα βιοηθικής, Πόλις, 2003, σ.15

[56] *Σταμάτης Κ./Τάκης Αν.*, σ. 32

[57] *Βιδάλης Τ. /Καρπατζιάνη Χ. /Κοντάκος Η. /Κυριακάκη Ειρ./ Μάλλιος Ε./ Παπαχρίστου Θ./ Ραβδάς Π./ Σολδάτος Π./ Φυτράκης Ευτ.*, Ιατρική δεοντολογία, σ. 143

[58] Λόγω της συνεχιζόμενης εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης, οι διακηρύξεις και οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας φαίνονταν ξεπερασμένες αφήνοντας κενό στη ρυθμιστική παρέμβαση του Δικαίου. Μάλιστα πολλές φορές οι ιατρικές εξελίξεις ήταν τόσο ραγδαίες που το δίκαιο υιοθετούσε αυτούσιες της αρχές της βιοηθικής (ένα σύστημα κανόνων soft law) που στη συνέχεια τις νομιμοποιούσε και τις ενσωμάτωνε στο δικαικό σύστημα. Για παράδειγμα οι βασικές κατευθύνσεις της Διακήρυξης του Ελσίνκι για την διεξαγωγή της ιατρικής έρευνας αποτέλεσαν την αφετηρία των διατάξεων της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια των ανθρώπων σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. βλ. *Τροκάνας Θ.*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή σσ. 54-56

[59] *Χαραλαμπάκης Α*., Ιατρική ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, (ii. Τεχνητή Διακοπή της Κύησης) εκδ. Σάκκουλα Π. Ν., Αθήνα, 2016

[60] Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση απαιτείται να ρυθμίζονται όλες οι πτυχές της ιατρικής πρακτικής, κάτι τέτοιο ωστόσο δεν είναι εφικτό.

[61]https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

και αποτέλεσαν την αναγνώριση μίας πρώιμης κανονιστικής αρχής του ιατρικού κλάδου. Ένα από τα βασικότερα ζητήματα καθίσταται το θεμιτό, ή μη, της διαχείρισης των προβληματισμών που προκύπτουν από τις βιοεπιστημονικές εξελίξεις μέσω της ηθικής αυτορρύθμισης ή μέσω των κανόνων δικαίου. Σε πρώτο στάδιο, η Βιοηθική είναι ο επιστημονικός εκείνος κλάδος που έρχεται αντιμέτωπος με τα διλήμματα που θέτει η συσχέτιση των βιολογικών δεδομένων και των ανθρωπιστικών επιστημών, επιχειρώντας να απαντήσει στο ερώτημα σχετικά με την εξουσία του επιστήμονα να τροποποιεί τα έμβια όντα. Στο πρώιμο αυτό στάδιο, κυριαρχεί η αυτορρύθμιση και ο προβληματισμός που γεννάται επιλύεται μέσα από τη σύσταση ειδικών Επιτροπών Βιοηθικής, οι οποίες δίνουν κατευθυντήριες γραμμές στα αμφιλεγόμενα θέματα που ανακύπτουν. Σε δεύτερο στάδιο, όμως, όταν αποκρυσταλλώνεται η φύση των συγκρούσεων που γεννά η βιοϊατρική πρόοδος μαζί με τις δικαιοπολιτικές τους συνιστώσες, τότε η παρέμβαση, ή μη, του Νομοθέτη είναι το αμέσως επόμενο βήμα.

Στο σημείο αυτό, οι κανόνες Ηθικής μετατρέπονται σε κανόνες Δικαίου και εξοπλίζονται με το στοιχείο του εξαναγκασμού. Έτσι, προκύπτει το Βιοδίκαιο[62] που ορίζεται ως νέος αυτόνομος κλάδος της έννομης τάξης.[63] Η ρύθμιση των πρακτικών που σχετίζονται με την εφαρμογή των ιατρικών δεδομένων, αφού πρώτον κρίνεται απαραίτητη λόγω της επίδρασης που επιτελεί η άσκηση της ιατρικής στα έννομα αγαθά των πολιτών, έπειτα αυτονομείται, συνιστώντας έναν ξεχωριστό κλάδο δικαίου. Στην δικαιϊκή αυτή περιοχή, το Δίκαιο αλληλοεπιδρά με την επιστημονική πραγματικότητα με σκοπό την διαμόρφωση των νομοθετικών ρυθμίσεων.

Οι αξίες που συγκρούονται στα πλαίσια της επιστημονικής εξέλιξης, κατά την πρακτική της εφαρμογή, γεννούν ηθικό προβληματισμό γύρω από το επιτρεπτό, ή μη, και τη λυσιτέλεια των επιστημονικών εγχειρημάτων. Ο προβληματισμός αυτός, ωστόσο, δεν πρέπει να οδηγεί στη μη έρευνα, αλλά στην -κατά τον αναγκαίο βαθμό- νομοθετική ρύθμιση[64], όπου ανακύπτει η ανάγκη πρόβλεψης πρακτικών λύσεων στα διλήμματα που θέτουν οι βιολογικές εφαρμογές[65]. Το τελευταίο προκύπτει σταδιακά από τη θεσμοθέτηση κανόνων που ρυθμίζουν τις βιοτεχνολογικές εξελίξεις και μετατρέπουν τα πορίσματα που έχουν διεξαχθεί στα πλαίσια των Επιτροπών σε κανόνες δικαίου. Έτσι προκύπτουν οι Κώδικες Δεοντολογίας και οι Νόμοι[66], που ρυθμίζουν επιστημονικές πρακτικές ή ποινικοποιούν επιστημονικά σφάλματα. Οι κανόνες Δικαίου, ωστόσο, που σχετίζονται με ζητήματα Βιοηθικής και Βιοδικαίου, χαρακτηρίζονται από αποσπασματικότητα και θέτουν σαφές αίτημα για ενιαίο σύστημα ρύθμισης.[67]

Επιπροσθέτως, μεγάλη πρόκληση αποτελεί η εξισορρόπηση της ανατροπής των νομικών σταθερών που επιφέρουν οι βιοτεχνολογικές εξελίξεις. Η ανατροπή των δεδομένων αυτών μπορεί να εξομαλυνθεί, με την προϋπόθεση ότι δεν διασαλεύονται τα όρια ανάμεσα στην επιστημονική ελευθερία και στον σεβασμό της ανθρώπινης αξίας και προσωπικότητας. Η αρχή της ανθρώπινης αξίας αποτελεί τον έσχατο κανόνα αναφοράς του Βιοδικαίου[68], που αφορά τόσο το δημόσιο όσο

---

[62] Κατά τον *Βιδάλη*: «*..το Βιοδίκαιο συνιστά νεολογισμό της νομικής επιστήμης και αφορά την διαχείριση της ιδιοσυστασίας του ανθρώπου και τη διαχείριση του φαινομένου της ζωής*.»

[63] *Κουμάντος Γ.,* σ. 15

[64] *Πανούσης Γ.,* Εν αρχή ην ο φόβος; *σε* Το Βήμα του Ασκληπιού, 2003, τευχ.2 τομ. 2

[65] *Κουμάντος Γ.*, σελ. 15

[66] Πηγές του Βιοδικαίου αποτελούν το Σύνταγμα, οι Συμβάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης, των Ηνωμένων Εθνών, του Παγκοσμίου Οργανισμού Εμπορίου, οι Διακηρύξεις των Ηνωμένων Εθνών και της UNESCO, οι Οδηγίες και οι Κανονισμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

[67] *Κουμάντος Γ.* , σσ.18-19

[68] *Duprat D.*, Le Biodroit, un phénomène global sans principe unifivateur ? JIB, 2004, σσ.15

και το ιδιωτικό δίκαιο και χαρακτηρίζεται από έντονη ηθικοκοινωνική φόρτιση, καθώς εξετάζει τις σταθμίσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν σε καταστάσεις που επιφέρουν σύγκρουση θεμελιωδών δικαιωμάτων.[69]

Οι βασικές αρχές των οποίων μετέρχεται η ρύθμιση του Βιοδικαίου είναι ο σεβασμός της ζωής, η αρχή της ασφάλειας, συνιστώσα της οποίας είναι η αρχή της προφύλαξης, η αρχή της ισότητας προς εξασφάλιση της πρόσβασης της κοινωνίας στις νέες τεχνολογίες και η αρχή της περιφρούρησης της βιολογικής αυτονομίας του ανθρώπου, απόρροια της οποίας αποτελεί η αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης στις επεμβάσεις που αφορούν πρόσωπα.[70] Οι κανόνες του Βιοδικαίου καλούνται να ενσωματώσουν βασικές αρχές, όπως η αρχή της ωφέλειας, της δικαιοσύνης και της αυτονομίας και να τις εναρμονίσουν με τις πρακτικές που απορρέουν από τον βιοϊατρικό πατερναλισμό[71] και την ιατρική αυθεντία.[72] Από την άλλη πλευρά, οι κανόνες Δικαίου που διαμορφώνονται πρέπει να χαρακτηρίζονται από αποτελεσματικότητα για να μην αποβαίνει η νομοθετική ρύθμισης αλυσιτελής. Η αποτελεσματικότητα αυτή υποσκάπτεται από τις εγγενείς δυσκολίες που έχει να αντιμετωπίσει ο Νομοθέτης στην προσπάθειά του αυτή. Ο διεθνοποιημένος χαρακτήρας της επιστήμης και της έρευνας, το γεγονός ότι η έρευνα αναπτύσσεται σε ιδιωτικό περιβάλλον, στο οποίο δεν μπορεί να διεισδύσει ο διοικητικός μηχανισμός και η δυσκολία επιβολής κυρώσεων, υπονομεύουν το νομοθετικό έργο προς την κατεύθυνση μίας αποτελεσματικής ρύθμισης.[73]

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται μία έντονη νομοθετική δραστηριότητα σε επίπεδο Διεθνούς, Ευρωπαϊκού Δικαίου[74] και των επιμέρους Εθνικών έννομων τάξεων[75] προκειμένου να προλάβει, άλλως να συμβαδίσει με την ραγδαία δυναμική εξέλιξη των επιστημών που περιλαμβάνει ένα σύνολο κανόνων που ρυθμίζουν πάσης φύσεως επεμβάσεις στην βιολογική ιδιοσυστασία των ειδών. Ο προβληματισμός γύρω από τα ζητήματα αυτά σχετίζεται με τις μακροπρόθεσμες συνέπειες των εξελίξεων στο περιβάλλον και την ανθρωπότητα.[76] Οι εφαρμογές αυτές αλληλοεπιδρούν με τον ίδιο τον πυρήνα της ανθρώπινης φύσης, μεταβάλλοντας την ανθρώπινη ιδιοσυστασία σε ένα μεγάλο εύρος ζητημάτων που σχετίζονται με τη ζωή και τον

[69] Στο Σύνταγμα, τα δικαιώματα αυτά αφορούν τα εξής άρθρα: το άρθρο 2 παρ.1, η αρχή της προστασίας της αξίας του ανθρώπου, το άρθρο 4 παρ. 1 για την «αρχή της ισότητας», το άρθρο 5 παρ. 1 για «το δικαίωμα ανάπτυξης της προσωπικότητας», το άρθρο 5 παρ.2 για την απαγόρευση διακρίσεων, το άρθρο 5 παρ. 5 εδ. α΄ όπου κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην υγεία και κατοχύρωση της γενετικής ταυτότητας, και στο εδ. β΄ προβλέπεται το δικαίωμα προστασίας «έναντι των βιοιατρικών παρεμβάσεων», το άρθρο 9 παρ. 1 εδ. β΄ δικαίωμα οικογενειακής ζωής. κ.α.*Βιδάλης Τ.*, Βιοδίκαιο (τομ. 1), σσ. 10

[70] *Βιδάλης Τ.*, Συνθετική βιολογία: είναι έτοιμο το Δίκαιο; *σε Δεληβογιατζής Σ./ Καλοκαιρινού Ε.(επιμ.)*, Εισαγωγή στη Βιοηθική, Εκδ. Σύγχρονη Παιδεία, Αθήνα, 2014 , σ. 161

[71] *Dworkin G.*, Paternalism, The Monist, (1972), τ.56, σσ. 64-84

[72] *Δραγώνα Μονάχου Μ.*, Αυτονομία-πατερναλισμός και η Ιπποκρατική ιατρική ηθική, *σε Δεληβογιατζής Σ./ Καλοκαιρινού Ε.(επιμ.)*, Εισαγωγή στη Βιοηθική, σ. 26

[73] *Βιδάλης Τ.*, Συνθετική βιολογία: είναι έτοιμο το Δίκαιο; *σε Δεληβογιατζή Σ./ Καλοκαιρινού Ε.(επιμ.)*, Εισαγωγή στη Βιοηθική, σ. 171

[74] Χαρακτηριστικά αναφέρονται η Σύμβαση του Οβιέδο, οι Οδηγίες 1990/219/ΕΚ, 1990/220/ΕΚ, 98/81/ΕΚ, 2001/18/ΕΚ για την περιορισμένη χρήση γενετικά τροποποιημένων οργανισμών, Καν. 1829/1003 και Καν. 1830/2003 για τα γενετικά τροποποιημένα τρόφιμα, η Οδηγία 98/44/ΕΚ για τα διπλώματα ευρεσιτεχνίας βιοτεχνολογικών εφαρμογών, η Οδηγία 95/46 για την προστασία των προσωπικών δεδομένων που κυρώθηκε με το νόμο 2472/1997, οι Οδηγίες 2004/23/ΕΚ και 2006/17/ΕΚ για την ασφαλή διαχείριση του ανθρώπινου βιολογικού υλικού, η Οδηγία 86/609/ΕΚ για τη μεταχείριση ζώων.

[75] ν. 3089/2002 (ΦΕΚ Α'), ν. 3305/2005 (ΦΕΚ Α'), ν. 2739/1999 (ΦΕΚ Α'), ν. 3418/2005 (ΦΕΚ Α')

[76] βλ. *Λαλιώτη Β.*, Ψηφιακή επιτέλεση και μεταανθρωπιστική ανθρωπολογία, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Τεύχος 150, σελ 43, προσπελάστηκε 31/12/2019, επίσης βλ. *Hellsten, S. K.* «The meaning of life» during a transition from modernity to transhumanism and posthumanity. Journal of Anthropology, 2012, σσ. 1-7.

θάνατο (άμβλωση, ευθανασία) τις μεταμοσχεύσεις, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την τροποποίηση του γονιδιώματος[77].

Παράμετρος της ανωτέρω προβληματικής, αποτελεί η επισκόπηση γύρω από την ηθική ευθύνη του επιστήμονα, ως προς την χρήση του έργου του. Εύλογα γεννάται το αίτημα της κανονιστικής προσέγγισης και ρύθμισης της επιστημονικής έρευνας, όταν τα επιστημονικά επιτεύγματα προκαλούν έντονη διχογνωμία.[78] Η νομοθετική ρύθμιση μπορεί και πρέπει να αποτελεί απάντηση στα προβλήματα αυτά, εφόσον μπορεί να εναρμονίσει αποτελεσματικά τις αλληλοσυγκρουόμενες κατευθύνσεις, από τη μία πλευρά της επιστημονικής εξέλιξης και από την άλλη πλευρά της δεσμευτικότητας των δικαιωμάτων και των ηθικοπολιτικών αξιών.

[77] *Βιδάλης Τ*. Βιοδίκαιο, Τόμ(1):, σσ. 6-8
[78] Βλ. *Παιονίδης Φ.*, Υπέρ του Δέοντος, Εκδόσεις Εκκρεμές, 2007, σ. 36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Τεχνητή διακοπή κύησης – συνταγματικές προεκτάσεις

2.1 . Το φαινόμενο της τεχνητής διακοπής της κύησης – Η άμβλωση

Η άμβλωση αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, καθόσον συνδέεται με έμφυτες ανθρώπινες δραστηριότητες, την ευγονική, την αντισύλληψη, τον κοινωνικό μετασχηματισμό και τους ρόλους των φύλων. Η φιλελευθεροποίηση των ηθών, η μείωση της επιρροής των θρησκευτικών πεποιθήσεων παράλληλα με την εξέλιξη της επιστήμης και την ανάπτυξη της παιδείας, η ένταξη της συμμετοχής των γυναικών στο οικονομικά ενεργό μέρος του πληθυσμού και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου με έμφαση στη σύζευξη κοινωνικής και ατομικής προόδου επιδρούν καθοριστικά στη θεσμική αντιμετώπιση των αμβλώσεων.

Με τον όρο άμβλωση περιγράφεται η εκούσια ή τεχνητή διακοπή της κύησης πριν την εμβρυϊκή βιωσιμότητα, όρος προερχόμενος από το συνηρημένο ρήμα της αρχαίας ελληνικής αμβλόω-ώ, ήτοι αφαιρώ τη ζωή του εμβρύου. Ο ορισμός της άμβλωσης ποικίλλει διεθνώς, χωρίς ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις. Επίσης, ο όρος «έκτρωση» προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα εκτιτρώσκω, το οποίο στην αρχαία ελληνική σημαίνει τραυματίζω/πλήττω. Επειδή οι ανωτέρω ορισμοί περικλείουν και τις περιπτώσεις τεχνητής διακοπής της κύησης, η αυθόρμητη απώλεια του κυοφορούμενου αναφέρεται ως αποβολή.[79]

Όσον αφορά στην έννοια του όρου, τεχνητή έκτρωση (ΤΕ) ή τεχνητή διακοπή της κύησης είναι η βίαιη διακοπή της κύησης με την τεχνητή δημιουργία διαστολής του τραχήλου και την αφαίρεση του κυήματος πριν από τον χρόνο της εμβρυϊκής βιωσιμότητας.[80] Ωστόσο, η χρήση του όρου «τεχνητή διακοπή της κύησης» ή «τεχνητός τερματισμός της κύησης» χρησιμοποιείται ελαττώνοντας την κοινωνική απαξία που προσέδιδαν στη συγκεκριμένη διαδικασία οι προαναφερθείσες λέξεις.[81] Ο τερματισμός της κύησης που επιτυγχάνεται με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει είτε χειρουργικά είτε φαρμακευτικά.[82] Η τεχνητή διακοπή κύησης εκτελείται κατόπιν ενδείξεων που μπορεί να οφείλονται σε ιατρικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς ή συναισθηματικούς λόγους. Άλλως, οι επαγόμενες ή κατ' επιλογήν αμβλώσεις ακολουθούν μια σκόπιμη ενέργεια που εκτελείται από τη γυναίκα ή τρίτο άτομο, προκειμένου να τερματιστεί η εγκυμοσύνη. Από τεχνικής άποψης, παρόλο που δεν υπάρχουν περαιτέρω τυπικές κατηγοριοποιήσεις επαγόμενης έκτρωσης, πολλοί επιλέγουν να τις ορίσουν ως (1) θεραπευτική και (2) εκλεκτική ή προαιρετική.[83] Τα αίτια για την προκλητή διακοπή της κύησης, συνήθως, χαρακτηρίζονται ως θεραπευτικά ή κατ' επιλογήν. Οι θεραπευτικές αμβλώσεις εκτελούνται για ιατρικούς λόγους, δηλαδή διενεργούνται προκειμένου να αποτραπεί κάποια σοβαρή βλάβη στη

[79] *Παπαδοπούλου Δώρα*, Ειδικά Θέματα Βιοηθικής, ΣΕΑΒ, 2015 σ.76

[80] *WHO*, Post – abortion family planning: a practical guide for program managers, WHO editions, *(*1997), σ. 2, επίσης βλ. *Καρπάθιος Σ.* Μαιευτική περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία, Αθήνα 1984, σ. 223.

[81] Βλ.*Ψαρούλης Δ / Βούλτσος Π*, Ιατρικό Δίκαιο Στοιχεία Βιοηθικής εκδ. University Press,2010 σ. 145

[82] *Ιατράκης Γ*. Διακοπή της Κύησης [Τεχνητή Έκτρωση]. Στο: Οικογενειακός Προγραμματισμός-Σεξουαλική Αγωγή. Εκδόσεις Ζεβελεκάκη, 2018, σ. 209

[83] *Hoffman et al, Williams Gynecology*, Second Edition, The McGraw-Hill Companies, 2012, σσ.187-188, επίσης βλ. *Guillaume Agnès / Rossier Clémentine*, Abortion Around the World. An Overview of Legislation, Measures, Trends, and Consequences, Translated by Paul Reeve, 2018/2, τευχ. 73 σσ. 217-306

σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου, με πρωταρχικό σκοπό τη διάσωση της ζωής της ή ενόψει ένδειξης πρόωρης εμβρυϊκής θνητότητας ή θνησιμότητας, συχνά λόγω ανωμαλίας ή ασθένειας που απειλεί τη ζωή και την υγεία του εμβρύου. Εκλεκτική διακοπή της κύησης χαρακτηρίζεται αυτή που διενεργείται ύστερα από αίτημα της μητέρας για μη ιατρική αιτία. Η αποποινικοποίηση της τεχνητής διακοπής της κύησης αποτέλεσε ορόσημο για τη ρύθμιση των αμβλώσεων στα κράτη και αναδεικνύει την εξέλιξη της κοινωνικής ζωής ως προς ένα ζήτημα που συνεχώς αναδιαμορφώνεται μέσα από ποικίλες συνιστώσες που συνεπιδρούν σε αυτό.

Ο προσδιορισμός της διάρκειας της κύησης ή του εμβρυϊκού βάρους, που καθορίζουν την άμβλωση, δεν είναι συνεπής μεταξύ των διαφόρων οργανισμών. Για παράδειγμα, το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών για την Υγεία, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων[84] και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζουν όλες τις αμβλώσεις ως οποιονδήποτε τερματισμό της κύησης (αυθόρμητο ή υπό πρόκληση) πριν από τις είκοσι εβδομάδες κύησης ή με εμβρυϊκό βάρος 500gr. Τα κριτήρια δεν είναι απόλυτα, επειδή το μέσο βάρος ενός εμβρύου είκοσι εβδομάδων, που έχει αναπτυχθεί κανονικά ανέρχεται στα 320gr, ενώ το εμβρυϊκό βάρος των 500gr αποτελεί τον μέσο όρο βάρους για τις είκοσι δύο έως είκοσι τρεις εβδομάδες κύησης. Αυτά τα πρότυπα ποικίλλουν ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται σε κάθε χώρα και τα κριτήρια που καθορίζουν τη βιωσιμότητα, μπορούν επίσης να διαφέρουν μεταξύ των χωρών ανάλογα με την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας.[85] Παρατηρείται ακόμη μεγαλύτερη σύγχυση και λόγω των ορισμών που ποικίλλουν ευρέως σε ό,τι αφορά στη νομοθεσία.[86] Η τεχνολογική ανάπτυξη, ως επακόλουθο ανίχνευσης και διάγνωσης ανωμαλιών και δυσπλασιών του εμβρύου έχει επίσης συντελέσει και στην αλλαγή της ορολογίας σχετικά με τον προγεννητικό έλεγχο και την άμβλωση. Η υπερηχογραφία (TVS) και η ακριβής μέτρηση των συγκεντρώσεων ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) επιτρέπουν την ταυτοποίηση των εξαιρετικά πρώιμων σημείων κύησης, καθώς και τη διάκριση μεταξύ ενδομήτριων και έκτοπων κυήσεων. Αποβλέπει στην έγκαιρη επαλήθευση της έκτοπης κύησης, η οποία έχει συγκεκριμένες επιλογές διαχείρισης, ενώ οι ενδομήτριες εγκυμοσύνες αντιμετωπίζονται ανάλογα με τα στοιχεία που, κατά περίπτωση, τις χαρακτηρίζουν.[87]

Η τεχνητή έκτρωση , αν και δεν χαρακτηρίζεται ως μέθοδος αντισύλληψης, τόσο στη χώρα μας όσο και σε μερικές άλλες χώρες, φαίνεται να λαμβάνει αυτή τη μορφή, ως καταδεικνύεται από τον τεράστιο αριθμό εκτρώσεων ετησίως. Ενδεικτικά, στη χώρα μας, κατά το έτος 2001, μία στις τέσσερις γυναίκες που βρίσκονταν σε αναπαραγωγική ηλικία είχαν τουλάχιστον μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη που οδηγήθηκε σε έκτρωση. Λόγω ανεπαρκούς λήψης προληπτικών αντισυλληπτικών μέτρων, οι γυναίκες εξακολουθούν να στηρίζονται στην τέλεση άμβλωσης προκειμένου να περιοριστούν οι γεννήσεις.[88] Κατά το παρελθόν, υπολογίστηκε ότι οι ΤΕ που πραγματοποιούνται ετησίως στην Αγγλία και στην Ουαλία ήταν περισσότερες από εκατόν πενήντα χιλιάδες. Το 55% από αυτές έγιναν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service-

[84] Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

[85] Pignotti, Maria S., 2009, "The definition of human viability: A historical perspective", *Acta Paediatrica*, 99(1), σσ. 33–36.

[86] *Hoffman et al*, σ. 170

[87] *Hoffman et al*, Ό.π.σσ. 170-172

[88] Σύμφωνα με την *Ιωαννίδου*, το ποσοστό διακοπής της κύησης στην ηλικιακή ομάδα 16-24 ετών ήταν μία στις δέκα ,ενώ στην ηλικιακή ομάδα 35-45 ετών ήταν μία στις τρείς.*Ioannidi-Kapolou Elizabeth*, Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review, Reproductive Health Matters, 2004;12(24 Supplement): σ. 174

NHS) και οι λοιπές πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικές κλινικές.[89] Ο αριθμός αυτός υπολογίστηκε, σύμφωνα με ανεπίσημα στοιχεία, μεγαλύτερος για την Ελλάδα, με τριακόσιες χιλιάδες ΤΕ ετησίως. Από μεταγενέστερα στοιχεία, παρουσιάστηκε πτώση του αριθμού των ΤΕ (~80.000 ετησίως), αλλά και πάλι, πρόσφατα διαπιστώθηκε αύξησή τους (>100.000 ετησίως), που θα μπορούσε να αποδοθεί στην οικονομική κρίση που ταλανίζει τη χώρα μας[90] σε συνδυασμό με την έλλειψη ενημέρωσης και τη «συναισθηματική αποξένωση», κατάσταση η οποία περιγράφει το αίσθημα που διακατέχει γυναίκες οι οποίες δεν επιθυμούν να τεκνοποιήσουν εκτός γάμου, ή εκτός μόνιμου, σταθερού δεσμού με προοπτική δημιουργίας οικογένειας.[91]

Στις ΗΠΑ, δε, μέχρι και το ένα τέταρτο των κυήσεων, τερματίζονται με ΤΕ.[92] Το 1987, εκτιμήθηκαν περίπου είκοσι έξι έως τριάντα μία εκατομμύρια νόμιμες αμβλώσεις και δέκα έως είκοσι δύο εκατομμύρια παράνομες αμβλώσεις σε όλο τον κόσμο.[93] Σε συνέδριο που συγκλήθηκε στο Ναϊρόμπι από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τις Δραστηριότητες Πληθυσμού, τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους, με θέμα την ασφαλή μητρότητα, αναφέρθηκε ότι οι γυναίκες στις αναπτυσσόμενες χώρες διατρέχουν 50-100 φορές τον κίνδυνο θανάτου κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό από τις αντίστοιχες στις ανεπτυγμένες χώρες. Υπάρχουν μόνο 2,9 μητρικοί θάνατοι ανά 100.000 ζωντανές γεννήσεις στις ανεπτυγμένες χώρες σε σύγκριση με 300-1000 μητρικούς θανάτους ανά 100.000 ζωντανές γεννήσεις στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι παράνομες αμβλώσεις λόγω ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης αντιπροσωπεύουν το 25-50% αυτών των θανάτων.[94]

[89] *Fowlie A.* Termination of pregnancy. In: Arulkumaran S, Symonds IM, Fowlie A (eds). Oxford Hand book of Obstetrics and Gynaecology. Oxford University Press 2004:526-528

[90] *Bakalianou K, Iatrakis G, et al,* The side effects of the economic crisis on the number of abortions. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2012, τ. 17, σ.59

[91] *Dimoula Y/ Iordani M / Konstantinou M / Kamenidou D / Zirilios K / Katsaouni M/ Galiatsatos G / Tsamoudaki S / Kabisiouli E,* Attitudes towards abortion, Health Science Journal, 2007, Issue 3

[92] *Cunningham FG/ Leveno KJ/ Bloom SL, /Hauth JC/ Rouse DJ/ Spong CY*. Williams Obstetrics, New York, The McGraw-Hill Companies 2010

[93] *Henshaw SK/ Morrow E*., Induced abortion. A world review. Fam Plann Perspect, 1990, 22:76-120.

[94] *Mahler H*. The safe motherhood initiative: a call to action. Lancet 1987, τομ. 329, τευχ. 8534, σσ.*668-670*

2.1.1. Ρυθμιστική παρέμβαση του Κράτους στην ανθρώπινη αναπαραγωγή

Ο κρατικός παρεμβατισμός γενικά λαμβάνει δύο όψεις. Στην θετική του όψη, αποτελεί το έσχατο μέσο επίλυσης ενός κοινωνικού ζητήματος, ενώ στην αρνητική του έκφανση, δηλώνει την προσπάθεια χειραγώγησης των κοινωνικών δρώμενων. Το κράτος παρεμβαίνει με τη δυνατότητα εξαναγκασμού που διαθέτει στην επιστημονική πρακτική εφαρμογή, προκειμένου να την ρυθμίσει έξωθεν, εναρμονίζοντάς την με τις δικαιικές αρχές που προστατεύουν την έννομη θέση των συμμετεχόντων υποκειμένων δικαίου. Η κρατική παρέμβαση, στον τομέα της υγείας λόγου χάρη, αποσκοπεί στη διασφάλιση ομαλής αναπαραγωγής της κοινωνίας καθώς και στον περιορισμό των ασθενειών των πολιτών, δεδομένου ότι το κόστος αποκατάστασης της υγείας επηρεάζει εν γένει το σύστημα υγείας, τους ασθενείς καθώς και το κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, κάθε άτομο δύναται, εντός πλαισίου ιδιωτικής σφαίρας, όπως απολαμβάνει πλήρως τα δικαιώματα που αναφέρονται στην προσωπική του ανάπτυξη και αυτονομία, την οικογενειακή του ζωή καθώς και την προστασία των προσωπικών του δεδομένων.[95] Η ιδιωτικότητα, ως κατάσταση απόλυτα προστατευμένη από τον κρατικό μηχανισμό, χαρακτηρίζεται από την απόλυτη ατομική αυτονομία και τον ανεπηρέαστο από εξωγενείς επεμβάσεις αυτοπροσδιορισμό[96]. Ένας από τους χαρακτηριστικότερους επιστημονικούς τομείς που υφίστανται την ρυθμιστική παρέμβαση του νομοθέτη αποτελεί το πλαίσιο της ιατρικής επιστημονικής πρακτικής που σχετίζεται με την διαδικασία της άμβλωσης. Έως τον 19ο αιώνα, η ιατρική διάγνωση βασιζόταν στην από μέρους των γιατρών δυνατότητα εντοπισμού και ερμηνείας των συμπτωμάτων ης νόσου με τις αισθήσεις π.χ. όραση (εκτίμηση της κλινικής εικόνας του ασθενή) και ακοή (ακρόαση καρδιάς). Ωστόσο, στον 20ο αιώνα, η αλματώδης εξελικτική πορεία των επιστημών της Υγείας και της Τεχνολογίας ανέδειξε νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους. Οι εξελίξεις αυτές, έφεραν στην επιφάνεια κρίσιμα διλήμματα πρακτικών υγείας, με αναφορά στα ανθρώπινα δικαιώματα, την αυτονομία-ετερονομία, την κλασική ευγονική-σύγχρονη ευγονική, τον κρατικό παρεμβατισμό-φιλελευθερισμό, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή ή στη μη αναπαραγωγή[97]. Έτσι, πολλές φορές αναζητήθηκαν νομικές λύσεις σε πρακτικά προβλήματα που αφορούσαν τα συστήματα υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς.[98]

Στον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής, έως τη δεκαετία του 1960, το δημόσιο συμφέρον ταυτιζόταν με το δημογραφικό συμφέρον του κράτους κατά τρόπο ώστε η προστασία των δημογραφικών συμφερόντων του κράτους[99] συνιστούσε υπέρτατο δημόσιο συμφέρον. Εν συνεχεία, με την τεχνολογική εξέλιξη και την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, την σταδιακή απελευθέρωση των κοινωνικών αντιλήψεων, την υποβάθμιση του θεσμού του γάμου και τις

---

[95] Η προστασία της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου και της γενετικής ταυτότητας (5 §1 και 5 Σ), της ανθρώπινης αξίας (2 §1 Σ), του δικαιώματός του στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή (9 §1 Σ), βλ *Ακριβοπούλου, Χ., Ανθόπουλος, Χ.,*. Εισαγωγή στο δίκαιο και στους συνταγματικούς θεσμούς.,*σε Ακριβοπούλου, Χ.* , σ. 114

[96] *Ακριβοπούλου Χ*., Η ιδιωτικότητα του προσώπου μέσα από τη συνθετική αντίθεση δημόσιου-ιδιωτικού, *σε* Επιστήμη και Κοινωνία, 2011, τ. 26, , σ. 45 επίσης βλ.*Cohen,* Regulating intimacy, a new legal paradigm, Εκδ. Princeton University Press, 2004.

[97] Το δικαίωμα στη μη αναπαραγωγή δικαιολογείται ιστορικά από την προσπάθεια του ανθρώπου να μην κάνει παιδιά, ενώ τα τελευταία τριάντα χρόνια οι αλματώδεις εξέλιξη της βιοτεχνολογίας διαμόρφωσε και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή με τη θετική του όψη .βλ. *Τροκάνας Θ.* σ. 101

[98] *Μητροσύλη Μ*.,Δίκαιο της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση 2009, σ. 21

[99] Η άποψη αυτή θεωρεί ως φορέα του εννόμου αγαθού το έθνος ή την κοινωνία στις μέρες μας όμως μπορεί να χαρακτηριστεί ξεπερασμένη. Διότι αν δεχόμασταν ως στόχο της διάταξης την αντιμετώπιση του δημογραφικού προβλήματος, τότε θα έπρεπε να ποινικοποιήσουμε όλους τους τρόπους αντισύλληψης βλ.. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε*., Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006, σ. 68

διεκδικήσεις των γυναικών για ισοτιμία μεταξύ των δύο φύλων, ήταν λογικό κι επόμενο, να ακολουθήσει ανάλογη πορεία και η κρατική παρέμβαση στα ζητήματα αναπαραγωγής, υποχωρώντας προς την υιοθέτηση ηπιότερων ρυθμίσεων.

Όσον αφορά στο δικαίωμα στη μη αναπαραγωγή[100], το πρώτο μισό του 20ου αιώνα, ο κρατικός παρεμβατισμός εκδηλωνόταν μέσω της ποινικοποίησης της άμβλωσης, καθόσον η έκτρωση αποτελούσε μία επικίνδυνη διαδικασία και πολλές γυναίκες απεβίωναν από επιπλοκές. Ως εκ τούτου, οι νόμοι που αποσκοπούσαν στην προάσπιση της δημόσιας υγείας επεδίωκαν την προστασία των γυναικών, οι οποίες, παρά ταύτα, εξακολουθούσαν να στρέφονται στην άμβλωση διακινδυνεύοντας την ζωή τους. Επίσης, ο κρατικός παρεμβατισμός ελάμβανε τιμωρητικό χαρακτήρα προκειμένου να αποτρέψει την άμβλωση ως μορφή παραβίασης της ηθικής, οπότε και οι νόμοι αποσκοπούσαν στην τιμωρία προκειμένου να αποθαρρύνουν την τέλεση μίας τέτοιας πράξης[101]. Παράλληλα, οι συντηρητικές ηθικοκοινωνικές αντιλήψεις της εποχής σε συνδυασμό με την ανάγκη διασφάλισης του πληθυσμιακού δυναμικού της χώρας αναδείκνυαν το έμβρυο σε απόλυτα προστατευόμενο έννομο αγαθό, με αποτέλεσμα την αυστηρή ποινικοποίηση των αμβλώσεων.[102]

Παρά την αλματώδη πρόοδο της Ιατρικής κατά τον 20ο αιώνα, οι συνεχείς πόλεμοι μεταξύ των κρατών σε συνδυασμό με την πρώιμη επιστημονική και τεχνολογική ανάπτυξη, η οποία αδυνατούσε να προσφέρει περισσότερο στοχευμένες λύσεις σε ζητήματα υγείας, πολλώ δε μάλλον να τις καταστήσει πιο προσιτές στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, ανήγαγαν το δημογραφικό πρόβλημα και τις συντηρητικές ιδέες μιας αυστηρής κοινωνικής ηθικής που δεν αναγνώριζε την ανθρώπινη ελευθερία και αυτονομία, σε βασικές συνιστώσες της νομοθετικής πρακτικής (πολιτικής) των κρατών. Το «έμβρυο» αναγνωριζόταν ως υπέρτερα προστατευμένη αξία που εξακόντιζε την γυναικεία βούληση για διακοπή μιας ανεπιθύμητης κύησης, σε βαθμό που η τελευταία αδιακρίτως συνιστούσε ποινικά κολάσιμη πράξη. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα της Γαλλίας, όπου η άμβλωση συνιστούσε κακούργημα, το οποίο μπορούσε να επισύρει ακόμα και τη θανατική ποινή (νόμος της 15/02/1942), ενώ στην ιταλική και γερμανική νομοθεσία, ως αποδέκτης της προσβολής της άμβλωσης, περιγράφεται ο λαός και η φυλή, αντίστοιχα, αναδεικνύοντας την έντονη κοινωνική φόρτιση που προσδίδονταν σε σχέση με αυτό το ζήτημα.[103]

Στην Αμερική, έως το 1920, η Ιατρική Κοινότητα είχε στρέψει την προσοχή της στην δημόσια πολιτική σε ό,τι σχετιζόταν με την αναπαραγωγή. Το κράτος επέβαλε νόμους κατά των αμβλώσεων και λάμβανε μέτρα καταστολής του φαινομένου με κατάφορες παρεμβάσεις στην ιδιωτική ζωή των γυναικών, όπως την απαίτηση σύναψης γάμου, την αναγκαστική ολοκλήρωση της κύησης και την υποχρέωση των ανδρών προς οικονομική στήριξη του τέκνου που επρόκειτο να γεννηθεί. Πολλές φορές, μάλιστα, οι εφημερίδες αποκάλυπταν φωτογραφίες που σχετίζονταν

[100] Η διακοπή της εγκυμοσύνης και η αντισύλληψη αποτελούν την αρνητική πλευρά του δικαιώματος στην αναπαραγωγή . *Ψαρούλης Δ./Βούλτσος Π.*, εκδ. University studio press, 2010, σ. 145

[101] *Berer Marge*, Abortion Law and Policy Around the World In Search of Decriminalization, Health Hum Rights. 2017 Jun; 19(1), σσ. 13–27

[102] Αντίθετη άποψη βλ. *Βασιλόγιαννης Φ. (Philippos C. Vassiloyannis)*, The intrinsic value of human life according to Ronald Dworkin: an exemplar of reflective equilibrium. Bioethica, 2015, 1(2), 4-10., αναφέρεται στη θεωρία του Ronald Dworkin, υποστηρίζοντας ότι η ανθρώπινη ζωή δεν έχει αξία λόγω της αυξητικής της δυναμικής γι' αυτό και η απαγόρευση των αμβλώσεων δε μπορεί να έχει ως νομιμοποιητική βάση την επίλυση του δημογραφικού προβλήματος.

[103] *Τροκάνας Θ*, σ. 64

με τον θάνατο γυναικών μετά από άμβλωση, δημοσιοποιώντας και περιπτώσεις συλλήψεων λόγω παράνομης έκτρωσης.[104]

Η ιατρική πρακτική της άμβλωσης, νόμιμης και παράνομης, υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά στην δεκαετία του '30, όπου τέθηκε το ζήτημα ύπαρξης αιτιώδους συνάφειας θεραπευτικών αμβλώσεων και κοινωνικών συνθηκών[105], συνδέοντας, έτσι, τη σχέση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ασθενή με την υγεία και την ασθένεια. Την εποχή αυτή για παράδειγμα υπήρχε έξαρση της φυματίωσης. Η θεραπεία της ασθένειας αυτής απαιτούσε εγκλεισμό σε σανατόριο , καλή διατροφή και ξεκούραση με υψηλό κόστος και ήταν πολύ δύσκολο σε περιπτώσεις που η γυναίκα είχε και άλλα παιδιά για να φροντίσει. Επιπλέον σε γυναίκες με ενεργό φυματίωση η εγκυμοσύνη αποτελούσε επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία τους και δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις που πέθαιναν στην διάρκεια της κύησης. [106]

Επιπροσθέτως, το ζήτημα της άμβλωσης αποτελεί αναμφίβολα διαχρονικό ζήτημα που εγείρει έντονο κοινωνικό και επιστημονικό προβληματισμό, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατη η πάγια και στατική ρύθμισή του στην οποία επιδρούν και οι πολιτικές εξελίξεις. Από την άποψη αυτή, γεγονότα της ελληνικής μεταπολεμικής ιστορίας που επέδρασαν στη ρύθμιση του ζητήματος της άμβλωσης αποτέλεσαν το δικαίωμα ψήφου των γυναικών κατά το 1952, η στροφή του ενδιαφέροντος προς την αντισύλληψη στην δεκαετία του 1960, η αλλαγή του ελληνικού συντάγματος κατά το έτος 1975, ο ν.821/1978 «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης» (ΦΕΚ 173/1978), η θέσπιση του νέου νόμου περί αμβλώσεων ν.1609/1986 (ΦΕΚ86Α΄/86) και ο ν.4619/2019 «κύρωση του ποινικού κώδικα» (ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019).

Μεταπολεμικά, το χαμηλό ποσοστό γεννήσεων δεν ήταν μόνο δημογραφικό πρόβλημα, αλλά και εθνικό, κοινωνικό και οικονομικό[107]. Το ελληνικό κράτος υιοθέτησε πληθυσμιακές πολιτικές υπέρ του εθνικισμού, με σκοπό την πληθυσμιακή αύξηση του[108] μέσω ενίσχυσης και ενδυνάμωσης της γονιμότητας και με απαγόρευση του ελέγχου των γεννήσεων, του οικογενειακού προγραμματισμού και της αντισύλληψης, έως και την δεκαετία του 1980, ενθαρρύνοντας, έτσι, την δημογραφική ανάπτυξη, δεδομένου, δε, ότι η πληθυσμιακή πτώση επηρέασε και την εθνική οικονομία.

Η σύζευξη οικονομίας και δημογραφίας πραγματοποιείται σε επίπεδο μικροοικονομίας και μακροοικονομίας[109]. Οι οικονομολόγοι ισχυρίστηκαν, ότι η μείωση του εργατικού δυναμικού της

---

[104] Βλ.*Leslie J. Reagan, When Abortion Was a Crime,* Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973, *University of California Press, 1997, σσ. 115-125*

[105] Η ιατρική αναγνώριση των κοινωνικών ενδείξεων αποδεικνύει και την επίδραση που ασκούν οι πολιτικές και κοινωνικές δυνάμεις

[106] Οι γιατροί συνιστούσαν στις γυναίκες που έπασχαν από φυματίωση να μην μένουν έγκυες διαφορετικά θα έπρεπε να υποβληθούν σε θεραπευτική άμβλωση προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος για τη ζωή τους. Βλ. *Reagan J Leslie.*, When Abortion Was a Crime, Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973, University of California Press, 1997, σσ. 76-78, 146

[107] *Barmpouti, A.,* Eugenics and Induced Abortions in post-war Greece, Acta hist. med. stom. pharm. med. vet. , 2015 τ.34 , τ. 1, σσ. 40-44

[108] *Τραγάκη Αλεξάνδρα/Μπάγκαβος Χρήστος/Ντούνας Δημήτρης*, Περί Δημογραφίας και Πληθυσμιακών Εξελίξεων, ΣΕΑΒ, 2015, σ. 27

[109] Οπ.σ. 27. Το ενδιαφέρον των οικονομικών δημογράφων επεκτείνεται σε θέματα που αφορούν ατομικές επιλογές σε σχέση με το γάμο, το διαζύγιο, την απόκτηση παιδιών..

χώρας θα ήταν αναπόφευκτη συνέπεια του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων.[110] Σε κοινωνικό επίπεδο, η επικράτηση της πυρηνικής οικογένειας θεωρήθηκε από τους κοινωνιολόγους ως πιο αδύναμη συγκριτικά με την μεγάλη οικογένεια που διατηρούσε ισχυρούς δεσμούς μεταξύ των μελών της. Το παραδοσιακό ελληνικό μοντέλο των μεγάλων οικογενειών σταδιακά αντικαταστάθηκε από το πυρηνικό οικογενειακό μοντέλο με ένα ή δύο τέκνα. Αυτοί ήταν μερικοί από τους λόγους εκ των οποίων η αναπαραγωγή, μια κατά τα άλλα οικεία και ατομική υπόθεση, μετατράπηκε σε εθνική σκέψη. Έτσι, ο πολλαπλασιασμός των γεννήσεων αποτέλεσε μείζον εθνικό ζήτημα και η προστασία τόσο της μητρότητας όσο και της ανηλικότητας αποτέλεσαν κρατική υποχρέωση, σε μία προσπάθεια ανασυγκρότησης της χώρας. Προς την κατεύθυνση αυτή, οι αμβλώσεις και η αντισύλληψη θεωρήθηκαν από το Κράτος παράνομες. Κατά την μεταπολεμική περίοδο, οι δημογραφικές μελέτες[111] ασχολήθηκαν κυρίως με τις οικογενειακές επιλογές,[112] σχετικά με τον γάμο, το διαζύγιο και την απόκτηση τέκνων, τον επιθυμητό αριθμό παιδιών,[113] την χρήση μεθόδων αντισύλληψης και την συχνότητα εμφάνισης της άμβλωσης. Ωστόσο, ο αριθμός των αμβλώσεων δεν δύναται να προσδιοριστεί, λόγω του γεγονότος ότι παρόλο που η επαγόμενη έκτρωση ήταν μια παράνομη πρακτική, ο πραγματικός αριθμός των αμβλώσεων ήταν πολύ υψηλότερος βάσει ανεπίσημων στοιχείων.

Οι Brown και Eisenberg υποστηρίζουν ότι η αυστηρή περιοριστική πολιτική του κράτους σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας δεν επηρεάζει ουσιαστικά τα ποσοστά ζήτησης για τερματισμό της κύησης και δεν εξασφαλίζει ευρεία πρόσβαση σε όσο το δυνατόν ασφαλέστερη διαδικασία. Αντιθέτως, επηρεάζει αρνητικά την υγεία των γυναικών, ως διαφαίνεται από στοιχεία που καταδεικνύουν την θνησιμότητα και νοσηρότητα[114], στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ως αποτέλεσμα μη νόμιμων
διαδικασιών. Σε μελέτη των Γκότση και Κορτέζη με θέμα την σύγχρονη οικονομική ανάλυση των αμβλώσεων διερευνήθηκε η πρακτική της άμβλωσης, ως πράξη που υποδηλώνει την διενέργεια επιλογών εκ μέρους ορθολογικών δρώντων, δίχως να λαμβάνεται υπόψη η ηθική της διάσταση. Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι η άμβλωση αποτελεί κανονικό αγαθό που υπόκειται στους νόμους της αγοράς ,δηλαδή στην προσφορά και τη ζήτηση. [115]Σε ένα φιλελεύθερο νομοθετικό

[110] Αντίθετα, η Ιαπωνία νομιμοποίησε την έκτρωση το 1948 σύμφωνα με τον νόμο για την προστασία της ευγονικής, μια εξέλιξη που ήταν πρωτίστως αποτέλεσμα της φιλοδοξίας της κυβέρνησης να μειώσει το ποσοστό γεννήσεων του έθνους βλ. *Löwy I.* Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2017, σ. 75

[111] Βλ.*Valaoras GV,/Polychronopoulou A/ Trichopoulos D*, Control of family size in Greece: the results of a field survey. Population Studies. 1965 Mar; 18 (3): 265-78. Επίσης βλ.υπ. *Roukas K*. Sexual intercourse and induced abortions of students in Athens. Athens: Laboratory of hygiene and epidemiology, University of Athens; 1979 σε *Barmpouti, A.,* Eugenics and Induced Abortions in post-war Greece, 2015 , σ.43.

[112] *Κοτζαμάνης, Β*. ,Η αναπαραγωγή των Ελλήνων: μύθοι και πραγματικότητα (ΙΙ. η πορεία της έγγαμης γονιμότητας στη μεταπολεμική περίοδο: τάσεις, προοπτικές και ερωτήματα που ανακύπτουν από τα κυρίαρχα ερμηνευτικά σχήματα της πτωτικής της πορεία). Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1988, τεύχος 71 σ. 55. Προσπελάστηκε 03/01/2020

[113] *Σερελέα, Γ*. ,Οι τάσεις της γονιμότητας του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο 1956-76 και οι δείκτες μετρήσεως της. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1979, 36 (36-37), σσ. 248-261

[114] Έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής το 1975 κατέγραψε τα οφέλη για τη δημόσια υγεία με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων. Η απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου ακολουθήθηκε όχι μόνο από τη μείωση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη στις νεαρές γυναίκες αλλά και από την πτώση των εισαγωγών σε χώρους έκτακτης ανάγκης σε νοσοκομεία λόγω ατελών ή σηπτικών αμβλώσεων, πιο συχνές με παράνομες πρακτικές, *βλ. Brown Sarah S. / Eisenberg Leon,* The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. 1995, σ. 56

[115] Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της ζήτησης περιλαμβάνουν το εισόδημα ,την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση, την τιμή ,τις θρησκευτικές και πολιτισμικές συνθήκες. Επιπλέον το κόστος διάθεσης της επέμβασης, ο αριθμός των ιατρών που αναλαμβάνουν την διενέργεια της άμβλωσης ανάλογα με το συνολικό πληθυσμό των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας ,το κόστος των μισθών όσων απασχολούνται στα συγκεκριμένα ιατρικά κέντρα

πλαίσιο στο οποίο η πρακτική της άμβλωσης είναι σύννομη αποδίδονται κοινωνικά οφέλη όπως για παράδειγμα μείωση της εγκληματικότητας και της παιδικής κακοποίησης. Αντίθετα η απαγόρευση ή τα αυστηρά περιοριστικά μέτρα δεν οδηγούν στην μείωση των επεμβάσεων που επιχειρούνται, καθώς διακυβεύεται η ζωή, η υγεία των γυναικών που ούτως ή άλλως θα κατέφευγαν στην διακοπή της κύησης.

Σύμφωνα με γνωμοδότηση της επιτροπής Κοινωνικών υποθέσεων (1603/2008) του Συμβουλίου της Ευρώπης για την ασφαλή πρόσβαση σε νόμιμες αμβλώσεις, αναφέρεται ότι η απαγόρευση των αμβλώσεων δεν οδηγεί σε λιγότερες αμβλώσεις αλλά κυρίως οδηγεί σε παράνομες αμβλώσεις, οι οποίες καταλήγουν πιο τραυματικές και αυξάνουν τη μητρική θνησιμότητα ή οδηγούν σε δαπανηρό «τουρισμό» αναζήτησης τόπου διεκπεραίωσης της διακοπής της κύησης, ενώ καθυστερεί το χρονοδιάγραμμα τέλεσης έκτρωσης δημιουργώντας κοινωνικές ανισότητες.[116] Άλλωστε, η διάδοση μεθόδων αντισύλληψης, που επέτρεψαν την δυνατότητα οικογενειακού προγραμματισμού και υλοποίησης του μελλοντικού οικογενειακού μεγέθους, δεν αποτελούν αιτία συρρίκνωσης της γονιμότητας.[117]
Το ερώτημα που τίθεται είναι, ποια η στάση του Δικαίου απέναντι στο ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης και κατά πόσο υπάρχουν ιατρικά δεδομένα τα οποία ο Νόμος δεν μπορεί να αγνοήσει. Η τεχνητή διακοπή της κύησης, αμιγώς ιατρική διαδικασία, επηρεάζεται καθοριστικά από την διαρκή επιστημονική και τεχνολογική ανάπτυξη και τίθεται στο επίκεντρο του προβληματισμού γύρω από την Ιατρική Δεοντολογία και τη νομοθετική της ρύθμιση.

Η ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων, της Φαρμακευτικής και της αντίστοιχης τεχνογνωσίας συνέβαλαν στη νομοθετική αναθεώρηση της άμβλωσης, ως πρακτικής, ως διαδικασίας και ως δικαιώματος. Μέσω της τοποθέτησης σε προβληματισμούς γύρω από τη φύση του εμβρύου, η χρονική τοποθέτηση του σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής, την εξομοίωση, ή όχι, του εμβρύου με πρόσωπο, την αναπτυξιακή του δομή, την βιωσιμότητά του, και τα δικαιώματα της κυοφορούσας, Επιστήμη και Νόμος διασταυρώνονται και αλληλοεπιδρούν, με σκοπό την πιο ωφέλιμη ρύθμιση του ζητήματος σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Από τα ανωτέρω επιστημονικά δεδομένα, είναι έκδηλο ότι η τέλεση τεχνητής διακοπής της κύησης, συνιστά ιατρική διαδικασία, η οποία δικαιολογείται από ποικίλους παράγοντες και αιτίες, προκαλώντας έντονες ηθικές, θρησκευτικές και κοινωνικοπολιτικές συγκρούσεις, οι οποίες διχάζουν όσον αφορά στη νομική αντιμετώπισή του.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσεγγίσει τα προαναφερθέντα ζητήματα, τα οποία είναι ιδιαίτερα σύνθετα και μπορούν να εξετασθούν πολύπλευρα. Μέσα από την ανάλυση της εξελικτικής πορείας της Ιατρικής, θα γίνει μία προσπάθεια προκειμένου να αναδειχθούν τα σημεία τομής της Νομοθεσίας με την Επιστήμη καθώς και τα περιθώρια επιλογής που διαθέτει ο

και το κόστος νοσηλείας αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της προσφοράς. *Γκότσης Γ./Κορτέζη Ζ.,*Η σύγχρονη οικονομική ανάλυση των αμβλώσεων, ΔτΑ 2008, N^0 38,σσ.390-394

[116] Βλ. *Parliamentary Assembly*, Access to safe and legal abortion in Europe- Resolution 1607 (2008), Origin - *Assembly debate* on 16 April 2008 (15th Sitting) (βλ. Doc. 11537 rev., report of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men, rapporteur: Mrs Gisela Wurm; and Doc. 11576, opinion of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mrs Christine Mc Cafferty. *Text adopted by the Assembly* on 16 April 2008 (15th Sitting).

[117] *Κοτζαμάνης Βύρων*, Η αναπαραγωγή των Ελλήνων: μύθοι και πραγματικότητα (ii. η πορεία της έγγαμης γονιμότητας στη μεταπολεμική περίοδο: τάσεις, προοπτικές και ερωτήματα που ανακύπτουν απο τα κυρίαρχα ερμηνευτικά σχήματα της πτωτικής της πορείας) ΕΚΚΕ, 1988, σ. 64

Νομοθέτης. Το ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης αποτελεί σημείο τομής των επιστημονικών δεδομένων της ιατρικής και μαιευτικής Επιστήμης με τον κοινωνικό προβληματισμό και την τοποθέτηση του Νομοθέτη, μέσω της ρύθμισης ή όχι, για να επιτευχθεί το δημόσιο συμφέρον. Σε κάθε περίπτωση, για τη ρύθμιση της τεχνητής διακοπής της κύησης, είναι απαραίτητο να αναγνωρισθούν οι επιστημονικές θέσεις γύρω από την αξιολόγηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης καθώς και η επιρροή των τεχνολογικών εξελίξεων στις ιατρικές πρακτικές και να επιχειρηθεί η εξέτασή τους εντός των νομικών πλαισίων που διαμορφώνουν τα δικαιώματα του εμβρύου και της γυναίκας.

2.1.2 . Ιστορική εξέλιξη της ελληνικής νομοθεσίας περί αμβλώσεων

Η πρώτη συνταγματική αναφορά σε ό,τι αφορά στο δικαίωμα της προστασίας της ζωής απαντάται στο Σύνταγμα του 1925. Ακολούθως, στο Σύνταγμα του 1975, εισήχθη για πρώτη φορά το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, ενώ παράλληλα κατοχυρώθηκε και το δικαίωμα προστασίας της υγείας.

Στον Ποινικό Νόμο του νέου ελληνικού κράτους, του 1834, η ποινικοποίηση της τεχνητής διακοπής της κύησης διατηρήθηκε σε όλα τα επιμέρους στάδια της κύησης, βασιζόμενη στη συλλογιστική ότι η έκτρωση καταστρέφει την εν εξελίξει ανθρώπινη ζωή[118]. Είτε σε περιπτώσεις ετεροάμβλωσης, είτε σε περιπτώσεις αυτοάμβλωσης, καθορίστηκε η ποινή της κάθειρξης[119]. Ως εκ τούτου, με βάση το συγκεκριμένο νόμο, η τέλεση της άμβλωσης αποκτούσε ποινικό χαρακτήρα στις περιπτώσεις που η τέλεση της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης πραγματοποιείτο άνευ συγκατάθεσης της εγκύου, με μέσα δυνητικά επικίνδυνα για την υγεία της. Η ποινή που όριζε ο νόμος του 1834 ήταν η φυλάκιση από δεκαπέντε έως είκοσι χρόνια, ή ακόμα και θανατική ποινή. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 303 του ως άνω Νόμου, αναφερόταν ότι «[…] [ε]αν μήτηρ τεκούσα προώρον ή νεκρόν βρέφος μεταχειρίσθη προηγουμένως εν γνώσει ή μόνη ή δι' άλλου εξωτερικά ή εσωτερικά μέσα, δυνάμενα φέρωσι πρώιμον τόκον ή του εν τη κοιλία της μητρός θάνατον του εμβρύου τιμωρείται με ειρκτήν»[120].

Σε παλαιότερα δικαιικά συστήματα, η ρύθμιση της εκλεκτικής άμβλωσης, ως μη επιτρεπτής από το Δίκαιο επιλογής, ήταν ουτοπική. Το γεγονός αυτό οφείλετο σε πληθώρα παραγόντων. Από τη μία πλευρά, υπήρχαν καθαρά κοινωνικοπολιτικοί λόγοι, όπως η αυστηρή κοινωνική ηθική που επικρατούσε κατά την εποχή εκείνη, η υποδεέστερη κοινωνική θέση της γυναίκας και η ανάγκη για δημογραφική σταθερότητα. Ωστόσο, οι λόγοι αυτοί ήταν και επιστημονικοί, τόσο ιατρικοί όσο και νομικοί. Η ιατρική επιστήμη δεν ήταν τόσο εξελιγμένη όσο σήμερα, καθώς δεν διέθετε τη δυνατότητα σαφούς απεικόνισης του εμβρύου και εν γένει της κύησης, ούτε και τα μέσα για την

[118] *Μπεσίλα-Μακρίδη Ε*., Η Συνταγματική προβληματική της άμβλωσης, εκδ. Σάκουλας Α. Αθήνα-Κομοτηνή, 1992, σ. .55

[119] Βαριά καταδίκη σε φυλάκιση λόγω τέλεσης κακουργήματος, σύμφωνα με τη νομική ορολογία των χρόνων εκείνων. Βλ. Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε, Η άμβλωση ως πρόβλημα του Ποινικού Δικαίου, Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή , 1984,σσ. 78-79

[120] *Συμεωνίδου- Καστανίδου,* Εγκλήματα κατά ζωής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1995, σσ. 784, Άρθρο 11 Ποινικού Νόμου 1834

τέλεση μιας ασφαλούς άμβλωσης. Η έννομη τάξη ακολουθούσε, ανάγοντας την προστασία του εμβρύου σε υπέρτερο αγαθό. Έτσι, η πρώτη παράγραφος του άρθρου 304 του ΠΚ όριζε ότι «Έγκυος ήτις εκ προθέσεως αποκτείνει δι' εκτρώσεως ή κατ' άλλον τρόπο το παρ' αυτής κυοφορούμενο ή επιτρέπει εις άλλον να πράξει τούτο, τιμωρείται δια φυλακίσεως μέχρι τριών ετών», ενώ αναφέρονταν στην «ιατρική και ηθική ένδειξη» και προέβλεπαν ότι «[δ]εν είναι άδικος και μένει ατιμώρητος η πράξη εκτελούμενη παρ' ιατρού, προς τον σκοπόν της αποτροπής αναπότρεπτου άλλως κινδύνου της ζωής ή σπουδαίας και διαρκούς βλάβης της υγείας της κυοφορούσης εφόσον η ανάγκη της αμβλώσεως βεβαιούται και δια πιστοποιήσεως ετέρου ιατρού. Ατιμώρητος παραμένει επίσης η άμβλωση η παρ' ιατρού, τη συγκατάθεση της εγκύου τελεσθείσα, όταν η σύλληψις έλαβε χώρα κατόπιν βιασμού, καταχρήσεως ανικάνου προς αντίστασιν, αποπλανήσεως κόρης ηλικίας κατωτέρας των 15 ετών ή αιμομιξίας»[121]. Το 1937, προτάθηκε και εφαρμόστηκε μείωση των ποινών σχετικά με την τέλεση άμβλωσης, ενώ αντιμετωπίστηκε πλέον ως πλημμέλημα, εκτός από τις περιπτώσεις μη συναίνεσης της εγκύου, οπότε και λάμβανε κακουργηματικό χαρακτήρα. Ωστόσο, εισήχθησαν ενδείξεις ως λόγοι άρσης του άδικου χαρακτήρα της πράξης της άμβλωσης. Στον Ποινικό Κώδικα του 1950, στα άρθρα 304-305, εισήχθη ποινή φυλάκισης έως τρία έτη για την τέλεση αυτοάμβλωσης, ποινή φυλάκισης έως έξι μήνες για περιπτώσεις ετεράμβλωσης μετά συναινέσεως της εγκύου, ενώ, σε περιπτώσεις που επαναλαμβανόταν κάποια από τις ανωτέρω πράξεις, με ποινή κάθειρξης έως δέκα έτη.[122] Η αυστηρή ποινική αντιμετώπιση της άμβλωσης, είτε από την ίδια την έγκυο είτε από άλλον, με τη συναίνεσή της, ήταν έκδηλη και στη νομοθεσία που ίσχυε το 1967. Στο άρθρο 304 ΠΚ, η έγκυος, είτε ως αυτόχειρας είτε επιτρέποντας σε άλλον να προβεί στην έκτρωση, τιμωρείτο με ποινή φυλάκισης μέχρι τρία έτη. Τιμωρητέα ήταν και η παροχή εκτρωτικών εργαλείων με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και κάθειρξη 10 ετών στην καθ' έξιν τέλεση. Η απουσία συγκατάθεσης από πλευρά της εγκύου μπορούσε να επισύρει την ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης σε όποιον προκαλούσε μη ηθελημένη άμβλωση. Η νομική αυτή ρύθμιση διατηρήθηκε ανέπαφη μέχρι και τον Ποινικό Κώδικα του 1977.

Κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1970, σε συνέχεια της αναθεώρησης του Συντάγματος που έλαβε χώρα το 1975, άλλαξε σημαντικά το νομικό πλαίσιο σχετικά με την αναμόρφωση και σύσταση της οικογενειακής ζωής καθώς και με την αναπαραγωγή. Καταλυτικό ρόλο στην αλλαγή αυτή συνετέλεσε η αναγνώριση στο Σύνταγμα του 1975 της αξίας του ανθρώπου, της ισότητας των δύο φύλων αλλά και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου, γεγονός που οδήγησε και στην αναγνώριση των βασικών αναπαραγωγικών δικαιωμάτων[123]. Ως μια από τις σημαντικότερες ρυθμίσεις, σε ό,τι αφορά στον νόμο για τις αμβλώσεις, θεωρείται ο νόμος 821/1978 (ΦΕΚ 173/15-9-1978 τ. Α΄) «περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προέλευσης». Ο τελευταίος εισήγαγε με το αρ. 5 & 3, για πρώτη φορά, νέες ενδείξεις και η «τεχνητή έκτρωση» γίνεται επιτρεπτή έως τη δωδέκατη εβδομάδα, στην περίπτωση που κινδυνεύει η ψυχική υγεία της γυναίκας, διαπιστωμένη από ψυχίατρο και έως την εικοστή

[121] *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε*, Εγκλήματα κατά της ζωής, Β΄ εκδ., Σάκκουλας, Αθήνα - Θεσσαλονίκη, 2001, σ. 15
[122] *Ανδρουλάκης Νικόλαος*,«Ποιινικόν Δίκαιον», Ειδικόν Μέρος, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1974,σ.88.
[123] Ο Δ. Παπασπύρου,ως εισηγητής στις συζητήσεις για την ψήφιση του Συντάγματος του 1975,ανέφερε για την διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος, «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»: «Το άρθρον τούτο αποτελεί νέαν διάταξιν… θέτει ως υπέρτατην αξίαν τον άνθρωπον, αυτήν την απλήν ανθρωπίνην υπόστασιν και εκφράζει τον τελολογικόν χαρακτήρα των λοιπών εν συνεχεία παρατιθεμένων επί μέρους ατομικών δικαιωμάτων», βλ.*Παυλόπουλος Π.* ΠτΔ, Η αξία του ανθρώπου ως θεμέλιο του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του Συντάγματος, Οι θεσμικές επιπτώσεις στο πεδίο της Βιοηθικής,σε άρθρο στο Αθηναϊκό Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 14 Ιουνίου 2019.

εβδομάδα της κύησης, εφόσον διαπιστωθεί σοβαρή βλάβη με τα σύγχρονα μέσα διαγνωστικού ελέγχου που μπορεί να οδηγήσουν σε γέννηση παθολογικού νεογνού. Ο νόμος καθιερώνει την ιατρική και ευγονική ένδειξη[124], ως λόγους που αίρουν τον άδικο χαρακτήρα της άμβλωσης μέχρι την 20η εβδομάδα της κύησης. Στη Βουλή γίνεται συζήτηση με θέμα την υγεία της γυναίκας και νομιμοποιείται μερικώς η έκτρωση υπό όρους, για την αποτροπή της παράνομης διενέργειάς της ως παράγοντας κινδύνου για την προστασία της υγείας της γυναίκας,[125] λαμβάνοντας υπόψη ότι αφορούσε τα δύο τρίτα των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Το 1980, ψηφίστηκε για πρώτη φορά νόμος σχετικός «[…] [με] τον οικογενειακό προγραμματισμό και […] άλλες διατάξεις»[126]. Κύριος σκοπός της αναφερθείσας νομοθετικής ρύθμισης ήταν η μείωση του αριθμού των αμβλώσεων, η προαγωγή του οικογενειακού προγραμματισμού, της συμβουλευτικής για τη σύσταση οικογένειας και των αντισυλληπτικών μεθόδων καθώς και η ίδρυση κλινικών οικογενειακού προγραμματισμού σε ιδρύματα δημόσιας υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο. Με το Νόμο αυτό ρυθμίστηκαν θέματα γενετικής διερεύνησης κληρονομικών νοσημάτων και συμβουλευτικής. Επίσης εκδόθηκαν αποφάσεις του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών για θέματα σχετικά με την μετεκπαίδευση και την επιστημονική ενημέρωση όσων ασχολούνται με θέματα γενετικής και οικογενειακού προγραμματισμού. Λίγα έτη αργότερα, το 1982, κατοχυρώθηκε ο πολιτικός γάμος με τον ν. 1250/1982 (ΦΕΚ 46/Α/7-4-1982) και το 1983 με τον ν. 1329/1983 (ΦΕΚ 25/Α/18-2-1983)[127] αντικαταστάθηκε το πατριαρχικό μοντέλο μέριμνας με το γονεϊκό μοντέλο, οπότε και κατοχυρώθηκε η ισότητα των δύο φύλων στην οικογενειακή ζωή. Ο ανωτέρω νόμος, επίσης, αναφέρθηκε στην προστασία της ανύπαντρης μητέρας και των εκτός γάμου τέκνων.[128] Επίσης, ο ν. 1397/1983 (ΦΕΚ Α143/7.10.83) με θέμα «Εθνικό Σύστημα Υγείας» όριζε, μεταξύ άλλων, τον οικογενειακό προγραμματισμό ως αρμοδιότητα των Κέντρων Υγείας με σκοπό την ενημέρωση και όχι την παροχή ιατρικών πράξεων.

Ο ν. 1609/1986[129] με τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασία της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις», ο οποίος δημοσιεύθηκε στις 3 Ιουλίου του έτους 1986, αποτέλεσε ορόσημο για τη διαμόρφωση της νομοθεσίας γύρω από τις αμβλώσεις, καθώς επέφερε ριζική μεταβολή στην αντιμετώπισή τους από το Δίκαιο. Για πρώτη φορά, τυπικός νόμος όριζε ότι δεν συνιστά άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της κύησης εφόσον συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, θέτοντας τη βάση για διαφορετική αντιμετώπιση του ζητήματος από την έννομη τάξη. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 2 του ν.1609/1986 οριζόταν ότι η τεχνητή διακοπή της κύησης με τη συναίνεση της εγκύου παύει να συνιστά άδικη πράξη και να επιφέρει δυσμενείς έννομες συνέπειες, όταν ισχύει μία εκ των εξής προϋποθέσεων: α) όταν δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες κύησης, β) όταν διαπιστωθεί με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ότι υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που μπορούν να οδηγήσουν στη γέννηση ενός

[124] Η ευγονική ένδειξη καθιερώθηκε στο Ελληνικό δίκαιο για πρώτη φορά με το Ν.821/1978, *βλ.Λιούρδη Α*.,Ιατρική ποινική ευθύνη , σ.130,υπ.355.

[125] «Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες» Π3: Τεύχος παρουσίασης των ανασταλτικών παραγόντων νομικού και θεσμικού πλαισίου για τη πλήρη και δωρεάν πρόσβαση των ανδρών και γυναικών σε υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, Υπουργείο Εσωτερικών,Γενική Γραμματεία Ισότητας των φύλων, 2013,σ.53

[126] 1036/1980, ΦΕΚ 66.Α΄/21-3-1980

[127] (Εφαρμογή της συνταγματικής αρχής της Ισότητας ανδρών και γυναικών στον Αστικό Κώδικα, τον Εισαγωγικό του Νόμο, την Εμπορική Νομοθεσία και τον Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, καθώς και μερικός εκσυγχρονισμός των διατάξεων του Αστικού Κώδικα που αφορούν το Οικογενειακό Δίκαιο)

[128] Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, 2013, Τεύχος παρουσίασης των ανασταλτικών παραγόντων νομικού και θεσμικού πλαισίου για την πλήρη και δωρεάν πρόσβαση των ανδρών και γυναικών σε υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, σσ. 53-56

[129] ΦΕΚ86Α΄/86

παθολογικού νεογνού και τούτο εφόσον η κύηση δεν έχει υπερβεί την εικοστή τέταρτη εβδομάδα, γ) όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής της υγείας, εφόσον βέβαια αυτό βεβαιώνεται και από τον αρμόδιο γιατρό, δ) όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν παρέλθει δεκαεννέα εβδομάδες κύησης. Στο ίδιο άρθρο, αναφερόταν ότι η διακοπή της κύησης πρέπει να πραγματοποιείται από γιατρό μαιευτήρα–γυναικολόγο, με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα. Να τονιστεί ότι οι προαναφερθείσες προϋποθέσεις δεν απαιτείτο να συντρέχουν σωρευτικά, αλλά αρκούσε η συνδρομή έστω και μίας, ώστε να μην αποδοκιμάζεται η άμβλωση από την έννομη τάξη.

Η νομιμοποίηση της έκτρωσης με τον νόμο του 1986 εκτιμάται ως φυσικό αποτέλεσμα της αναμόρφωσης της δομής της οικογένειας και των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Διαφαίνεται ότι οι κοινωνικές και νομοθετικές τάσεις της εποχής επηρεάστηκαν καθοριστικά υπέρ των αμβλώσεων, τόσο από τις αλλαγές στις κοινωνικές αντιλήψεις και τη δομή της οικογένειας όσο και από την ανάγκη λήψης μέτρων για την προστασία της υγείας της γυναίκας.

Σύμφωνα με την Εισηγητική Έκθεση του Νόμου του 1986, ο πραγματικός αριθμός των αμβλώσεων εκείνη την εποχή ανήρχετο ετησίως σε τριακόσιες πενήντα χιλιάδες, αν και λόγω του «σκοτεινού αριθμού»[130] στην στατιστική καταγραφή, η επίσημη - συντηρητική εκτίμηση έκανε λόγο για κάτω από εκατό χιλιάδες αμβλώσεις ετησίως. Το 1975 καταδικάστηκαν για το έγκλημα της άμβλωσης οκτώ άτομα, το 1976 δύο, το 1977 πέντε, το 1978 τέσσερα, το 1980 έντεκα, το 1981 τρία, το 1982 κανένα και μόνο ένα άτομο το 1983.

Στο σχέδιο νόμου του 1986 αναφερόταν ότι η πρόταση για την αποποινικοποίηση της άμβλωσης στηριζόταν «[…] στις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, λαμβάνοντας [υπόψη] και τις εμπειρίες άλλων κρατών με σκοπό την προστασία της ζωής και της υγείας της γυναίκας, τη μείωση της στειρότητας από τις εκτρώσεις, την απαλλαγή από το αίσθημα ενοχής και εγκληματικότητας, την ψυχοσωματική προστασία των ατόμων, την προστασία της επαγγελματικής ακεραιότητας του ιατρικού κόσμου, και τη μείωση του κοινωνικού κόστους»[131]. Οι λόγοι, που επέβαλαν τη νέα ρύθμιση, σύμφωνα με την Εισηγητική Έκθεση του ν. 1609/1986, ήταν πως «Στην Ελλάδα γίνονται από 100.000 έως 350.000 αμβλώσεις το χρόνο και μόνο ελάχιστες διώκονται και επιβάλλονται οι ανάλογες ποινές. Δηλαδή, ενώ οι αμβλώσεις είναι εξαιρετικά πολλές σε αριθμό για τον πληθυσμό

[130] βλ *Σπινέλλη.Κ.,* Εγκληματολογία. Σύγχρονες και παλαιότερες κατευθύνσεις, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Νομικές Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Αθήνα – Κομοτηνή 1985, υποσ. 55. Η άμβλωση αποτελεί τυπική περίπτωση εγκλήματος, μαζί με την απάτη, την υπεξαίρεση, τα οικονομικά εγκλήματα και το βιασμό, που εντάσσεται στη σκοτεινή περιοχή της εγκληματολογίας. Με τον όρο «σκοτεινός αριθμός» εννοείται ο αριθμός των εγκλημάτων ο οποίος είναι αφανής, συμπεριλαμβάνοντας τα εγκλήματα τα οποία έχουν γίνει γνωστά αλλά δεν έχουν διαλευκανθεί καθώς και όσα δεν έχουν αποκαλυφθεί ή αλλιώς αναφερόμαστε στις αμβλώσεις που για πολλούς και διάφορους λόγους δεν καταγράφονταν επίσημα και είτε σκοπίμως, είτε ακούσια δεν λαμβάνονταν υπόψη στις στατιστικές καταγραφές και έρευνες. Στο αρχείο του Johnston (2017), «Ιστορικές στατιστικές για τις αμβλώσεις στην Ελλάδα»», αναγράφονται οι ζωντανές γεννήσεις και οι αμβλώσεις σε διάφορες κατηγορίες Οι αμβλώσεις που καταγράφονται περιλαμβάνουν και νομικά αναφερόμενες επαχθείς αμβλώσεις και όπως φαίνεται από τα στοιχεία, το μεγαλύτερο ποσοστό εντοπίζεται κατά το έτος 2001 με 17,85% και στη συνέχεια παρουσιάζεται μείωση του επιπολασμού των αμβλώσεων, αν και θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο «σκοτεινός αριθμός», ήτοι οι μη δηλωθείσες αμβλώσεις.

[131] Τροπολογία στο σχέδιο νόμου για τη διακοπή της εγκυμοσύνης προστασία της υγείας της γυναίκας αρ.414, 26/5/1986

της Ελλάδας, από την άλλη πλευρά τελούνται υπό καθεστώς θεμιτής παρανομίας[132]. Στην επαρχία ιδιαίτερα γίνονται με μεσαιωνικές μεθόδους και ανθυγιεινές συνθήκες και πολλές φορές με την επικάλυψη κάποιας άλλης ιατρικής πράξης».

Ο μεγάλος αριθμός των αμβλώσεων που γίνονταν παράνομα, σε συνδυασμό με τις περιορισμένες καταδίκες καταδεικνύει πως η καταφυγή σε άμβλωση είχε γίνει καθεστώς και πως η νομοθεσία που ίσχυε είχε αποτύχει προς την κατεύθυνση αποτροπής των αμβλώσεων. Η τελευταία αποτελούσε χαρακτηριστική περίπτωση, κατά την οποία ο νόμος παραγκωνίζονταν από την κοινωνική πραγματικότητα και, έχοντας απωλέσει την πραγματική του ισχύ, η ηθελημένη αγνόηση της πραγματικότητας συνδυαζόμενη με τη διατήρηση της τυπική ισχύος αδρανών- στην πράξη- νόμων, δεν προήγαγαν το κοινωνικό συμφέρον. Όπως προαναφέρθηκε, οι αμβλώσεις που τελούνταν σε καθεστώς παρανομίας ήταν επικίνδυνες για την υγεία της γυναίκας, ενώ παράλληλα, ο παράνομος χαρακτήρας της άμβλωσης αύξανε το κόστος, με αποτέλεσμα οι γυναίκες που ήταν οικονομικά ασθενέστερες να καταφεύγουν υποχρεωτικά σε λιγότερο μεν κοστοβόρες, πιο επικίνδυνες δε πρακτικές[133].

Σκοπός της συγκεκριμένης αναθεώρησης του νόμου σχετικά με τις αμβλώσεις ήταν να δοθεί στη γυναίκα «[…] η δυνατότητα που θα της επιτρέψει να αναγνωρίσει και να επιλέξει εκείνη τελικά τη διέξοδο από το δίλημμά της με συνειδησιακή ελευθερία. Η νομιμοποίηση θα βοηθήσει να γίνουν γνωστές οι παράμετροι που επηρεάζουν τη γυναίκα στην απόφασή της για διακοπή ώστε με ανάλυση και αξιολόγησή τους να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για τον περιορισμό τους». Στη συζήτηση του νομοσχεδίου έγινε αναφορά και στο γεγονός ότι το θέμα των αμβλώσεων είχε τεθεί και στο ανώτατο δικαστήριο των ΗΠΑ, στο Γερμανικό συνταγματικό Δικαστήριο καθώς και σε άλλα συνταγματικά δικαστήρια διαφόρων χωρών. Στο Σύνταγμα της Ελλάδας (αρθ.2 και 5) καθώς και στο άρθ.28 της Διεθνούς Σύμβασης της Ρώμης για τα ανθρώπινα δικαιώματα, θεσπίζεται η προστασία της ανθρώπινης ζωής και αξίας. Ζήτημα αποτελεί μέχρι και σήμερα αν η ανθρώπινη ζωή άρχεται από την ώρα της γέννησης και τελειώνει με το θάνατο.

Βασικό ερώτημα που τέθηκε είναι αν η ανθρώπινη ζωή ξεκινά με τη σύλληψη, από την πρώτη δηλαδή στιγμή της βιολογικής ύπαρξης του εμβρύου ή εμφανίζεται σε μεταγενέστερο στάδιο. Τα περισσότερα κοινοβούλια, με εξαίρεση αυτό της Γερμανίας, αντιμετώπισαν το θέμα πρωτίστως από την πλευρά της υγείας της μητέρας και των ατομικών δικαιωμάτων της για ελεύθερη

[132] Η κοινωνική πρακτική και η κατάσταση της νομοθεσίας ήταν περαιτέρω το μείζον επιχείρημα στην πρόταση νομιμοποίησης της άμβλωσης. *Naziri Despina*, Le recours répétitif à l'avortement en Grèce : comportement « marginal » ou étape du devenir-femme ? In : Sciences sociales et santé, 1990, τόμ. 8, τ.3, σ. 87

[133] Σύμφωνα με τον *Καρπάθιο Σ.* σε ιατρικό σύγγραμμα του, το 1984, δύο έτη πριν την ψήφιση του νόμου του 1986 ανέφερε τα εξής σε σχέση με τα προβλήματα που δημιουργούσε η απαγόρευση της διενέργειας τεχνητής έκτρωσης για λόγους, οι οποίοι δεν ήταν ιατρικοί: «Ανεπαρκή καταγραφή και αξιολόγηση των αιτιών που οδηγούν στην έκτρωση, ώστε να ληφθούν κατάλληλα μέτρα για τον περιορισμό της. Πλημμελή καταγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση των επιπλοκών της έκτρωσης ώστε να προσδιοριστεί το μέγεθος του μετεκτρωτικού αναπαραγωγικού προβλήματος και της επίδρασης στην ψυχική υγεία των ατόμων και των ζευγαριών. Τον προσδιορισμό των οικονομικών επιπτώσεων στο άτομο ή στο ζευγάρι, τον προσδιορισμό του πραγματικού μεγέθους του προβλήματος ώστε να προκύψει ο σωστός προβληματισμός του υπεύθυνου φορέα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την καταγραφή των παραπάνω παραμέτρων, όπως γίνεται άμεσα αντιληπτό αποτελεί η νομιμοποίηση της έκτρωσης που εκτός των άλλων περιορίζει την δραστηριότητα παραιατρικών κυκλωμάτων, που καλύπτονται κάτω από την δικαιολογία του απαγορευμένου… Όμως η κυριότερη επίπτωση της νομιμοποίησης είναι ο περιορισμός του αριθμού των αμβλώσεων που έρχεται σαν αποτέλεσμα της λήψης των απαραιτήτων αιτιολογημένων μέτρων. Η αρνητική αυτή επίδραση της νομιμοποίησης της έκτρωσης έχει επιβεβαιωθεί σε κοινωνίες που νομιμοποίησαν την επέμβαση». *Καρπάθιος Σ.* Βασική Περιγεννητική ιατρική και γυναικολογία, Μέρος πρώτο, Αθήνα 1984, σ. 224.

ανάπτυξη της προσωπικότητας. Το Αυστριακό δικαστήριο, το Γαλλικό καθώς και το δικαστήριο των ΗΠΑ, δέχονται το δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει ελεύθερα για τη διακοπή ή τη συνέχιση της κύησης έως τον τρίτο μήνα, διάστημα κατά το οποίο το κράτος δεν έχει δικαίωμα να παρεμβαίνει στην απόφασή της. Από τον τέταρτο μήνα και ύστερα, κρίθηκε ότι το εκάστοτε κράτος δέον όπως νομοθετήσει προστατευτικές για την υγεία της εγκύου διατάξεις, ενώ από τον έβδομο μήνα, όπου πλέον το έμβρυο έχει πλήρως σχηματισθεί ως ζων οργανισμός, η πολιτεία έχει τη δυνατότητα να απαγορεύσει την άμβλωση. Σύμφωνα με την σύσταση 7 του ΟΗΕ για τις αμβλώσεις, «[…] γυναίκα που έκανε άμβλωση στα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης δεν κρίνεται με βάση τον ποινικό κώδικα, αλλά τυγχάνει ανθρωπιστικής μεταχείρισης και αποτελεσματικής θεραπείας», ενώ, παράλληλα, «[…] η άμβλωση σε πρώτα στάδια κύησης αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο, όπως και άλλες ιατρικές πράξεις».

2.2. Τεχνητή διακοπή κύησης και Συνταγματικό Δίκαιο

Η τεχνητή διακοπή της κύησης συνιστά διαδικασία που αποσκοπεί στον τερματισμό της κύησης πριν τη βιωσιμότητα του εμβρύου. Η τεχνολογική ανάπτυξη, ιδιαίτερα στις επιστήμες της Υγείας, έχει επιτελέσει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του φαινομένου σε σχέση με τα ατομικά δικαιώματα των εμπλεκομένων, ήτοι της μητέρας, του εμβρύου, των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του πατέρα, εγείροντας ζητήματα που αφορούν τα έννομα αγαθά της ζωής, της υγείας και της ελευθερίας, ως αυτά κατοχυρώνονται στο ελληνικό Σύνταγμα. Τα συνταγματικά αυτά δικαιώματα θα εξεταστούν στο κεφάλαιο που ακολουθεί σε ένα δυικό πλαίσιο, εντός του οποίου τοποθετείται από την μία πλευρά η έννομη θέση του εμβρύου και από την άλλη πλευρά η γυναίκα, ενώ θα εξεταστεί συνταγματικά και η έννομη θέση του πατέρα.

2.2.1. Συνταγματικές προεκτάσεις περί εμβρυϊκής προστασίας

2.2.1.1. Το δικαίωμα της ζωής κατ' άρθρον 5§2Σ

Στο άρθρο 5§2Σ[134] κατοχυρώνεται το δικαίωμα της ανθρώπινης ζωής. Στο Σύνταγμα, η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται πρωτίστως ως βιολογικό φαινόμενο, συμφυές στον άνθρωπο, αλλά και ως αξία. Η προστασία αυτή ισχυροποιείται από το ανέκκλητο της απώλειας της ζωής[135] και από το γεγονός ότι η απόλαυση του συνόλου των λοιπών δικαιωμάτων προϋποθέτει την ύπαρξη του δικαιώματος της ζωής. Προστατεύεται απόλυτα, με αποδέκτες τόσο το κράτος, όσο και τους ιδιώτες. Είναι αμυντικό δικαίωμα, επιβάλλοντας την αποχή από οποιαδήποτε προσβλητική επέμβαση τρίτου που μπορεί να την θέσει σε κίνδυνο, και ταυτόχρονα θετικό, αξιώνοντας οποιαδήποτε ενέργεια μπορεί να συμβάλει στην διατήρησή της. Φορείς του ανωτέρω δικαιώματος δύνανται να είναι αποκλειστικά και μόνο φυσικά πρόσωπα, χωρίς διακρίσεις, καθώς το δικαίωμα αυτό διαθέτει πανανθρώπινο χαρακτήρα. Το δικαίωμα της ζωής κατοχυρώνεται στα

[134] Άρθρο 5&2 Σ:« Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων.» διάταξη η οποία δε μετεβλήθη με το Ψήφισμα της 25ης Νοεμβρίου 2019 της Θ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων για τη Συνταγματική Αναθεώρηση και δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 187/Α΄/28.11.2019.

[135] *Δαγτόγλου Π.Δ.*, Συνταγματικό Δίκαιο-Ατομικά Δικαιώματα, Εκδόσεις, Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2010, παρ. 317, σ. 235.

συνταγματικά κείμενα από το Σύνταγμα του 1925, καθώς και σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο, στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ)[136], στην Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου (UDHR) στο άρθρο 3,[137] και στο Διεθνές Σύμφωνο των Ηνωμένων Εθνών των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων((ICCPR)[138], δίχως να καθορίζεται ο πυρήνας και τα όριά του μια και θεωρούνται αυτονόητα. [139,140]

Έτσι ως προελέχθη, φορέας του δικαιώματος της ζωής είναι ο άνθρωπος. Ωστόσο, ο συντακτικός νομοθέτης δεν εισήγαγε ξεχωριστή πρόβλεψη για την προστασία του εμβρύου. Το έμβρυο είναι αδιαμφισβήτητα οντολογική ανθρώπινη ύπαρξη, τόσο ως προς τη βιολογική του καταγωγή, ως αποτέλεσμα της ανθρώπινης αναπαραγωγικής διαδικασίας, όσο και ως προς τον προορισμό του, υπό την έννοια εξέλιξής του σε αυτοτελές ανθρώπινο ον.[141] Ο προβληματισμός που ανακύπτει σχετίζεται με το σημείο στο οποίο τοποθετείται χρονικά η έναρξη της ζωής του ανθρώπου, καθώς το δικαίωμα ζωής του εμβρύου εξαρτάται από το σημείο της εξέλιξής του που η εκάστοτε έννομη τάξη θέτει ως σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής. Σε κάθε περίπτωση, η τοποθέτηση στο ζήτημα αυτό σχετίζεται και με τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης[142] συνδυαζόμενα με τα κριτήρια που τίθενται από το νομικό μας σύστημα.

Στην Ελλάδα, η κρατούσα άποψη υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος αρχίζει να υπάρχει με τον τοκετό[143], και συγκεκριμένα, από τη στιγμή που αρχίζουν οι ωδίνες εξώθησης στον φυσιολογικό τοκετό, ή με την έξοδο του εμβρύου κατά τη διαδικασία της καισαρικής τομής. Από το σημείο αυτό, ο άνθρωπος αρχίζει να υφίσταται ως αυτοτελής οντότητα που θα αναπτυχθεί αυτόνομα, τόσο βιολογικά, όσο και ως ξεχωριστή προσωπικότητα. Η ανθρώπινη ιδιότητα έχει ως σημείο αναφοράς τα εξής δύο χαρακτηριστικά, τη βιολογική αυτοτέλεια και την αυτοσυνείδηση. Το πρώτο είναι το βιολογικό στοιχείο που υποδεικνύει την αυτονομία του ανθρώπου, δηλαδή τη δυνατότητά του να εξελίσσεται ως ξεχωριστός οργανισμός με δικές του βιολογικές λειτουργίες και το δεύτερο είναι το διανοητικό στοιχείο, δηλαδή η ικανότητα του ανθρώπου να διαμορφώνει δική του προσωπικότητα και να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ξεχωριστό έλλογο ον. Τα δύο αυτά στοιχεία, σωρευτικά, διασφαλίζουν την ελευθερία του ανθρώπου είτε ως ελευθερία της ύπαρξης, είτε ως ελευθερία προς σκέψη, συναίσθηση και γενικότερα έλλογη αλληλεπίδραση με την πραγματικότητα και τα λοιπά στοιχεία που την απαρτίζουν.

Ωστόσο, στο εμβρυικό στάδιο, η οργανική εξάρτηση του κυοφορούμενου από το γυναικείο σώμα και η μη ολοκληρωμένη ανάπτυξή του δεν αναιρούν το γεγονός ότι το έμβρυο πρόκειται για εν εξελίξει άνθρωπο. Αν και με το έμβρυο αρχίζει βιολογικά η ζωή, το κυοφορούμενο

---

[136] Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (ΕΣΔΑ), καταρτίστηκε στα πλαίσια του Συμβουλίου της Ευρώπης μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ,υπογράφηκε από τους εκπροσώπους των ιδρυτικών χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τέθηκε σε ισχύ το 1953

[137] *Ακριβοπούλου Χ. , Ανθόπουλος Χ.,* σελ. 123, επίσης βλ. United Nations, Universal Declaration of Human Rights, (1948) http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk

[138] Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (ΔΣΑΠΔ) επικεντρώνεται στο δικαίωμα στη ζωή, το άρθρο 6 της 19.12.1966 ορίζει ότι: «το δικαίωμα στη ζωή είναι εγγενές στον άνθρωπο. Το δικαίωμα πρέπει να προστατεύεται από το νόμο. Από κανέναν δε μπορεί να αφαιρεθεί αυθαίρετα η ζωή.»

[139] *Ακριβοπούλου Χ. , Ανθόπουλος Χ.,* Εισαγωγή στο Δίκαιο και στους Συνταγματικούς Θεσμούς, σσ. 123

[140] *Κατρούγκαλος Γ., σσ.27.*

[141] *Παναγοπούλου Κουντατζή Φ*, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, , σελ. 93

[142] Κατά τον *Δημητρόπουλο Α.*: « ...με βάση τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης θα καθορισθεί το χρονικό σημείο έναρξης και της λήξης της ανθρώπινης ζωής.» (*Δημητρόπουλος Α.*, Συνταγματικά Δικαιώματα, Εκδ. Σάκκουλα, 2008, σ. 388)

[143] *Αρχοντάκη Α*., Το δικαίωμα στη ζωή, *σε Βλαχόπουλος Σπ,* Θεμελιώδη Δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σ. 93

στερείται των χαρακτηριστικών που προαναφέρθηκαν προκειμένου να δύναται να εξομοιωθεί με άνθρωπο. Το κυοφορούμενο δεν είναι αυτόνομο, καθώς είναι συνδεδεμένο με το σώμα της μητέρας και εξαρτάται οργανικά από αυτό, ενώ έμβρυο και άνθρωπος σχετίζονται δυναμικά, αφού το πρώτο είναι αυτό που θα εξελιχθεί σε ανθρώπινη ζωή. Το δίλημμα που προκύπτει, επομένως, συνίσταται, από τη μία στην παραδοχή ότι το έμβρυο είναι ένας ζωντανός οργανισμός, παρότι δεν είναι ακόμα άνθρωπος, και από την άλλη, στην ενσωμάτωση της εξελισσόμενης ανθρώπινης ζωής στη, συρρικνωμένη μεν, αλλά αρχική δομική της διάπλαση.

Σε κάθε περίπτωση, το δικαίωμα της ζωής είναι συνδεδεμένο με την ιδιότητα του προσώπου και ερμηνεύεται σε συνδυασμό με τον όρο αυτό. Το ερώτημα που ανακύπτει σχετίζεται με το αν μπορεί να αποδοθεί στο αδιαμφισβήτητα ζών έμβρυο η ιδιότητα αυτή. Κατά μία άποψη, η προστασία της ζωής ξεκινά από τη γονιμοποίηση χωρίς διάκριση ανάμεσα στην αγέννητη και στη γεννημένη ζωή, όμως η άποψη αυτή δεν μπορεί να τεκμηριωθεί στη βάση της ιδιότητας του προσώπου, καθώς η έννοια του προσώπου προϋποθέτει έναν ελάχιστο βαθμό οντολογικής ανάπτυξης και ξεχωριστή οντότητα και αυτοτέλεια. Υπάρχουν, όμως, και οι υποστηρικτές της άποψης αυτής, κατά τους οποίους[144] φορέας του δικαιώματος της ανθρώπινης ζωής είναι και ο κυοφορούμενος.[145]

Από την άλλη, υποστηρίζεται η εκ διαμέτρου αντίθετη εκδοχή, ότι το άρθρο 5§2Σ δεν αφορά μη υπαρκτά πρόσωπα, άρα ούτε και τα έμβρυα. Σύμφωνα με αυτήν την παραδοχή, φορείς του δικαιώματος της ανθρώπινης ζωής είναι μόνο υπαρκτά πρόσωπα σε ενεστώτα χρόνο, με αποτέλεσμα το κυοφορούμενο να αποκλείεται από την προστασία της διάταξης.[146] Παρόμοια είναι και η άποψη που τάσσεται υπέρ της προστασίας του κυοφορούμενου, χωρίς ωστόσο να τον αναγνωρίζει ως φορέα δικαιωμάτων.[147] Με θεμέλιο την άποψη αυτή, υποστηρίζεται η μη

---

[144] Βλ. *Μπεσίλα-Μακρίδη Ε.*, Η Συνταγματική Προβληματική της άμβλωσης, Εκδόσεις Σάκκουλα Α., Αθήνα-Κομοτηνή, 1992, σσ. 70-71

[145] Κατά τον *Ράικο Αθ. Γ.*: Τίθεται το ζήτημα, αν φορέας των δικαιωμάτων δεν είναι μόνο ο άνθρωπος που γεννήθηκε αλλά και το κυοφορούμενο που αναπτύσσεται στο μητρικό σώμα χωρίς να έχει ακόμα γεννηθεί. Η διατύπωση της διάταξης φαίνεται να συνηγορεί υπέρ της λύσεως του ζητήματος αυτού υπό τη δεύτερη έννοια. Υπό την έννοια της διάταξης , «όλοι» είναι όλα τα ζωντανά ανθρώπινα όντα
(τα γεννηθέντα και τα κυοφορούμενα). Όμως αν το έμβρυο αποτελεί ένα ζωντανό ανθρώπινο ον από τη σύλληψη και στην διάρκεια ενός μικρού χρονικού διαστήματος από αυτήν δεν τίθεται αμφιβολία. Η ποινική νομοθεσία μας, βάση της αντίληψης αυτής περιέλαβε στα άρθρα 303-304 του Ποινικού Νόμου, και εξακολουθεί να περιλαμβάνει στο άρθρ. 304 του Ποινικού Κώδικα τις διατάξεις περί αμβλώσεως στο κεφάλαιο «περί εγκλημάτων κατά της ζωής». Σε κάθε περίπτωση, η διάταξη όπως και κάθε άλλη διάταξη που κατοχυρώνει ατομικό δικαίωμα πρέπει να ερμηνεύεται ευρέως για να περιλάβει και το κυοφορούμενο. Η ευρεία ερμηνεία της διάταξης είναι επιβεβλημένη για την προστασία της ζωής του κυοφορούμενου. Όπως σε περίπτωση αμφιβολίας σχετικά με την ελευθερία το τεκμήριο οδηγεί υπέρ αυτής, έτσι και εν προκειμένω το τεκμήριο οδηγεί υπέρ της οποιασδήποτε ζωής (της γεννημένης και της αναπτυσσόμενης). Είναι αυτονόητο ότι δεν μπορεί να συναχθεί οποιοδήποτε επιχείρημα κατά της εδώ υποστηριζόμενης απόψεως από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα (άρθρ. 35-36) που δεν αναγνωρίζουν την πλήρη ικανότητα δικαίου του κυοφορούμενου. Διότι η νομοθετική ικανότητα δικαίου δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον καθορισμό της συνταγματικής ικανότητας ενός ανθρώπινου όντος να είναι υποκείμενο ενός ατομικού δικαιώματος. Αντίθετα, από τη συνταγματική ικανότητα του ανθρώπου να είναι υποκείμενο ενός ατομικού δικαιώματος, πρέπει να συναχθεί επιχείρημα υπέρ της αστικής ικανότητας δικαίου αυτού. Κατά συνέπεια το κυοφορούμενο είναι φορέας του δικαιώματος στη ζωή.» (*Ράικος Αθ. Γ.,* Συνταγματικό Δίκαιο- Θεμελιώδη δικαιώματα, Εκδ. Σάκκουλας Αντ., Αθήνα-Κομοτηνή, 2008, σσ. 500-501)

[146] *Χρυσόγονος Κ.*, Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Εκδόσεις, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006, σελ. 223-224

[147] «Το γεγονός ότι το έμβρυο δεν είναι φορέας υποκειμενικού συνταγματικού δικαιώματος δεν σημαίνει ότι εξομοιώνεται με απλό όργανο του σώματος της μητέρας, βάση του άρθρου 5&2 Σ είναι και αυτό αντικείμενο συνταγματικής προστασίας, διότι καθιερώνεται εκτός από ένα (υποκειμενικό) ατομικό δικαίωμα και ένας αντικειμενικός κανόνας δικαίου, ο οποίος υποχρεώνει το κράτος να λαμβάνει μέτρα για την προστασία της ζωής, σε όλες της τις εκφάνσεις, άρα και της εν δυνάμει ή εν σπέρματι ζωής. Η οφειλόμενη πάντως προστασία δεν είναι πλήρης, εξαιτίας της μη ολοκληρωμένης ακόμη ύπαρξης του μελλογέννητου. Στον νομοθέτη απομένει να καθορίσει τα όρια

απόλυτη[148] προστασία του εμβρύου, η οποία καθορίζεται από τον Νομοθέτη με βάση τον χρόνο της εγκυμοσύνης εντός του οποίου το έμβρυο γίνεται πρόσωπο.[149] Παρόλο που το δικαίωμα της ανθρώπινης ζωής αφορά πλήρη και αυτοτελή πρόσωπα, οπότε και το έμβρυο ακόμα δεν είναι τίποτα από τα δύο, ωστόσο δεν μπορεί να αποκλεισθεί από το προστατευτικό πλαίσιο των άρθρων 5&2Σ. Υπό την έννοια του nasciturus, το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή τίθεται in dubio pro libertate.[150] Η ζωή του εμβρύου προστατεύεται ως εν σπέρματι ανθρώπινη ζωή και η προστασία του τελεί σε συνάρτηση με το στάδιο ανάπτυξής του και το κατά πόσον αυτό προσιδιάζει στο ανθρώπινο πρόσωπο.

Η διαφορά ανάμεσα στο έμβρυο και στον άνθρωπο είναι ποσοτική, και μέχρι ενός χρονικού σημείου ποιοτική, και παρότι η ζωή του εμβρύου είναι μέγεθος μικρότερο από τη γεγενημένη ανθρώπινη ζωή, εντούτοις, η έννομη τάξη την περιβάλλει με προστασία ανάλογη της ιατρικής, νομικής και κοινωνικοπολιτικής της αξιολόγησης. Στο Ποινικό Δίκαιο, ο Νομοθέτης προστατεύει το έννομο αγαθό της εν γενέσει ανθρώπινης ζωής του εμβρύου στα άρθρα 303[151] και 304ΠΚ[152]. Στον τομέα του Αστικού Δικαίου, κατά το άρθρο 36 ΑΚ ορίζεται, ότι, «ως προς τα δικαιώματα που του επάγονται το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, εφόσον γεννηθεί ζωντανό», καθιερώνοντας το έμβρυο ως πλασματικό υποκείμενο δικαιωμάτων υπό την αίρεση της γέννησης του ως ζωντανού νεογνού. Η εν γενέσει ανθρώπινη ζωή στηρίζεται στην εξελισσόμενη συνέχεια του ανθρώπου πριν και μετά τον τοκετό και παύει μόλις αρχίσει να υπάρχει η ολοκληρωμένη ζωή με την έναρξη του τοκετού. Το κριτήριο της βιωσιμότητας του εμβρύου είναι αυτό που τελικά του προσδίδει την προστασία που αξιώνει η ζωή του προσώπου. Σε κάθε περίπτωση, δε μπορεί να

της προστασίας μέσω της νομοθεσίας των αμβλώσεων. Προφανώς αυτή πρέπει να είναι μεγαλύτερη, όσο προχωρεί η εγκυμοσύνη, και το έμβρυο από απλή μάζα ιστών τείνει να γίνει πρόσωπο.» (*Κατρούγκαλος Γ.*, σσ. 65-66)

[148] Κατά τον Σ. Βλαχόπουλο: «Η προστασία, όμως, που προσφέρεται στον nasciturus θα είναι σχετική, λόγω, της μη ολοκληρωμένης, ακόμη, ύπαρξής του και υποδεέστερη έναντι εκείνης που προσφέρεται στον άνθρωπο.» *(Αρχοντάκη Α.,* Το δικαίωμα στη ζωή, *σε Βλαχόπουλος Σπ.,* σ. 93*)*

[149]*Δαγτόγλου Π.Δ.,* Συνταγματικό Δίκαιο-Ατομικά Δικαιώματα, Εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, σσ. 238-239

[150] Υπέρ του τεκμηρίου αυτού, Βλ.. *Μάνεση Αρ. Ι*, Συνταγματικά Δικαιώματα. Ατομικές ελευθερίες, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, εκδόσεις, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1982, σσ. 75-78

[151] Κατά το άρθρο 303 ΠΚ: «Μητέρα που με πρόθεση σκότωσε το παιδί της κατά ή μετά τον τοκετό, αλλά ενώ εξακολουθούσε ακόμη η διατάραξη του οργανισμού της από αυτόν, τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη.»

[152] Σύμφωνα με το άρθρο 304 ΠΚ (όπως αυτό αναθεωρήθηκε με το νόμο 4619/2019, ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019): 1. «Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την κύησή της τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη

2. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου ή των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα ή επιμέλειά της αν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή και αν ενεργεί κατ' επάγγελμα, με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή. Με την ίδια ποινή, μειωμένη κατά το μέτρο του άρθρου 83, τιμωρείται και όποιος προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της, εφόσον έγινε τουλάχιστον απόπειρα αυτής.

3.Έγκυος που μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κύησης διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή.

4.Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

γ) Έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

5.Με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο, προκαλεί με αμέλεια διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του νεογνού.»

γίνει αποδεκτή ύπαρξη του δικαιώματος σε χρόνο που προηγείται της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα, στο στάδιο κατά το οποίο δεν υπάρχει καν το έμβρυο, ούτε και στο διάστημα εκείνο, κατά το οποίο δεν έχουν αναπτυχθεί τα βασικά όργανα του εμβρύου. Στο μεσοδιάστημα της κύησης, η ανάπτυξη του εμβρύου είναι υποτυπώδης, αλλά πλέον υπάγεται στην προστασία του δικαιώματος της ζωής, προστασία η οποία διευρύνεται στο τελευταίο τρίμηνο, κατά το οποίο το έμβρυο καθίσταται πλέον βιώσιμο και έξω από το μητρικό σώμα.[153]

2.2.1.2. Η ανθρώπινη αξία κατ' άρθρον 2Σ

Στο άρθρο 2§1 Σ, αναφέρεται ρητά ότι «ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»[154], τοποθετώντας στην κορυφή την συνταγματικά κατοχυρωμένη υποχρέωση της πολιτείας να σέβεται και να προστατεύει την αξία του ανθρώπου. Η αρχή της ανθρώπινης αξίας προβλέπεται στα διεθνή και ευρωπαϊκά κείμενα, προστατεύοντας τον άνθρωπο σε ολόκληρη τη διάρκεια της ζωής του. Η αρχή αυτή διαθέτει γενικό περιεχόμενο, κατοχυρώνεται ως θεμελιώδης αρχή και αποτελεί μητρικό δικαίωμα από το οποίο απορρέει η προστασία όλων των υπολοίπων δικαιωμάτων τα οποία μπορεί να απολαμβάνει στο πλαίσιο της αυτονομίας του.[155] Η αξία του ανθρώπου αποτελεί τον πυρήνα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η συνταγματική προστασία που παρέχεται στην ανθρώπινη αξία λαμβάνει διττή διάσταση, τόσο αμυντική (αξίωση για αποχή από οποιαδήποτε προσβλητική ενέργεια), όσο και προστατευτική (αξίωση για παροχή ή θετική ενέργεια που διασφαλίζει την προστασία του δικαιώματος). Η συνταγματική αυτή διάταξη, λόγω της γενικότητάς της εφαρμόζεται επικουρικά σε σχέση με τις διατάξεις που κατοχυρώνουν επιμέρους ατομικά δικαιώματα[156] και αποτελεί ερμηνευτικό εργαλείο για τον εφαρμοστή του δικαίου στην αναζήτηση του νοήματος των συνταγματικών διατάξεων.[157] Η κατοχύρωση της ανθρώπινης αξίας δεν υπόκειται σε επιφύλαξη νόμου, ούτε και σε δυνατότητα αναθεώρησης, καθώς αποτελεί θεμελιώδη συνταγματική διάταξη.

Φορείς του δικαιώματος της ανθρώπινης αξίας είναι τα φυσικά πρόσωπα στο σύνολό τους, ανεξαρτήτως , αν είναι πολίτες ή όχι του συγκεκριμένου κράτους, συμπεριλαμβανομένων και των αλλοδαπών [158], ανεξαρτήτως επίσης της ηλικίας ή της υγείας τους. Κανένας άνθρωπος δεν εξαιρείται από την προστασία της ανθρώπινης αξίας του, για κανένα απολύτως λόγο. Αποδέκτες είναι τόσο τα πολιτειακά όργανα, τα οποία φέρουν υποχρέωση όπως λαμβάνουν μέτρα

[153] Πρόκειται για την έννοια της βιωσιμότητας του εμβρύου η οποία συνδέεται άμεσα με την δημιουργία και ανάπτυξη ζωτικών οργάνων ,όπως της καρδιάς και λειτουργικών συστημάτων όπως το νευρικό σύστημα τα οποία είναι απαραίτητα για την μελλοντική επιβίωση του εμβρύου ως αυτόνομος άνθρωπος. Όταν ξεκινά η διαδικασία της κυοφορίας , δηλαδή την στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου, η αξία του εμβρύου βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο και αυξάνεται όσο προσδοκάται η ανάπτυξη και η αυτόνομη επιβίωση του. *Βλ Μάλλιος Ευάγγελος*, Δικαιώματα του Ανθρώπου, Κεφάλαιο Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύου, Νο 13/2017, σ. 569

[154] Συναφής με την προστασίας της αξίας ανθρώπου είναι η διάταξη του άρθρου 7 §2 Σ που ορίζει ότι: «Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει»

[155] *Ακριβοπούλου Χ., Ανθόπουλος Χ.*, σ. 120

[156] *Δαγτόγλου Π.*, Ατομικά Δικαιώματα, Εκδόσεις Σάκκουλας Αντ. Ν., Αθήνα-Κομοτηνή, 2005, σ. 1323

[157] *Χρυσόγονος Κ.,* Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006, σ. 109

[158] *Χρυσόγονος Κ,* Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, εκδ.Σάκκουλα Α.,Αθήνα-Κομοτηνή 2002,σ.109

προκειμένου να εγγυηθούν τον σεβασμό και την ουσιαστική προστασία της ανθρώπινης αξίας, όσο και οι ιδιώτες που απολαμβάνουν το εν λόγω δικαίωμα και όσα εξ αυτού απορρέουν. Η ιδιαιτερότητα του δικαιώματος αυτού σχετίζεται με τη γενικότητά του και τη δυσχέρεια συγκεκριμενοποίησης του περιεχομένου του. Η ανθρώπινη αξία υπερβαίνει εννοιολογικώς την προσωπικότητά του, στο μέτρο που τον αφορά ως βιολογικό οργανισμό, αντανακλάται δε σε όλες τις εκφάνσεις του ανθρώπινου βίου, τόσο από βιολογικής του βάσης, όσο και από κοινωνικής, ηθικής, πολιτικής, ψυχοσυναισθηματικής πλευράς κ.λπ. και ανάγει σε αντικείμενο προστασίας οποιαδήποτε πτυχή της ύπαρξης του ανθρώπου, ως ελεύθερου και ελλόγου όντος.[159] . Για τους λόγους αυτούς το περιεχόμενο της είναι ευρύτερο από αυτό της ανθρώπινης ζωής και θεωρείται ως η καταστατική αρχή του ελληνικού συντάγματος, της οποίας η προστασία ανάγεται σε σκοπό της πολιτείας. Μία ερμηνευτική προσέγγιση της ανθρώπινης αξίας σχετίζεται με την απαγόρευση μεταχείρισης του ανθρώπου ως μέσου για την επίτευξη κρατικών ή οποιουδήποτε άλλου είδους σκοπών. Ο άνθρωπος είναι υποκείμενο δικαίου[160] και η ύπαρξή του μετά των αξιών επάνω στις οποίες δομείται αποτελούν αυτές καθαυτές σκοπό. Για τον λόγο αυτόν, η συγκεκριμενοποίηση της ανθρώπινης αξίας σχετίζεται με τον υποκειμενισμό που χαρακτηρίζει τις ανθρώπινες οντότητες, καταλείποντας στον καθένα ατομικά[161] την αξιολόγηση των αξιών της ζωής του, ως αποτέλεσμα της ηθικής του ανεξαρτησίας. Και υπό την συμβολή, όμως, άλλων θεωριών, η ανθρώπινη αξία λογίζεται ως αυταξία που ενυπάρχει και αναγνωρίζεται σε όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως των ιδιοτήτων τους. Σε κάθε περίπτωση, η ανθρώπινη αξία αναγνωρίζεται αδιακρίτως και επαφίεται στην κρίση κάθε ανθρώπου να την συγκεκριμενοποιήσει, στα πλαίσια της ζωής του. Έτσι, όταν ο άνθρωπος τυγχάνει εξευτελιστικής μεταχείρισης ή παραβιάζεται κατάφορα η αυτονομία του, τότε η αρχή της ανθρώπινης αξίας θεωρείται παραβιασθείσα.

Η προστασία της ανθρώπινης αξίας είναι απόλυτη και απαραβίαστη. Ωστόσο, ο ρόλος που διαδραματίζει στη διαμόρφωση του περιεχομένου της, η ανθρώπινη αυτονομία συνεπάγεται τη διαβάθμιση της προστασίας που επιφέρει σε διαφορετικές φάσεις της ανθρώπινης ζωής.[162] Έτσι, η αξία του ανθρώπου γίνεται αντιληπτή διαφορετικά, κατά περίπτωση, χωρίς αυτό επουδενί να μεταφράζεται σε τυχόν διαβάθμιση ή σχετικοποίησή της.[163]

Στο πλαίσιο της ερμηνείας αυτής, δικαιολογείται και η διαβαθμισμένη προστασία που λαμβάνει το έμβρυο, το οποίο προστατεύεται ως φορέας ανθρώπινης ζωής. Στο πλαίσιο του άρθρου 2Σ, το

---

[159] « Κατά νομική ακρίβεια ως έμβιο έλλογο «Όν», του οποίου η νοημοσύνη και η συνείδηση είναι πολύ διαφορετικές από εκείνες άλλων έμβιων όντων. Είναι δε αυτά τα χαρακτηριστικά του Ανθρώπου, τα οποία προσδιορίζουν την «μοναδικότητά» του, τόσο σε σχέση με τα απλά αντικείμενα -που, αυτονοήτως, δεν είναι έμβια όντα- όσο και σε σχέση με τα θεωρούμενα ως μη νοήμονα έμβια όντα».βλ.*Παυλόπουλος Π.* ΠτΔ, Η αξία του ανθρώπου ως θεμέλιο του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του Συντάγματος, Οι θεσμικές επιπτώσεις στο πεδίο της Βιοηθικής,σε άρθρο στο Αθηναϊκό Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 14 Ιουνίου 2019.

[160] *Δαρέλλη Δ.*, Η αξία του ανθρώπου, *σε Βλαχόπουλος Σπ.,* Θεμελιώδη Δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σ. 39, επίσης βλ. *Παναγοπούλου Κουτνατζή Φ.,* Η μεταθανάτια αφαίρεση οργάνων: η μη άρνηση ως συναίνεση σε :Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα,Τα δέκα χρόνια από τη Σύμβαση του Οβιέδο,Πρακτικά ημερίδας,εκδ. Α. Σάκκουλα, Αθήνα –Θεσσαλονίκη ,2010,σ.50

[161] *Μανιτάκης Αν.,* Το υποκείμενο των συνταγματικών δικαιωμάτων, Εκδ. Σάκκουλας, 1981, σ. 125

[162] Η ανθρώπινη αξία δεν τυγχάνει διαβάθμισης, αλλά καθορίζεται διαφορετικά στα στάδια που διέρχεται η ανθρώπινη ζωή βλ. *Παναγοπούλου Κουτνατζή Φ.*, Περί της αξίας της ανθρώπινης αξίας, ΕφημΔΔ, εκδ Σάκκουλας, τεύχ. 5, 2010, σ. 744

[163] *Παναγοπούλου Κουτνατζή Φ.* Ηθικοδεοντολογικές περιπέτειες του αγέννητου τέκνου: Η περίπτωση της τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης, σε: *Μαρία Κανελοπούλου-Μπότη/Φερενίκη Παναγοπούλου Κουτνατζή* (επιμ.), Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική, Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2014, σσ. 219-232

έμβρυο προστατεύεται ως φορέας της προσδοκίας αναπαραγωγής του ανθρώπινου είδους[164], η οποία μεγαλώνει σταδιακά και μεγιστοποιείται στο χρονικό σημείο της γέννησης.[165] Η άποψη αυτή γίνεται δεκτή και από όσους υποστηρίζουν ότι η προστασία της ανθρώπινης ζωής στο άρθρο 5 παρ.2Σ καλύπτει μόνο τη βιολογική υπόσταση του ανθρώπου και όχι το αξιακό της υπόβαθρο. Σε κάθε περίπτωση, η ανθρώπινη αξία καλύπτει ως προς το κανονιστικό της βεληνεκές και το έμβρυο,[166] λειτουργώντας επικουρικά προς τα άρθρα στο άρθρο 5 παρ.2Σ, με την προστασία που του παρέχει να γίνεται εντονότερη προσεγγίζοντας τη χρονική στιγμή της γέννησης.

2.3. Τα συνταγματικά δικαιώματα της γυναίκας

2.3.1. Η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας και οι εκφάνσεις της

Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.1Σ, «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 ήθη.»[167] Φορείς του εν λόγω δικαιώματος καθίστανται οι άνθρωποι στο σύνολό τους, χωρίς καμία διάκριση, ενώ αποδέκτες του είναι η δημόσια και ιδιωτική εξουσία. Περιέχει μια γενική κατοχύρωση της ανθρώπινης προσωπικότητας, αποτελώντας την σπουδαιότερη συγκεκριμενοποίηση της αρχής της ανθρώπινης αξίας.[168] Ως προσωπικότητα[169], ορίζεται το σύνολο των ιδιοτήτων και καταστάσεων που χαρακτηρίζουν και εξατομικεύουν την ανθρώπινη υπόσταση[170]. Το δικαίωμα αυτό εγγυάται τη δυνατότητα του ανθρώπου να αναπτύσσει με ελεύθερη βούληση και χωρίς εξωτερικές παρεμβολές τις πτυχές της προσωπικότητάς του, ως συνιστώσες του βίου του, διαμέσου της συμμετοχής του στο σύνολο των επιμέρους εκφάνσεων της κοινωνικοπολιτικής ζωής. Όπως και το άρθρο 2 του Συντάγματος, έχει επικουρική εφαρμογή και τυγχάνει εφαρμογής σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να υπαχθούν στην προστασία ειδικότερων διατάξεων. Κατατάσσεται στα μητρικά δικαιώματα, από τα οποία απορρέουν όλα τα επιμέρους ειδικότερα δικαιώματα, ενώ υποστηρίζεται ότι σε αυτή τη διάταξη θεμελιώνονται και τα κοινωνικά δικαιώματα, όταν δεν υπάρχει ρητή κατοχύρωση για το αντίστοιχο ατομικό.[171]

---

[164] Κατά τον *Βιδάλη Τ.*, η προστασία της αξίας του ανθρώπινου εμβρύου θεμελιώνεται στη λεγόμενη «αντικειμενική διάσταση της ανθρώπινης αξίας» μέσω της προσδοκίας αναπαραγωγής του είδους, *Βιδάλη Τ.*, Βιοδίκαιο, , σ. 191

[165] *Τροκάνας Θεόδωρος Δ.*, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή., σ. 10

[166] Βλ.*Παυλόπουλο Π.*,«η συνταγματικώς κατοχυρωμένη αξία του Ανθρώπου αφορά τον Άνθρωπο ως βιολογικό οργανισμό, με νοημοσύνη και συνείδηση -και, κατά τούτο, τον διαφοροποιεί από άλλα έμβια όντα- και προστατεύει την ζωή του, από την σύλληψή του ως τον θάνατό του», *στο* Αθηναϊκό Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 14 Ιουνίου 2019.

[167] Η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας δεν κατοχυρώνεται ρητά στον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά ούτε και στην ΕΣΔΑ.

[168] Βλ. *Κριάρη-Κατράνη Ισμήνη*, Βιοιατρικές εξελίξεις και συνταγματικό δίκαιο, Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1994, σελ. 68

[169] Κατά τον *Μάνεση Α.*,η προσωπικότητα νοείται ως «το σύνολο των ιδιοτήτων, ικανοτήτων, και καταστάσεων, που αφενός μεν προκύπτουν από την υπόσταση του ανθρώπου ως έλλογου και συνειδητού όντος, αφετέρου δε εξατομικεύουν ένα συγκεκριμένο πρόσωπο» *(Μάνεσης Α.*, Άτομικές ελευθερίες, Εκδ. Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1982, σ. 116)

[170] *Δαρέλλη Δ.*, Η αξία του ανθρώπου, σε *Βλαχόπουλο Σ.*, σ. 73

[171] Ό.π., σ. 74. Επίσης, βλ. *Χρυσόγονος Κ.*, Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2006, σ. 176

Η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας αποδίδεται σε όποιον φέρει την ιδιότητα του προσώπου, στον γεγενημένο, αυτοτελή, άνθρωπο. Σχετίζεται με όλο το φάσμα της ανθρώπινης ύπαρξης και εκδηλώνεται πολλαπλώς. Στον τομέα της ιατρικής επιστήμης, η βιολογική αυτονομία σε συνδυασμό με την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας εισάγουν την αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης στον αντίποδα του ιατρικού πατερναλισμού. Η αρχή του ιατρικού πατερναλισμού αντανακλά τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας από τον γιατρό ο οποίος δρα σαν μία γονεϊκή φιγούρα που αυτενεργεί για λογαριασμό των τέκνων του, υπό το πρίσμα ότι η ωφέλεια του ανθρώπου προέχει έναντι της αυτονομίας του και της αυτοδιάθεσής του. Ο ιατρικός πατερναλισμός[172] θεμελιώνεται στην εξουσιαστική θέση που κατέχει ο γιατρός έναντι του ασθενούς, με αποτέλεσμα να υπερισχύει η βούληση του ιατρού. Παράλληλα, η ως άνω αρχή στηρίζεται στην αντίληψη ότι η κρίση του ασθενούς, ο οποίος μάλιστα δεν διαθέτει ιατρικές γνώσεις, αμβλύνεται λόγω της ασθένειας και δεν μπορεί να αποτελεί συνιστώσα της θεραπευτικής μεθόδου που θα ακολουθηθεί. Την αρχή αυτή κάμπτει η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας[173] του ασθενούς, απόρροια της οποίας είναι η αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης, που οφείλει να λάβει ο γιατρός πριν από την από μέρους του τέλεση οιασδήποτε ιατρικής θεραπευτικής πράξης. Θεμελιώνεται στο δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου, ορισμένες εκδηλώσεις της οποίας θα εξετασθούν κατωτέρω σε σχέση με την έννομη θέση της γυναίκας κατά την τεχνητή διακοπή της κύησης.

2.3.1.1. Δικαίωμα αυτοδιάθεσης

Η σπουδαιότερη έκφανση του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, αποκρυσταλλώνεται στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης[174], το οποίο διασφαλίζει τη δυνατότητα κάθε ανθρώπου να διαχειρίζεται την ελευθερία που εκ φύσεως διαθέτει, ώστε να λαμβάνει ο ίδιος, αβίαστα και κατά το δοκούν, τις αποφάσεις που τον αφορούν. Η επιλογή της τεχνητής διακοπής μιας κύησης δύναται να θεμελιωθεί στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης[175] του σώματος από μέρους της γυναίκας, το οποίο απορρέει με την σειρά του από την ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητάς της. Απόρροια των ανωτέρω αποτελεί η δυνατότητα της γυναίκας να εξουσιάζει το σώμα της, να προστατεύεται από οποιαδήποτε αθέμιτη επέμβαση τρίτου πάνω σε αυτό και να αποφασίζει ιδία βούληση για τη σωματική της ακεραιότητα καθώς και για όλα τα σχετιζόμενα με αυτή ζητήματα.

Η εγκυμοσύνη αποτελεί για την γυναίκα μία εξαιρετικά επίπονη διαδικασία, η οποία συνεπάγεται δραστικές αλλαγές στην βιολογική λειτουργία του σώματος της. Το κυοφορούμενο δεν είναι ούτε ανεξάρτητο ούτε αυτοδύναμο, καθόσον είναι οργανικά συνδεδεμένο με το μητρικό σώμα, χωρίς ωστόσο να αρκεί η εξάρτησή του αυτή για να το υποβιβάσει σε απλό όργανο του σώματος της γυναίκας. Από την άλλη πλευρά, το κυοφορούμενο, όσο διαρκεί η εγκυμοσύνη,

[172] *Βούλτσος Π., Τσούγκας Μ.*, Ο αυτοκαθορισμός του αρρώστου και ο ιατρικός πατερναλισμός στη σύγχρονη ιατρική, Εκδόσεις, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Οκτώβριος-Νοέμβριος 2007, σσ. 77-79
[173] *Τροκάνας Θεόδωρος* , σ. 139
[174] *Jennings Bruce*, chapter 3, Autonomy and the Success of Bioethics, σε Bonnie Steinbock, The Oxford Handbook of Bioethics, εκδ. Oxford University Press Inc., New York, 2007, σσ. 73-88
[175] *Κοτζάμπαση Αθηνά*, Ισότητα των φύλων και ιδιωτική αυτονομία, Εκδ. Σάκκουλας, 2011, σ. 120

αποτελεί αδιαμφισβήτητα φυσική ιδιότητα[176] του γυναικείου σώματος, με αποτέλεσμα να εμπίπτει στα πλαίσια στα οποία εκτείνεται η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς της. Ωστόσο, η τεχνητή διακοπή της κύησης είναι δυνατή στον βαθμό που επιτυγχάνεται η εναρμόνιση του δικαιώματος της γυναίκας προς αυτοδιάθεση με το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή[177]. Επομένως, η επιλογή της γυναίκας ως προς το αν θα βιώσει τη διαδικασία αυτή, ή όχι, προβαίνοντας σε άμβλωση, εμπίπτει στα πλαίσια προστασίας του άρθρου 5 παρ.1 Σ, ως απόρροια της δυνατότητας του ανθρώπου για αυτοκαθορισμό.

2.3.1.2. Δικαίωμα στην αναπαραγωγή

Μία από τις σημαντικότερες επιμέρους εκφάνσεις του δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας αποτελεί το δικαίωμα στην αναπαραγωγή[178]. Εκδηλώνεται μέσα από δύο όψεις, τη θετική και την αρνητική. Ως αρνητικό δικαίωμα, επιβάλλει την αποχή τόσο της κρατικής όσο και της ιδιωτικής εξουσίας από οποιαδήποτε ενέργεια μπορεί να παρεμποδίσει την άσκησή του. Ως θετικό δικαίωμα, περικλείει την αξίωση από το κράτος για παροχή των μέσων[179], προκειμένου να καθίσταται εφικτή η απόλαυση του δικαιώματος, χωρίς αυτό να σημαίνει πως είναι αδύνατη η επιβολή περιορισμών στο δικαίωμα από τη νομοθετική εξουσία. Εντός του πλαισίου αυτού, η γυναίκα αξιώνει φαρμακευτική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, αλλά και την υιοθέτηση, από μέρους της πολιτείας, ενός ρυθμιστικού πλαισίου με σκοπό την ενίσχυση της δυνατότητας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Συνολικά, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή εκδηλώνεται είτε μέσα από την επιλογή της τεκνοποιίας είτε μέσα από την αντίθετη επιλογή. Στην αρνητική του όψη, λαμβάνει την έννοια του δικαιώματος στην μη αναπαραγωγή. Το τελευταίο, με χρονική αφετηρία πριν τη σύλληψη, μπορεί να διακριθεί α) σε δικαίωμα στην αντισύλληψη και β) σε εκούσια στείρωση[180], ενώ, με

---

[176] *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ.*, Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου, σ. 189

[177] το ερώτημα που τίθεται αν το δικαίωμα κάθε γυναίκας στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς της (άρ.5 παρ.1 Σ) και στην προστασία του ιδιωτικού της βίου (άρ.9 παρ.1 Σ και άρ. 8 ΕΣΔΑ) μπορεί να οδηγήσει στην «αναγνώριση ενός συνταγματικού δικαιώματος της εγκύου για άμβλωση». Η δυναμική των ανωτέρω δικαιωμάτων της εγκύου, σε σχέση με το δικαίωμα του εμβρύου στη ζωή, εξαρτάται, σε κάθε έννομη τάξη, από το σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής. Στις περιπτώσεις όπου γίνεται αποδεκτό ότι η ζωή άρχεται από το χρόνο εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα της γυναίκας, η δυνατότητα της τελευταίας να προχωρήσει σε άμβλωση περιορίζεται, αναπόφευκτα, χωρίς, ωστόσο, να αναιρείται, καθώς, ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, αναγνωρίζεται η δυνατότητα άμβλωσης, αν συντρέχουν ιατρικοί, κοινωνικοί, ηθικοί ή ψυχολογικοί (σύλληψη από βιασμό) λόγοι. Σε χώρες, όπως η Ελλάδα, όπου γίνεται δεκτό ότι ο άνθρωπος αρχίζει να υπάρχει με την έναρξη των ωδινών εξώθησης, δίνεται, καταρχήν, προτεραιότητα στο δικαίωμα της γυναίκας να προχωρήσει σε άμβλωση.» βλ. *Δαρέλλη Δ.*, Η αξία του ανθρώπου, *σε Βλαχόπουλο Σ.*, σ. 105.

[178] Κατά τον *Μάλλιο Ευ.* : «..το δικαίωμα στην αναπαραγωγή συνίσταται στην ελευθερία του καθενός να έρχεται σε ερωτική επαφή με σκοπό ή μη την τεκνοποίηση, στην ελευθερία του καθενός να αποφασίζει αν θα γίνει γονέας ή όχι.» (*Μάλλιος Ευ.*, Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, *Μάλλιο Ε* Δικ. Του Ανθρώπου, ΔτΑ No 73/2017, σσ. 561-578)

[179] *Μαντζούφας Π.*, Συνταγματική προστασία των δικαιωμάτων στην κοινωνία της διακινδύνευσης, Εκδ. Σάκκουλας, 2006, σ. 178

[180] Κατά τον *Τροκάνα* Θ.: «..η παραίτηση αυτή (από τη δυνατότητα απόκτησης απογόνων στο μέλλον μέσω της στείρωσης) επενεργεί θετικά στην απόλαυση της ιδιωτικής αυτονομίας, και ιδίως της σεξουαλικής ελευθερίας. Συνακόλουθα, η μη αναγνώριση ενός τέτοιου δικαιώματος θα έθιγε την ιδιωτική αυτονομία και των δύο φύλων, πρωτίστως όμως της γυναίκας, στο μέτρο που η ίδια θα κινδύνευε να βρεθεί αντιμέτωπη με μια ανεπιθύμητη

χρονική αφετηρία τη σύλληψη, αποτυπώνεται ως δικαίωμα προς τεχνητή διακοπή της κύησης. Η δυνατότητα για αντισύλληψη επιτυγχάνει τη σύζευξη της σεξουαλικής ελευθερίας με την ελευθερία αναπαραγωγής και αποσυνδέει την ερωτική συνεύρεση από την απόκτηση απογόνων συμβάλλοντας στην επαύξηση της ιδιωτικής αυτονομίας.[181] Έπειτα, το δικαίωμα της μη αναπαραγωγής συμπεριλαμβάνει τη δυνατότητα για τεχνητή διακοπής της κύησης ως επιλογή στη μη γέννηση του κυοφορούμενου εμβρύου.

Η επιλογή για μη γέννηση του συλληφθέντος εμβρύου μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους λόγους, οι οποίοι σχετίζονται είτε με την έλλειψη επιθυμίας για ανάληψη οικογενειακών ευθυνών και ανατροφή ενός τέκνου είτε σε λόγους που ανάγονται στην υγεία της γυναίκας ή του κυοφορούμενου που παρουσιάζονται κατά τον προγεννητικό έλεγχο, προμηνύοντας τη γέννηση τέκνου με σοβαρή παθολογία (ασθένεια ή αναπηρία). Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή, υπό τη θετική αλλά και την αρνητική του όψη, σχετίζεται με τον οικογενειακό προγραμματισμό, ο οποίος αποτελεί απόρροια της ελεύθερης ανάπτυξης της ανθρώπινης προσωπικότητας κατ' άρθρον 5 Σ.[182] . Ωστόσο, όσο και αν είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη η προστασία του παρόντος δικαιώματος, παραμένει το ερώτημα σχετικά με τον βαθμό που ο κοινός νομοθέτης παρεμβαίνει ρυθμιστικά σε ζητήματα που αφορούν την αναπαραγωγική ελευθερία του ατόμου.

2.3.2. Δικαίωμα στην υγεία

Η υγεία, τόσο ως ατομικό όσο και ως συλλογικό αγαθό, αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού για το σύνολο των ανθρώπινων κοινωνιών καθώς και για τις δημόσιες αρχές. Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί ένα εκ των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ακολουθώντας στην αξιολογική κλίμακα το αναφαίρετο δικαίωμα στη ζωή, ούτως ώστε κάθε άνθρωπος πρέπει να μπορεί να το απολαμβάνει. Επιπλέον, το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί προϋπόθεση για την άσκηση των περισσότερων συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων. Σύμφωνα με την Παγκόσμια οργάνωση Υγείας, η υγεία των γυναικών σε ορισμένα μέρη του κόσμου, επηρεάζεται σοβαρά λόγω παραγόντων όπως η ανισότητα, η έλλειψη αυτονομίας και οικονομικών πόρων των γυναικών.[183] Η σχέση μεταξύ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της υγείας είναι αμφίδρομη, καθώς η προαγωγή και η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συμβαδίζει και συμπληρώνει

εγκυμοσύνη και να αναγκαστεί ενδεχομένως να προβεί σε μία ανεπιθύμητη γι' αυτήν άμβλωση.» (*Τροκάνας Θ*., σελ. 102)

[181] *Κριάρη-Κατράνη Ισμ*., Βιοϊατρικές εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο, Εκδ. Σάκκουλας, 1994, σελ. 60

[182] Κατά τον *Βιδάλη Τ.* ωστόσο, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή θεμελιώνεται στη διάταξη 9&1Σ, με την οποία κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή. (*Βιδάλης Τ.Κ,*. Ζωή χωρίς πρόσωπο, Το Σύνταγμα και η χρήση του ανθρώπινου γενετικού υλικού, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας, 1999, σ. 93), ενώ κατά τον *Μανιτάκη Αν.* θεμέλιο του δικαιώματος στην αναπαραγωγή είναι η προσωπική ελευθερία «αφού δεν αποτελεί εκδήλωση της προσωπικότητας του ατόμου και άρα εκδήλωση κάποιας προσωπικής ιδιότητας ή σχέσης που ζητά αναγνώριση και σεβασμό από τους άλλους και την κοινωνία, αλλά έκφραση πρωταρχική της φυσικής τους ελευθερίας να υπάρχει, να κινείται και να αναπαράγεται ως άτομο και φυσικό πρόσωπο, ως βιολογική και ηθική μονάδα, που ορίζει χωρίς αδικαιολόγητους εξωτερικούς καταναγκασμούς τον εαυτό του και το σώμα του» (*Μανιτάκης Αντ*., Η νομοθετική απαγόρευση της κλωνοποίησης και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή, *σε* Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Τεχνητή γονιμοποίηση και γενετική τεχνολογία, Η ηθικονομική διάσταση, Εκδ. Σάκκουλα, 2003, σελ. 62),επ.βλ.*Κριάρη-Κατράνη Ι*.,Βιοιατρικές εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο,Συνταγματικά θέματα σχετικά με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τις εφαρμογές της γενετικής,σ.112

[183] http://www.who.int/topics/womens_health/en/

την προαγωγή και την προάσπιση της υγείας και αντίστροφα. Η προστασία της υγείας του ατόμου αποσκοπεί στη διασφάλιση και διατήρηση της ελευθερίας και της αξιοπρέπειάς του, ενώ η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ενδέχεται να συνεπάγεται σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Επιπρόσθετα, τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας συνδέονται άρρηκτα με τις τεχνολογικές εξελίξεις στη βιοτεχνολογία λαμβάνοντας ποικίλες κοινωνικές προεκτάσεις σε θέματα που σχετίζονται με την προσβασιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την ποιότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, το κόστος και την εν γένει διαχείριση των πόρων.[184]

Η νομοθεσία επιδρά καθοριστικά στη διαμόρφωση του δικαίου υγείας, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο[185]. Το δίκαιο της υγείας δέχεται, τα τελευταία έτη, συνεχείς τροποποιήσεις λόγω των κινδύνων που ανακύπτουν για την υγεία από την έμπρακτη εφαρμογή των επιτευγμάτων της σύγχρονης Ιατρικής και Τεχνολογίας. Θεσπίζονται, δε, τυπικοί και ουσιαστικοί νόμοι που οργανώνουν τις μονάδες υγείας και τον τρόπο οργάνωσης και δράσης τους, την άσκηση της Ιατρικής, την ιατρική ευθύνη, τα δικαιώματα των ασθενών και των εν γένει χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας[186].

Στο Σύνταγμα της Ελλάδος, το δικαίωμα στην υγεία εκδηλώνεται με δύο όψεις. Κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος, ως ατομικό, αμυντικό, δικαίωμα[187], που προβλέπει την υποχρέωση αποχής του Κράτους και οποιουδήποτε άλλου δημοσίου ή ιδιωτικού υποκειμένου από οποιαδήποτε συμπεριφορά που ενδέχεται να βλάψει την υγεία του ανθρώπου,[188] καθώς και από κάθε ενέργεια που περιορίζει την δυνατότητα αυτοκαθορισμού του ατόμου σε θέματα που αφορούν στην προσωπική του υγεία[189]. Ως κοινωνικό δικαίωμα, παρέχεται μέριμνα του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προστασίας της υγείας, ώστε κάθε πολίτης να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας.[190] Έτσι, περιλήφθηκε στο Σύνταγμα της Ελλάδος, στο Άρθρο 21 §3 Σ, 2001 (ΦΕΚ Α΄ 85/18-4-2001), υποχρεώνοντας το Κράτος να παρέχει στους πολίτες υπηρεσίες που προάγουν την υγεία τους και συντελούν στη διατήρηση και αποκατάσταση της.[191] Φορείς του δικαιώματος στην υγεία καθίστανται όλοι οι άνθρωποι που διαμένουν στη χώρα[192]. Αποδέκτες αυτού είναι τόσο οι δημόσιοι όσο και οι ιδιωτικοί φορείς, υπό την αρνητική του όψη, ως προς την υποχρέωση αποχής από προσβολές του, ενώ, υπό την θετική του όψη, αποδέκτης είναι η κρατική εξουσία ως προς την υποχρέωση διαμόρφωσης υποδομών για την προάσπιση του δικαιώματος.

---

[184] *Χρυσοσπάθη Σ./ Γκαράνη-Παπαδάτου Τ.,* Ανθρώπινα Δικαιώματα, Υγεία και Νοσηλευτική, Νοσηλευτική, 2006, 45(3), σσ. 345–351

[185] Το δικαίωμα της υγείας κατοχυρώνεται στον Καταστατικό Χάρτη του Π.Ο.Υ., 26-6-45 όπου αναφέρει: *«η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας, αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου άσχετα από… οικονομική ή κοινωνική κατάσταση»,* επίσης στο άρθρο 168&1 και 2 ΣΛΕΕ, καθώς και στο άρθρο 35 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στον Ευρωπαϊκό Καταστατικό Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης που η Ελλάδα επικύρωσε με το ν.1426/1984. άρθρο 1, «Δικαιώματα για την προστασία της υγείας» εκτός των άλλων αναγνωρίζει το δικαίωμα στην υγεία και ως προσωπική ευθύνη και στην Ευρωπαϊκή Ένωση με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ, 7-2-92.

[186] *Μητροσύλη, Μ.* Δίκαιο της Υγείας, 2009, σ. 69.

[187] Η αμυντική φύση του δικαιώματος στην υγεία τονίζεται ιδιαίτερα στον *Βενιζέλο Ε.*, Το αναθεωρητικό κεκτημένο. Το συνταγματικό φαινόμενο στον 21ο αιώνα και η εισφορά της αναθεώρησης του, , Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 2002, σ. 143.

[188] *Μητροσύλη Μ*., σ. 290.

[189] *Κρεμάλης Κ.,* Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, Εκδόσεις (χ.ο.), Αθήνα, 1987, σ. 175. (υποσ. 215)

[190] Ανθόπουλος Χ., Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα, ΤοΣ1993 σσ.741-783

[191] *Παπαρηγοπούλου Π*., Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σσ. 50-51.

[192] *Τσαντίλας Π*., Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, *σε Βλαχόπουλος Σ.,* Θεμελιώδη δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σ. 511.

Οι διατάξεις των άρθρων 5 παρ. 5, 7 παρ. 2 και 21 παρ. 3 του Συντάγματος, που κατοχυρώνουν το δικαίωμα στην υγεία έχουν ως εξής:

1.Κατ' άρθρον 5 παρ. 5 Σ, «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων».

2. Κατ' άρθρον 7 παρ. 2 Σ, «Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη της υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει.»

3. Κατ' άρθρον 21 παρ. 3 Σ, «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».[193] Φορείς του δικαιώματος είναι τα φυσικά πρόσωπα, και οι Έλληνες πολίτες αλλά και οι αλλοδαποί ,ενώ αποδέκτες είναι τα όργανα της κρατικής εξουσίας, κυρίως η διοίκηση και ο νομοθέτης. Σύμφωνα με όσα ορίζονται ως ανωτέρω στο Σύνταγμα, το Κράτος υποχρεούται να εξασφαλίσει τις απαιτούμενες υποδομές προκειμένου να παρέχει στους πολίτες ιατρική περίθαλψη και νοσοκομεία υπό την οργάνωση ενός όσο πιο λειτουργικού συστήματος δημόσιας υγείας, επαρκή χρηματοδότησή του, προώθηση της έρευνας και εκπαίδευσης για την προάσπιση της υγείας. Ωστόσο, αυτό δεν καθιστά την υγεία κρατικό μονοπώλιο, αφού η τελευταία δύναται να εξασφαλίζεται παρεχόμενη με ιδιωτική πρωτοβουλία[194], μέσα από ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά νοσοκομεία, κλινικές και ιδιωτικά ιατρεία.[195] Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη αδιακρίτως, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από το εθνικό σύστημα υγείας που διαρθρώνεται και οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου.

2.3.3. Το δικαίωμα του ιδιωτικού βίου κατ' άρθρον 9§1Σ

Στο άρθρο 9 παρ.1 Σ κατοχυρώνεται το απαραβίαστο της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής. Φορείς του δικαιώματος καθίστανται μόνο τα φυσικά πρόσωπα, ημεδαπά και αλλοδαπά, ενώ αποδέκτες του είναι τόσο η κρατική εξουσία εν συνόλω όσο και οι ιδιώτες. Παρά την αδιαμφισβήτητη σύνδεση του ιδιωτικού και οικογενειακού βίου του ατόμου, δεν επέρχεται απαραιτήτως ταύτιση των δύο δικαιωμάτων. Το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής κατοχυρώνεται στο άρθρο 7 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο ορίζει ότι: «Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στο σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, της κατοικίας του και των επικοινωνιών του». [196] Αποδέκτες της επιταγής του δικαιώματος είναι η

[193] Βλ. Σύνταγμα της Ελλάδος.

[194] *Παπαρηγοπούλου Π.* .σ. 52, η παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας κατωχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ.1 και στο άρθρο 22 παρ.1.

[195] *Ακριβοπούλου Χ./ Ανθόπουλος Χ.*, σ. 135.

[196] Βλ. *Ακριβοπούλου Χ./ Ανθόπουλος Χ.*, σελ 125. Αντίστοιχη διάταξη είναι και το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, το οποίο προβλέπει ότι: «1. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής του ζωής, της κατοικίας του και της αλληλογραφίας του. 2. Κατά την ενάσκηση αυτού του δικαιώματος δεν επιτρέπεται παρέμβαση δημόσιας αρχής, παρά μόνον εφόσον είναι σύμφωνη με το νόμο και είναι αναγκαίο σε μια δημοκρατική κοινωνία για λόγους εθνικής ασφάλειας, δημόσιας ασφάλειας ή οικονομικής ευημερίας της χώρας, για την αποτροπή των εκτροπών ή του εγκλήματος, για την προστασία της υγείας ή των ηθών, ή για την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών άλλων.» Παρόμοιες διατάξεις αποτελούν το άρθρο 17 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, σύμφωνα με το οποίο: «1. Κανείς δεν υπόκειται σε

κρατική αλλά και η ιδιωτική εξουσία, ως προς την υποχρέωση αποχής από προσβολές, αλλά και ως προς την υιοθέτηση πλαισίων διασφάλισης του δικαιώματος από μέρους της πρώτης. Είναι τόσο αρνητικό όσο και θετικό δικαίωμα, καθώς επιβάλλοντας την υποχρέωση αποχής από επεμβάσεις στο έννομο αγαθό, δημιουργεί για το άτομο ένα πεδίο εντός του οποίου δύναται να παραμένει ελεύθερο και ακώλυτο από οποιαδήποτε εξωγενή παρέμβαση, ενώ θεμελιώνει και την αξίωση για λήψη μέτρων εκ μέρους της πολιτείας με σκοπό την προάσπισή του.

Η ιδιωτική ζωή του ατόμου ταυτίζεται με εκείνο το πεδίο του βίου του, που περιλαμβάνει τον ίδιο, την οικογένειά του και γενικά όλες τις σχέσεις και δραστηριότητές του που εντάσσονται σε έναν στενότερο κύκλο και χαρακτηρίζονται ως πιο προσωπικές. Παρόλο που η ιδιωτική ζωή αναπτύσσεται γύρω από εκείνες τις πτυχές της ζωής του ατόμου που συνδέονται στενά με το ίδιο καθώς και με τις αυστηρά προσωπικές του σχέσεις, η έννοια της ιδιωτικής ζωής δεν πρέπει να ταυτίζεται με την έννοια της μοναχικότητας ή της απομόνωσης[197] λαμβάνοντας αρνητικό περιεχόμενο. Στο πεδίο αυτό δεν επιτρέπεται να εισχωρήσει κανένας τρίτος χωρίς την συγκατάθεση του προσώπου. Ο ιδιωτικός βίος μπορεί να γίνει ευκολότερα αντιληπτός, εφόσον τεθεί σε αντιπαραβολή με τον δημόσιο βίο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν διασταυρώνονται μεταξύ τους. Το γεγονός ότι μια κατάσταση διαδραματίζεται σε δημόσιο χώρο δεν σημαίνει ότι χάνει τις πτυχές της ιδιωτικότητάς της, στον βαθμό που οι τελευταίες σχετίζονται με την προσωπική ζωή του ανθρώπου και το αντίστροφο. Υπάρχουν καταστάσεις που σχετίζονται με το δημόσιο ενδιαφέρον, ακόμα και όταν οι τελευταίες λαμβάνουν χώρα σε ιδιωτικά πλαίσια, όπως, για παράδειγμα, η τέλεση ενός ποινικού αδικήματος. Σε κάθε περίπτωση, η ιδιωτικότητα συνεπάγεται τον αποκλεισμό της δυνατότητας κάθε τρίτου να παρέμβει σε καταστάσεις που σχετίζονται με την προσωπική ζωή ενός άλλου ανθρώπου και δεν τον αφορούν στην βάση μιας σχέσης αλληλεπίδρασης.

Ως εκ των ανωτέρω, η επιλογή της γυναίκας αναφορικά με το ζήτημα του αν θα γίνει, ή όχι, μητέρα επιλέγοντας, ή όχι, την τεχνητή διακοπή της κύησης εμπίπτει στο κανονιστικό πεδίο αυτής της συνταγματικής διάταξης, καθώς αφορά τον στενό ιδιωτικό της βίο. Η προστασία της οικογενειακής ζωής διασφαλίζει μια αμυντική κατοχύρωση της ανάπτυξης των σχέσεων οικειότητας του ατόμου, εντός του πλαισίου εμπιστοσύνης και των επιμέρους επιλογών του όπως αυτές ξεδιπλώνονται στο εσωτερικό της οικογένειάς του, όπως, για παράδειγμα, ο τρόπος διαχείρισης του οικογενειακού προγραμματισμού. Η αρνητική πλευρά της προστασίας της οικογενειακής ζωής συνεπάγεται ότι δεν καθίσταται δυνατή οποιασδήποτε φύσης παρέμβαση στο εσωτερικό της, όπως, για παράδειγμα, κρατικός προγραμματισμός της αναπαραγωγής εντός του θεσμού της οικογένειας, χωρίς να αποκλείεται η δυνατότητα επιβολής περιορισμών, υπό την αίρεση ότι εξυπηρετείται υπέρτερος σκοπός δημοσίου συμφέροντος και τηρούνται οι

αυθαίρετες ή παράνομες παρενοχλήσεις της ιδιωτικής του ζωής, της οικογένειας, της κατοικίας ή της αλληλογραφίας του ούτε σε παράνομες προσβολές της τιμής και της υπόληψής του. 2. Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα προστασίας από το νόμο έναντι τέτοιων παρενοχλήσεων ή προσβολών» και το άρθρο 12 της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, βάσει του οποίου «Κανείς δεν επιτρέπεται να υποστεί αυθαίρετες επεμβάσεις στην ιδιωτική του ζωή, την οικογένεια, την κατοικία ή την αλληλογραφία του ούτε προσβολές της τιμής και της υπόληψής του. 2. Καθένας έχει το δικαίωμα να τον προστατεύουν οι νόμοι από επεμβάσεις και προσβολές τέτοιου είδους.»

[197] *Λαζαράκος Γ.,* Ο ιδιωτικός βίος, η προστασία προσωπικών δεδομένων και το απόρρητο της επικοινωνίας, σε *Βλαχόπουλος Σ.,* Θεμελιώδη δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σ. 234.

προϋποθέσεις που προβλέπει ο νόμος αναφορικά με την επιβολή περιορισμών σε συνταγματικά δικαιώματα.[198]

2.4. Το ερώτημα σχετικά με την ύπαρξη συνταγματικού δικαιώματος στην άμβλωση

Το δικαίωμα στην άμβλωση δεν αναγνωρίζεται ρητά από το ελληνικό Σύνταγμα. Αναφορικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης, τα δικαιώματα που σχετίζονται με το πρόσωπο της γυναίκας και τα οποία κατοχυρώνονται συνταγματικά είναι η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητάς της (άρθρο 5 παρ.1 Σ), εκ της οποίας, δυνάμει όσων προαναφέρθηκαν, απορρέει η δυνατότητα αυτοκαθορισμού και το δικαίωμα της αναπαραγωγής. Παράλληλα, η γυναίκα είναι φορέας των συνταγματικών δικαιωμάτων της ζωής και της υγείας (αρ.5 παρ.2 Σ, 5 παρ.5 Σ και 7 παρ.2 Σ), ενώ στο πρόσωπό της συντρέχει και η εφαρμογή του άρθρου για την προστασία της ιδιωτικής ζωής (αρ.9 παρ.1 Σ). Από την άλλη πλευρά, τίθεται προβληματισμός σχετικά με το αν το έμβρυο είναι φορέας του δικαιώματος της ζωής, και αν ναι, πώς εξομαλύνεται η σύγκρουση που επέρχεται μεταξύ του δικαιώματος της γυναίκας προς άμβλωση και του δικαιώματος της ζωής του εμβρύου. Αξιοσημείωτο αποτελεί ότι, στη συνταγματική θεωρία, η έννοια της σύγκρουσης είναι αμφιλεγόμενη. Υποστηρίζεται πως οι συγκρούσεις μεταξύ δικαιωμάτων είναι πλασματικές, καθώς δύο δικαιώματα δεν «συγκρούονται» μεταξύ τους αλλά αυτό που συμβαίνει είναι η προσβολή ενός δικαιώματος από μία πρακτική που τελείται κατ' επίκληση ενός άλλου δικαιώματος, η κανονιστική εμβέλεια του οποίου ωστόσο δεν υφίσταται στην περίπτωση αυτή. Σε κάθε περίπτωση, εφόσον γίνει δεκτό ότι το έμβρυο είναι και αυτό φορέας δικαιώματος, η αρχή της πρακτικής εναρμόνισης[199] εξισορροπεί τα δύο «συγκρουόμενα» δικαιώματα, βάσει τήρησης της αρχής της αναλογικότητας και δυνάμει αποφυγής εκμηδένισης ενός εκ των τα δύο.

[198] Όπως η τήρηση της αρχής της αναλογικότητας και η μη προσβολή του πυρήνα του δικαιώματος. Βλ. *Βλαχόπουλος Σ.,* σ. 25

[199] *Οπ.Βλαχόπουλος Σ.* , σ. 24

2.4.1. Η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και ο ιδιωτικός βίος της γυναίκας

Η γυναίκα, εντός των ορίων που χαράσσονται εκ του δικαιώματος ανάπτυξης της προσωπικότητάς της και του ιδιωτικού της βίου, είναι ελεύθερη να αποφασίζει για τη διαχείριση του σώματός της[200] και, εφόσον παρέχεται ιατρική δυνατότητα τεχνητής διακοπής της κύησης, να κάνει επιλεκτική χρήση της διαδικασίας αυτής, χωρίς να εξαναγκάζεται να υποστεί ακούσια μία εγκυμοσύνη και χωρίς να επιφορτίζεται με την μετέπειτα ανατροφή του ανεπιθύμητου τέκνου[201]. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι το άρθρο 5 παρ.2 Σ οριοθετείται από τα δικαιώματα των τρίτων, ενώ οι συνταγματικές διατάξεις είναι μεταξύ τους τυπικά ισοδύναμες, με αποτέλεσμα να χρήζει επιτακτικής απάντησης το ερώτημα γύρω από την έννομη θέση του κυοφορούμενου και αν αυτό είναι φορέας συνταγματικών δικαιωμάτων. Παράλληλα, πρέπει να υπογραμμισθεί πως κατά την εναρμόνιση των δικαιωμάτων της γυναίκας και του εμβρύου με το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, συντρέχει και το δικαίωμα της γυναίκας στον ιδιωτικό βίο. Παρόλο που το κυοφορούμενο είναι φορέας της ανθρώπινης ζωής, ωστόσο, το συνταγματικό δικαίωμα της ζωής αναγνωρίζεται σε όσους φέρουν την ιδιότητα του προσώπου, ιδιότητα που, ως προελέχθη, αποκτάται από τον τοκετό[202] και εφεξής, ως απόρροια οντολογικής αυτοτέλειας και δυνατότητας για αυτοτελή ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Κρίσιμο είναι το ερώτημα αν κατά τη διάρκεια της κύησης, και αν ναι, σε ποιο στάδιο αυτής, προσιδιάζει το κυοφορούμενο στο νεογνό, οπότε και αναλογικά θα αξίωνε την σχετική συνταγματική προστασία. Η ιατρική επιστήμη συμβάλλει στην επίλυση του ζητήματος αυτού μέσα από τα δεδομένα που αποκομίζει για την εμβρυική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της κύησης. Κατά τις πρώτες εβδομάδες κύησης, και πριν ακόμα το έμβρυο αναπτύξει τα βασικά ζωτικά του όργανα, η προστασία του κυοφορούμενου είναι μηδαμινή, καθώς δεν φέρει τα στοιχεία του προσώπου. Στο στάδιο αυτό, το οποίο ο ποινικός κώδικας οριοθετεί έως τις δώδεκα εβδομάδες,[203] η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας της γυναίκας, η ελευθερία αυτοδιάθεσης και αναπαραγωγής καθώς και το δικαίωμα προστασίας του ιδιωτικού της βίου καθιστούν αδιαμφισβήτητη την δυνατότητα επιλογής για τεχνητή διακοπή της κύησης.[204]

[200] *Τροκάνας Θ.,* σ.103
[201] *Μάλλιος Ευ*., Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, *σε* ΔτΑ, Ν73/2017, σ. 562
[202] *Αρχοντάκη Α.,* Το δικαίωμα στη ζωή σε *Βλαχόπουλο Σ.,* σ.104
[203] 304 &4α ΠΚ
[204] *Κατρούγκαλος Γ.,* σ. 68

2.4.2. Το δικαίωμα της ζωής και της υγείας της γυναίκας και το δικαίωμα της ζωής του εμβρύου

Κατά το χρονικό διάστημα που το έμβρυο έχει πλέον σχηματίσει όλα τα ζωτικά του όργανα, στη μικρότερη δυνατή τους ανάπτυξη, αλλά και μετέπειτα, όταν είναι πλέον βιώσιμο, το δικαίωμα της ζωής του υποχωρεί όταν προσκρούει με το δικαίωμα ζωής ή υγείας της εγκύου. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται στάθμιση και προσπάθεια εναρμόνισης ανάμεσα στα συνταγματικά δικαιώματα γυναίκας και εμβρύου. Όταν, όμως, η ζωή ή η υγεία της εγκύου δεν μπορούν να διασωθούν με λιγότερο επαχθή μέσα, τότε τα δικαιώματά της ως ολοκληρωμένου ανθρώπου υπερτερούν του δικαιώματος ζωής του εμβρύου και η άμβλωση επιτρέπεται, χωρίς να θίγεται η αρχή της αναλογικότητας. Η θεραπευτική διακοπή της κύησης που στοχεύει στην προστασία της υγείας και την εν γένει ζωής της εγκύου είναι η μόνη χαρακτηριστική περίπτωση κατάστασης ανάγκης, κατά την οποία η άμβλωση επιτρέπεται ανεξάρτητα από το στάδιο ανάπτυξης και τη βιωσιμότητα του κυοφορούμενου. Όταν απειλείται η ζωή ή η υγεία της εγκύου, ο νομοθέτης δίδει το προβάδισμα στα έννομα αγαθά της γυναίκας και καθιστά επιτρεπτή την άμβλωση, καθόσον η γυναίκα αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πρόσωπο.[205]

Η ιατρική ένδειξη αφορά τις καταστάσεις κατά τις οποίες η εγκυμοσύνη προκαλεί κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία της εγκύου. Ως παράδειγμα, παρατίθεται νομολογιακά η ΕφΑθ 1397/1997 απόφαση, η οποία δέχθηκε την αναγκαιότητα της τεχνητής διακοπής της κύησης λόγω πρώιμης ρήξης θυλακίου, διότι σύμφωνα με τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης ενυπάρχει κίνδυνος βαριάς λοίμωξης της εγκύου, σε περίπτωση συνέχισης της κύησης.[206]

Καταληκτικά παρατηρείται ότι στα πλαίσια του συνταγματικού δικαίου τα δικαιώματα της γυναίκας εναρμονίζονται με την προστασία που αναγνωρίζεται στο κυοφορούμενο έμβρυο μέσω μιας συλλογιστικής που στηρίζεται σε αξιολογικές κρίσεις τις οποίες συνθέτουν ο συγκερασμός νομικών αξιωμάτων και ιατρικών επιστημονικών δεδομένων. Η τεχνητή διακοπή της κύησης αποτελεί δικαίωμα της γυναίκας στα πλαίσια της ελεύθερης αυτοδιάθεσης του σώματος της, όμως δεν είναι απεριόριστο. Οριοθετείται από την προστασία που πρέπει να αποδοθεί στο έμβρυο, όταν η ανάπτυξή του έχει υπερβεί το στάδιο της υποτυπώδους οργανογένεσης και προσεγγίζει τη βιωσιμότητα. Η συλλογιστική αυτή αποτυπώνεται στην ποινική νομοθεσία, καθώς ο ποινικός νομοθέτης προστατεύει το έμβρυο στα πλαίσια της ποινικής προστασίας από προσβολές κατά της ανθρώπινης ζωής. Έκδηλη ωστόσο, είναι η εναρμόνιση της προστασίας αυτής με την έννομη προστασία που αναγνωρίζεται στη γυναίκα μέσω εξαιρέσεων, όπως θα αναδειχθεί στα επόμενα κεφάλαια.

[205] 304 παρ.4γ εδ. δεύτερο ΠΚ
[206] *Χαραλαμπάκης Αρ.,* Ιατρική Ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές προεκτάσεις,εκδ. Σάκκουλα Π.Ν. 2016 σσ. 155-156.

2.5. Η έννομη θέση του άνδρα στην άμβλωση

Προβληματισμό εγείρει η έννομη θέση και τα δικαιώματα του άνδρα κατά την τεχνητή διακοπή της κύησης. Ο Ποινικός Κώδικας δεν αναφέρεται καθόλου στον άνδρα ούτε προβλέπει την απαιτούμενη συναίνεσή του για να διεξαχθεί η άμβλωση. Η λήψη της επίμαχης απόφασης βαρύνει αποκλειστικά την γυναίκα[207]. Αν αναλογιστεί κανείς ότι το ζυγωτό κύτταρο προέρχεται όχι μόνο από το γενετικό υλικό της γυναίκας αλλά και από αυτό του άνδρα, εύλογα γεννάται το ερώτημα που σχετίζεται με το τι πρέπει να γίνει, όταν ο βιολογικός πατέρας διαφωνεί με την απόφαση της γυναίκας, είτε η τελευταία επιθυμεί να προβεί σε άμβλωση είτε όχι.

Ειδικότερα, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή ως έκφανση του δικαιώματος ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρ. 5 παρ.1Σ) αποτελεί δικαίωμα που αναγνωρίζεται και στον άνδρα. Όπως προαναφέρθηκε, στη θετική του μορφή, το εν λόγω δικαίωμα αφορά στη δυνατότητα του ανθρώπου να αποκτήσει φυσικούς απογόνους, ενώ, στην αρνητική του μορφή, συνίσταται στο ακριβώς αντίθετο, δηλαδή στην επιλογή για μη αναπαραγωγή. Εύλογα γεννάται, λοιπόν, το ερώτημα, εάν η βούληση του άνδρα να γίνει γονιός και να γεννηθεί το κυοφορούμενο θα μπορούσε να υπερισχύσει της αντίθετης βούλησης της γυναίκας, ώστε η τελευταία να παρεμποδιστεί να προβεί σε διακοπή της κύησης και να εξαναγκαστεί να φέρει στον κόσμο το κυοφορούμενο. Παρόλο που τα δικαιώματα του άνδρα και της γυναίκας στην αναπαραγωγή είναι εξίσου συνταγματικά κατοχυρωμένα και παρά την κατοχύρωση του συνταγματικού δικαιώματος της ισότητας (άρθρ.4 παρ.2Σ), όταν ανακύπτει διαφωνία ανάμεσά τους ως προς την τύχη της κύησης, είναι αδύνατο να ικανοποιηθούν σύμμετρα ταυτόχρονα και τα δύο. Στην περίπτωση αυτή, το δικαίωμα της γυναίκας υπερισχύει έναντι αυτού του ανδρός, εξαιτίας της εκ των πραγμάτων μεγαλύτερης συμμετοχής της γυναίκας στην διαδικασία της αναπαραγωγής. Αν συνέβαινε το αντίθετο, θα προσβαλλόταν βάναυσα και κατά τρόπο ανεπίτρεπτο η ελευθερία της γυναίκας στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς της και τον αυτοκαθορισμό της. Η ίδια θα εξαναγκαζόταν να κυοφορήσει και θα μετατρεπόταν σε μέσο αναπαραγωγής, χάνοντας έτσι την ανθρώπινη αξία και αξιοπρέπειά της.[208] Σε περίπτωση σύγκρουσης, το δικαίωμα του άνδρα είναι αυτό που εν τέλει θα περιοριστεί, χωρίς ο τελευταίος να μπορεί να αρνηθεί την τέλεση τεχνητής διακοπής της κύησης, όπως δεν δύναται να αντιταχθεί ούτε στη γέννηση ενός τέκνου που δεν επιθυμεί, όταν η γυναίκα επιθυμεί την εγκυμοσύνη και ο άνδρας όχι.[209] Έπειτα, αξίζει να εξεταστεί το δικαίωμα της αναπαραγωγής στα πλαίσια της έγγαμης συμβίωσης, η οποία προστατεύεται από το Σύνταγμα ως ιδρυτική της οικογένειας πράξη[210] και κατοχυρώνεται ως θεσμός του αστικού δικαίου, από τον οποίο απορρέουν έννομα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Όταν το δικαίωμα της αναπαραγωγής εκφράζεται μέσα από τις δύο αντίθετες όψεις του μεταξύ των συζύγων, με τον ένα να επιθυμεί να γίνει γονιός και τον άλλο όχι, γεννάται το ερώτημα, αν στα πλαίσια του γάμου υπάρχει υποχρέωση τεκνοποιίας. Κατά τη μία άποψη, η υποχρέωση τεκνοποιίας επιβάλλεται από την έγγαμη

---

[207] *Παπαδοπούλου Δώρα*, Ειδικά Θέματα Βιοηθικής, ΣΕΑΒ, 2015 σ.75.

[208] *Λιούρδη Α.,Ιατρική ποινική ευθύνη, σ.135, Παναγοπούλου Κουτνατζή Φερενίκη*, Η θεσμική διαδρομής της άμβλωσης , σ. 104.

[209] Αξίζει να σημειωθεί πως τα δικαιώματα του άνδρα συρρικνώνονται απέναντι στα δικαιώματα της κυοφορούσης γυναίκας, δε συμβαίνει το ίδιο όμως στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και στην τεχνητή γονιμοποίηση, όπου η συναίνεση του άνδρα είναι απαραίτητη. βλ. *Βιδάλης Τ.*, Η συνταγματική διάσταση της εξουσίας στο γάμο και στην οικογένεια. Ατομικές ελευθερίες και θεσμικοί μετασχηματισμοί, εκδ. Σάκκουλας Α.,1996, σ. 340.

[210] *Άρθρο 21 Σ: «*Η οικογένεια ως θεμέλιο της συντήρησης και προαγωγής του Έθνους, καθώς και ο γάμος, η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους. Το Κράτος μεριμνά για τη διασφάλιση συνθηκών αξιοπρεπούς διαβίωσης όλων των πολιτών μέσω ενός συστήματος ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος, όπως νόμος ορίζει (..)»

συμβίωση[211], και αν ο ένας σύζυγος αρνείται, ο άλλος μπορεί να ασκήσει αγωγή διαζυγίου λόγω ισχυρού κλονισμού. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η υποχρέωση τεκνοποιίας συνιστά συστατικό στοιχείο του θεσμού του γάμου, με αποτέλεσμα η υποχρέωση για τεκνοποίηση να υφίσταται ακόμα και αν δεν υπάρχει ρητή συμφωνία πριν το γάμο για την απόκτηση τέκνων, τον επιθυμητό αριθμό τους και τις λεπτομέρειες ανατροφής τους.

Ωστόσο, η άποψη αυτή, δύσκολα μπορεί να θεωρηθεί ευσταθής, υπό το πρίσμα του συνταγματικού δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας. Η απόφαση για τεκνοποιία ή όχι, άπτεται της ανάπτυξης της προσωπικότητας κάθε συζύγου και σε αυτήν συμβάλλουν οι ιδιαίτερες συνθήκες υπό τις οποίες τελεί, ανά πάσα στιγμή, οικονομικά, συναισθηματικά και κοινωνικά, ανεξαρτήτως του γεγονότος ότι είναι έγγαμος. Αποτέλεσμα της οπτικής αυτής αποτελεί και το γεγονός ότι, και μέσα στον θεσμό του γάμου, κανείς δεν μπορεί να εξαναγκασθεί σε τεκνοποίηση ή το αντίστροφο[212], πόσο μάλλον η γυναίκα, που εκ της φυσικής της θέσεως είναι υποχρεωμένη να διέλθει μία εξαιρετικά επιβαρυντική για την υγεία της διαδικασία. Η συζυγική σχέση είναι ισότιμη και διέπεται από τον σεβασμό στην ιδιωτική αυτονομία των συζύγων. Σε περίπτωση που υπάρξει ασυμφωνία ως προς την απόκτηση, ή μη, τέκνων, το γεγονός αυτό δικαιολογεί τον ισχυρό κλονισμό της σχέσης και ένα πιθανό διαζύγιο, όχι όμως τη δυνατότητα εξαναγκασμού ενός εκ των συζύγων να τεκνοποιήσει ή όχι, με τη θέση της γυναίκας να υπερτερεί λόγω της ιδιάζουσας στην διαδικασία της αναπαραγωγής θέσης της.[213] Επομένως, η τεκνοποιία δεν επιβάλλεται από την έγγαμη συμβίωση, καθόσον συνιστά ζήτημα συναπόφασης μεταξύ των συζύγων, χωρίς, όμως, να καταλύεται το δικαίωμα της γυναίκας για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς της σε περίπτωση έλλειψης ομοφωνίας.[214] Μέσα από τη νομολογία του ΕΔΔΑ σε σχέση με τα δικαιώματα του άνδρα ή συζύγου ως προς την τεχνητή διακοπή κύησης, χαρακτηριστική είναι η απόφαση Robert Hercz κατά Νορβηγίας. [215]

---

[211] *Άρθρο 1386 ΑΚ*: «Ο γάμος παράγει για τους συζύγους αμοιβαία υποχρέωση για συμβίωση, εφόσον η σχετική αξίωση δεν αποτελεί κατάχρηση δικαιώματος.»

[212] *Τροκάνας Θ.*, σελ.116

[213] *Κοτζάμπαση Αθηνά*, Ισότητα των φύλων και ιδιωτική αυτονομία στις οικογενειακές σχέσεις, Εκδ. Σάκκουλα, 2011, σελ. 104

[214] Άρθρο 1387 ΑΚ: «Οι σύζυγοι αποφασίζουν από κοινού για κάθε θέμα του συζυγικού βίου. Αν ο ένας από τους συζύγους βρίσκεται σε φυσική ή νομική αδυναμία, αποφασίζει μόνος του ο άλλος. Η ρύθμιση από τους συζύγους του κοινού τους βίου πρέπει να μην εμποδίζει την επαγγελματική και την υπόλοιπη δραστηριότητα του καθενός από αυτούς και να μην παραβιάζει τη σφαίρα της προσωπικότητάς του.»

[215] Ως προς το ιστορικό της υπόθεσης Robert Hercz κατά Νορβηγίας, (19.5.1992), ο πατέρας εναντιωνόταν στη διακοπή της κύησης, η οποία ωστόσο δρομολογούνταν για λόγους σχετιζόμενους με την υγεία της γυναίκας. Παρά το γεγονός ότι το ζευγάρι δεν είχε συνάψει γάμο ,ο άνδρας είχε συμφωνήσει να αναλάβει την ανατροφή του τέκνου μετά τη γέννησή του. Η γυναίκα όμως αποφάσισε να προβεί σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης. Το Δικαστήριο απέφυγε να τοποθετηθεί ρητά ως προς το αν η αγέννητη ζωή προστατεύεται υπό το άρθρο 2 ΕΣΔΑ τηρώντας την πάγια στάση του στο συγκεκριμένο ζήτημα να δίδει το προβάδισμα στις εθνικές νομοθεσίες. Η κρίση του Δικαστηρίου στηρίχθηκε στην απόρριψη του ισχυρισμού του προσφεύγοντος ότι ο πόνος που προκαλείται κατά την άμβλωση στο έμβρυο αποτελεί προσβολή του άρθρου 3 ΕΣΔΑ. Ο ισχυρισμός αυτός απερρίφθη ελλείψει αποδείξεων. Παρόμοια απόφαση είναι η Χ (W.Paton) κατά Ηνωμένου Βασιλείου(1980), βλ.*Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη,* σελ. 115. Επίσης βλ. στην υπόθεση Boso κατά Ιταλίας (2002), ο προσφεύγων άσκησε αγωγή κατά της συζύγου του στο δικαστήριο του San Donà di Piave, ζητώντας αποζημίωση για την παραβίαση των δικαιωμάτων του ως δυνητικού πατέρα και του δικαιώματος του αγέννητου παιδιού στη ζωή. Ο προσφεύγων αμφισβήτησε περαιτέρω τη συνταγματικότητα του Νόμου αρ. 194 του 1978, υποστηρίζοντας ότι παραβίαζε την αρχή της ισότητας μεταξύ των συζύγων, όπως κατοχυρώνεται στα άρθρα 29 και 30 του ιταλικού Συντάγματος, καθώς άφησε εξ ολοκλήρου στη μητέρα να αποφασίσει αν θα κάνει έκτρωση και δεν έλαβε υπόψη τις επιθυμίες του πατέρα.Το Δικαστήριο θεώρησε ότι οποιαδήποτε ερμηνεία των δυνητικών δικαιωμάτων του πατέρα σύμφωνα με το άρθρο 8 της Σύμβασης όταν η μητέρα σκοπεύει να διακόψει την κύηση θα πρέπει πρωτίστως να λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματά της καθώς είναι το πρόσωπο που αφορά κυρίως η συνέχιση ή ο τερματισμός της. βλ. *http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-23338* Στη

2.6. Συμπέρασμα

Με τη διαμόρφωση των βασικών ζωτικών οργάνων του εμβρύου, αυτό πλέον αποτελεί έναν άνθρωπο «μινιατούρα» στη μικρότερή του εκδοχή, οπότε και η ζωή του τίθεται υπό την προστασία του νόμου, στο πλαίσιο της εναρμόνισης αυτού με τα δικαιώματα της γυναίκας. Η προστασία του εμβρύου υπό τα άρθρα 5 παρ.2 Σ και 2Σ διαβαθμίζεται ανάλογα με τη βιωσιμότητά του, δηλαδή τη δυνατότητά του να επιβιώσει πλέον έξω από το γυναικείο σώμα σε συνδυασμό με το γεγονός ότι παρουσιάζει ομοιότητες με ένα νεογνό. Η επιθυμία της γυναίκας να προβεί σε διακοπή της κύησης στο στάδιο αυτό φέρει στο προσκήνιο τη σύγκρουση που λαμβάνει χώρα μεταξύ προστασίας της εξελισσόμενης ζωής του εμβρύου και της ελευθερίας αυτοπροσδιορισμού της. Η άμβλωση στο στάδιο αυτό δεν επιτρέπεται απεριόριστα, καθώς η ελευθερία της γυναίκας δεν αποτελεί επαρκές θεμέλιο για τη συρρίκνωση της προστασίας του εμβρύου, το οποίο αναπτύσσεται προσεγγίζοντας το σημείο της βιωσιμότητας. Επιπροσθέτως, στα πλαίσια της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της αναπαραγωγής της εγκύου, η τεχνητή διακοπή της κύησης καθίσταται επιτρεπτή στην περίπτωση που επέλθει διάγνωση για παθολογικό νεογνό. Το δικαίωμα ζωής του εμβρύου, ακόμη και όταν το τελευταίο είναι βιώσιμο με την πρόοδο της εγκυμοσύνης, συγκρούεται με το δικαίωμα ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας της γυναίκας αλλά υποχωρεί ενώπιον του τελευταίου.[216] Μία ακόμη περίπτωση κατά την οποία το δικαίωμα της ζωής του εμβρύου υποχωρεί μπροστά στο δικαίωμα της γυναίκας προς αυτοδιάθεση υφίσταται όταν η εγκυμοσύνη αποτελεί προϊόν ποινικά άδικης πράξης εις βάρος της γυναίκας, όπως, για παράδειγμα, αποτελεί ο βιασμός, η αποπλάνηση ή η αιμομιξία,[217] όπου η ελευθερία και η αυτοδιάθεση της γυναίκας έχουν ήδη προσβληθεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε και ο εξαναγκασμός σε μη διακοπή της ανεπιθύμητης κύησης θα συνιστούσε πρόσθετη προσβολή στα συνταγματικώς κατοχυρωμένα δικαιώματά της.

διεθνή νομολογία, στην απόφαση Missouri v. Danford, 428 U.S.(1976), το Ανώτατο Δικαστήριο των Η.Π.Α. έκρινε αντισυνταγματική την απαίτηση του συζύγου να ασκήσει βέτο σε άμβλωση κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου , στη βάση του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος της γυναίκας στην αυτοδιάθεση.βλ. *Abboud J. Carolina,* Planned Parenthood v. Danforth (1976) στο *Embryo Project Encyclopedia,2017* http://embryo.asu.edu/handle/10776/13013.

[216] 304§4γ εδ.α ΠΚ

[217] 304§4β ΠΚ

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η συμβολή της Εμβρυολογίας στην έννομη θέση του εμβρύου

3.1. Προβληματική περί χρονικού σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής

3.1.1. Διάκριση χρονικού σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής

Στο άρθρο 5 και 2 του Συντάγματος[218] προβλέπεται η προστασία του δικαιώματος της ζωής χωρίς διακρίσεις και ο προβληματισμός που τίθεται σε σχέση με το κυοφορούμενο συνίσταται στη δυνατότητα, ή όχι, υπαγωγής του στο κανονιστικό πεδίο της διάταξης αυτής. Η πρώτη προσέγγιση θέτει ως θεμέλιο της όλης προβληματικής το χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής βιολογικά και κατά πόσον ο νομοθέτης δεσμεύεται από αυτό. Τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης[219] θέτουν τη βάση του προβληματισμού, χωρίς, όμως, να αίρονται οι αμφιβολίες για το θεμιτό, ή όχι, της χρήσης καθαρά βιολογικών ή κοινωνικών κριτηρίων για τον προσδιορισμό αυτό.

Ειδικότερα, η πρώτη άποψη θέτει το χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής στη σύλληψη του κυοφορούμενου. Με βάση τα ιατρικά δεδομένα, κατά τη γονιμοποίηση, τα χρωμοσώματα που περιέχονται στο σπερματοζωάριο και εκείνα που περιέχονται στο ωάριο ενώνονται μέσα σε μία χρονική περίοδο 24 ωρών, ώστε σχηματίζουν το πρώτο κύτταρο του

[218] «Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο.»

[219] Κατά τον Δημητρόπουλο Α.: «με βάση τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης θα καθοριστεί το χρονικό σημείο έναρξης και λήξης της ανθρώπινης ζωής» (*Δημητρόπουλος Α.,* Συνταγματικά Δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλας, 2008, σ. 388)

ανθρώπου, το ζυγωτό, από τις μετέπειτα διαιρέσεις, του οποίου δημιουργείται ο οργανισμός του εμβρύου.[220] Κατά τη γονιμοποίηση[221], σχηματίζεται η γενετική σύνθεση των ανθρώπων[222].

Παρότι ένας ζυγώτης είναι γενετικά μοναδικός από τη στιγμή που έχει σχηματιστεί ένας διπλοειδής οργανισμός, είναι δυνατόν να χωριστεί σε δύο ή περισσότερους ζυγώτες μέχρι και δεκατέσσερις ή δεκαπέντε ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Επειδή, λοιπόν, εντός αυτού του χρονικού διαστήματος, δεν είναι βέβαιο αν θα αναπτυχθεί ένα ή παραπάνω έμβρυα, γίνεται κατανοητό ότι η ανθρώπινη ζωή δεν ξεκινά για την ιατρική επιστήμη με την γονιμοποίηση. Ωστόσο, στο στάδιο αυτό, η ανθρώπινη ύπαρξη είναι κυτταρική, το ζυγωτό δεν είναι εμφυτευμένο στη μήτρα,[223] τα όργανά του δεν είναι καν διαμορφωμένα και το τελευταίο χαρακτηρίζεται ως προ-έμβρυο[224]. Σε αυτό το πολύ πρώιμο στάδιο κατά το οποίο δεν έχει καν πραγματοποιηθεί η εμφύτευση και η σύνδεση του ζυγωτού με το γυναικείο σώμα, η κύηση δεν έχει ακόμα ξεκινήσει, κατά τρόπο που καθίσταται επισφαλές να τοποθετείται η έναρξη της ανθρώπινης ζωής κατά τη σύλληψη.[225,226] Επομένως, έως και τη στιγμή της εμφύτευσης, το έμβρυο δεν υφίσταται ως αντικείμενο ποινικής προστασίας.

---

[220] Η γονιμοποίηση πραγματοποιείται συνήθως εντός μίας ημέρας από τη σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί να συμβεί έως και έξι ημέρες αργότερα. «Στο χρονικό διάστημα των τριών πρώτων ημερών μετά τη γονιμοποίηση, συμβαίνουν διαδοχικές διαιρέσεις του αρχικού ζυγωτού κυττάρου και τα κύτταρα που παράγονται ονομάζονται βλαστομέρη. Τα βλαστομέρη αυτοπολλαπλασιάζονται και μπορούν να δώσουν οποιονδήποτε τύπο κυττάρων, απαραίτητων για την ανάπτυξη του εμβρύου (π.χ. πλακούντα). Ο ζυγώτης δηλαδή ο εν εξελίξει οργανισμός σε αυτό το στάδιο αποτελείται από οκτώ βλαστομερή, ενώ στην επόμενη κυτταρική διαίρεση, ο ζυγώτης πλέον αποτελείται από δεκάξι κύτταρα .Στο στάδιο αυτό εισέρχεται στην μήτρα όπου συνεχίζονται οι κυτταρικές διαιρέσεις για τις επόμενες τέσσερις μέρες. Στη διάρκεια αυτών των ημερών παρατηρείται μια αλλαγή στη μορφολογία του καθώς αρχίζει να σχηματίζεται μια κοιλότητα, η βλαστοκύλη και ο ζυγώτης μετέρχεται στο στάδιο της βλαστοκύστης που παραμένει ελεύθερη μέσα στην κοιλότητα της μήτρας για μερικές ημέρες, εώς ότου βρει το καταλληλότερο σημείο εμφύτευσης. Το πρώτο γεγονός κυτταρικής διαφοροποίησης σηματοδοτείται από τη διάβρωση των τοιχωμάτων της μήτρας, προετοιμάζοντας τη θέση εμφύτευσης της βλαστοκύστης. Η μορφολογική αυτή αλλαγή καθώς τα περιφερειακά κύτταρα της τροφοβλάστης θα δώσουν μέρος του πλακούντα ενώ τα κύτταρα της εσωτερικής κυτταρικής μάζας παραμένουν πλήρως αδιαφοροποίητα, και μπορούν να δώσουν όλους τους κυτταρικούς τύπους εκτός από τις μεμβράνες και τους ιστούς που χρειάζονται για να υποστηρίξουν την ανάπτυξη του εμβρύου. Μετά την ολοκλήρωση της εμφύτευσης ο ζυγώτης ονομάζεται έμβρυο. Στο στάδιο αυτό ακολουθεί εντατικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων της τροφοβλάστης που συνοδεύεται από τη δημιουργία του πλακούντα και των άλλων μεμβρανών που περιβάλλουν και τροφοδοτούν τα κύτταρα της βλαστοκύλης.» βλ.*Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Θέσεις για σύγχρονα προβλήματα, επιμ. Δρακοπούλου Μαριάννα, Εθνικό Τυπογραφείο, 2008, σ.49

[221] *Downs Karen M*. Controversies in Science, Embryological Origins of the Human Individual DNA and cell biology τόμ. 27, τευχ. 1, 2008 σε Liebert Mary Ann, Inc. σσ. 3–7

[222] *Psychological Development and Early Childhood*. από *Oates John, / Wood Clare & Grayson Andrew*. Εκδ. Blackwell, 2005, σ.217

[223] Kurjak A. et al, The ethical concept of the fetus as a patient and the beginning of human life, Periodicum Biologorum, 2009, Period biol, Τόμος 111, No. 3,σ.342

[224] *Αρχοντάκη Α.,* Το δικαίωμα στη ζωή σε *Βλαχόπουλος Σ*., Θεμελιώδη δικαιώματα, , σ. 94

[225] Παλαιότερα, γινόταν δεκτό ότι το έμβρυο, ως αντικείμενο προστασίας, αρχίζει να υπάρχει ήδη από τη στιγμή της γονιμοποίησης. Αργότερα, το χρονικό σημείο έναρξης της ποινικής προστασίας μεταφέρθηκε στο χρόνο της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα , που πραγματοποιείται περίπου δεκατέσσερις ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Τα σκεπτικό της άποψης αυτής στηρίζεται στο γεγονός ότι αν το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτευθεί στη μήτρα, τότε συνδέεται οργανικά με το μητρικό σώμα και όχι από τη στιγμή της γονιμοποίησης. Επιπλέον πριν από το χρονικό εκείνο σημείο υπάρχει πάντα η πιθανότητα αποβολής του γονιμοποιημένου ωαρίου.΄΄(*Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ,* Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική βιβλιοθήκη, 3η έκδοση, σ. 78)

[226] Αξίζει να σημειωθεί ότι οι απόψεις αυτές αφορούν το ωάριο που γονιμοποιείται μέσα στο γυναικείο σώμα (in vivo έμβρυο) και όχι το γονιμοποιημένο ωάριο που βρίσκεται εκτός του γυναικείου σώματος, ενώ στα πλαίσια της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (έμβρυο in vitro), το οποίο προστατεύεται ποινικά ήδη πριν την εμφύτευση. Βλ. (*Συμεωνίδου- Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σ.78)

Με την εμφύτευση[227] του ζυγωτού στη γυναικεία μήτρα κατά τη δέκατη τέταρτη ημέρα μετά τη γονιμοποίηση, θεωρείται ότι ξεκινά η κύηση, οπότε και αναγνωρίζεται η ύπαρξη του εμβρύου.

Στα μετέπειτα στάδια της κύησης, η ανάπτυξη του εμβρύου είναι συνεχής και αλματώδης. Στους δύο μήνες εμβρυϊκής ανάπτυξης έχουν σχηματιστεί, στον ελάχιστο βαθμό, τα κυριότερα όργανα του εμβρύου, ούτως ώστε ο ανθρώπινος οργανισμός αδιαμφισβήτητα υφίσταται στην πιο στοιχειώδη μορφή του, ενώ στους επόμενους επτά μήνες ολοκληρώνεται η ανάπτυξή του. Ωστόσο, η ταύτιση της έναρξης της ανθρώπινης ζωής με κάποιο χρονικό σημείο κατά τη διάρκεια της κύησης παραμένει αμφιλεγόμενη[228].

Σύμφωνα με τον Hicks, η προσωπικότητα αρχίζει με τη βιωσιμότητα ενώ η ατομικότητα εκκινεί με την εμφύτευση.[229] Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ανθρώπινη ιδιότητα έχει ως σημείο αναφοράς δύο χαρακτηριστικά, το βιολογικό και το διανοητικό στοιχείο, έχοντας, επομένως, τη δυνατότητα να εξελίσσεται ως ξεχωριστός οργανισμός και τη συνακόλουθη ικανότητα να διαμορφώνει δική του προσωπικότητα. Τα δύο αυτά βασικά χαρακτηριστικά, ωστόσο, απουσιάζουν από το κυοφορούμενο έμβρυο, θεμελιώνοντας τη γενικότερη αμφισβήτηση για το αν το έμβρυο λογίζεται, ή όχι, ως άνθρωπος, ανεξαρτήτως του γεγονότος ότι η ανθρώπινη ζωή έχει βιολογικά ξεκινήσει. Για αυτόν ακριβώς το λόγο η προστασία του εμβρύου αξιολογείται ως υποδεέστερη από την προστασία της ανθρώπινης ζωής[230].

Στην ελληνική έννομη τάξη, η έναρξη της ανθρώπινης ζωής συμπίπτει με την έναρξη του τοκετού, δηλαδή της διαδικασίας της γέννας, όπου το έμβρυο αποσυνδέεται από το μητρικό σώμα και αρχίζει πλέον να υφίσταται ως βιολογικά αυτοτελής οντότητα. Το χρονικό αυτό σημείο δεν προσδιορίζεται ρητά σε κανένα νομοθέτημα, αλλά συνάγεται ερμηνευτικά από το ευρύτερο πλαίσιο της κείμενης νομοθεσίας. Το άρθρο 36 ΑΚ[231] είναι ενδεικτικό της νομικής αναγνώρισης του τοκετού ως απαρχή του ανθρώπου[232], καθόσον εξομοιώνει το κυοφορούμενο με τον άνθρωπο ως πλασματικό υποκείμενο δικαιωμάτων, υπό την αίρεση επέλευσης του τοκετού και της γέννησης του κυοφορούμενου ζωντανού. Ως προς το χρονικό σημείο έναρξης του τοκετού, η επικρατέστερη άποψη στη νομική θεωρία τοποθετεί την έναρξη του τοκετού στο χρονικό σημείο έναρξης των ωδίνων εξώθησης, κατά τον φυσιολογικό τοκετό, ενώ κατά την διαδικασία της καισαρικής τομής, με τη χειρουργική επέμβαση στη γυναικεία μήτρα.[233] Η αναγνώριση, λοιπόν, της έναρξης της ανθρώπινης ζωής δεν έχει ως μόνη συνιστώσα το φυσικό γεγονός της ύπαρξης

---

[227] *Ρήγος Ιωάννης, Μπάσιος Γεώργιος, Σαλαμαλέκης Γεώργιος, Βράντζα Τερέζα, Συριστατίδης* Συνδυασμός τραυματισμού ενδομητρίου και της στρατηγικής κατάψυξης όλων των εμβρύων., Εφηβική Γυναικολογία-Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση , 2017 , τόμ. 29 ,τεύχ. 1 σ. 44

[228] *Beller Fritz K,* When does human life begin? International Federation of Gynecology and Obstetrics, Int J Gynecol Obstet, 1991, τεύχ. 34 σσ. 305-307

[229] *Hicks Stephen C.*, The Right to Life in Law: The Embryo and Fetus, the Body and Soul, the Family and Society, Florida state university law review, 1992, τομ. 19, τευχ. 9, άρθρο 3, σ. 816 ,ο σκελετός, η καρδιά, το αναπνευστικό σύστημα, ο εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της εμβρυικής ανάπτυξης.

[230] *Λιούρδη Άγκυ,* Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ποινικά Ζητήματα, σ. 129

[231] «Ως προς τα δικαιώματα που του επάγονται, το κυοφορούμενο θεωρείται γεννημένο, εφόσον γεννηθεί ζωντανό»

[232] Το έμβρυο ως υποκείμενο δικαίου και φορέας δικαιωμάτων και έννομων αγαθών μπορεί να είναι όταν αρχίζει να υπάρχει στον κοινωνικό χώρο ως μια αυτοτελής οντότητα που δεν εξαρτάται πλέον οργανικά , κατ΄ απόλυτο τρόπο, από το μητρικό σώμα. βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006, σ.14.

[233] *Μπέκας Γ.,* Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, εκδ. Σάκκουλας, 2004, σ.93

αλλά συνδέεται με την ιδιότητα του «προσώπου» και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που του αποδίδονται.[234]

[234] *Αντωνίου Δ. Θεοδώρα*, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, εκδ. Σάκκουλας, 2010, σ.115

3.1.2. Νομολογία και χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής

Η επιλογή της έναρξης του τοκετού ως σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής υιοθετείται και από την ελληνική[235] αλλά και από την αλλοδαπή νομολογία. Χαρακτηριστική είναι η υπ' αριθμόν 1033/2016 ΑΠ απόφαση, η οποία τοποθετήθηκε επί του ζητήματος της δυνατότητας τέλεσης ανθρωποκτονίας εξ αμελείας εις βάρος του νεογνού κατά τον τοκετό και πριν αυτό ακόμα εξέλθει από το γυναικείο σώμα. Η απόφαση αυτή επικύρωσε την αναιρεσιβληθείσα καταδικαστική απόφαση σε βάρος του μαιευτήρα-γυναικολόγου για τον θάνατο του εμβρύου. Το δικαστήριο τόνισε ότι και πριν από την ολοκλήρωση του τοκετού, αλλά σε κάθε περίπτωση μετά την έναρξή του, υφίσταται τέκνο, συνεπώς και άνθρωπος, οπότε και καθίσταται δυνατή η τέλεση ανθρωποκτονίας σε βάρος του. Η στάση αυτή έρχεται σε αντίθεση με την νομική άποψη ότι είναι απαραίτητο να έχει εξέλθει από το μητρικό σώμα έστω ένα μικρό τμήμα του σώματος του κυοφορούμενου και να έχει εμφανιστεί στον εξωτερικό κόσμο για να θεωρηθεί ότι υφίσταται άνθρωπος.[236] Ωστόσο, υπερισχύει η άποψη που υποστηρίζει ότι «άνθρωπος αρχίζει να υπάρχει από τη στιγμή που έχει τεθεί σε κίνηση η φυσική εκείνη αλληλουχία φάσεων, η οποία, κατά τα διδάγματα της μαιευτικής επιστήμης, οδηγεί αδιαλείπτως στην ολοκλήρωση της γέννησης: η έναρξη των ωδίνων του τοκετού».[237] [238] [239]

Από τη νομολογία των ευρωπαϊκών δικαστηρίων, ως προς το ζήτημα του ορισμού του ανθρώπου με βάση το χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής, ξεχωρίζουν οι αποφάσεις BVerfGE 39,1 (1975)[240] και BVerfGE 88,203 (1993) του Γερμανικού Συνταγματικού Δικαστηρίου. Στην πρώτη απόφαση, κρίθηκε η συνταγματικότητα νόμου που αποποινικοποιούσε τη διαδικασία της τεχνητής διακοπής της κύησης στο πρώτο τρίμηνο, ενώ, μετέπειτα, μόνο για λόγους προστασίας της ζωής και της υγείας της κυοφορούσας γυναίκας, το δικαστήριο δεν έλαβε σαφή θέση ως προς τη μία ή την άλλη άποψη, παρόλο που το νομοθέτημα αυτό έμοιαζε αρκετά με τη σημερινή, ισχύουσα, νομοθεσία. Ωστόσο, τέθηκε προβληματισμός γύρω από τις προϋποθέσεις προστασίας του εμβρύου. Ειδικότερα, η δικανική κρίση έλαβε θέση υπέρ της αδυναμίας διάκρισης μεταξύ των επιμέρους σταδίων της ζωής, αλλά δέχθηκε ότι η ανθρώπινη ζωή υφίσταται τουλάχιστον από της

---

[235] *Αρχοντάκη Α*., Το δικαίωμα στη ζωή, *σε Βλαχόπουλος Σπ,* Θεμελιώδη Δικαιώματα, σ.93

[236] βλ.ΤρΠλημΑθ 1963/2013 ΠοινΧρ 2013 και ΤρΠλημΘεσ 2089/2000

[237] *Μπαλτάς Σ.,* Η έναρξη της ζωής ως διαχρονικό πρόβλημα του ποινικού δικαίου: αμφισβήτηση της σημασίας της διάταξης της παιδοκτονίας (άρ. 303 ΠΚ) για τον προσδιορισμό της, παρατηρήσεις σε ΑΠ 1033/2016, ΠοινΔικ 4/2018, σ. 385

[238] Αξίζει να σημειωθεί ως προς το χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής , πως παρόλο που, ο τοκετός θεωρείται ως το σημείο αναφοράς για την ύπαρξη ανθρώπου υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στο αστικό και ποινικό δίκαιο,. Στο άρθρο 303 ΠΚ το νεογνό αποκτά προστασία σε χρονικό σημείο διαφορετικό από αυτό που ορίζει ο ΑΚ.. Η αιτία, του ζητήματος, αποτελεί η κρατούσα στο χώρο της ποινικής και αστικής θεωρίας άποψη, που δέχεται και η νομολογία, ότι το άρθρο 35 ΑΚ, που λύνει το ίδιο πρόβλημα για το αστικό δίκαιο, δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθεί και στο χώρο του ποινικού δικαίου. Η παραδοχή αυτή βρίσκει το βασικό της έρεισμα στη γραμματική ερμηνεία της α.υ. του άρθρου 303 ΠΚ περί παιδοκτονίας και ιδιαίτερα στην περικοπή της φράσης «κατά τον τοκετό», από την οποία προκύπτει ότι για το ποινικό δίκαιο υπάρχει ειδικότερη του άρθρου 35 ΑΚ ρύθμιση για την έναρξη της ανθρώπινης ζωής, αφού κατ' άρθρο 303 ΠΚ υπάρχει «παιδί» και πριν την ολοκλήρωση του τοκετού, κατά τη διάρκειά του, το οποίο προστατεύεται από την ποινική αυτή διάταξη. Ο κύριος λόγος που υποχρέωσε τον ποινικό νομοθέτη να αποκλίνει ειδικά στην παιδοκτονία από τη ρύθμιση του άρθρου 35 ΑΚ είναι η απόλυτα εξουσιαστική πραγματική σχέση που έχει η εγκυμονούσα μητέρα απέναντι στο έμβρυο. βλ. *Μπαλτάς Σ.,* Η έναρξη της ζωής ως διαχρονικό πρόβλημα του ποινικού δικαίου: αμφισβήτηση της σημασίας της διάταξης της παιδοκτονίας σ. 386

[239] Παρόμοιες αποφάσεις είναι οι υπ' αριθμόν 1270/2015 ΤρΠλημΚαλαμ και 132/2007 ΣυμβΠλημΡοδ.

[240] *Kommers P Donald,* The constitutional law of abortion in Germany: should Americans pay attention? Journal of Contemporary Health Law and Policy, 1994, τομ. 10, τεύχ. 1, σσ.4-9.

εμφύτευσης και εφεξής[241]. Η ταύτιση, όμως, της έναρξης της ανθρώπινης ζωής με τον τοκετό δεν έγινε δεκτή με το σκεπτικό ότι ο άνθρωπος είναι αποτέλεσμα μιας συνεχούς αδιαλείπτως εξελικτικής διαδικασίας, που ξεκινά με την κύηση, χωρίς να λαμβάνει σαφή θέση υπέρ της απεριόριστης προστασίας του εμβρύου.[242] Στον αντίποδα, δεκαοχτώ χρόνια μετά, η απόφαση του Γερμανικού Συνταγματικού Δικαστηρίου της 28ης Μαΐου 1993, BVerfGe 88, 203, διαφοροποιήθηκε σε σχέση με την πρώτη, ως προς την επιλογή[243] να αποσυνδεθεί η προβληματική της άμβλωσης από το χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής, παρόλο που αναγνωρίσθηκε ότι με την εμφύτευση ξεκινά η εξατομίκευση του ανθρώπου και η ανάγκη προστασίας του από την έννομη τάξη.[244]

Έπειτα, αξίζει να εξετασθεί η αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού από το ΕΔΔΑ στα πλαίσια της ΕΣΔΑ. Το δικαίωμα της ανθρώπινης ζωής κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 ΕΣΔΑ, ωστόσο, το ΕΔΔΑ ήταν επιφυλακτικό ως προς το να λάβει σαφή θέση σε ένα ζήτημα που δεν καθορίζεται ρητά σε επίπεδο εθνικής νομοθεσίας. [245] Στην απόφαση Vo κατά Γαλλίας, 8.7.2004, κατά την οποία η προσφεύγουσα υπεβλήθη σε θεραπευτική διακοπή κύησης λόγω ιατρικού λάθους, το Γαλλικό Ακυρωτικό Δικαστήριο αρνήθηκε να αναγνωρίσει την τέλεση ανθρωποκτονίας εξ αμελείας εις βάρος του κυοφορούμενου. Εν προκειμένω, παρόλο που το ΕΔΔΑ κλήθηκε να τοποθετηθεί ως προς την παραβίαση του άρθρου 2 ΕΣΔΑ από τη μη αναγνώριση ποινικής προστασίας στο κυοφορούμενο, διατήρησε την πάγια στάση του να παραμένει επιφυλακτικό[246] σε θέματα που άπτονται της εκάστοτε εθνικής νομοθεσίας και για τα οποία δεν υφίσταται ομοφωνία. Το Δικαστήριο αναγνώρισε ότι το κυοφορούμενο ανήκει αδιαμφισβήτητα στο ανθρώπινο είδος, αλλά τόνισε πως δεν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στα ευρωπαϊκά κράτη αναφορικά με τον νομικό προσδιορισμό της έναρξης της ανθρώπινης ζωής.[247] Με βάση το σκεπτικό του Δικαστηρίου, το έμβρυο δικαιούται έννομης προστασίας, επειδή βιολογικά εντάσσεται στην ανθρώπινη φυλή, ανεξαρτήτως της έννομης θέσης που αυτό κατέχει στο εκάστοτε εθνικό νομικό σύστημα.

Καταληκτικά, αξίζει να σημειωθεί πως η νομική προστασία του εμβρύου αποσυνδέθηκε από το ζήτημα της έναρξης της ανθρώπινης ζωής, παρόλο που αυτός ο προβληματισμός αποτέλεσε πρώιμο σημείο αναφοράς των νομικών ρυθμίσεων γύρω από την προστασία του κυοφορούμενου. Το έμβρυο είναι αναμφίβολα ανθρώπινο, οντολογικά, ον, ωστόσο, η νομική αναγνώριση σε αυτό της ιδιότητας του ανθρώπου δεν μπορεί να συντελεστεί μόνο με κριτήρια που στηρίζονται στη βιολογική έναρξη της ανθρώπινης ζωής, αλλά προϋποθέτει τη συνδρομή κοινωνικών στοιχείων, ικανών να το εντάξουν στην έννοια του προσώπου.

---

[241] «Το BVerfGE έκρινε ότι α) ο όρος «καθένας» του άρθρου 2&2 του Θεμελιώδους Νόμου της Βόννης δεν περιορίζεται στα «πλήρη» πρόσωπα που έχουν γεννηθεί, αλλά εκτείνεται σε κάθε ανθρώπινο ον που αποκτά ζωή, ακόμη και αυτά που πρόκειται να γεννηθούν.» *Κατρούγκαλος Γ.*, σ.53

[242] *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη,* σ.150

[243] *Aharon Barak* , Human Dignity: The Constitutional Value and the Constitutional Right, Cambridge University Press, 2015,σ. 238

[244] *Αντωνίου Θεοδώρα*, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, σ.118

[245] Στην Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική δεν έχει δοθεί σαφής ορισμός του όρου "καθένας", ακριβώς εξαιτίας της έλλειψης ομοφωνίας μεταξύ των συμβαλλόμενων κρατών.

[246] *Murphy Therese / Cuinn O Gearoid* Works in Progress: New Technologies and the European Court of Human Rights, Human Rights Law Review 10:4 εκδ. Oxford University Press, 2010, τ.10, τεύχ. . 4.,σ.623-634.

[247] *Λιούρδη Άγκυ,* Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ποινικά Ζητήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2014, σσ.130-131, επίσης βλ. *Puppinck, Gregor*, Abortion and the European Convention on Human Rights, Irish Journal of Legal Studies, 2013, τομ.3, τευχ.2, σσ. 151-152.

3.2. Εμβρυϊκή ανάπτυξη και απόκτηση ιδιότητας του προσώπου

3.2.1. Το έμβρυο -ως πρόσωπο- στη νομική θεωρία

Όπως αναλύθηκε ανωτέρω, ο προβληματισμός αναφορικά με το αν το κυοφορούμενο μπορεί να υπαχθεί στην προστασία του άρθρου 5§2Σ, άπτεται της εξέτασης του χρονικού σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής, χωρίς όμως η βάση αυτή να κρίνεται νομικά επαρκής. Η σύζευξη του φυσικού γεγονότος της απαρχής της ανθρώπινης ζωής, όπως αυτή παγιώνεται από τα ιατρικά δεδομένα, με οποιαδήποτε νομική ρύθμιση ικανή να προσδώσει έννομα συμφέροντα, κρίθηκε ανεπαρκής.[248] Η ιδιότητα του προσώπου[249] αποτελεί τον κεντρικό άξονα γύρω από τον οποίο διαρθρώνεται η αξίωση προστασίας από την έννομη τάξη, και παρά το γεγονός ότι η ιδιότητα αυτή συντίθεται από βιολογικά χαρακτηριστικά, εντούτοις δεν αρκείται μόνο σε αυτά. Στο Δίκαιο, έννομες καταστάσεις οι οποίες διέπονται από κανόνες δικαίου, που συνεπάγονται δικαιώματα και υποχρεώσεις, διαμορφώνονται γύρω από υποκείμενα δικαίου, τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα. Η έννοια του προσώπου αποτελεί κύρια έννοια του νομικού μας συστήματος, ακριβώς γιατί γύρω από αυτό διαπλάθονται όλες οι καταστάσεις που καλείται να ρυθμίσει η έννομη τάξη. Το πρόσωπο υφίσταται ως εξατομικευμένο ον και το χαρακτηρίζει η ζωή, η υγεία, η προσωπικότητα, η ικανότητα να σκέφτεται, να λαμβάνει αποφάσεις και να εξελίσσεται, αλληλοεπιδρώντας με την πραγματικότητα που το περιβάλλει. Η έννομη τάξη απονέμει στα πρόσωπα δικαιώματα ή τους αναθέτει υποχρεώσεις, ανάγοντάς τα σε υποκείμενα δικαίου. Έτσι, αποκτούν ικανότητα δικαίου, τη δυνατότητα να επιφέρουν, δια των ενεργειών ή των παραλείψεών τους, μεταβολές στην έννομη κατάστασή τους ή να αλληλοεπιδρούν στα πλαίσια εννόμων σχέσεων.

Η ιδιότητα του προσώπου αποτελεί εφαλτήριο προς θεμελίωση μιας έννομης κατάστασης ή σχέσης. Η ιδιότητα αυτή είναι άρρηκτα συνυφασμένη με την έννοια της προσωπικότητας. Ωστόσο, για την τελευταία, δεν αρκεί μόνον η βιολογική ύπαρξη του ανθρώπινου όντος, η οποία βέβαια αποτελεί μία από τις βασικές προϋποθέσεις της έννοιας της προσωπικότητας, αλλά προαπαιτείται να συντρέχουν και άλλα στοιχεία. Η έννοια της προσωπικότητας προϋποθέτει κυρίως την αυτοτελή και εξατομικευμένη ύπαρξη, η οποία δύναται να αλληλοεπιδράσει με τον εξωτερικό -ως προς αυτήν- κόσμο προκειμένου να διαμορφώσει ίδιον ιδιοσυγκρασιακό δυναμικό. Η βιολογική ύπαρξη δεν επαρκεί αφ' εαυτού, αλλά συντρέχει με την κοινωνική υπόσταση του ανθρώπου, προκειμένου ο τελευταίος να αποτελέσει φυσικό πρόσωπο για το Δίκαιο.[250]

---

[248] Κατά τον *Μάλλιο Β.: «*Η μετατόπιση του ενδιαφέροντος από την έναρξη της ζωής στην ύπαρξη προσώπου και υποκειμένου αποφεύγει την απροσδιοριστία του σημείου έναρξης της ζωής και μεταθέτει το ζήτημα της συνταγματικής προστασίας απ' ευθείας στο πεδίο της νομικής επιστήμης.» *Μάλλιος Β.*, Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, ΔτΑ Νο 73/2017, σ. 568

[249] *Τροκάνας Θεόδωρος*, σελ.104, *Χρυσόγονος,* Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006, σσ. 223-224

[250] Σύμφωνα με τις ηθικές θεωρίες, για την αναγνώριση της ιδιότητας του προσώπου σε ένα ον απαιτείται αυτό να έχει ηθική αξία και να είναι άξιο σεβασμού. Στο χώρο της φιλοσοφίας και της θεολογίας, ως πρόσωπο περιγράφεται το άθροισμα δύο αυτοτελών υποστάσεων, του σώματος και της ψυχής. βλ *Θεοδώρου Πάνος*, Εισαγωγή στη Φιλοσοφία των Αξιών, ΣΕΑΒ Αθήνα, 2015 σ.144. Κατά τον Kant, οι ολοκληρωμένοι άνθρωποι αποτελούν πρόσωπα, ενώ κατά τον Αριστοτέλη η ιδιότητα του προσώπου σχετίζεται με την ύπαρξη της ψυχής. Ο Singer υποστήριξε ότι τα ηθικά δικαιώματα και οι ηθικές υποχρεώσεις αφορούν πρώτιστα σε ηθικά πρόσωπα ,χαρακτηρισμός που μπορεί να αποδοθεί σε ένα ον που το διακρίνει αυτοσυνειδησία, λογικότητα και αντίληψη της χρονικότητας. Κατά τον Tooley πρόσωπο είναι όποιος έχει αναπτύξει λογική. Κατά τον Feinberg και σύμφωνα με την αρχή του συμφέροντος, δικαιώματα μπορούν να αποδοθούν μόνο στις οντότητες που έχουν συμφέροντα και κρίσιμη για το σκοπό αυτό είναι

Εν προκειμένω, το ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι αν το κυοφορούμενο μπορεί να θεωρηθεί πρόσωπο[251] και, κατ' επέκταση, υποκείμενο δικαίου, ήτοι φορέας δικαιωμάτων που χρήζουν έννομης προστασίας. Με βάση τα ιατρικά δεδομένα, το έμβρυο είναι αδιαμφισβήτητα φορέας της ανθρώπινης ιδιότητας, τόσο ως προς τη βιολογική του καταγωγή, καθώς είναι αποτέλεσμα της ανθρώπινης αναπαραγωγικής διαδικασίας, αλλά και ως προς τον προορισμό του να εξελιχθεί σε αυτοτελές ανθρώπινο ον.[252] Όπως αναλύθηκε ανωτέρω, παρόλο που η ανθρώπινη ζωή ξεκινά βιολογικά πολύ πριν τον τοκετό, το βιολογικό κριτήριο δεν επαρκεί προκειμένου να θεμελιωθεί επάνω του μία νομική ρύθμιση που να ταυτίζεται με αυτό. Η οργανική, όμως, εξάρτηση του εμβρύου από το μητρικό σώμα[253] και η έλλειψη οντολογικής αυτοτέλειας είναι τα δύο εκείνα στοιχεία που ελλείπουν, στερώντας του τη δυνατότητα να θεωρηθεί πρόσωπο. Η συνδρομή των στοιχείων αυτών επέρχεται κατά τον τοκετό, όταν το έμβρυο αποχωρίζεται από το σώμα της εγκύου, οπότε και καθίσταται πλέον νεογνό. Από το σημείο αυτό, το μέχρι πρότινος έμβρυο αρχίζει να υφίσταται ως αυτοτελής οντότητα που θα αναπτυχθεί αυτόνομα, τόσο βιολογικά όσο και ως πρόσωπο - φορέας δικαιωμάτων και υποχρεώσεων.

Την άποψη αυτή υιοθετεί και η έννομη τάξη, όπως αποτυπώνεται αυθεντικά στον Αστικό Κώδικα. Σύμφωνα με το άρθρο 35 ΑΚ, το πρόσωπο αρχίζει να υφίσταται μόλις γεννηθεί ζωντανό. Επομένως, για να θεωρήσουμε πως ένα πρόσωπο έχει αρχίσει να υπάρχει, πρέπει να συντρέχουν σωρευτικά οι εξής προϋποθέσεις: Πρώτον, να έχει ξεκινήσει ο τοκετός, είτε φυσιολογικός είτε με καισαρική τομή, και να έχει επέλθει ο αποχωρισμός του νεογνού από τη μητέρα. Δεύτερον, το νεογέννητο να γεννηθεί ζωντανό. Από την εν λόγω διάταξη του Αστικού Κώδικα, γίνεται αντιληπτό ότι το έμβρυο, από τη στιγμή της σύλληψης και όσο διαρκεί η κύηση, δεν θεωρείται πρόσωπο από το δικαιικό μας σύστημα. Η ρύθμιση αυτή είναι εύλογη, δεδομένης της άμεσης εξάρτησης του εμβρύου από το μητρικό σώμα και της έλλειψης εξατομίκευσης που το χαρακτηρίζει μέχρι και τον τοκετό. Ο κυοφορούμενος καθίσταται πρόσωπο με τη γέννησή του, εφόσον γεννηθεί ζωντανός. Συνεπώς, έκδηλη είναι η ενιαία αντιμετώπιση του εμβρύου από την έννομη τάξη, καθόσον το τελευταίο δεν αντιμετωπίζεται ως πρόσωπο σε κανέναν τομέα δικαίου.

Το έμβρυο δεν θεωρείται πρόσωπο από καμία νομική σκοπιά[254], στα πλαίσια του ποινικού, συνταγματικού και αστικού δικαίου. Το έμβρυο δεν έχει προσωπικότητα ούτε και αυτόνομη ύπαρξη, αλλά υφίσταται μέσα από την κυοφορούσα γυναίκα. Δεν έχει αναπτύξει τα στοιχεία

η ανάπτυξη της λογικής τους. Η Warren διαχωρίζει την ηθική από τη γενετική έννοια του ανθρώπου. Στην πρώτη ανήκουν τα μέλη μιας κοινότητας με πλήρη ηθικά δικαιώματα, ενώ στη δεύτερη συγκαταλέγονται όσοι ανήκουν στο ανθρώπινο είδος.

[251] *Puppinck Grégor*, Abortion and the European Convention on Human Rights, Irish Journal of Legal Studies,2013, τομ.. 3., τευχ.2, σ.144

[252] Κατά την *Παναγοπούλου- Κουτνατζή Φ.:* «Η ανθρώπινη ιδιότητα του εμβρύου συνάγεται αφενός από τη βιολογική καταγωγή του από τον άνθρωπο και αφετέρου από τη διαρκή του τάση να καταλήξει σε ένα τελικό στόχο, ο οποίος μπορεί να επιτευχθεί, εάν δεν υπάρχουν έξωθεν επεμβάσεις. Ως εκ τούτου, η ανθρώπινη ιδιότητα του εμβρύου τίθεται εκτός αμφισβητήσεως, όπως επίσης και το γεγονός ότι το έμβρυο έχει ανθρώπινη αξία, επειδή αυτή συνυφαίνεται με προηγούμενες επενδύσεις σε ανθρώπινη ζωή.» *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ.,* σ. 92

[253] *Βιδάλης Τ.*, Βιοδίκαιο, σ.187

[254] Τους ηθικούς φιλοσόφους έχει εξίσου απασχολήσει το ζήτημα αν το έμβρυο είναι ανθρώπινο υποκείμενο πριν τη γέννησή του. Σύμφωνα με τον Ronald Dworkin, η ανθρώπινη ζωή διατρέχει μία συνεχόμενη εξελικτική τροχιά από την έναρξή της διαμέσω του φορέα της. Ωστόσο, η αναγνώριση δικαιωμάτων προϋποθέτει την ύπαρξη συμφερόντων, η οποία σχετίζεται με την ύπαρξη επιθυμιών, ελπίδων, φόβων, των οποίων το έμβρυο στερείται. Κατά τους συνεπειοκράτες, το έμβρυο είναι ανθρώπινο ον με τη βιολογική έννοια αλλά δεν του αναγνωρίζουν ηθικά δικαιώματα ή το δικαίωμα στη ζωή γιατί όπως προειπώθηκε στερείται συμφερόντων, συνείδησης και της ελάχιστης ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης. Για τους δεοντοκράτες από την άλλη πλευρά, το έμβρυο είναι ανθρώπινο ον με ίδια δικαιώματα με κάθε άλλο γεγεννημένο.

εκείνα που δύνανται να το εξισώσουν με υποκείμενο δικαίου, δηλαδή ως ανεξάρτητη νομική οντότητα. Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω είναι να μην αξιώνει το είδος προστασίας που παρέχει η έννομη τάξη σε κάθε φυσικό πρόσωπο.

3.2.2. Το έμβρυο -ως πρόσωπο- στη νομολογία

Στην ελληνική νομολογία, τέθηκε υπό εξέταση, σε πληθώρα αποφάσεων, το ζήτημα της απόδοσης της ιδιότητας του προσώπου στο έμβρυο. Στη νομολογία των ποινικών δικαστηρίων, σημείο αναφοράς αποτέλεσε το δίλημμα άσκησης, ή όχι, ποινικής δίωξης για ανθρωποκτονία ή για σωματική βλάβη σε βάρος του εμβρύου, και αν το τελευταίο μπορούσε να χαρακτηριστεί φορέας εννόμων αγαθών. Χαρακτηριστικές είναι οι αποφάσεις 490/2000 ΑΠ και 1266/2000 ΑΠ[255], στις οποίες ήταν διάχυτος ο προβληματισμός που προαναφέρθηκε. Στην πρώτη απόφαση, ένα ζευγάρι με ιστορικό γέννησης παιδιών με γενετικό νόσημα αναζήτησαν ιατρική καθοδήγηση για αν εξακριβωθεί αν φέρνουν γενετική προδιάθεση που μπορεί να οδηγήσει στη γέννηση παθολογικού νεογνού. Μετά από λανθασμένες ιατρικές βεβαιώσεις γέννησαν ένα παιδί που έπασχε από τετραπληγία και αφότου επισκέφθηκαν μία διαφορετική ιατρική μονάδα διαπιστώθηκε ότι η μητέρα έφερε σοβαρά προβλήματα στο γενετικό της υλικό. Στην δεύτερη απόφαση, κατά τη διάρκεια τοκετού η αδέξια προσπάθεια του γυναικολόγου να βγάλει το παιδί από τη μήτρα προκάλεσε τον τραυματισμό του και αυτό έμεινε ανάπηρο. Το έμβρυο αξιώνει ποινικής προστασίας από τη στιγμή που υφίσταται ως πρόσωπο, από τη χρονική στιγμή της έναρξης του τοκετού και εντεύθεν. Ιδιαίτερη ήταν η τοποθέτηση της υπ' αριθμόν 20075/2013 ΜονΠλημΘεσ απόφασης. Στην υπό κρίση υπόθεση, έγκυος, μετά από έντονους πόνους, επισκεπτόταν επανειλημμένα το νοσοκομείο, και αφού είχε ήδη λάβει δύο φορές άμεσα εξιτήριο, στην τρίτη επίσκεψή της, διαπιστώθηκε ότι το έμβρυο ήταν νεκρό, γεγονός που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν είχαν πραγματοποιηθεί οι απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις. Παραδόξως, η ποινική δίωξη που ασκήθηκε σε βάρος του επιβλέποντος γιατρού αφορούσε ανθρωποκτονία εξ αμελείας και όχι εμβρυοκτονία, λόγω της προχωρημένης κύησης, παρά την προρρηθείσα αναγνώριση του τοκετού ως χρονικού σημείου μετάβασης από την εμβρυϊκή ύπαρξη στην ανθρώπινη. Η θέση αυτή, ωστόσο, δεν αντανακλούσε την πάγια θέση της νομολογίας. Οι υπ' αριθμόν 74/2000 ΠλημΛαρ και 1270/2015 ΠλημΚαλαμ αποφάσεις αποτέλεσαν το χαρακτηριστικότερο δείγμα της πάγιας θέσης της θεωρίας και νομολογίας, ότι η ιδιότητα του προσώπου αποκτάται με τον τοκετό, κατά την έναρξη των ωδινών εξώθησης που οδηγούν στην έξοδο του εμβρύου από το μητρικό σώμα.[256]

Από τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, διαπιστώθηκε και πάλι η επιφυλακτικότητα του δικαστηρίου να λάβει σαφείς θέσεις επί του ανωτέρω αναντίρρητα αμφιλεγόμενου ζητήματος, σε σχέση με το οποίο δεν υπάρχει ομοφωνία των κρατών, αλλά διαμορφώνεται κατά περίπτωση, από ποικίλους παράγοντες. Στην υπόθεση Boso κατά Ιταλίας, 5.9.2002, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο απέφυγε ρητά να τοποθετηθεί επί του θέματος, τονίζοντας ότι είναι αρμοδιότητα των κρατών-μελών να ρυθμίσουν το ζήτημα σε εθνικό επίπεδο. Έπειτα, η απόφαση Open Door και Dublin Well Woman κατά Ιρλανδίας, 29.10.1992, εξέτασε το ζήτημα περιορισμού της ελευθερίας του λόγου της εγκύου, προκειμένου να

[255] Και οι δύο περιπτώσεις χαρακτηρίστηκαν ως σωματική βλάβη από αμέλεια.
[256] *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη,* σ.184

προστατευθεί η ζωή του εμβρύου. Στην υπόθεση αυτή, οι κλινικές Open Door και Dublin Well Woman στράφηκαν ενώπιον του ΕΔΔΑ, κατά της Ιρλανδίας[257], για προσβολή του δικαιώματος της ελευθερίας λόγου της εγκύου από την ιρλανδική νομοθεσία, που απαγόρευε την ενημέρωση της γυναίκας ως προς τη δυνατότητα τεχνητής διακοπής της κύησης. Το Δικαστήριο τάχθηκε υπέρ της προστασίας της ελευθερίας λόγου, τονίζοντας πως οποιοσδήποτε περιορισμός χάριν προστασίας του εμβρύου προϋποθέτει την απόδοση σε αυτό της ιδιότητας του προσώπου.[258] [259]

Συμπερασματικά, μέσα από τη θεωρία και τη νομολογία, παρατηρείται πως, για την αναγνώριση κάποιου ως υποκειμένου δικαίου, η ιδιότητα του προσώπου υπερισχύει του απλού φυσικού γεγονότος της ανθρώπινης ζωής και αποκτάται με τον τοκετό και την οντολογική αυτοτέλεια του ανθρώπου. Επομένως, το έμβρυο δεν είναι πρόσωπο και δεν αξιώνει πλήρους προστασίας παρά μόνον εφόσον γεννηθεί. Ωστόσο, παρόλο που το έμβρυο δεν μπορεί να θεωρηθεί πρόσωπο, γεννάται προβληματισμός για το αν μπορεί να του αποδοθεί νομική αξία που συνεπάγεται ορισμένο είδος παρεχόμενης έννομης προστασίας, ζήτημα το οποίο θα εξετασθεί ενδελεχώς στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

3.3. Προστασία του εμβρύου ως δυνάμει προσώπου

Παρόλο που δεν αποδίδεται στο έμβρυο η ιδιότητα του προσώπου,[260] αυτό δεν είναι νομικά αδιάφορο[261]. Το κυοφορούμενο διαθέτει νομικό status, καθώς αποτελεί δυνάμει πρόσωπο. Η ζωή εμφανίζεται βιολογικά με το έμβρυο, το οποίο, όμως, στερείται των χαρακτηριστικών της βιολογικής αυτοτέλειας και της αυτοσυνείδησης, που θα του επέτρεπαν να εξομοιωθεί με άνθρωπο. Το κυοφορούμενο δεν είναι αυτόνομο, καθώς είναι, ως προελέχθη, άρρηκτα συνδεδεμένο με το σώμα της μητέρας και εξαρτάται οργανικά από αυτό, ώστε έμβρυο και άνθρωπος σχετίζονται δυναμικά, αφού το πρώτο είναι αυτό που θα εξελιχθεί στο δεύτερο. Το δίλημμα που ανακύπτει, επομένως, συναρτάται από δυο παραδοχές, από τη μία, την παραδοχή ότι το έμβρυο αποτελεί ζωντανό οργανισμό, μολονότι δεν είναι ακόμα άνθρωπος, και από την άλλη, ότι ενσωματώνει την εξελισσόμενη ανθρώπινη ζωή στη συρρικνωμένη μεν, αλλά αρχική δομική της διάπλαση. Η διαφορά ανάμεσα στο έμβρυο και στον άνθρωπο είναι ποσοτική και μέχρι ενός χρονικού σημείου ποιοτική, και παρ' ότι, η ζωή του εμβρύου είναι μέγεθος μικρότερο από τη γεγενημένη ανθρώπινη ζωή, εντούτοις αξιώνει ορισμένης προστασίας.

Το κυοφορούμενο δεν είναι υποκείμενο δικαίου, αλλά αποτελεί αντικείμενο δικαίου. Ανήκει στο ανθρώπινο είδος, είναι δυνάμει πρόσωπο και φέρει την προσδοκία διαιώνισης της ανθρώπινης

---

[257] *Emerton Robyn/Adams Kirstine/Byrnes Andrew/ Connors Jane*, International Women's Rights Cases, εκδ. Routledge, 2016, σσ. 381-386,397, επίσης βλ**.** *Puppinck Grégor*, Abortion and the European Convention on Human Rights, σ.192 υπ. Open Door and Dublin Well Woman v Ireland, ν.14234/88 ,29/09/1992

[258] *Βιδάλης Τ., Βιοδίκαιο,* ,σ.191

[259] Παρόμοιες αποφάσεις είναι οι εξής: Vo κατά Γαλλίας, 8.7.2004, Tysiac κατά Πολωνίας, 20.3.2007 και Χ κατά Νορβηγίας, 19.5.1992.

[260] *Baertschi Bernard* , The question of the embryo's moral status Bioethica Forum ,2008 τ.1 ,τευχ. 2,σσ.78

[261] Κατά τον Βιδάλη Τ.: «το έμβρυο in vivo δεν αποτελεί για το δίκαιο αδιάφορη νομική οντότητα, που θα επιδεχόταν οποιαδήποτε μεταχείριση. Πολύ περισσότερο δεν αποτελεί μια οντότητα ίδιας αξίας με εκείνη οποιουδήποτε άψυχου ή έμψυχου αντικειμένου του δικαίου, κοινού πράγματος ή ζώου.» (*Βιδάλης Τ.*, Βιοδίκαιο, σ.187)

φυλής. Επομένως, υπάγεται στα προστατευτικά πλαίσια της αντικειμενικής διάστασης της ανθρώπινης αξίας, κατ' άρθρον 2 του Συντάγματος της Ελλάδος.[262,263] Το κυοφορούμενο προστατεύεται ως προς αυτό που είναι οποιαδήποτε στιγμή αλλά και σε σχέση με αυτό που θα γίνει όταν γεννηθεί ζωντανό. Η «εν σπέρματι» ανθρώπινη ζωή[264] στηρίζεται στην εξελισσόμενη συνέχεια του ανθρώπου πριν και μετά τον τοκετό και παύει με την έναρξη του τοκετού, με την απαρχή της ολοκληρωμένης ζωής. Η διάταξη του 304 ΠΚ είναι αυτή που προστατεύει την «εν τη γενέσει» ζωή του εμβρύου[265]. Να σημειωθεί ότι τα άρθρα 304 ΠΚ και 304[Α] ΠΚ ανήκουν στο κεφάλαιο εκείνο του Ποινικού Κώδικα που προστατεύει τα εγκλήματα κατά της ζωής. Υλικό αντικείμενο του εγκλήματος σε όλες τις προαναφερθείσες διατάξεις είναι το έμβρυο, ενώ προστατευόμενο έννομο αγαθό είναι η δυνάμει ανθρώπινη ζωή του εμβρύου.[266] Η διάταξη του 304 ΠΚ προστατεύει το έννομο αγαθό της ζωής ως αυτοτελές, ωστόσο, γεννάται το ερώτημα αν το ίδιο το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί φορέας του εν λόγω εννόμου αγαθού, δεδομένου ότι φορείς εννόμων αγαθών μπορεί να είναι μόνο τα υποκείμενα δικαίου.

Συγκεκριμένα, έχουν υποστηριχθεί αντικρουόμενες απόψεις. Από τη μία πλευρά, γίνεται αποδεκτό ότι το έμβρυο είναι αυτοτελής φορέας του εννόμου αγαθού της δυνάμει ανθρώπινης ζωής. Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται η άποψη ότι φορέας του εννόμου αγαθού είναι η γυναίκα, καθώς το κυοφορούμενο είναι οργανικά και ως εκ τούτου άρρηκτα συνδεδεμένο με το σώμα της. Η πρώτη άποψη, που είναι και η επικρατούσα, παρότι αντιφατική σε σχέση με την απαίτηση να είναι κανείς πρόσωπο για να είναι, ως υποκείμενο δικαίου, φορέας εννόμων αγαθών, θεμελιώνεται στην παραδοχή ότι το έμβρυο, ως φορέας προσδοκίας ανθρώπινης ζωής, μπορεί να είναι υποκείμενο δικαιωμάτων, παρότι δεν εξομοιώνεται με άνθρωπο.[267] Το αγέννητο έμβρυο, είναι ο μικρότερος δυνατός άνθρωπος και παρά τη φιλοξενία του στο μητρικό σώμα, προστατεύεται ως πρώτη βαθμίδα ανάπτυξης της ανθρώπινης προσωπικότητας. Μπορεί να μην διαθέτει αυτοτελή ύπαρξη σε σχέση με τη μητέρα του, ωστόσο διαθέτει έναν αυτοτελή προορισμό, πάνω στον οποίο θεμελιώνεται και η δυνατότητά του να μετέχει ενός εννόμου αγαθού. Στον αντίποδα, υποστηρίζεται η αντίθετη άποψη[268] η οποία τοποθετεί τη μητέρα στη θέση του φορέα του εννόμου αγαθού τη ζωής, καθώς εξαιτίας της μη αυτοτέλειάς του, το έμβρυο, πριν καταστεί βιώσιμο και αποκτήσει ικανότητα αυτοπροσδιορισμού, δεν μπορεί να θεωρείται υποκείμενο δικαιωμάτων. Έτσι, το κυοφορούμενο λογίζεται ως φυσική ιδιότητα του σώματος της γυναίκας που προσδιορίζεται από τη βούλησή της. Συμπερασματικά, εκ των ανωτέρω, καθίσταται σαφές ότι το έμβρυο αξιώνει προστασία από την έννομη τάξη παρόλο που δεν αποτελεί πρόσωπο,

[262] Σύμφωνα με τον *Μάλλιο Β.: «Παρά το γεγονός ότι* το κυοφορούμενο γίνεται πλήρες υποκείμενο δικαίου και πρόσωπο με τη γέννησή του, έχει και το ίδιο «αξία». Το κυοφορούμενο δεν εξομοιώνεται με «απλό όργανο» του σώματος της μητέρας παρά την βιολογική εξάρτησή του από την έγκυο γυναίκα. Η συνταγματική βάση προστασίας του εμβρύου δεν αναζητείται, βέβαια, στην ύπαρξη κάποιου υποκειμένου, αλλά στην ανθρώπινη αξία ως αντικειμενική αρχή του Συντάγματος.» *Μάλλιος Β*., Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, ΔτΑ 73/2017, σ. 569

[263] Κατά την *Αντωνίου Θεοδώρα*: «Υπάρχει όμως και η άποψη που θέλει τον άνθρωπο φορέα της αξιοπρέπειας όχι γιατί είναι πρόσωπο αλλά γιατί ανήκει στο βιολογικό είδος άνθρωπος, με αποτέλεσμα κάθε γεννημένος άνθρωπος να είναι φορέας της εγγύησης της αξιοπρέπειας του ανθρώπου και μάλιστα ανεξάρτητα από τα φυσικά και ψυχικά χαρακτηριστικά του. Με βάση αυτή την άποψη η διάταξη για την προστασία της αξιοπρέπειας περιλαμβάνει στο πεδίο ισχύος της και την προ γεννήσεως ζωή.» (*Αντωνίου Θεοδώρα*, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, σ.116)

[264] *Κατρούγκαλος Γ.,* σσ. 64-66

[265] βλ.*Πολίτη Χάρη,* Ιατρικό Δίκαιο, εκδ. Hartling 1999, σ.225

[266] *Λιούρδη Άγκυ*, Ιατρική ποινική ευθύνη, σ.131

[267] *Συμεωνίδου – Καστανίδου Ελισάβετ*, Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου σ.191

[268] *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σ.76

καθόσον η δυνάμει ανθρώπινη ζωή συνιστά, μέσα από τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, αντικείμενο προστασίας. Στο κεφάλαιο που έπεται, θα αναλυθεί η ποιότητα της έννομης αυτής προστασίας, και ο ρόλος των δεδομένων της ιατρικής επιστήμης στον προσδιορισμό της.

3.4. Ιατρικά δεδομένα και διαβάθμιση ποινικής προστασίας του εμβρύου

3.4.1. Υπερηχογραφία και αξιολόγηση βαθμού ανάπτυξης του εμβρύου

Μία από τις συνιστώσες της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος του άρθρου 304 ΠΚ, αναφορικά με την «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης», αποτελεί η διαβάθμιση της παρεχόμενης στο έμβρυο ποινικής προστασίας. Η διαβάθμιση αυτή εξαρτάται άμεσα από την εξέλιξη της κύησης και την εμβρυική ανάπτυξη. Ο ποινικός νομοθέτης, μετά της συμβολής των δεδομένων της ιατρικής επιστήμης, θέτει χρονικά κριτήρια, τα οποία στηρίζονται στα στάδια εξέλιξης της ανάπτυξης του κυοφορούμενου[269], ως αυτά διαπιστώνονται με τα τεχνικά μέσα της υπερηχογραφίας. Το υπερηχογράφημα είναι η ψηφιακή απεικόνιση του εμβρύου και του χώρου που το περιβάλλει μέσω της χρήσης υπερήχων. Κύριος στόχος του υπερηχογραφήματος είναι η παροχή πληροφοριών με μεγάλη ακρίβεια, οι οποίες διευκολύνουν την παροχή βέλτιστης προγεννητικής φροντίδας, με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.[270] Οι συνεχείς τεχνολογικές εξελίξεις επέτρεψαν στην ανάλυση της υπερηχογραφικής απεικόνισης, κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, να εξελιχθεί σε τέτοιο επίπεδο ώστε η πρώιμη ανάπτυξη του εμβρύου να μπορεί να αξιολογηθεί και να παρακολουθείται λεπτομερώς, σε κάθε στάδιο αυτής.[271] Με την έλευση αποτελεσματικών διακολπικών κεφαλών περί τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και τις αρχές της δεκαετίας του 1990, εισήχθη η δυνατότητα αξιολόγησης των εμβρυϊκών ανατομικών δομών και ανίχνευσης ανωμαλιών ακόμα και κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Μέσω της υπερηχογραφίας, ο καθορισμός του αριθμού των εμβρύων επιτυγχάνεται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία και με ακρίβεια. Σημειώνεται ότι σε αριθμό περισσότερων από ενός εμβρύων (συνήθως περισσότερων από δύο) μπορεί να ανακύψει ο προβληματισμός της «μείωσης», [272] δηλαδή της θανάτωσης εμβρύου, προς επαύξηση της πιθανότητας καλύτερης έκβασης της κύησης

---

[269] *Beller Fritz K. / Zlatnik Gail P.*, The beginning of human life, Journal of Assisted Reproduction and Genetics , 1995,τομ. 12 σσ.477–483

[270] Όταν κάνουμε λόγω για προσδιορισμό της κύησης εννοούμε σε αδρές γραμμές τον ιατρικό έλεγχο με βάση τον οποίο διαπιστώνεται και πιστοποιείται η κύηση. Κατά τα πρώτα της στάδια, η κύηση μπορεί να εξακριβωθεί με τη χρήση διακοιλιακής ή διακολπικής υπερηχογραφίας ή και των δύο. Επιπλέον, γίνεται διαχωρισμός μεταξύ διαπίστωσης και πιστοποίησης καθώς υπάρχουν περιπτώσεις ψευδοκύησης όπου μία γυναίκα μπορεί να παρουσιάζει όλες τις βασικές ενδείξεις κύησης, χωρίς ωστόσο κάτι τέτοιο να ισχύει.

[271] βλ. Κατευθυντήριες Οδηγίες της ISUOG (Διεθνής Εταιρία Υπερήχων στη Μαιευτική και τη Γυναικολογία), βλ. ISUOG guidelines, Ultrasound Obstet Gynecol, μετάφραση από *Ioanni Tsakiridi*, εκδ. *John Wiley & Sons* Ltd. 2019,τομ. 53 σσ. 715–723 , οι οποίες αποσκοπούν στην περιγραφή και ακριβή αξιολόγηση της βιομετρίας του εμβρύου και της διάγνωσης των διαταραχών της ανάπτυξης του. Αυτές οι διαταραχές περιλαμβάνουν κυρίως την εμβρυική καθυστέρηση της ανάπτυξης (FGR), που αναφέρεται επίσης ως ενδομήτρια καθυστέρηση του εμβρύου (IUGR). Η ανίχνευση και η επαρκής αντιμετώπιση των διαταραχών ανάπτυξης του εμβρύου είναι βασικά συστατικά της προγεννητικής φροντίδας και το εμβρυικό υπερηχογράφημα παίζει βασικό ρόλο στην εκτίμηση αυτών των καταστάσεων.

[272] *Hellsten, S. K.* «The meaning of life» during a transition from modernity to transhumanism and posthumanity. Journal of Anthropology, 2012 σσ. 2-7. Είναι γνωστό, επίσης, ότι πολλές κυήσεις που ξεκινούν ως δίδυμες καταλήγουν σε κύηση ενός εμβρύου λόγω παλινδρόμησης και αποβολής του ενός Παράλληλα, το υπερηχογράφημα μπορεί να μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των χορίων και τη σύγκριση των μεγεθών των εμβρύων.

με το/τα εναπομείναν/-τα έμβρυο/-α. Το υπερηχογράφημα αποτελεί -προς το παρόν- την καλύτερη και αποτελεσματικότερη μέθοδο εκτίμησης της ανάπτυξης του εμβρύου. Έτσι, οι μετρήσεις που πραγματοποιούνται από τις πρώτες κιόλας εβδομάδες κύησης καθορίζουν με μεγάλη ακρίβεια τη βιολογική ηλικία του εμβρύου, δεδομένου ότι κατά το ως άνω χρονικό διάστημα η ανάπτυξη του εμβρύου πραγματοποιείται με ταχείς ρυθμούς. Αδιαμφισβήτητη είναι η ιδιαίτερη χρησιμότητα του υπερηχογραφήματος σε περιπτώσεις άγνωστης ημερομηνίας της τελευταίας εμμήνου ρύσεως ή σε περιπτώσεις ασυμβατότητας του κλινικά εκτιμώμενου μεγέθους της μήτρας με την αναμενόμενη ηλικία κύησης.[273] Σε άγνωστη ημερομηνία τελευταίας εμμήνου ρύσεως, ο καθορισμός της ηλικίας κύησης με το υπερηχογράφημα μπορεί να είναι καθοριστικός, αφού ο νόμος επιτρέπει την τεχνητή έκτρωση μόνο σε ορισμένες ηλικίες κύησης.

Τα δεδομένα που περιβάλλουν την εξέλιξη της κύησης και την υπόσταση του εμβρύου είναι εκείνα στα οποία στηρίζεται η ποινική νομοθεσία για τη διαβάθμιση της προστασίας του εμβρύου ως δυνάμει προσώπου. Η εμβρυϊκή ανάπτυξη διαρκώς εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, από τη στιγμή που αποτελεί ένα απλό κύτταρο έως το χρονικό σημείο κατά το οποίο το έμβρυο προσιδιάζει σε νεογνό. Η διαφοροποίηση της υπόστασης του κυοφορούμενου αναλόγως του σταδίου κύησης συμπαρασύρει και τη διαφοροποίηση ως προς την παρεχόμενη εκ του νόμου προστασία του. Στο κεφάλαιο που θα επακολουθήσει, θα αναλυθεί ο τρόπος με τον οποίο η ποινική νομοθεσία αξιολογεί και ενσωματώνει τα ιατρικά δεδομένα που ανακύπτουν σε κάθε επιμέρους στάδιο κύησης.

3.4.2. Χρονικά πλαίσια προστασίας του εμβρύου στον Ποινικό Κώδικα

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας των υπερήχων έδωσε τη δυνατότητα προσδιορισμού της πραγματικής ηλικίας κύησης και παρακολούθησης, με μεγάλη ακρίβεια, της βιολογικής εξελικτικής πορείας του εμβρύου, βάσει μετρήσεων. Όπως αναλύθηκε ανωτέρω, το άρθρο 304 ΠΚ τιμωρεί την τεχνητή διακοπή της κύησης, με σκοπό την προστασία της εν σπέρματι ανθρώπινης ζωής του εμβρύου, χωρίς όμως η προστασία αυτή να είναι απεριόριστη, καθώς

[273] *βλ. Souka AP/ Pilalis A/ Kavalakis Y/ Kosmas Y/ Antsaklis P/ Antsaklis A*. Assessment of fetal anatomy at the 11-14 weeks' ultrasound examination. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24(7) σσ.730-734. Με τον υπερηχογραφικό έλεγχο είναι δυνατη η εκτίμηση της πιθανότητας χρωμοσωμικής ανωμαλίας και ο έλεγχος της εμβρυϊκής ανατομίας επίσης βλ. *Ιατράκης Γεώργιος,* Το Υπερηχογράφημα στη Μαιευτική. Στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Εκδόσεις Desmos Digital, *2018*. σ. 69. Στις πρώτες εβδομάδες της κύησης, η ηλικία του εμβρύου προσδιορίζεται με βάση τη διάμετρο του σάκου κύησης. Μετά την υπερηχογραφική διαπίστωση του εμβρυϊκού πόλου, η εκτίμηση της ηλικίας κύησης πραγματοποιείται με μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους (CRL) του εμβρύου. Το κεφαλουραίο μήκος είναι ο πιο ακριβής δείκτης της ηλικίας κύησης. Πράγματι, αν η μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους γίνει προσεκτικά, έχει μια διακύμανση μόνο 3 έως 5 ημερών.. Η υπερηχογραφική ηλικία κύησης, που καθορίστηκε τις πρώτες εβδομάδες της κύησης, θα πρέπει να συσχετίζεται με την ημερολογιακή ηλικία κύησης και αν υπάρχει ασυμφωνία, τότε πρέπει να αναζητούνται τα πιθανά αίτια της διαφοράς. Αυτό ισχύει και στα επόμενα τρίμηνα της κύησης. Η υπερηχογραφική εξέταση με Doppler (color Doppler και power Doppler), μπορεί να βοηθήσει και στη διαφορική διάγνωση καλοήθους και κακοήθους εξαρτηματικού όγκου αφού ο κακοήθης χαρακτηρίζεται από αυξημένη αγγείωση με χαμηλές αντιστάσεις. Ανάλογη βοήθεια μπορεί να προσφέρει ο συνδυασμός διακολπικής B-mode υπερηχογραφίας και έγχρωμου Doppler. Εννοείται ότι σε διαπίστωση κακοήθειας, υπάρχει ο προβληματισμός της διακοπής της κύησης για «ευκολότερη» εφαρμογή των πιο κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων χωρίς τον προβληματισμό της ενδεχόμενης τερατογένεσης.

συνοδεύεται από περιοριστικές εξαιρέσεις[274]. Οι εξαιρέσεις αυτές διαμορφώνονται γύρω από τον άξονα του χρονικού σημείου στο οποίο βρίσκεται η κύηση. Το έμβρυο προστατεύεται ως δυνάμει πρόσωπο και η δυναμικότητα αυτή αντανακλά τη συνεχή εξελικτικότητα της εμβρυϊκής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η προσδοκία μετάβασης του εμβρύου σε νεογνό αυξάνεται όσο προχωρά η εγκυμοσύνη, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η προστασία του κυοφορούμενου. Η σύγκριση της ανάπτυξης του εμβρύου με αυτήν του νεογνού είναι αυτή που καθορίζει την ποιότητα της παρεχόμενης έννομης προστασίας του κυοφορούμενου και τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η διακοπή της κύησης δεν συνιστά ποινικό αδίκημα. Βέβαια, το μη τιμωρητό της άμβλωσης δεν επιλέγεται αυθαίρετα, αποκλειστικά και μόνο με βάση το στάδιο κύησης, αλλά διαμορφώνεται προς την κατεύθυνση εναρμόνισης των συνταγματικών δικαιωμάτων της γυναίκας με αυτών του εμβρύου. Σε κάθε περίπτωση, η νομοθετική αξιολόγηση συμπορεύεται με τα διδάγματα της Εμβρυολογίας αναφορικά με την ανάπτυξη του κυοφορούμενου καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, όπως αποτυπώνεται από τη χρήση της υπερηχογραφίας.

Αρχικά, τίθεται προβληματισμός σχετικά με το αν η εν τη γενέσει ανθρώπινη ζωή προστατεύεται από τη χρονική στιγμή της σύλληψης ή αν τίθεται άλλη χρονική βάση για την έναρξη παροχής έννομης προστασίας. Βάσει των πορισμάτων της επιστήμης, τη στιγμή της γονιμοποίησης , η κύηση είναι επισφαλής, άλλωστε από τα γονιμοποιημένα ωάρια μόνο σε ένα ποσοστό 50% περίπου συγκρατούνται από τον ανθρώπινο οργανισμό και αναπτύσσονται, όπερ σημαίνει ότι υπάρχει ζωή όμως με την έννοια της αναμενόμενης δημιουργίας ανθρώπινου όντος. Επομένως μόνο μετά τη σύνδεση του ζυγωτού με το ανθρώπινο σώμα ξεκινά η ανάπτυξή του σε έμβρυο.[275] Έτσι, έχει εγκαταλειφθεί η άποψη που ίσχυε παλαιότερα[276], ότι το κυοφορούμενο αρχίζει να υπάρχει με τη δημιουργία του ζυγωτού και έχει επικρατήσει η άποψη ότι η εμφύτευση του ζυγωτού στη μήτρα αποτελεί το χρονικό σημείο έναρξης της κύησης.[277] Ωστόσο, το γεγονός

---

[274] 304§4 ΠΚ: «Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:
α)Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
β) Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης.
γ) Έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.»

[275] *Συμεωνίδη-Καστανίδη Ελισάβετ*, Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου, εκδ, σ.180

[276] Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σ. 78

[277] Για το λόγο αυτό δεν απαγορεύεται η επείγουσα αντισύλληψη δηλ. η λήψη ορμονών σε μεγάλη ποσότητα με το λεγόμενο «χάπι της επόμενης ημέρας», για να αποφευχθεί μια πιθανή κύηση η οποία είναι δυνατή για ένα εικοσιτετράωρο μετά τη συνεύρεση, όταν η εμφύτευση δεν έχει επέλθει, ακόμα και αν έχει γίνει σύλληψη. Η επείγουσα αντισύλληψη, έχει ιδιαίτερο επιστημονικό και κοινωνικό ενδιαφέρον. *βλ. Ιατράκης Γ.*, Φαρμακευτική έκτρωση σε : Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός, 2015, σ. 170.
Κατά την *Συμεωνίδου- Καστανίδου Ελισάβετ:* «με την ανακάλυψη της επείγουσας αντισύλληψης, η ποινική επιστήμη βρέθηκε στην ανάγκη να συμπορευτεί με την εξέλιξη της ιατρικής, χωρίς όμως παράλληλα να εγκαταλείψει τη θεμελιώδη θεώρησή της για το έμβρυο, ως «εν γενέσει» ζωής. Υιοθέτησε γι' αυτό στη μεγάλη της πλειοψηφία την άποψη ότι η «εν γενέσει» ζωή με την έννοια του Ποινικού Κώδικα αρχίζει όχι με τη γονιμοποίηση, αλλά από τη στιγμή της εμφύτευσης του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα. Η άποψη αυτή ενσωματώθηκε στη θεώρηση του εννόμου αγαθού ως «εν γενέσει ζωής» με την αιτιολογία ότι τα γονιμοποιημένα ωάρια σε ένα ποσοστό 50% περίπου αποβάλλονται από τον ανθρώπινο οργανισμό, η εν γενέσει όμως ανθρώπινη ζωή, έλκοντας την προστασία της από την ολοκληρωμένη, μπορεί να αναχθεί σε έννομο αγαθό μόνο όταν υπάρχει η βεβαιότητα πως θα οδηγήσει στη διαμόρφωση ενός ανθρώπου . Επίσης η εξατομίκευση του ανθρώπου πραγματοποιείται μόνο από το χρονικό σημείο της εμφύτευσης και τότε μόνο μπορούμε να μιλάμε για προγραμματική ενότητα ζωής . Επιπλέον στο

έναρξης της κύησης και της εν σπέρματι ανθρώπινης ζωής δεν επαρκεί προς θεμελίωση έναρξης παροχής ποινικής προστασίας στο έμβρυο.

Το έμβρυο προστατεύεται ως δυνάμει πρόσωπο και η προστασία του ξεκινά από το χρονικό σημείο κατά το οποίο αυτό φέρει τα ελάχιστα στοιχειώδη χαρακτηριστικά που προσιδιάζουν στο ανθρώπινο νεογνό. Με την έναρξη της κύησης και την εμφύτευση του ζυγωτού στη μήτρα κατά τη δεύτερη εβδομάδα μετά τη γονιμοποίηση, τίθεται ο προβληματισμός για το χρονικό σημείο που η ανάπτυξη του εμβρύου είναι τέτοια ώστε να προσομοιάζει αρκετά σε ένα ανθρώπινο ον, κατά τρόπο που να δύναται να γίνει με ασφάλεια λόγος για υπαρκτό, εν τη γενέσει του, άνθρωπο, ο οποίος δικαιούται πλέον αξίωσης νομικής προστασίας. Στο διάστημα αυτό, το έμβρυο είναι επί της ουσίας ένα εξελισσόμενο κύτταρο, το οποίο δύσκολα γίνεται αντιληπτό και παρουσιάζει μεγάλες διαφορές από το κυοφορούμενο του τελευταίο τριμήνου της εγκυμοσύνης, το οποίο είναι βιώσιμο και έξω από το γυναικείο σώμα.

3.4.3. Αξιολογικοί παράγοντες στάθμισης του επιτρεπτού της άμβλωσης

Τα δεδομένα της Εμβρυολογίας ορίζουν ότι τα βασικά ζωτικά όργανα του εμβρύου, η καρδιά, η σπονδυλική στήλη, τα μάτια και τα νεύρα αρχίζουν να αναπτύσσονται κατά την τέταρτη εβδομάδα κύησης. Κατά την έκτη εβδομάδα κύησης, η καρδιά έχει ήδη σωληνοειδές σχήμα και εμφανίζει παλμικότητα. Έως την έκτη περίπου εβδομάδα έχει, επίσης, αναπτυχθεί το κεφάλι και το άνω τμήμα του σώματος, αρχίζουν να σχηματίζονται οι οφθαλμοί και να φαίνονται οι «εκβλαστήσεις» που θα αποτελέσουν τα άκρα. Τέλος, έχει σχηματιστεί ο νευρικός σωλήνας από τον οποίο θα προέλθει ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Στη διάρκεια της όγδοης εβδομάδας κύησης, η καρδιά έχει τέσσερις κοιλότητες.[278] Η σπονδυλική στήλη είναι πλέον ορατή και αποτελείται από χόνδρο. Εμφανίζεται ηλεκτρική δραστηριότητα στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο και το (υπόλοιπο) νευρικό σύστημα. Τη δέκατη εβδομάδα κύησης, το κεφάλι αντιστοιχεί περίπου στο μισό του εμβρύου, έχει εξαφανιστεί η «ουρά» του και το έμβρυο έχει ανθρωπόμορφη εμφάνιση. Τα άνω και κάτω άκρα με τα δάκτυλα έχουν καταστεί σαφώς διακριτά, ενώ παράλληλα, τα πρώτα οστεοκύτταρα αρχίζουν να αντικαθιστούν τον χόνδρο.

Μεταξύ της δέκατης και δωδέκατης εβδομάδας, το έμβρυο αρχίζει να τελεί μικρού εύρους, τυχαίες κινήσεις, που δεν γίνονται αντιληπτές από τη μητέρα, ενώ η καρδιά ακούγεται ηλεκτρονικά. Κατά τη δωδέκατη εβδομάδα, συνενώνονται τα βλέφαρα και αναπτύσσονται τα νύχια. Σχηματίζονται όλα τα μείζονα όργανα, χωρίς όμως να μπορούν να λειτουργήσουν έξω από το περιβάλλον της μήτρας. Μέχρι τη δέκατη τέταρτη εβδομάδα κύησης, το στόμα του εμβρύου ανοιγοκλείνει, μπορεί να καταπιεί και οι νεφροί του παράγουν ούρα. Ο μυελός των οστών παράγει αίμα και το έμβρυο κοιμάται και ξυπνάει. Παρουσιάζονται κινήσεις των άκρων (τα οποία

άρθρο 304 ΠΚ αναφέρεται σε «έγκυο» γυναίκα ,όμως η εγκυμοσύνη υφίσταται μόνο από τη στιγμή που αρχίζει η εσωτερική διαδικασία θρέψης του ωαρίου, γεγονός που λαμβάνει χώρα με την εμφύτευση και τέλος, έως τη στιγμή της εμφύτευσης το έμβρυο παρουσιάζεται τελείως απρόσφορο ως αντικείμενο ποινικής προστασίας αφού η εγκυμοσύνη δεν είναι κατά κανόνα δεδομένη.»(*Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου, σ.181)

[278] *Μαλανδρή Μ.*, Ιατρική επισκόπηση της τεχνητής διακοπής της κύησης, *στο*: Η αρχή και το τέλος της ζωής: ηθικά, ιατρικά και νομικά προβλήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2015, σ.38

βρίσκονται σε ανατομική αναλογία με τον κορμό) και του κεφαλιού.[279] Από τη δέκατη έκτη εβδομάδα κύησης, γίνεται σαφές το φύλο του εμβρύου, ενώ λεπτό τρίχωμα αρχίζει να αναπτύσσεται στο κεφάλι του. Καθώς η κύηση έχει φτάσει στη δέκατη όγδοη εβδομάδα, αναγνωρίζονται πλέον τα «χαρακτηριστικά» του προσώπου (μύτη, χείλη, αυτιά) και του σώματός του. Το έμβρυο μπορεί να αντιδρά στον ήχο και υπάρχουν μαλλιά στο κεφάλι του. Τέλος, όταν πλέον έχει φτάσει η εικοστή εβδομάδα, αρχίζουν να λειτουργούν οι σμηγματογόνοι αδένες. Η μητέρα αισθάνεται πλέον τις κινήσεις του εμβρύου[280], το οποίο έχει αναπτύξει τα αντανακλαστικά του θηλασμού και του δραγμού[281]. Το έμβρυο έχει μήκος περίπου 16,5 εκατοστά και ζυγίζει ελαφρώς λιγότερο από 230 γραμμάρια[282]. Τις επόμενες εβδομάδες κύησης, κυρίως συντελείται περαιτέρω ανάπτυξη του «σχηματοποιημένου» εμβρύου. Στις είκοσι τέσσερις εβδομάδες κύησης, το έμβρυο φέρει πιθανότητα επιβίωσης εκτός μήτρας. Οι πνεύμονες συνεχίζουν να ωριμάζουν μέχρι τον χρόνο παράδοσης. Ο εγκέφαλος συσσωρεύει νέα κύτταρα καθ' 'όλη την εγκυμοσύνη και το πρώτο έτος της ζωής μετά τη γέννηση.

Ως εκ των ανωτέρω, προκύπτει ότι μέχρι και τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης, τα βασικά ζωτικά όργανα έχουν διαμορφωθεί στην πιο πρώιμη μορφή τους. Αυτό είναι και το χρονικό σημείο στο οποίο τοποθετεί η ποινική νομοθεσία την έναρξη παροχής έννομης προστασίας στο έμβρυο, στην περίπτωση που η κύηση δεν είναι επιθυμητή από τη γυναίκα. Η μη αυτοτελής και μη διαμορφωμένη, ούτε στα βασικά πρώιμά της στοιχεία, ανθρώπινη ζωή ακολουθεί την προδιαγεγραμμένη πορεία της προς την πιο ολοκληρωμένη μορφή ζωής, αλλά κάμπτεται από την ελευθερία που αναγνωρίζεται σε κάθε ολοκληρωμένο άνθρωπο να καθορίζει την πορεία της δικής του ζωής, ως προς το αν θα γίνει, ή όχι, γονιός.[283] Αυτή είναι και η μοναδική περίπτωση κατά την οποία το Δίκαιο αναγνωρίζει το επιτρεπτό της εκλεκτικής άμβλωσης[284], που θεμελιώνεται αποκλειστικά και μόνο στην ελεύθερη επιλογή της γυναίκας να μη γεννήσει το κυοφορούμενο, αφήνοντάς την ατιμώρητη.[285] Από το χρονικό αυτό σημείο και έπειτα, το έμβρυο αρχίζει πλέον να αποτελεί την ελάχιστη ανθρώπινη μικρογραφία, και η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας της γυναίκας δεν επαρκεί για να κάμψει το δικαίωμα της ζωής του εμβρύου.[286] Στις περιπτώσεις,

---

279 *Raul Artal-Mittelmark,* Conception and Parential Devlopment, Merck manual Professional Version, 2019

[280]Αν η μητέρα δεν είναι πρωτότοκος, μπορεί να αισθάνεται τις κινήσεις του εμβρύου από νωρίτερα.

[281] Υπερηχογραφικά, μπορεί να φανεί το έμβρυο να θηλάζει τον αντίχειρά του.

[282] Ιατράκης Γεώργιος. Ανάπτυξη του Εμβρύου στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου, σ. 5.

[283] *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά της ζωής, σ.841

[284] Κατά την *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη:* «Η διακοπή της εγκυμοσύνης δεν συνιστά παράνομη πράξη έως τις δώδεκα πρώτες εβδομάδες της κύησης. Υπό την έννοια αυτή, η διακοπή της κυήσεως συνιστά ένα είδος οικογενειακού προγραμματισμού για την περίπτωση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, με το επιχείρημα ότι αυτή μπορεί να συμβεί λόγω αποτυχίας κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου ή λόγω της αδυναμίας κάποιων ανθρώπων να έχουν πρόσβαση σε αντισυλληπτικά μέσα. Η λογική του νομοθέτη είναι ότι η έγκαιρη διακοπή της κυήσεως έως την δωδέκατη εβδομάδα δεν είναι λογικώς και ηθικώς να συνιστά φόνο. Υπό την έννοια αυτή, η γυναίκα που επιλέγει να διακόψει την κύησή της, για οποιοδήποτε λόγο και αν καταφεύγει στην επιλογή αυτή, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί και δεν πρέπει να επιφορτισθεί το ηθικό βάρος του τερματισμού μιας ανθρώπινης ζωής.» (*Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη*, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, σ. 197)

[285] Σύμφωνα με τον *Μάλλιο Β*.: «Η αξία του εμβρύου βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο όταν ξεκινά η διαδικασία της κυοφορίας (τη στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου) και αυξάνεται όσο προσδοκάται η ανάπτυξη και η αυτόνομη επιβίωσή του ως ανθρώπου. Το δικαίωμα της εγκύου να διακόψει την κύησή της μειώνεται όσο εξελίσεται χρονικά η εγκυμοσύνη και αυξάνεται η προσδοκία αυτόνομης επιβίωσης του οργανισμού που κυοφορείται. Έτσι, ενώ το δικαίωμα της γυναίκας στην άμβλωση είναι απεριόριστο τους πρώτους μήνες της κυοφορίας, στο τέλος επιτρέπεται μόνον αν πρόκειται να προστατευθούν σημαντικότερα έννομα αγαθά της ίδιας (δηλαδή, η ζωή και η υγεία της γυναίκας.», (*Μάλλιος Β.*, Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, Δικαιώματα του Ανθρώπου, Νο 73/2017, σ.570)

[286] Σύμφωνα με τον *Βιδάλη Τ.:* «Υστερα από τη συμπλήρωση του πρώτου τριμήνου της κυοφορίας, ο νόμος εξακολουθεί να επιτρέπει την άμβλωση, όχι όμως ως ελεύθερη επιλογή στο πλαίσιο της άσκησης της ελευθερίας της αναπαραγωγής. Η προσδοκία της ανάπτυξης μιας νέας ανθρώπινης ζωής θεωρείται στο εξής περισσότερο απτή, κάτι

δε, που το κυοφορούμενο απειλείται από κάποιον τρίτο σε σχέση με την κυοφόρο γυναίκα, η προστασία του εμβρύου ξεκινά από την εμφύτευσή του στη γυναικεία μήτρα.[287] Πρέπει να τονισθεί πως στην δικαιολογητική βάση της εκλεκτικής άμβλωσης κομβικό ρόλο διαδραματίζει το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας της γυναίκας, απόρροια του οποίου είναι η εξουσία ελεύθερης διάθεσης του ανθρωπίνου σώματος και η επιλογή για άμβλωση. Η εναρμόνιση του δικαιώματος αυτού με το δικαίωμα της εν δυνάμει ανθρώπινης ζωής του εμβρύου επιτυγχάνεται στη βάση των δεδομένων της επιστήμης της εμβρυολογίας τα οποία ο νομοθέτης χρησιμοποιεί για να προσδιορίσει το χρονικό εκείνο διάστημα κατά το οποίο η εμβρυική ανάπτυξη είναι ακόμα υποτυπώδης και παρουσιάζει την ελάχιστη δυνατή σύνδεση με το κριτήριο της βιωσιμότητας. Αξίζει να σημειωθεί πως αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα επίδρασης της ιατρικής επιστήμης στη νομοθετική επιλογή, όμως η επίδραση αυτή είναι έμμεση καθώς αποτελεί μια από τις συνιστώσες της συλλογιστικής του νομοθέτη. Ο τελευταίος σταθμίζει τις νομικές κρίσεις για το δικαίωμα αυτοδιάθεσης που έχει η γυναίκα με το δικαίωμα προστασίας της εν εξελίξει εμβρυικής ζωής αξιοποιώντας τις ιατρικές πληροφορίες ώστε να εκτιμήσει το χρονικό διάστημα κατά το οποίο η φυσιολογία του εμβρύου δεν είναι ικανή ώστε αυτό να αξιώνει προστασίας από το δίκαιο.

Παράλληλα, το τελικό αποτέλεσμα της νομοθετικής επιλογής διαμορφώνεται μέσα από την ανάγκη η νομοθετική ρύθμιση, όταν αναγνωρίζει ένα δικαίωμα αλλά επιβάλλει όρους στην άσκηση του, να οριοθετεί το δικαίωμα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καθιστά εφικτή την άσκηση του και να μην το καταργεί. Μια υπερβολικά περιοριστική νομική ρύθμιση που θα συρρίκνωνε χρονικά τη δυνατότητα για άμβλωση θα είχε ως αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να στερηθούν την πρόσβαση στις υπηρεσίες τεχνητής διακοπής της κύησης. Έτσι, η δωδέκατη εβδομάδα αποτελεί μια εύλογη επιλογή η οποία προκύπτει μέσα από τις σταθμίσεις του νομοθέτη, οι οποίες στηρίζονται τόσο σε νομικές αξιολογήσεις όσο και στα ιατρικά δεδομένα, συνδυάζοντας τα σε μια ρύθμιση που περικλείει πρακτικά εφικτές επιταγές. Η κλινική ιατρική χρησιμοποιεί την τεχνολογία για να επιβεβαιώνει τα ιατρικά πορίσματα και τις διαγνώσεις, χωρίς το γεγονός αυτό να αναιρεί την ενδεικτικότατα των δεδομένων κάθε ιατρικής εκτίμησης. Ο προσδιορισμός της ηλικίας του κυοφορούμενου και των χρονικών προθεσμιών που συνδέονται με τα στάδια της κύησης, γίνεται μέσω της τεχνολογίας των υπερήχων στην μαιευτική πρακτική. Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί πως στην ιατρική πράξη πολλές φορές η ημερολογιακή ηλικία κύησης διαφέρει από την υπερηχογραφική δημιουργώντας τον προβληματισμό για το ποια από τις δύο πρέπει να υπερισχύσει.

Η αναγνώριση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου είναι εφικτή από την πέμπτη με έκτη εβδομάδα κύησης, πιστοποιώντας ότι το έμβρυο ζει. Εύλογα θα αναρωτιόταν κανείς από τη στιγμή που οι παλμοί του εμβρύου γίνονται αντιληπτοί στην πέμπτη με έκτη εβδομάδα κύησης, γιατί ο νόμος επιτρέπει την άμβλωση έως και τη δωδέκατη εβδομάδα και δεν την περιορίζει στο ανωτέρω χρονικό πλαίσιο κατά το οποίο βεβαιώνεται η ζωή του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, έρευνα που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες κατέδειξε ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις διακοπής της κύησης που πραγματοποιήθηκαν σε κύηση ηλικίας ≤ έξι εβδομάδων σε σύγκριση με την κυοφορία επτά έως δώδεκα εβδομάδων ήταν λιγότερο πιθανό να οδηγήσουν σε επιτυχή

που έχει ως συνέπεια την απόδοση μεγαλύτερης αξίας στο έμβρυο in vivo. Αυτή η αξία υποχωρεί πλέον μόνο για να υπηρετηθούν άλλα αγαθά, τα οποία κρίνονται σημαντικότερα από νομική άποψη.» (*Βιδάλης Τ.*, Βιοδίκαιο, Το πρόσωπο, σ. 196)

[287] 304 &1 ΠΚ

τερματισμό της κύησης.[288] Επίσης παρά την εξέλιξη της Φαρμακολογίας, η χρήση φαρμάκων για πρώιμο τερματισμό της κύησης δεν καθίσταται πάντα εφικτή. Επιπλέον, αποτελεί αναγκαιότητα η ύπαρξη ενός εύλογου χρονικού διαστήματος από τη στιγμή που γίνεται αντιληπτή μία απρογραμμάτιστη κύηση από τη γυναίκα μέχρι και τη στιγμή της απόφασής της για τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, ώστε να αποφευχθεί μία βεβιασμένη απόφαση τερματισμού της κύησης η οποία θα οφείλεται σε τυχόν αυστηρό χρονικό περιορισμό λήψης απόφασης. Είναι πολλά τα κράτη που έχουν εγκρίνει νομοθεσία η οποία επιβάλλει απαίτηση παροχής προς την έγκυο, συμβουλών και χορήγησης περιόδου αναμονής μέχρι την από μέρους της λήψη οριστικής απόφασης για διακοπή της κύησης.[289] Επιπλέον, υπολογίζεται ότι περίπου το 50% των αυθορμήτων αποβολών του πρώτου τριμήνου σχετίζονται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες στο αναπτυσσόμενο έμβρυο,[290] γεγονός που συνεπάγεται ότι μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μπορεί να καταλήξει μέσα στους πρώτους μήνες σε αυθόρμητη αποβολή, δίχως να εμπλακεί η γυναίκα στη διαδικασία της τεχνητής διακοπής της. Πέραν, όμως, και αυτών των δεδομένων, η λειτουργία της καρδιάς από μόνη της, παρόλο που πιστοποιεί την έναρξη της εξελισσόμενης ζωής, είναι αρκετά πρώιμη ώστε η ανάπτυξη του κυοφορούμενου παραμένει αποσπασματική. Ο σχηματισμός ενός και μόνο οργάνου στην πιο στοιχειώδη δομή του δεν αρκεί για να αναγνωρισθεί ότι το κυοφορούμενο προσεγγίζει το εξατομικευμένο πρόσωπο, ενώ, παράλληλα, στο στάδιο αυτό, το έμβρυο στερείται βιωσιμότητας, η οποία αποτελεί τη μοναδική ιδιότητα που διαθέτει η εξατομικευμένη οντότητα προκειμένου να αξιώσει έννομη προστασία.

Υπό την ιατρική έννοια, η παρουσία ή απουσία του εγκεφάλου σημειοδοτεί αντίστοιχα την παρουσία ή την απουσία της ανθρώπινης ζωής. Κατά την αξιολόγηση της ανάπτυξης του εγκεφάλου ιδιαίτερη έμφαση δίδεται σε ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα τη μυελίνωση (διεργασίες ανάπτυξης της μυελίνης γύρω από το νευρικό κύτταρο) , τη συνεπτογένεση (την ανάπτυξη συνάψεων , δηλαδή τις συνδέσεις μεταξύ νευρώνων) και την ανάπτυξη δικτύων μεταξύ των νευρώνων. Η ανάπτυξη της μυελίνης είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η απόκτηση των ψυχοσυναισθηματικών ικανοτήτων ενός ατόμου σχετίζεται άμεσα με την έκταση της μυελίνωσης στην περιοχή του εγκεφάλου. Ωστόσο, ο χρόνος μυελίνωσης ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του ανθρώπινου κεντρικού νευρικού συστήματος. Για παράδειγμα, στο νωτιαίο μυελό εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια του τέταρτου μήνα κύησης και ενδέχεται να μην έχει ολοκληρωθεί μέχρι και λίγους μήνες μετά τη γέννηση. Στον εγκέφαλο, η εγκατάσταση της μυελίνης σε διαφορετικά συστήματα ξεκινά σε διαφορετικούς χρόνους, σε διαφορετικά συστήματα, από τους επτά μήνες κύησης και έπειτα. Οι πρώτες συνάψεις που περιγράφονται στο ανθρώπινο νευρικό σύστημα εμφανίζονται στις οκτώ εβδομάδες κύησης, ενώ μέχρι το τέλος της δέκατης εβδομάδας δημιουργούνται τα βασικά στοιχεία του νευρικού συστήματος. Ωστόσο, ο σχηματισμός των συνάψεων διαδραματίζεται κατά τη διάρκεια του έβδομου μήνα κύησης και συνεχίζεται μέχρι και τους 18 μήνες, περίπου, μετά τη

[288] *Jatlaoui TC/ Ewing A/ Mandel MG, et al.* Abortion Surveillance - United States, 2013. MMWR Surveill Summaries 2016; σ.65, βλ επίσης *Kaunitz AM,/ Rovira EZ,/ Grimes DA,/ Schulz KF.*, Abortions that fail, Obstet Gynecol. 1985 Oct; τομ. 4, τεύχ. 66, σσ. 533-7

[289] *Guillaume Agnès/ Rossier Clémentine* Abortion around the world. an overview of legislation, measures, trends, and consequences, 2018, , σ. 217

[290] *Kacprzak M/Chrzanowska M/ Skoczylas B. /Moczulska H/Borowiec M/ Sieroszewski P*/ Genetic causes of recurrent miscarriages, Ginekologia Polska 2016; 87, τ.10 σσ. 722–726

γέννηση. Παρατηρήσεις και μέχρι σήμερα έρευνες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται είκοσι πέντε εβδομάδες κύησης για το σχηματισμό των «συνάψεων» (συνδέσεων μεταξύ των νευρικών ινών), οι οποίες είναι αναγκαίες προκειμένου να υφίσταται αναγνωρίσιμη νευρική δραστηριότητα. Υποστηρίζεται ότι το χρονικό όριο έναρξης της εγκεφαλικής δραστηριότητας αποτελεί τον πιο ασφαλή χρόνο προς καθορισμό έναρξης της ζωής, λόγω της σύνδεσης της δραστηριότητας του εγκεφάλου με τη δυνατότητα συνείδησης[291].

Η αίσθηση του πόνου στο έμβρυο είναι δύσκολο να αξιολογηθεί, επειδή ο πόνος ορίζεται ως ένα υποκειμενικό φαινόμενο.[292] Σε θεωρητική βάση, το 1978, υποστηρίχθηκε ότι ένα υψηλό όριο επώδυνων ερεθισμάτων μπορεί να είναι προσαρμοστικό, προς προστασία των βρεφών από τον πόνο κατά την γέννηση. Αυτές οι παραδοσιακές απόψεις είχαν οδηγήσει την ιατρική κοινότητα σε μια ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση, ότι το έμβρυο δεν μπορεί να έχει την ικανότητα αντίληψης του πόνου.[293] Αργότερα, πολλές μελέτες κατέδειξαν ότι, στο ανθρώπινο έμβρυο, οι οδοί πόνου καθώς και τα φλοιώδη και υποφλοιώδη κέντρα, που συνδέονται με την αντίληψη του πόνου, αναπτύσσονται αργά κατά τη διάρκεια της κύησης.[294] Η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου ξεκινάει στο εγκεφαλικό στέλεχος του εμβρύου από την έβδομη εβδομάδα μετά τη σύλληψη, με αντανακλαστικές κινήσεις, η σύνδεση όμως του εγκεφαλικού υποθαλάμου με τους περιφερειακούς νευρικούς υποδοχής φαίνεται να λαμβάνει χώρα μετά το μέσο της συνολικής διάρκειας της κύησης. Οι θαλαμικές ίνες καταλήγουν στον εγκεφαλικό φλοιό του ανθρώπου γύρω στην εικοστή δεύτερη με εικοστή τρίτη εβδομάδα κύησης, αλλά σχηματίζουν συνάψεις με νευρώνες του φλοιού του εγκεφάλου την εικοστή πέμπτη εβδομάδα, θεωρουμένου ότι, έως τον έβδομο μήνα της ενδομήτριας ζωής, δεν υπάρχει αίσθηση του πόνου στο έμβρυο, ενώ ο φλοιός του εγκεφάλου αρχίζει να ωριμάζει περίπου την τριακοστή εβδομάδα.[295]

Συνοψίζοντας, βάσει της εμβρυολογικής θεωρίας, η έναρξη της ανθρώπινης ζωής συνδέεται άρρηκτα με την ανάπτυξη των νευρικών οδών, χαρακτηριστικών της δραστηριότητας του εγκεφάλου. Ο σχηματισμός των νευρικών συνδέσεων θεωρείται επαρκής ώστε να χαρακτηριστεί κάποιος «άνθρωπος» και αυτό συμβαίνει κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου κύησης, όταν δηλαδή η συντριπτική πλειοψηφία των νευρικών οδών έχει πια εγκατασταθεί στο φλοιό του εγκεφάλου .Όλες οι δομές συνεχίζουν να αναπτύσσονται καθ' όλη τη διάρκεια εξέλιξης του εμβρύου καθώς και κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. [296]

---

[291] *Jones D Gareth*, Brain birth and personal identity,J Med Ethics. 1989 Dec; 15(4) σ.177

[292] Τα στοιχεία σχετικά με την ικανότητα για πόνο στο έμβρυο είναι περιορισμένα αλλά δείχνουν ότι η αντίληψη του πόνου στο έμβρυο είναι απίθανο πριν από το τρίτο τρίμηνο,βλ. *Lee S. /Ralston H. /Drey E. /Colin P. /Rosen M.*, Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence, JAMA, 2005 - Τόμος 294, No. 8, 947-941

[293] Τη δεκαετία του 70^{α} υποστήριζαν ότι το νευρικό σύστημα του εμβρύου αρχίζει να λειτουργεί νωρίς κατά τη διάρκεια της προγεννητικής ζωής στηριζόμενοι μόνο σε εκδηλώσεις λειτουργίας της συμπεριφοράς του, όπως τις κινήσεις που προκύπτουν από τη δραστηριότητά του, τα αντανακλαστικά του σκελετικού μυός, τις σπλαχνικές αντιδράσεις, όπως η καρδιακή δράση, η εντερική δραστηριότητα λόγω σύσπασης των λείων μυών ή η αδενική έκκριση, βλ. *Humphrey Tryphena*, Function of the Nervous System During Prenatal Life, U. Stave (ed.), Perinatal Physiology, 1978, σ. 652.

[294] *Anand K.J.S. / Hickey P.R.*, Pain and its effects in the human neonate and fetus, special article, The New England journal of medicine, 1987, τομ.317, τεύχ.21 σσ. 1321-1329.

[295] *Flower M*, Neuromaturation of human fetus, Journal of medicine and philosophy, *Med* Philos. 1985 τομ.10, τευχ.3, σσ. 237-51.

[296] *Konkel Lindsey*, The Brain before Birth: Using fMRI to Explore the Secrets of Fetal Neurodevelopment, Environmental Health Perspectives, November 2018, τ.126.αρ.11, επίσης βλ.*Καλζάρης Χ.,* Το ανθρώπινο έμβρυο in vitro σε Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα, Δέκα χρόνια της Σύμβασης του Οβιέδο, Οι γενετικές εξετάσεις, Πρακτικά ημερίδας, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 2010, σ.109

3.4.4. Νεογνολογία και προσδιορισμός κριτηρίου βιωσιμότητας

Ο προβληματισμός που υφίσταται σε σχέση με τον καθορισμό του χρονικού σημείου που διασφαλίζει ότι συντρέχει στο έμβρυο η ιδιότητα της βιωσιμότητας τροφοδοτείται από την επιρροή που ασκεί η ιατρική πρόοδος στον τομέα της επιβίωσης των πρόωρων νεογνών και τον τρόπο που αναπροσαρμόζεται ο νόμος. Η ραγδαία επιστημονική πρόοδος και οι τεχνολογικές βελτιώσεις που έχουν επιτευχθεί τις τελευταίες δεκαετίες στον τομέα της Νεογνολογίας οδήγησε στη βαθμιαία μετατόπιση του ορίου βιωσιμότητας του εμβρύου σε όλο και πρωιμότερα στάδια της εγκυμοσύνης, προσφέροντας τη δυνατότητα επιβίωσης όλο και πιο ανώριμων νεογνών.[297] Τα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας των επιβιωσάντων νεογνών προκάλεσαν τεράστιο ηθικό προβληματισμό σχετικά με τη διαδικασία λήψης καίριων αποφάσεων, αποτελώντας μία ιδιαίτερα πολύπλοκη διαδικασία. Το κριτήριο της βιωσιμότητας υιοθέτει η ποινική νομοθεσία ως σημείο αναφοράς προκειμένου να αναγνωρίσει στο κυοφορούμενο έμβρυο τη μέγιστη έννομη προστασία και αποτελεί μια από τις κυριότερες επιδράσεις των δεδομένων της ιατρικής επιστήμης στη νομοθεσία για την τεχνητή διακοπή της κύησης. Μολονότι για την ιατρική επιστήμη η ζωή ως βιολογικό φαινόμενο ξεκίνα με την αρχή της εγκυμοσύνης, η έννομη τάξη αναγνωρίζει το βιώσιμο έμβρυο ως την πληρέστερη μικρογραφία του προσώπου ώστε να του αποδίδει έννομη προστασία σε συνάρτηση με την εγγύτητα του στην ιδιότητα της βιωσιμότητας.

Το κριτήριο της βιωσιμότητας συντρέχει όταν το κυοφορούμενο έχει αναπτυχθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι δυνατή η βιολογικά ανεξάρτητη επιβίωσή του έξω από το γυναικείο σώμα. Η ανάπτυξη αυτή προϋποθέτει τον επαρκή σχηματισμό όλων των ζωτικών του οργάνων, προκειμένου να είναι δυνατή η λειτουργία τους σε περίπτωση που το έμβρυο γεννηθεί πρόωρα. Αν και το βιώσιμο έμβρυο προσεγγίζει στο μέγιστο βαθμό το γεννημένο νεογνό, ωστόσο γεννάται προβληματισμός που σχετίζεται με τον τρόπο επιλογής του ακριβούς χρονικού σημείου που ενυπάρχει το στοιχείο της βιωσιμότητας. Ο προσδιορισμός γίνεται με βάση τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης και η νομοθετική ρύθμιση δέχεται το χρονικό σημείο της εικοστής τέταρτης εβδομάδας ως το χρονικό εκείνο όριο που άρχεται η ύπαρξη βιώσιμου εμβρύου. Η βιωσιμότητα, ως ιδιότητα, σχετίζεται καταρχάς με τη συμπλήρωση του δεύτερου τριμήνου της κύησης και μετέπειτα με όλο το τρίτο τρίμηνο μιας κύησης. Το ερώτημα που ανακύπτει σχετίζεται με τη δυνατότητα επαναπροσδιορισμού του χρονικού αυτού ορίου, με τη συμβολή της προόδου της τεχνολογίας και της ιατρικής εξέλιξης.

Στη Βρετανία, ήδη από το 2007, υπήρξε έντονος προβληματισμός γύρω από την προσαρμογή του νόμου που σχετίζεται με την τεχνητή έκτρωση. Ο αρχικός νόμος επέτρεπε τον τερματισμό της κύησης μέχρι τις είκοσι οκτώ εβδομάδες κύησης, όριο το οποίο μεταβλήθηκε το 1990 στις είκοσι τέσσερις εβδομάδες. Αυτή η αλλαγή επήλθε εκ του γεγονότος ότι χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης μπορούσαν υπό προϋποθέσεις να επιβιώσουν νεογνά μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα κύησης. Στην Ελλάδα, με τον προϊσχύοντα Ποινικό Κώδικα, η εικοστή τέταρτη εβδομάδα σηματοδοτούσε το χρονικό εκείνο σημείο που το έμβρυο μπορούσε να καταστεί βιώσιμο. Η βιωσιμότητα του εμβρύου αποτελεί την απαιτούμενη ιδιότητα που σημειοδοτεί την

[297] *Verhagen, E./ Janvier A.*, How Babies Die and Why this is Important to Clinicians, Researchers and Parents. Ethical Dilemma's for Critically Ill Babies. E. Springer ,2016, σ. 65

αναγνώριση προστασίας ανάλογης με αυτής των δικαιωμάτων της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας, όπερ καθιστά κρίσιμη τη συμβολή της ιατρικής επιστήμης στην παραδοχή της προϋπόθεσης αυτής. Με τον παλαιό Ποινικό Κώδικα, η διακοπή της κύησης για λόγους ευγονικής, δηλαδή για σοβαρές ανωμαλίες που ενδέχεται να σημάνουν τη γέννηση παθολογικού νεογνού, μπορούσε να λάβει χώρα μέχρι την εικοστή τέταρτη εβδομάδα κύησης. Ο ν.1609/1986 δικαιολογούσε την άμβλωση για ένα παθολογικό νεογνό μόνο μέχρι του χρονικού σημείου που αυτό δεν καθίστατο απόλυτα βιώσιμο, επιβάλλοντας πέραν αυτού το τιμωρητέο της πράξεως. Ωστόσο, με το ν.4619/2019 και τον νέο Ποινικό Κώδικα, παρατηρείται μία νομοθετική μεταβολή, η οποία αναγνωρίζει στην ευγονική ένδειξη το χρονικά απεριόριστο. Στην αλλαγή αυτή συνέβαλε η αδυναμία σε κάποιες περιπτώσεις έγκαιρης διάγνωσης ορισμένων σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου. Ωστόσο, η βιωσιμότητα ή όχι του εμβρύου δεν μπορεί να προσδιορίζεται αποκλειστικά βάσει ενός χρονικού σημείου αλλά να είναι αποτέλεσμα στάθμισης πολλαπλών παραγόντων.[298] Η τελευταία θα πρέπει να γίνεται με αυστηρά κριτήρια και υπό σαφείς προϋποθέσεις, όπως αποτελεί το στάδιο της κύησης είδος και ο βαθμός αναπηρίας -σωματικής ή ψυχικής- του τέκνου που θα γεννηθεί, η, δε, τελική απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται από την έγκυο μετά από πλήρη ενημέρωσή της και μέσα σε εύλογο χρόνο.[299]

Η σημαντική πρόοδος στους τομείς της νεογνολογίας και της προγεννητικής ιατρικής καθώς και στην πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πρόωρων νεογνών, έχει ως αποτέλεσμα τη θεαματική αύξηση της πιθανότητας επιβίωσής τους.[300] Στα πλαίσια αυτά, ο Π.Ο.Υ ελάττωσε τα όρια βιωσιμότητας, από της είκοσι οκτώ συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης στις είκοσι δύο εβδομάδες, άλλως στα πεντακόσια γραμμάρια βάρους γέννησης. Σήμερα, σε πολλές χώρες, όπως στην Αυστραλία, στις Η.Π.Α και στον Καναδά, το όριο βιωσιμότητας έχει μειωθεί στις είκοσι εβδομάδες κύησης, άλλως στα τετρακόσια ή τριακόσια πενήντα γραμμάρια βάρους γέννησης.[301]

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ενδεικτικό είναι το χρονικό πλαίσιο της θνησιγένειας (μη αποβολής), το οποίο υπολογίζεται πάνω από τις είκοσι πεντέμισι εβδομάδες στο Βέλγιο και στην Ιταλία, πάνω από τις είκοσι τέσσερις εβδομάδες στην Πορτογαλία και την Ισπανία (συνυπολογίζεται και το σωματικό βάρος του εμβρύου που πρέπει να ξεπερνά τα πεντακόσια γραμμάρια βάρους), ενώ στη Γαλλία πάνω από τις είκοσι δύο εβδομάδες. Οι χώρες στις οποίες καταγράφονται οι καλύτερες επιδόσεις στην αντιμετώπιση πρόωρων νεογνών είναι η Ιαπωνία και ο Καναδάς, εκεί όπου οι προηγμένες μονάδες υποδοχής πρόωρων βρεφών αποτελούν γεγονός. Γνωρίζοντας ότι με τα σημερινά δεδομένα η δυνατότητα επιβίωσης των νεογνών μπορεί να επιτευχθεί και μετά την εικοστή εβδομάδα κύησης, υπήρξε προβληματισμός για περαιτέρω μείωση του ορίου της βιωσιμότητας κατά τέσσερις ακόμη εβδομάδες. Η βιωσιμότητα δεν σημαίνει μόνο επιβίωση, αλλά και την ικανότητα των πολύ πρόωρων νεογνών να έχουν ποιότητα ζωής μόλις εγκαταλείψουν τη νεογνική μονάδα.[302]

---

[298] *Kurjak A. et al,* The ethical concept of the fetus as a patient and the beginning of human life, Periodicum Biologorum, 2009, τευχ. 111, No 3, σσ.345-346

[299] *Λιούρδη* σ. 133-134

[300] *Hendriks, Manya J,* At the Beginning and the End: End of Life Decision-Making for Extremely Preterm Infants, 2017, University of Zurich, Faculty of Medicine.σσ.17

[301] *Σφακιωτάκη Μ. - Σηφάκης Σ.,* «Γενετική Βάση Πρόωρου Τοκετού», Περιγεννητική Ιατρική & Νεογνολογία, 2012, Τόμος 7, σσ. 117-132

[302] Βλ. http://www.politics.co.uk/news/2007/10/15/medical-advances-prompt-abortion-law-examinat όπως περιγράφεται από το Βασιλικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (RCOG) ,Perinatal Management of Pregnant

Παρά τα βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης για εξαιρετικά πρόωρες γεννήσεις, οι πιθανότητες για να επιβιώσει ένα πολύ πρόωρο βρέφος με σοβαρή μακροχρόνια νευροαναπτυξιακή δυσλειτουργία (NDI) ή κάποια μακροπρόθεσμη επιπλοκή, δημιουργεί προβληματισμό καθώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων.[303]

Στη χώρα μας, το 2018, μετά τη σχετική γνωμοδότηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)[304], το υπουργείο Υγείας εξέδωσε Εγκύκλιο για την ενημέρωση των γιατρών και των μαιών αναφορικά με την αλλαγή του ορίου βιωσιμότητας του νεογνού στις είκοσι δύο εβδομάδες κατόπιν μείωσής του από τις εικοσιπέντε εβδομάδες, όπως ίσχυε έως και πριν την έκδοσής της. «Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει προχωρήσει σε μια σχετική σύσταση, στην πράξη όμως τα κράτη - μέλη έχουν προσαρμόσει τα όρια βιωσιμότητας με γνώμονα τις δυνατότητες των υγειονομικών συστημάτων τους» σημειώνει στην εφημερίδα τα ΝΕΑ η παιδίατρος-νεογνολόγος Αντωνία Χαρίτου, αντιπρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιγεννητικής Ιατρικής. Τα ποσοστά επιβίωσης των πρόωρων νεογνών εμφανίζουν σημαντικές διακυμάνσεις από χώρα σε χώρα ανάλογα με την οικονομική και τεχνολογική ανάπτυξη που διαθέτουν, το σύστημα υγείας , τη διάθεση των δαπανών υγείας, το βαθμό πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας και μεγάλης εξειδίκευσης υπηρεσίες υγείας καθώς και τις επικρατούσες αντιλήψεις και την κουλτούρα του πληθυσμού. Σύμφωνα με το άρθρο η ιατρική επιστημονική κοινότητα εκφράζει προβληματισμούς θέτοντας ερωτήματα για τις πιθανότητες που έχει ένα πρόωρο νεογνό μόλις είκοσι δύο εβδομάδων να επιβιώσει, και, πόσο υψηλός μπορεί να είναι ο κίνδυνος αναπηρίας. «Σημαντικό ρόλο στη χώρα μας, φέρεται να διαδραματίζουν προς την κατεύθυνση διαμόρφωσης του ορίου βιωσιμότητας και οι επιμέρους γεωγραφικές ιδιαιτερότητες, εκτιμώντας ότι εάν γεννηθεί ένα πολύ πρόωρο βρέφος στη νησιωτική χώρα, ο χρόνος που θα μεσολαβήσει για να αεροδιακομιστεί σε μονάδα νεογνών θα είναι καταλυτικός, για την επιβίωση αλλά και την ποιότητα της ζωής του, στην περίπτωση που ανταπεξέλθει. Η καθημερινή πρακτική στην Ελλάδα με τα σημερινά δεδομένα του συστήματος υγείας καταδεικνύει ότι τα νεογνά είκοσι δύο εβδομάδων δεν μπορούν να επιζήσουν. Πρόσφατα στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες– χώρας εξαιρετικά προηγμένης στην περιγεννητική φροντίδα- δείχνουν ότι στις είκοσι δύο εβδομάδες κύησης, η μέση επιβίωση του νεογνού ανέρχεται μόλις στο 5%, ποσοστό. Παρόλα αυτά η επιβίωση χωρίς σοβαρή νευρολογική βλάβη είναι περίπου 2% γενικά και φτάνει στο 9% σε όσα νεογνά δεχθούν εντατική ανάνηψη», αναφέρει ο πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Περιγεννητικής Ιατρικής, ο οποίος προσθέτει ότι «εάν

Women at the Threshold of Infant Viability– the Obstetric Perspective (Scientific Impact Paper No. 41)Published: 11/02/2014,

[303] *Hendriks, Manya J,* At the Beginning and the End: End of Life Decision-Making for Extremely Preterm Infants, University of Zurich 2017 σσ.23

[304] Όπως αναφέρεται στο κείμενο της εγκυκλίου, το όριο αλλάζει κατόπιν σχετικής απόφασης του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) το οποίο θεσπίστηκε με το ν. 1278/1982 και αποτελεί το ανώτερο γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας για θέματα που αφορούν την δομή και λειτουργία του Συστήματος Υγείας, και σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η αιτιολόγηση της απόφασης έχει ως εξής: «Στη χώρα μας η Ελληνική Στατιστική Αρχή συλλέγει τα δεδομένα του συνόλου των ιατρικών πιστοποιητικών θανάτου, μέσω των ληξιαρχείων της χώρας και του πληροφοριακού συστήματος του υπουργείου Εσωτερικών, προκειμένου να καταρτίσει τις στατιστικές αιτίες θανάτου, οι οποίες παρουσιάζουν μεγάλο ερευνητικό, κοινωνικό και οικονομικό ενδιαφέρον και αποτελούν τη βάση για την παρακολούθηση της δημόσιας υγείας και τον καθορισμό των σχετικών πολιτικών και στόχων». Έτσι, οι συντάκτες, επικαλούμενοι την απαραίτητη εναρμόνιση της χώρας με τη Eurostat, που περιλαμβάνει στις στατιστικές αιτίες θανάτου και τη μεταβλητή των νεογνικών θανάτων σε συνδυασμό με την ηλικία κύησης, καταλήγουν ότι «υποχρεωτικά οι μεταβλητές της θνησιγονίας περιλαμβάνουν τους εμβρυϊκούς θανάτους από την ηλικία κύησης των 22 εβδομάδων». Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, Δέκατη Αναθεώρηση, ICD-10: Έκδοση 2008 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας- Γενεύη, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας- Αθήνα) Τόμος 2: Εγχειρίδιο Οδηγιών, Επιστημονική ευθύνη και επιμέλεια μετάφρασης και προσαρμογής στην Ελληνική γλώσσα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, σσ. 123-130.

εφαρμοστεί η οδηγία αυτή στην κλινική πράξη, θα οδηγήσει μοιραία σε αύξηση των καισαρικών τομών, αλλά και σε αύξηση των εγκεφαλικών βλαβών στα πρόωρα νεογνά».[305] Θα πρέπει επιπλέον να αναμένεται, αύξηση των αναγκών σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών.

3.4.5.Κριτήριο βιωσιμότητας και ποινική ευθύνη της εγκύου

Στο άρθρο 304 ΠΚ, τυποποιούνται και τιμωρούνται ποινικά η ετεροάμβλωση, η οποία διενεργείται από τρίτον, με ή χωρίς τη συναίνεση της εγκύου, και η αυτοάμβλωση, όταν η ίδια η έγκυος διακόπτει την κύηση. Στην τρίτη παράγραφο του άρθρου 304 ΠΚ, ορίζεται ότι η έγκυος που μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή. Η διάταξη αυτή περιλαμβάνει την ποινική ευθύνη που αποδίδει η νομοθεσία στην έγκυο, όταν εκείνη τερματίζει την εγκυμοσύνη της ή δίδει τη συναίνεσή της για τη διακοπή της κύησης και δεν υπάγεται στις περιπτώσεις της τέταρτης παραγράφου του άρθρου 304 ΠΚ. Η ποινή που προβλέπεται για την έγκυο διαφοροποιείται σε σχέση με την τιμωρία που μπορεί να αποδοθεί στον δράστη που δεν έχει την ίδια ιδιότητα. Η ποινή της εγκύου είναι χαρακτηριστικά μικρότερη [306] και η ηπιότερη ποινική της μεταχείριση οφείλεται στην προσμέτρηση από τον ποινικό νομοθέτη της ιδιαίτερης ψυχοσωματικής της κατάστασης κατά τη χρονική στιγμή λήψης της απόφασης. Στην έγκυο αναγνωρίζεται μειωμένος καταλογισμός καθώς είναι επιβαρυμένη τόσο σωματικά, λόγω των αλλαγών που βιώνει το σώμα της αλλά και ψυχικά λόγω του άγχους από την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, τα ζητήματα υγείας που μπορεί να υφίστανται και τον υπάρχοντα προβληματισμό ως προς τη διαχείριση της ιδιάζουσας αυτής[307] κατάστασης. Σε αυτό το σημείο διαπιστώνεται ακόμα μία σύζευξη της νομικής ρύθμισης για τις αμβλώσεις και των δεδομένων γύρω από την ανθρώπινη ψυχοσυναισθηματική φυσιολογία, και ειδικότερα εκείνη που σχετίζεται με το φαινόμενο της εγκυμοσύνης. Ο νομοθέτης προσμετρά τις συνθήκες υπό τις οποίες τελεί η έγκυος γυναίκα από την οπτική της ιατρικής εμπειρίας και πρακτικής για να προσδιορίσει τη μειωμένη ενοχή και τον καταλογισμό που θα αποδώσει στην τελευταία.

Έπειτα, ως προς την ποινική ευθύνη της εγκύου που προβαίνει σε αυτοάμβλωση ή επιτρέπει σε τρίτον τη διακοπή της κύησης, η τιμωρία που προβλέπεται οριοθετείται χρονικά με υπέρτατο όριο αυτό της εικοστής τέταρτης εβδομάδας. Ειδικότερα, η γυναίκα μένει ατιμώρητη στην περίπτωση που η εγκυμοσύνη της δεν έχει υπερβεί την εικοστή τέταρτη εβδομάδα, αλλά τιμωρείται από το χρονικό αυτό σημείο και έπειτα. Η ρύθμιση αυτή εισήχθη με την αναθεώρηση του Ποινικού Κώδικα που έλαβε χώρα το 2019[308], ενώ η προϊσχύσασα διάταξη δεν ανέφερε το χρονικό όριο της εικοστής τέταρτης εβδομάδας. Αντιθέτως η τελευταία υπήγαγε την ποινική ευθύνη της εγκύου μόνο στις εξαιρέσεις του άρθρου 304 & 4ΠΚ. Η νέα διάταξη αντιμετωπίζει πιο αυστηρά την περίπτωση αυτή, καθώς ενσωματώνει ρητά το χρονικό όριο της εμβρυϊκής βιωσιμότητας, πέρα

[305] βλ. άρθρο στην εφημερίδα τα ΝΕΑ όπου αναφέρεται στους προβληματισμούς που προκύπτουν στον καθορισμό του ορίου βιωσιμότητας βάση της εξέλιξης των επιστημών και τις επερχόμενες αλλαγές που επιφέρει στη νομοθεσία. https://www.tanea.gr/print/2018/11/03/greece/22-evdomades-to-neo-orio-ton-prooron-genniseon

[306] Με βάση το άρθρο 304ΠΚ οποιοσδήποτε τρίτος επιφέρει ανεπίτρεπτα τη διακοπή μιας κύησης τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα ετών στην περίπτωση που ελλείπει η συναίνεση της εγκύου και με φυλάκιση έως τρία έτη, όταν υπάρχει συναίνεση.

[307] βλ *Μπέκας Γιάννης*, Εγκλήματα κατά της ζωής και της υγείας, εκδ Δίκαιο & Οικονομία, Σάκκουλας, Ιανουάριος 2002,σ. 310

[308] Ν. 4619/2019, ΦΕΚ 95^{A} 11/6/2019

από το οποίο η γυναίκα τιμωρείται. Η εικοστή τέταρτη εβδομάδα αποτελεί το χρονικό σημείο που μέχρι σήμερα είναι αποδεκτό από την ιατρική επιστήμη ότι σηματοδοτεί τη δυνατότητά του εμβρύου να επιβιώσει έξω από γυναικείο σώμα. Στο έμβρυο του τρίτου τριμήνου αναγνωρίζεται η μέγιστη δυνατή προστασία από την έννομη τάξη λόγω του χαρακτηριστικού της βιωσιμότητας, καθώς στο τελευταίο τρίμηνο της κυήσεως η διαφορά ανάμεσα στο κυοφορούμενο και το νεογνό είναι ελάχιστη. Η διαφοροποίηση αυτή στη νέα ρύθμιση αναδεικνύει τη σημασία που αποδίδει ο νομοθέτης στο κριτήριο της βιωσιμότητας, ως γνώμονα για την προστασία που θα αποδοθεί στο έμβρυο.

Παράλληλα, αναδεικνύεται η σταθερή προσέγγιση του ζητήματος της διακοπής της κύησης από τη νομοθεσία, μέσω της εναρμόνισης της προστασίας της γυναίκας και του εμβρύου. Ο νομοθέτης προσανατολίζεται στην εξεύρεση της μέσης οδού που δε θα αποστερεί ολοκληρωτικά την προστασία από τα εμπλεκόμενα υποκείμενα (γυναίκα, γιατρό και έμβρυο). Η νομοθετική επιλογή αντλεί από τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης τα δεδομένα επάνω στα οποία η έννομη τάξη θα στηρίξει τις αξιολογήσεις της προκειμένου να ρυθμίσει τη θέση στην οποία θα καταλήξει. Αυτή φέρεται ότι είναι η ορθότερη επιλογή στη νομοθετική προσπάθεια εξισορρόπησης όλων των επιμέρους συνισταμένων που απαρτίζουν μια κατάστασης που κυριολεκτικά αποτελεί πρόκληση. Διακυβεύονται θεμελιώδη έννομα αγαθά όπως αυτά της ζωής, της υγείας και της προσωπικής ελευθερίας, με αποτέλεσμα μία απόλυτη επιλογή που θα έδιδε το προβάδισμα στη μία μόνο πλευρά ενδέχετο να οδηγήσει σε ακραίες επιλογές που δεν υπηρετούν το κράτος δικαίου, την επιταγή για ισότητα έναντι του νόμου και την διασφάλιση του πυρήνα των συνταγματικών δικαιωμάτων που αναγνωρίζει το δικαιικό μας σύστημα. Ωστόσο, παραμένει ενεργός ο προβληματισμός γύρω από το αν η ορθότερη νομοθετική επιλογή είναι αυτή που καταλήγει σε συμβιβαστικές λύσεις, στηριζόμενη στη σύζευξη των αξιολογικών αξιωμάτων της νομικής επιστήμης με τα ιατρικά επιστημονικά δεδομένα ή εκείνη που μπορεί να προκύψει από την τόλμη του νομοθέτη να υιοθετήσει πιο ρηξικέλευθες επιλογές, οι οποίες δίχως να καταργούν τη βάση της δικαιικής συλλογιστικής, προσμετρούν σε μεγάλο βαθμό την εφαρμοσιμότητα και τη λυσιτέλειά τους στην πράξη σε συνδυασμό με τον αντίκτυπό τους στην κοινωνική πραγματικότητα.

3.5. Ιατρικά δεδομένα περί εμβρυϊκής ανάπτυξης και εκλεκτική άμβλωση

Η εγκυμοσύνη και ο ερχομός ενός τέκνου εν ζωή αποτελεί καθοριστικής σημασίας γεγονός στη ζωή της γυναίκας. Κάποιες φορές, όμως, οι συνθήκες διαβίωσης μιας δεδομένης χρονικής περιόδου, ενδέχεται να αποτελέσουν τροχοπέδη, με αποτέλεσμα η έγκυος να μην επιθυμεί τη συνέχιση της προκύψασας κύησης. Στην ιατρική επιστήμη, ως εκλεκτική ή κατ' επιλογήν διακοπή κύησης, ορίζεται η διακοπή της κύησης όταν διενεργείται μετά από αίτημα της κυοφόρου γυναίκας για μη ιατρική αιτία[309], σε χρονικό διάστημα πολύ πριν από την εξακρίβωση της εμβρυϊκής βιωσιμότητας, κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, για λόγους που δεν σχετίζονται άμεσα με την υγεία της ή την υγεία του εμβρύου. Η ηλικία της γυναίκας συχνά συνδέεται με την πιθανότητα να επιθυμεί να αποφύγει μια μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, δεδομένου ότι η ηλικία συνδέεται στενά με το στάδιο της ζωής της που καθορίζει την επιθυμία της ή όχι για αναπαραγωγή, ιδιαίτερα όταν βρίσκεται ακόμα στο σχολικό περιβάλλον.[310] Επιπλέον, η διαρκώς αυξανόμενη ενεργή συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, η επιδίωξη επαγγελματικής αποκατάστασης[311] και ανέλιξής της δημιουργούν νέες προκλήσεις, με αποτέλεσμα η γυναίκα, κατά τη δεδομένη χρονική περίοδο που αναρριχάται επαγγελματικά, να διακατέχεται από επιθυμία αναβολής της δημιουργίας οικογένειας. Επίσης, ο οικονομικός παράγοντας είναι ένας από τους βασικούς λόγους που μπορεί να άγει στην απόφαση διακοπής μιας εγκυμοσύνης[312], καθώς τόσο το άμεσο όσο και το έμμεσο κόστος τεκνοποίησης και ανατροφής των τέκνων θεωρούνται υψηλά. Τα οικογενειακά και κοινωνικά πρότυπα ενδέχεται, επιπλέον, να μεταβάλλουν τη στάση και τις αντιλήψεις γύρω από την τεκνοποίηση και την άμβλωση.[313] Ακόμη, η επιλογή διακοπής της κύησης συνδέεται στενά με βραχύβιες και προσωρινές σχέσεις που αναπτύσσονται ευκαιριακά μεταξύ περιστασιακών συντρόφων, με αποτέλεσμα να μην ενυπάρχει σε αυτές καμία προοπτική διάρκειας και κατ' επέκταση δημιουργίας οικογένειας. Συνήθως, στις περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν, οι γυναίκες, όταν πιστοποιούν την κύηση, ανατρέχουν στις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να τη διακόψουν σε πρώιμο στάδιο και η πολιτεία υποχρεούται να τους παρέχει μια ασφαλή διαδικασία.

Σε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, είναι καταλυτική η επιρροή που ασκούν τα ιατρικά δεδομένα γύρω από την ανάπτυξη του εμβρύου, ως προς το επιτρεπτό, ή μη, της τεχνητής διακοπής της κύησης. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συνδέεται με επιβλαβείς προγεννητικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, την πρώιμη εμβρυϊκή περίοδο, που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τόσο της γυναίκας[314] όσο και του εμβρύου. Όταν μία γυναίκα αναγκάζεται να διατηρήσει μία εγκυμοσύνη η οποία δεν είναι επιθυμητή μπορεί

---

[309] *Phillips. S. /Swift,* S. Therapeutic abortion counseling and provision: Are Canadian family physicians opting out? Can Fam Physician, 2016, τ. 62, τ. 4, σσ. 297-298

[310] *Torres A, Forrest JD.*Why do women have abortions? Fam Plann Perspect. 1988 Jul-Aug, τομ. 20, τεύχ. 4, σσ. 169-76.

[311] *Pakseresht Sedigheh/Rasekh Pegah/Leili Ehsan Kazemnejad,* Physical Health and Maternal-Fetal Attachment among Women: Planned Versus Unplanned Pregnancy, International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, July 2018, τομ.. 6, τεύχ. 3, σσ. 335–341

[312] *Henshaw SK, O'Reilly K,* Characteristics of abortion patients in the United States, 1979 and 1980. Fam Plann Perspect. 1983 ,τ. 15(1) σσ.5-8, 10-6.

[313] Βλ.*Singh et al,* Abortion worldwide, Uneven progress and unequal access, Guttmacher Institute, 2018, σσ..37-38

[314] Η ακούσια εγκυμοσύνη αυξάνει τους κινδύνους για την υγεία των γυναικών, για παράδειγμα, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης .βλ. *Brown Sarah S. / Eisenberg Leon,* The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families Committee on Unintended Pregnancy, Institute of Medicine,1995, σ.75.

να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στην υγεία του εμβρύου, [315]ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο της οργανογένεσης μέσω των καταχρήσεων όπως αλκοόλ, καπνό, εξαρτησιογόνες ουσίες. Η πρώιμη εμβρυική περίοδος είναι πολύ σημαντική διότι σε περίπτωση έκθεσης της εγκύου σε κινδύνους στη φάση της δημιουργίας των πρωταρχικών δομών του εμβρύου, είναι επόμενο ότι θα προκύψουν σοβαρές βλάβες στα αντίστοιχα συστήματα. Αυτές οι βλάβες επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την υγεία του εμβρύου και αυξάνουν την θνησιμότητά του πριν ακόμα γεννηθεί. Άλλες πάλι μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών και στον θάνατο του νεογνού λίγο μετά την γέννησή του.

Επίσης, ο χρόνος επιβεβαίωσης παρουσίας μίας κύησης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ορθή παρακολούθησή της, για την ομαλή εξέλιξή της και τη μετέπειτα γέννηση ενός υγιούς τέκνου και επιδρά στην πρόληψη καταστάσεων που ενδέχεται να προκαλέσουν προβλήματα στην γυναίκα και το κύημα. Ως πρώιμη εμβρυική περίοδος νοείται η περίοδος μεταξύ της δεύτερης και όγδοης εβδομάδας κύησης. Η περίοδος αυτή είναι πολύ καθοριστική για την εξέλιξη της κύησης και της υγείας του εμβρύου, διότι σχηματίζονται ορισμένες δομές που αποτελούν βάση για το σχηματισμό των συστημάτων και οργάνων του σώματός του. Έχει αποδειχθεί ότι γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, συνήθως μέσα στις πρώτες έξι εβδομάδες αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και επιδιώκουν έγκαιρη προγεννητική φροντίδα. Αντιθέτως, γυναίκες με απρογραμμάτιστη ή ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη φέρεται να την αναγνωρίζουν αργοπορημένα, με αποτέλεσμα να επιβραδύνουν την αναζήτηση προγεννητικής ιατρικής[316] φροντίδας, ή να έχουν πλημμελή μαιευτική παρακολούθηση αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο της υγείας των ίδιων και του εμβρύου.[317] Επιπλέον, η άρνηση της κυοφόρου για συνέχιση της εγκυμοσύνης της έχει συσχετισθεί με τη γέννηση νεογνών χαμηλού βάρους και με την προωρότητα.[318]. Επίσης, και μετά τον τοκετό, σε περιπτώσεις ακούσιας εγκυμοσύνης, η συμπεριφορά της μητέρας επηρεάζει δυσμενώς την υγεία του ανεπιθύμητου τέκνου.[319] Συνήθως, δε, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες καταλήγουν να τερματίζουν κατά το πρώτο τρίμηνο.

Η ψυχολογία της γυναίκας στην επιλογή της τεχνητής διακοπής της κύησης ως λύση για μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες. Τα ιατρικά δεδομένα γύρω από την ψυχολογία της γυναίκας δεν μπορούν να αγνοηθούν από το νομοθέτη, δεδομένου ότι ο μη τερματισμός μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης δεν εξομαλύνει τις συνθήκες που έπονται, αλλά το πιθανότερο είναι πως θα οδηγήσει σε μία δυσλειτουργική πραγματικότητα για τα εμπλεκόμενα υποκείμενα.[320] Σκοπός της ιατρικής επιστήμης και πρακτικής αποτελεί η βελτίωση της υγείας του

[315] βλ. *Joyce T/ Kaestner R/ Korenman S.* στο The effect of pregnancy intention on child development. Demography 2000;37(1):83- 94., και *Kost K/ Landry DJ/ Darroch JE,* στο The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care, *Family Planning Perspectives,* 1998, τ.30(5),σσ.223-230.

[316] *Τσαούση- Χατζή Α*., Το δικαίωμα στην άμβλωση στις ΗΠΑ, ΔτΑ, 2005, Νο 28 σσ.1227

[317] *Altfeld S/Handler A/Burton D/ Berman L,* Wantedness of pregnancy and prenatal health behaviors. Women Health. 1997;26(4) σσ. 29-43.

[318] *Brown S/ Eisenberg L*. The best intentions: Unintended Pregnancy and the well-being of children and Families. National Academy Press, Washington DC, 1995, σελ. 21. Επίσης βλ. *Kost K/ Landry DJ/ Darroch JE,* Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter? Fam Plann Perspect. 1998, τομ..30, τεύχ.2 ,σσ.79-88

[319] *Joyce T/ Kaestner R/ Korenman S.*, The effect of pregnancy intention on child development. Demography 2000;37(1) σσ.83- 94**.**

[320] Μπορεί να επηρεάσει τις συμπεριφορές στη γονική μέριμνα και τελικά να έχει αντίκτυπο στην ανάπτυξη των παιδιών βλ *Bahk Jinwook et al* ,Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC) ,BMC Pregnancy and Childbirth 2015, τεύχ. 15 σ.85

ανθρώπου και η κύηση συνιστά μία ιατρική περίπτωση που ενέχει μία δυϊστική ποιότητα.[321] Η γυναίκα και το κυοφορούμενο αποτελούν μία αναπόσπαστη ενότητα και η αντιμετώπισή τους από την ιατρική επιστήμη και το Δίκαιο πρέπει να γίνεται ολιστικά, χωρίς να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι η γυναίκα αποτελεί ένα πλήρες φυσικό πρόσωπο-υποκείμενο Δικαίου, η ψυχική υγεία του οποίου πρέπει να διασφαλίζεται σε κάθε περίπτωση με τη εξασφάλιση της ελεύθερης βούλησής της. Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη συνιστά μία ιδιαίτερα επιβαρυντική για την ψυχική υγεία της γυναίκας διαδικασία, που καθίσταται δυσβάσταχτη όταν στερείται του δικαιώματος επιλογής για τη συνέχιση ή τη διακοπή της. Η διακινδύνευση του αγαθού της ψυχικής ευρωστίας αποτελεί έναν παράγοντα, που τόσο ο γιατρός όσο και ο νομοθέτης οφείλουν να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη πριν δράσουν.

Η τεχνητή διακοπή της κύησης πρώτου τριμήνου μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε φαρμακευτικά είτε χειρουργικά, με διάφορες μεθόδους και πρωτίστως με ασφάλεια. Ελλείψει σοβαρών ιατρικών διαταραχών από πλευράς της μητέρας, οι διαδικασίες δεν απαιτούν νοσηλεία. Όμως, σε χώρες όπου η άμβλωση είναι παράνομη και μη ασφαλής, η ακούσια εγκυμοσύνη έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει σημαντικά στη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα. [322] Τα στατιστικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η απαγόρευση της τεχνητής διακοπής της κύησης, όχι μόνο δεν λειτουργεί αποτρεπτικά για τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, αλλά τουναντίον, ωθεί πολλές από αυτές να καταφεύγουν σε παράνομες και μη ασφαλείς διαδικασίες, από πρόσωπα που δεν διαθέτουν την ενδεδειγμένη κατάρτιση προς το σκοπό αυτό, με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή τους.

3.5.1. Η εκλεκτική άμβλωση στον Ποινικό Κώδικα

Ειδικότερα, στην ποινική μας νομοθεσία, στο άρθρο 304§4^{α} ΠΚ, περιλαμβάνεται η εκλεκτική διακοπή της κύησης. Η ρύθμιση αυτή εισήχθη για πρώτη φορά στο δικαιικό μας σύστημα με το ν.1609/1986. Ο ποινικός νομοθέτης ενσωμάτωσε την ιατρική πρακτική γύρω από την εκλεκτική άμβλωση, διαμορφώνοντας αξιολογικές κρίσεις υπό την επιρροή των δεδομένων της Εμβρυολογίας σχετικά με την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Η εκλεκτική άμβλωση περιλάμβανε δυνατότητα διακοπής της κύησης χωρίς να συντρέχουν ιδιαίτεροι λόγοι, αρκούσης μόνης της βούλησης της εγκύου, χωρίς να αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη, εφόσον δεν είχαν παρέλθει δώδεκα εβδομάδες κύησης.[323] Κατά την περίπτωση αυτή, η δυνατότητα της γυναίκας για διακοπή της κύησης ήταν ελεύθερη και δεν απαιτείτο καμία πρόσθετη ιατρική ή νομική αιτιολόγηση της επιλογής αυτής προκειμένου να μην καθίσταται αποδοκιμαστέα από το νόμο.[324] Ο νομοθέτης έκρινε τη βούληση της γυναίκας για το αν θα φέρει, ή όχι, στον κόσμο το κυοφορούμενο, ως επαρκή λόγο για το επιτρεπτό διακοπής της κύησης.[325] Επομένως, εισήγετο ένα είδος

[321] *Cleland K/ Peipert JF/ Westhoff C/ Spear S/ Trussell J*. Family planning as a cost-saving preventive health service. N Engl J Med. 2011;364(18): e37.
[322] *Daulaire N et al., Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World,* Washington, DC: Global Health Council 2002, σσ. 33-35
[323] 304§4^{α} ΠΚ
[324] Οι μόνες πρόσθετες προϋποθέσεις που τίθενται από το άρθρο 304 ΠΚ είναι η άμβλωση να γίνεται σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο και πάντα με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου.
[325] βλ.*Βιδάλης Κ.Τ*., Βιδίκαιο, Το πρόσωπο, σ. 190, επίσης βλ. *Κουράκης Νέστωρ* ,Έμφυλη Εγκληματικότητα, Ποινική και εγκληματολογική προσέγγιση του φύλου , Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 2009, σ. 151.

οικογενειακού προγραμματισμού, ο οποίος επενεργούσε συμπληρωματικά στις μεθόδους αντισύλληψης, όταν οι τελευταίες αποτύγχαναν, με αποτέλεσμα μια ανεπιθύμητη κύηση.[326]

Κατά την εκλεκτική άμβλωση, η συλλογιστική του ποινικού νομοθέτη[327] σταθμίζει ποικίλους παράγοντες με στόχο να εναρμονίσει την ελευθερία και το δικαίωμα αναπαραγωγής της γυναίκας με την προστασία της εν εξελίξει αγέννητης ζωής.[328] Η τελευταία υποχωρεί πλήρως έμπροσθεν της ελευθερίας της γυναίκας για άμβλωση,[329] εξαιτίας της πολύ πρώιμης εμβρυϊκής ανάπτυξης, καθώς τα βασικά ζωτικά όργανα δεν έχουν σχηματισθεί επαρκώς και το έμβρυο δεν έχει αναπτυχθεί αρκετά ώστε να προσεγγίζει το κριτήριο της βιωσιμότητας. Ο Ποινικός Κώδικας προτάσσει την ελευθερία της βούλησης, που αποτελεί έκφανση του αγαθού της προσωπικής ελευθερίας κάθε ολοκληρωμένου ανθρώπου και από την οποία απορρέει η δυνατότητα του ανθρώπου προς αυτοκαθορισμό. Η μη αυτοτελής και μη διαμορφωμένη, ούτε στα βασικά, πρώιμα, στοιχεία της, ανθρώπινη ζωή κάμπτεται από την ελευθερία που αναγνωρίζεται σε κάθε ολοκληρωμένο άνθρωπο να καθορίζει την πορεία της δικής του ζωής. Αυτή είναι και η μοναδική περίπτωση, κατά την οποία το Δίκαιο αναγνωρίζει το επιτρεπτό της εκλεκτικής άμβλωσης που θεμελιώνεται κατ' αποκλειστικότητα στην ελεύθερη επιλογή της γυναίκας να μην τιμωρηθεί για την απόφασή της να μη γεννήσει το κυοφορούμενο. Σε κάθε άλλη περίπτωση, όταν η εγκυμοσύνη έχει υπερβεί τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης, η εκλεκτική άμβλωση απαγορεύεται και τιμωρείται ποινικά, βάσει του άρθρου 304ΠΚ.[330] Από τη δωδέκατη εβδομάδα και έπειτα, το έμβρυο είναι στοιχειωδώς ανεπτυγμένο και η συνεχώς εξελισσόμενη ζωή του αξιώνει προστασία που υπερισχύει έναντι του δικαιώματος ελευθερίας της γυναίκας.

Πιο συγκεκριμένα, από τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης, η ανάπτυξη του εμβρύου συνεχίζεται και το έμβρυο αρχίζει να αναπτύσσει κινητικότητα, να κοιμάται και να ξυπνάει, και να αποτυπώνονται ηλεκτρονικά οι χτύποι της καρδιάς του. Πλέον, αποτελεί τη μικρογραφία ενός νεογνού, στερούμενου ακόμη της δυνατότητας για αυτοδύναμη επιβίωση. Αν ο σχηματισμός των βασικών ζωτικών οργάνων του εμβρύου αποτελεί το πρώτο ορόσημο μπροστά στο οποίο υποχωρεί η ελευθερία της γυναίκας για τερματισμό της κύησης, το χαρακτηριστικό της δυνατότητας επιβίωσης του εμβρύου έξω από το μητρικό σώμα αποτελεί αυτοδύναμα το δεύτερο καθοριστικό κριτήριο, βάσει του οποίου σταθμίζονται τα έννομα αγαθά που αφορούν στη γυναίκα, προκειμένου να διαπιστωθεί το θεμιτό, ή μη, του τερματισμού της κύησης. Η ιδιότητα αυτή καλείται βιωσιμότητα, και το έμβρυο θεωρείται ιατρικώς βιώσιμο στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όταν ομοιάζει αρκετά με νεογνό, όπερ δικαιολογεί την ανάγκη παροχής σε αυτό έννομης προστασίας.

---

[326] *Παναγοπούλου Κουτνατζή Φερενίκη*, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, σ.197

[327] βλ. Τροκάνας Δ. Θεόδωρος, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, σ.103

[328] βλ. Αντωνίου Δ. Θεοδώρα, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, σ. 115

[329] βλ. *Κατρούγκαλος Γ.,* σ.68

[330] Σύμφωνα με τον Μπέκα Γιάννη: «Το χρονικό διάστημα των δώδεκα εβδομάδων αρχίζει, όχι από την γονιμοποίηση-ένωση ωαρίου και σπερματοζωαρίου ή από την μίτωση-πολλαπλασιασμό των κυττάρων, αλλά από την εμφύτευση στη μήτρα. Η επιλογή του χρόνου δείχνει αυθαίρετη. Θα μπορούσε να αιτιολογηθεί με την κρίση, ότι μέχρι τότε η διακοπή της κύησης δεν ενέχει κίνδυνο για την υγεία της εγκύου, στο βαθμό που μετά τον χρόνο αυτό, η διαδικασία διακοπής της κύησης γίνεται σε δύο φάσεις, ομοιάζοντας πλέον με γέννα. Παράλληλα όμως από το χρονικό αυτό σημείο αρχίζει το έμβρυο να σχηματίζει ορατά χαρακτηριστικά. Ουσιαστικά και ανεξάρτητα από τα παραγωγικά αίτια της επιλογής αυτού χρόνου, πρόκειται για ειδική περίπτωση κατάστασης ανάγκης-σύγκρουσης έννομων αγαθών, όπου για αυτό το χρονικό διάστημα το συμφέρον της εγκύου, να αποφασίζει για το αν θέλει ή όχι παιδί, κρίνεται ως σημαντικά ανώτερο από την ζωή του εμβρύου.» βλ.*Μπέκας Γιάννης*, Εγκλήματα κατά της ζωής και της υγείας, εκδ. Σάκκουλας 2002, σ.301

Στο δεύτερο τρίμηνο κύησης, το κυοφορούμενο, μολονότι στοιχειωδώς ανεπτυγμένο, δεν μπορεί να επιβιώσει έξω από το περιβάλλον της μήτρας με τα όργανα που διαθέτει, ωστόσο η ανάπτυξη του είναι συνεχής και αυξανόμενη. Παράλληλα, την εικοστή τέταρτη εβδομάδα, ολοκληρώνεται ο βασικός προγεννητικός έλεγχος, ώστε να μπορεί να διαμορφωθεί το κλινικό προφίλ του εμβρύου και να υπάρξει μία πρώτη σαφής άποψη για το αν έχει πιθανότητες να γεννηθεί υγιές και βιώσιμο. Στο χρονικό αυτό σημείο, ο εν λόγω παράγοντας, δηλαδή η διαμόρφωση της εικόνας γύρω από τη υγεία του εμβρύου και τις πιθανότητες που αυτό έχει να εξελιχθεί σε υγιές νεογνό, αποτελεί μία επιπρόσθετη συνάρτηση στη στάθμιση της προστασίας που θα αποδοθεί στο έμβρυο. Μπορεί το τελευταίο πλέον να είναι πιο πλήρες οργανικά με αποτέλεσμα να αξιώνει περισσότερη προστασία, ωστόσο η προστασία αυτή κλυδωνίζεται από τα πορίσματα του προγεννητικού ελέγχου που λαμβάνουν χώρα στο διάστημα αυτό και καθορίζουν τη βιωσιμότητά του.[331] Μετά το πέρας της εικοστής τέταρτης εβδομάδας, ξεκινά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, οπότε το έμβρυο είναι πλήρως ανεπτυγμένο και μπορεί και να επιβιώσει έξω από το μητρικό σώμα, σε περίπτωση πρόωρου τοκετού. Στο στάδιο αυτό, ο προχωρημένος βαθμός ανάπτυξης του εμβρύου, δηλαδή η βιωσιμότητά του, δεν επιτρέπει εύκολα τη συρρίκνωση της προστασίας του, παρά μόνο σε εξαιρετικά συντρέχουσες περιπτώσεις.

Η ανωτέρω θέσπιση του χρονικού ορίου των δώδεκα εβδομάδων, πέραν του οποίου η άμβλωση τιμωρείτο ποινικά, αναδεικνύει την επιρροή που αδιαμφισβήτητα έχει δεχθεί η ποινική μας νομοθεσία από τα ιατρικά δεδομένα που σχετίζονται με την ανάπτυξη του εμβρύου. Πάνω στα δεδομένα αυτά στηρίζεται η συλλογιστική του ποινικού νόμου για να διαμορφώσει την αξιολογική κρίση γύρω από την προστασία που μπορεί να αξιώσει το έμβρυο. Όπως προελέχθη, ο Ποινικός Κώδικας προστατεύει την «εν τη γενέσει» ανθρώπινη ζωή του εμβρύου[332], εφόσον συντρέχει το στοιχείο της βιωσιμότητας, δηλαδή με την προϋπόθεση ότι το έμβρυο έχει αναπτυχθεί αρκετά ώστε να προσομοιάζει στο νεογνό και να μπορεί να επιβιώσει αυτόνομα έξω από το μητρικό σώμα. Κατά το χρονικό διάστημα των δύο πρώτων εβδομάδων μετά τη γονιμοποίηση, δεν υφίσταται καν κύηση, καθώς μέχρι να γίνει η εμφύτευση του εμβρύου στη μήτρα, το ζυγωτό ενδέχεται να αποβληθεί φυσικά από το γυναικείο σώμα, ενώ η διαδικασία οργανογένεσης δεν έχει αρχίσει ακόμη.[333] Αλλά και στο χρονικό διάστημα που έπεται της εμφύτευσης, μέχρι και την συμπλήρωση του πρώτου τριμήνου,[334] η ανάπτυξη του εμβρύου είναι ιδιαίτερα πρώιμη.[335] Μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης, τα βασικά όργανα του εμβρύου δεν έχουν αναπτυχθεί σε βαθμό επαρκή. Το

[331] Κατά τον *Κατρούγκαλο Γ.*: «πλήρες υποκείμενο δικαίου και «πρόσωπο» γίνεται βεβαίως το κυοφορούμενο μόνο μετά τη γέννησή του. Πρέπει μάλλον να γίνει δεκτό ότι η ίδια προστασία θα πρέπει να αναγνωρισθεί και στο έμβρυο, το οποίο δεν έχει ακόμα αποχωρισθεί από τη μητέρα του, αλλά είναι αυτοτελώς βιώσιμο και εκτός του μητρικού σώματος. Αυτή είναι η θέση της αμερικανικής νομολογίας, η οποία φαίνεται εύλογη , στο μέτρο που ήδη στο σημείο αυτό ο nasciturus αποτελεί πλήρως σχηματισμένο ανθρώπινο πλάσμα. Η κλιμάκωση της προστασίας του πριν από αυτό το χρονικό γεγονός, δεν ορίζεται με βάση τα κριτήρια της ιατρικής επιστήμης, αλλά τις κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις. Και αυτό γιατί η κρίση περί του πότε το γονιμοποιημένο ωάριο «μετουσιώνεται» σε αγαθό άξιο μείζονος προστασίας, δεν είναι αντικειμενικό γεγονός αλλά αξιολογική κρίση. Εύστοχα παρατηρεί επομένως ο Μαγκάκης, ότι «ακόμη και ο καθορισμός της έννοιας «άνθρωπος» που μοιάζει να είναι μία από τις πιο περιγραφικές έννοιες είναι σε τελευταία ανάλυση και αξιολογική, γιατί το περιεχόμενό της καθορίζεται με βάση ορισμένες εκτιμήσεις, συγκεκριμένα με βάση τη σκέψη, ποια πρέπει να είναι η έκταση της προστασίας που δίνει το Ποινικό Δίκαιο στην ανθρώπινη ζωή.» (*Κατρούγκαλος Γ.*, σ. 66)

[332] βλ. *Πολίτη Τ. Χάρη*, Ιατρικό Δίκαιο, Αθήνα 1999, σ.225

[333] Στο χρονικό αυτό σημείο, δεν θεωρείται ότι υπάρχει το έμβρυο, αλλά περιγράφεται ως «προέμβρυο».

[334]*Findlay JK/Gear ML/ Illingworth PJ/ Junk SM/ Kay G/ Mackerras AH/Pope A, /Rothenfluh HS/ Wilton L./* Human embryo: a biological definition Hum Reprod., 2007, τομ.22, τευχ.4, σσ. 905-11.

[335] βλ.*Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σ.78

έμβρυο, στο διάστημα αυτό, είναι επί της ουσίας ένα εξελισσόμενο κύτταρο[336], που διαμορφώνεται σταδιακά, το οποίο δύσκολα γίνεται αντιληπτό και παρουσιάζει μεγάλες διαφορές από το κυοφορούμενο του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης, το οποίο είναι βιώσιμο και έξω από το γυναικείο σώμα. Για παράδειγμα, τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την προσωπικότητα στη μεταγεννητική ζωή είναι μόνο δυνητικά παρόντα στο έμβρυο των οκτώ εβδομάδων.[337] Το έμβρυο θεωρείται ότι στερείται ατομικότητας στο πρώιμο αυτό στάδιο και αντιμετωπίζεται από το νόμο ως βιολογική ύπαρξη και όχι ως συγκεκριμένο άτομο-πρόσωπο που αξιώνει συγκεκριμένης έννομης αντιμετώπισης. Η ανάπτυξη αυτή είναι πλήρης με τη συμπλήρωση του δεύτερου τριμήνου κύησης και καθ' όλη τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου. Στον αντίποδα, κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, η ανάπτυξη του εμβρύου βρίσκεται σε αρχικό στάδιο κατά τρόπο που το τελευταίο είναι άμεσα εξαρτώμενο από το μητρικό σώμα.

Παρόλο που τα επιστημονικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι τα βασικά ζωτικά όργανα του εμβρύου έχουν διαμορφωθεί στην πιο πρώιμη μορφή τους κατά την τέταρτη εβδομάδα κύησης, κατά την οποία η εμβρυική ανάπτυξη είναι υποτυπώδης, ένας ακόμη λόγος που ο νομοθέτης δεν τοποθετεί στις τέσσερις εβδομάδες το χρονικό όριο επιτρεπτού της άμβλωσης έγκειται στο ότι, κατά το στάδιο αυτό, η γυναίκα μπορεί να μην έχει ακόμα αντιληφθεί την ύπαρξη της κύησης. Συνήθως, μετά το χρονικό αυτό σημείο η έγκυος διαπιστώνει τα πρώτα συμπτώματα μιας πιθανής εγκυμοσύνης, οπότε η υιοθέτηση των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων, ως επιτρεπτής προθεσμίας για την τέλεση εκλεκτικής άμβλωσης, δεν θα είχε κανένα απολύτως νόημα, αφού πρακτικά θα συνεπάγετο ίδια αποτελέσματα με την πλήρη απαγόρευσή της.[338]

Καταληκτικά, αξίζει να σημειωθεί πως η επιρροή των δεδομένων της Εμβρυολογίας γύρω από τη διαμόρφωση της έννομης θέσης και προστασίας του εμβρύου συνίσταται στη συμβολή των πληροφοριών εκείνων, επάνω στις οποίες ο νομοθέτης διαμορφώνει τις αξιολογικές του κρίσεις για το ζήτημα της απαγόρευσης ή του επιτρεπτού της άμβλωσης. Η θέσπιση του κριτηρίου της βιωσιμότητας, ως σημείου αναφοράς για την μέγιστη προστασία που μπορεί να λάβει το κυοφορούμενο, στηρίζεται στη σύγκριση του βαθμού ανάπτυξης του εμβρύου με εκείνον του νεογνού. Το επιτρεπτό της εκλεκτικής άμβλωσης αντανακλά το χρονικό εκείνο διάστημα της κύησης, κατά το οποίο ενυπάρχει η μέγιστη απόκλιση της ανάπτυξης του κυοφορούμενου των πρώτων εβδομάδων με αυτήν του βιώσιμου εμβρύου. Η άμβλωση είναι απόλυτα επιτρεπτή κατά τη χρονική αυτή περίοδο, και ο νομοθέτης υιοθετεί το χρονικό όριο των δώδεκα εβδομάδων κύησης, ως χρονικό σημείο κατά το οποίο εκκινεί η έννομη προστασία του κυοφορούμενου. Επομένως, η ρύθμιση της εκλεκτικής άμβλωσης αποτελεί απόρροια σύζευξης των ιατρικών δεδομένων και των αξιολογικών κρίσεων του νομοθέτη.

---

[336] Σύμφωνα με τον *Μάλλιο Ευ*.:« Η ΄αξία΄ του εμβρύου βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο όταν ξεκινά η διαδικασία της κυοφορίας(τη στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου) και αυξάνεται όσο προσδοκάται η ανάπτυξη και η αυτόνομη επιβίωσή του ως ανθρώπου. Πράγματι, όσο προχωρά η εγκυμοσύνη και αυξάνεται αυτή η προσδοκία αυτόνομης επιβίωσης του οργανισμού που κυοφορείται, τόσο μειώνεται και το δικαίωμα της εγκύου να διακόψει την κύησή της. Έτσι, ενώ το δικαίωμα στην άμβλωση είναι απεριόριστο τους πρώτους μήνες της κυοφορίας, στο τέλος επιτρέπεται μόνον αν πρόκειται να προστατευθούν σημαντικότερα έννομα αγαθά της ίδιας.» (*Μάλλιος Ευ*., Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, Δικαιώματα του Ανθρώπου, ΔτΑ No 73/2017, σ. 570)

[337] Ο *Jones Gareth* στο Brain birth and personal identity, Journal of Medical Ethics 1989, τ.15, σ.175 αναφέρει ότι το ανθρώπινο έμβρυο μέχρι οκτώ εβδομάδες κύησης, στερείται των δύο βασικών πτυχών της προσωπικότητας: συναισθηματική αναγνώριση και εσωτερική συνείδηση

[338] Βλ. *Συμεωνίδη-Καστανίδη Ελισάβετ*, Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου, 1984, σ.180

3.5.2. Η εκλεκτική άμβλωση στην ημεδαπή νομολογία και στο Συγκριτικό Δίκαιο

Η εκλεκτική διακοπή της κύησης αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα διλήμματα του νομοθέτη και το γεγονός αυτό αντανακλάται τόσο στη νομολογία των ελληνικών όσο και σε εκείνη των αλλοδαπών δικαστηρίων. Η ιδιαιτερότητα της εκλεκτικής άμβλωσης συνίσταται στο ότι δεν στηρίζεται σε άλλο δικαιολογητικό παράγοντα πέραν της βούλησης της εγκύου να διακόψει την κύηση. Η συνθήκη αυτή ωθεί το νομοθέτη σε σταθμίσεις, στην προσπάθειά του να εναρμονίσει τις έννομες θέσεις της γυναίκας με αυτές του εμβρύου, στηριζόμενος στα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης. Από τη μία πλευρά τίθεται αναντίρρητα το ζήτημα προστασίας της ελευθερίας αυτοπροσδιορισμού και αναπαραγωγής της γυναίκας, ενώ στον αντίποδα διαφαίνεται το ζήτημα της προστασίας της εξελισσόμενης αγέννητης ζωής, η οποία παραμένει μηδαμινή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης λόγω της ιδιαίτερης φυσιολογίας του. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέταση των ζητημάτων που σχετίζονται με την εκλεκτική άμβλωση στα πλαίσια της αλλοδαπής νομολογίας.

Απόφαση σταθμό αποτελεί η απόφαση που έλαβε το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ αναφορικά με την υπόθεση Roe κατά Wade, 410 U.S. 113, 1973.[339] Η θεμελίωση της αντισυνταγματικότητας στηρίχθηκε στην προσβολή που υφίσταται το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής μέσω της απαγόρευσης διακοπής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.[340] Το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ καθόρισε το βαθμό, στον οποίο οι πολιτείες έχουν νομιμοποιημένο συμφέρον να ρυθμίσουν τις αμβλώσεις, πρώτον, σχετικά με το στάδιο πριν από περίπου το τέλος του πρώτου τριμήνου, κατέστησε σαφές το συνταγματικό δικαίωμα των εγκύων στην αναπαραγωγική αυτονομία και την αντισυνταγματικότητα της απαγόρευσης της επιλογής της εγκύου να διακόψει την κύηση σε αυτό το διάστημα, δεύτερον, αναφορικά με το στάδιο που ακολουθούσε περίπου από το τέλος του πρώτου τριμήνου έως το τέλος του δευτέρου τριμήνου το κράτος, προάγοντας το ενδιαφέρον του για την υγεία της μητέρας, μπορούσε να ρυθμίσει τις διαδικασίες άμβλωσης με βάση το ενδιαφέρον της Πολιτείας για τη μητρική υγεία και , τρίτον, εφόσον είχε κριθεί η βιωσιμότητα, ή μη, του εμβρύου, το κράτος, προτάσσοντας το ενδιαφέρον του για την εν εξελίξει δυνατότητα της ανθρώπινης ζωής, εφόσον αποφάσιζε κατά αυτόν τον τρόπο, μπορούσε να ρυθμίσει ή ακόμη και να απαγορεύσει την έκτρωση, εκτός εάν, μέσω κατάλληλης ιατρική γνωμάτευσης, κρινόταν απαραίτητη για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας της μητέρας.[341]

Η απόφαση αυτή στηρίχθηκε στη λογική της αξιολόγησης της εμβρυϊκής ανάπτυξης, ως γνώμονα με σκοπό την εναρμόνιση της προστασίας του κυοφορούμενου με εκείνη της ελευθερίας της γυναίκας και αποτέλεσε εφαλτήριο προς την κατεύθυνση αλλαγής των ρυθμίσεων γύρω από τις αμβλώσεις. Το πρώτο τρίμηνο, η πρώιμη ανάπτυξη του εμβρύου εκμηδενίζει οποιαδήποτε αξίωσή του για προστασία, σε αντίθεση με το τελευταίο τρίμηνο της κύησης, κατά το οποίο η προστασία

[339] *Dworkin Ronald*, Η Επικράτεια της Ζωής, Αμβλώσεις, ευθανασία και ατομική ελευθερία, απόδοση *Βασιλογιάννης Φ.* εκδ Αρσενίδη, 1994, επιμετρο. *Σούρλας Π*. σσ. 243-244. Υπόθεση που εκδικάσθηκε αρχικά από δικαστήριο του Τέξας κι έπειτα από το Ανώτατο Δικαστήριο των Η.Π.Α.. Αντικείμενο της δίκης υπήρξε το κατά πόσο μία γυναίκα έχει το δικαίωμα στην άμβλωση. Ο απαγορευτικός νόμος της πολιτείας του Τέξας κρίθηκε αντισυνταγματικός καθώς ερχόταν σε ρήξη με το δικαίωμα της ιδιωτικότητας και της αυτοδιάθεσης. Το γεγονός αυτό δημιούργησε μια αλυσιδωτή αντίδραση, αφού το Ανώτατο Δικαστήριο όχι μόνο έκρινε πως το δικαίωμα της γυναίκας στην άμβλωση ήταν θεμελιακό και συνταγματικά προστατευμένο, αλλά όρισε κι ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για την τέλεση αμβλώσεων, πράγμα που οδήγησε σε γενικευμένη νομική αναθεώρηση στις διάφορες πολιτείες.

[340] βλ.*Weiner H. Merle* ,Roe v Wade Case (ΗΠΑ), Oxford University Press 2015,όπου αναφέρει ότι το Δικαστήριο αναγνώρισε ότι μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη επηρέασε σημαντικά τη ζωή μιας γυναίκας εντοπίζοντας μια σειρά βλαβών, συμπεριλαμβανομένης της «ειδικής και άμεσης βλάβης» με επιπτώσεις για την υγεία της.

[341] βλ.*Hoffman et al*, 2012 σσ 152,188

του μεγιστοποιείται. Επί του εν λόγω ζητήματος, την ίδια στάση τήρησε και το δικαστήριο στην Pennsylvania στην απόφαση Casey v. Planned Parenthood(1992), το οποίο στηρίχθηκε στην προϋπόθεση συνδρομής του κριτηρίου της βιωσιμότητας προκειμένου να αναγνωρισθεί το έμβρυο ως φορέας δικαιωμάτων.[342] Μολονότι μέσα από τη νομολογία των δικαστηρίων είναι εμφανής η επιρροή που ασκούν τα δεδομένα της Ιατρικής και της Βιολογίας, λαμβανομένων υπόψη για τη φυσιολογία του εμβρύου, η τελική ρύθμιση του νομοθέτη στηρίζεται και σε αξιολογικές κρίσεις γύρω από το ποιός μπορεί να είναι υποκείμενο ή αντικείμενο Δικαίου αλλά και στις επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις. Σε γενικές, όμως, γραμμές, η στάση του δικαστή παραμένει επιφυλακτική και δεν τάσσεται σαφώς υπέρ της υιοθέτησης μιας συγκεκριμένης στάσης απέναντι σε ερμηνευτικά ζητήματα, τα οποία καθορίζονται από ποικίλους παράγοντες.[343]

Η στάση της νομολογίας όσον αφορά στο ζήτημα του επιτρεπτού της εκλεκτικής διακοπής της κύησης και της αναγνώρισης δικαιώματος στην άμβλωση χωρίς την επιβεβλημένη συνδρομή ειδικών ενδείξεων αντανακλά την εξέλιξη της νομοθεσίας στις χώρες αυτές, προς την κατεύθυνση της αποποινικοποίησης και νομιμοποίησης των αμβλώσεων. Με τη χρήση του όρου «αποποινικοποίηση της άμβλωσης» νοείται η εξάλειψη από το νόμο συγκεκριμένων ποινικών κυρώσεων επί τελέσεως άμβλωσης και η αλλαγή του Νόμου, των συναφών πολιτικών και κανονισμών προκειμένου να επιτευχθούν τα εξής:

α) Να μην επισύρονται κυρώσεις στην γυναίκα για την ασφαλή έκτρωση

β) Να μην διώκεται ο πάροχος ασφαλών πρακτικών αμβλώσεων

γ) Να μη συμμετέχουν οι δικαστικές αρχές στη λήψη απόφασης σχετικά με την πραγματοποίηση μίας άμβλωσης

δ) Να αντιμετωπίζονται οι αμβλώσεις όπως κάθε άλλη μορφή υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή με χρήση βέλτιστων πρακτικών στην παροχή υπηρεσιών, την εκπαίδευση των παρόχων, τη θέση και ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών βάσει αποδεικτικών στοιχείων και την εφαρμογή του ισχύοντος Νόμου για την αντιμετώπιση τυχόν επικίνδυνων πρακτικών ή αμελειών.[344]

Η έκτρωση αποτελεί ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα θέματα δημόσιας πολιτικής[345], με τη συζήτηση να επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στο ζήτημα εάν και υπό ποιές συνθήκες μπορεί αυτή να επιτρέπεται νόμιμα. Από τις αντιπαρατιθέμενες πλευρές, εκφράζονται δύο βασικές τάσεις που εκφράζουν, αντίστοιχα, είτε την υποστήριξη του δικαιώματος της γυναίκας σε νόμιμη και ασφαλή έκτρωση, σύμφωνα με τη βούλησή της και την κρίση της, είτε την πλήρη απαγόρευσή της, άλλως, τον αυστηρό περιορισμό της πρακτικής της άμβλωσης ιδιαίτερα στα μεταγενέστερα στάδια της κύησης, στη βάση του επιχειρήματος της προστασίας της ζωής του εμβρύου. Αυτή η

[342] βλ. *Casey, Gerard,* Born alive: the legal status of the unborn child in England and the U.S.A. Barry Rose Law ,2005, σ. 136, επίσης βλ. *Κατρούγκαλος Γ.*, σ. 55

[343] Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά που κάνει ο Κατρούγκαλος Γ, κατά τον οποίο:« τα συνταγματικά δικαστήρια φαίνεται να αναγνωρίζουν, ότι η αναμφισβήτητη ύπαρξη συνταγματικού δικαιώματος στη ζωή συνοδεύεται από τη δυνατότητα του νομοθέτη να επεμβαίνει ρυθμιστικά για την εξειδίκευση και οριοθέτηση του, ιδιαίτερα σε αμφισβητούμενες περιοχές όπως αυτή των αμβλώσεων. Σε αποφάσεις επί του ζητήματος αυτού δεν μπορεί να δώσει η ιατρική επιστήμη, στο μέτρο που ο προσδιορισμός της αφετηρίας της ζωής εμφανίζεται μάλλον ως αξιολογικό, φιλοσοφικό και κοινωνικό, παρά ως ιατρικό πρόβλημα. Η νομική επιλογή επί του προκειμένου θα πρέπει επομένως να εναρμονίζεται με τις κρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις, τις οποίες πρώτη αρμόδια να διαγνώσει είναι η πολιτική βούληση του νομοθέτη».οπ. *Κατρούγκαλος Γ.* , σσ. 58-59

[344] *Berer,* Abortion Law and Policy Around the World, Health Hum Rights. 2017 Jun; 19(1) σσ. 13–27.

[345] *Λυκερίδου Α.* Κανόνες ηθικής και Δεοντολογίας,Νομοθεσία Μαιών-Μαιευτών, εκδ. Λαγός Δ. 2011, σ.41

αντιπαράθεση, όπως θα εξετάσουμε κατωτέρω, έχει κοινωνικά, οικονομικά και πολιτικά θεμέλια και καταγράφεται τόσο στη νομοθεσία όσο και στη νομολογία. Φυσικά, παρόλο που από κράτος σε κράτος συναντώνται διαφορές, κρίνεται αρκετά ασφαλές να υποστηριχθεί η θέση πως σε γεωγραφικές περιοχές που χαρακτηρίζονται από ομοειδές κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, η νομική αποτύπωση της θέσης του εκάστοτε κράτους και της κοινωνίας απέναντι στο ζήτημα της άμβλωσης είναι περίπου κοινή.

Οι προσπάθειες για την κατηγοριοποίηση των νόμων και των πολιτικών αμβλώσεων, και ιδίως οι λόγοι για νόμιμες αμβλώσεις, ξεκίνησαν στη δεκαετία του 1960, με αποτέλεσμα τη δημοσίευση αρκετών παγκόσμιων βάσεων δεδομένων στα μέσα της δεκαετίας του 1970 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980,[346] που παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την ισχύουσα ανά χώρα νομοθεσία περί αμβλώσεων και μπορούν να διευκολύνουν την κατανόηση της νομικής ρύθμισης του ζητήματος, ταξινομώντας τις χώρες που εμπίπτουν σε ένα ιεραρχικό φάσμα πρόσβασης στις αμβλώσεις, ανάλογα με τον αριθμό και τον τύπο των προϋποθέσεων βάσει των οποίων επιτρέπεται η άμβλωση. Στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν υπάρχουν κοινές οδηγίες σχετικά με την άμβλωση. Ωστόσο, το ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρώπης του 2008 καλεί τα κράτη μέλη να «αποποινικοποιήσουν την άμβλωση μέσα στα λογικά όρια κύησης, αν δεν το έχουν ήδη πράξει», «να εγγυηθούν την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος πρόσβασης των γυναικών σε ασφαλή και νόμιμη έκτρωση» Το 2017, μεταξύ των σαράντα τριών χωρών της Ευρώπης, είκοσι εννέα επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (καλύπτοντας το 72% των ευρωπαίων γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας) και τέσσερις επέτρεψαν την άμβλωση για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους. Οι περισσότερες χώρες αναθεώρησαν τη νομοθεσία τους τη δεκαετία του 1970 και τη δεκαετία του '80. [347] Σε γενικές γραμμές, εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης η πρακτική της άμβλωσης είναι νόμιμη και η άσκησή της περιορίζεται μονάχα υπό την προϋπόθεση ευζωίας της εγκύου ή του εμβρύου, εφόσον αυτό έχει θεωρηθεί βιώσιμο, σε συνδυασμό με τις προϋποθέσεις που θέτει ο κώδικας της ιατρικής - και όχι μόνο - δεοντολογίας.

Στη Γαλλία, η έκτρωση αρχικά νομιμοποιήθηκε με τον νόμο αριθ. 75-17 της 17.01.1975[348]. Ο γαλλικός νόμος επέτρεπε στην κυοφόρο να υποβληθεί σε άμβλωση μέχρι το τέλος της δωδέκατης εβδομάδας κύησης, νομιμοποιώντας έτσι την εκλεκτική άμβλωση. Όλες οι αμβλώσεις έπρεπε να εκτελούνται από γιατρό, ενώ όταν μια κυοφόρος προσήρχετο σε γιατρό προκειμένου να υποβληθεί σε άμβλωση, ο τελευταίος έπρεπε να την ενημερώσει κατά τη διάρκεια της πρώτης διαβούλευσης σχετικά με τις ιατρικές και χειρουργικές μεθόδους της άμβλωσης καθώς και για τους ενδεχόμενους κινδύνους και παρενέργειες. Ο γαλλικός νόμος προέβλεπε, επίσης, ότι η έγκυος μπορεί να ανατρέξει σε σύμβουλο γάμου, σε σύμβουλο οικογενειακού προγραμματισμού ή στις κοινωνικές υπηρεσίες, τόσο πριν όσο και μετά την διακοπή της κύησης. Παρόλο που για τις ενήλικες γυναίκες προβλέπετο πλήρης ελευθερία ως προς την αποδοχή ή απόρριψη αυτών των προσφορών διαβούλευσης, η διαβούλευση πριν από την άμβλωση καθίστατο υποχρεωτική για τις

---

[346] *Johnson, Brooke Ronald Jr / Lavelanet Antonella, και Schlitt Stephanie* , Global Abortion Policies Database: a new approach to strengthening knowledge on laws, policies, and human rights standards, BMC Int Health Hum Rights. 2018, τομ.18, σ.35, επίσης βλ. Harvard School of Public Health. Annual review of population law database – abortion laws of the world, 1974-2008. http://ghdx.healthdata.org/record/annual-review-population-law-database-abortion-laws-world, προσπελλάστηκε 1 -09-2018.

[347] *Guillaume Agnès/ Rossier Clémentine*, Abortion Around The World. An Overview Of Legislation, Measures, Trends, And Consequences, Translated by Paul Reeve I.N.E.D | « Population » 2018 , τ. 73, σσ. 232-238

[348]Νόμος αριθ. 75-17 του Ιανουαρίου 1975 σχετικά με την εθελούσια διακοπή της εγκυμοσύνης γνωστός ως Νόμος Veil.

ανήλικες γυναίκες. Το 2001, η Γαλλία παράτεινε την περίοδο για τον εθελούσιο τερματισμό της εγκυμοσύνης έως την 14η εβδομάδα και απέσυρε την απαίτηση γονικής συναίνεσης για ανηλίκους και πλέον μπορεί να υποκαταστήσει τη γονική αρχή άλλος ενήλικας. Επίσης το 2012, η Γαλλία άλλαξε το σύστημά της κοινωνικής ασφάλισης για να αποζημιώσει τις γυναίκες για το 100% του κόστους της διαδικασίας άμβλωσης, ενώ προηγουμένως, κάλυπτε μόνο το 70% έως το 80% του κόστους.[349]

Στη Γερμανία, το 1871, το άρθρο 218 του Γερμανικού Ποινικού Κώδικα ποινικοποίησε την άμβλωση. Η πρώτη φορά που επιτράπηκε οποιασδήποτε μορφής έκτρωση στη Γερμανία καθιερώθηκε το 1933, με την ψήφιση από μέρους της ναζιστικής κυβέρνησης ενός νόμου για την ευγονική, τον λεγόμενο νόμο για την πρόληψη των γενετικά νοσηρών απογόνων. Ο νόμος αυτός αποτέλεσε μια ριζική απομάκρυνση από την πολιτική του προηγούμενου αιώνα, σύμφωνα με την οποία η άμβλωση θεωρήθηκε ως δολοφονία του «σωματικού καρπού» και ποινικοποιήθηκε ως κύριο αδίκημα. Ο ναζιστικός νόμος εξακολούθησε να ισχύει μέχρι και μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, αν και η άμβλωση γενικά εξακολουθούσε να είναι παράνομη και, τουλάχιστον στα βιβλία καταστατικών, να τιμωρείται με θάνατο. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τον επακόλουθο διαχωρισμό της Γερμανίας κατά το έτος 1945, οι νόμοι περί αμβλώσεων στην Ανατολική και Δυτική Γερμανία διαμορφώθηκαν ανεξάρτητα. Στο σύνολό τους, οι νόμοι της Ανατολικής Γερμανίας για την άμβλωση ήταν πολύ λιγότερο περιοριστικοί από αυτούς στη Δυτική Γερμανία, όπου κατά το έτος 1950 απαγορεύτηκαν πλήρως οι αμβλώσεις που διεξάγονταν για κοινωνικούς λόγους. Ως εκ τούτου, το 60%, κατά προσέγγιση, των αμβλώσεων κατέστη παράνομο.[350] Ωστόσο, το 1972, ο νόμος άλλαξε, αντικατοπτρίζοντας ένα μοντέλο «χρονικού ορίου»[351], οπότε και συμπεριέλαβε την εκλεκτική διακοπή της κύησης. Σε αυτή τη χρονική προσέγγιση, η γυναίκα απέκτησε το νόμιμο δικαίωμα να δύναται να τερματίσει την κύηση μέσα στις πρώτες εβδομάδες αυτής. Το προσχέδιο ανατολικογερμανικού νόμου περί αμβλώσεων, σε αντίθεση με αυτό της Δυτικής Γερμανίας, αναγνώρισε τη σπουδαιότητα της αυτοδιάθεσης μέσα στα πλαίσια της επίτευξης του ευρύτερου στόχου ισότητας των φύλων. Πέραν της παροχής μεγαλύτερης δυνατότητας στις γυναίκες να ασκούν αυξημένη επιρροή στην απόφαση για αναπαραγωγή, το κράτος προσέφερε εκτεταμένη στήριξη στις οικογένειες και στις εργαζόμενες γυναίκες, υπό τη μορφή ίδρυσης κρατικών παιδικών σταθμών και νηπιαγωγείων.

---

[349]Για τα έξοδα που συνδέονται με τον εθελούσιο τερματισμό της εγκυμοσύνης αναφέρεται στο άρθρο 4 του άρθρου L. 321-1 *βλ*. Code de la Sécurité Sociale, art. L. 322-3 (20) (2012) (Fr.). Επίσης στο Διάταγμα αριθ. 2013-248 της 25ης Μαρτίου 2013 σχετικά με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων που προβλέπεται στο άρθρο L. 322-3 του κώδικα κοινωνικής ασφάλισης για δαπάνες που σχετίζονται με την εθελούσια παύση της εγκυμοσύνης και την πρόσβαση στην αντισύλληψη από ανηλίκους. Αναφέρεται στους ανήλικους ηλικίας τουλάχιστον δεκαπέντε ετών, τις ασφαλισμένες γυναίκες που θέλουν να προβούν σε εθελούσιο τερματισμό της εγκυμοσύνης ,και τους οργανισμούς ασφάλισης υγείας. Σκοπός του διατάγματος είναι ο καθορισμός των όρων κάλυψης του κόστους απόκτησης αντισυλληπτικών για ανηλίκους ηλικίας δεκαπέντε ετών και άνω, καθώς και τους όρους κάλυψης της συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες που συνδέονται με την έκτρωση. Το διάταγμα αυτό προβλέπει την κατάργηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου, αφενός, του κόστους της απόκτησης αντισυλληπτικών για τους ασφαλισμένους και των ανήλικων τουλάχιστον δεκαπέντε ετών και, αφετέρου, του κόστους σχετικά με την εθελούσια διακοπή της εγκυμοσύνης. Οι δαπάνες αυτές καλύπτονται πλήρως από την ασφάλιση υγείας. οι διατάξεις του παρόντος διατάγματος τέθησαν σε ισχύ στις 31 Μαρτίου 2013. *βλ*.Le décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale (2013) (Fr.).

[350] *Telman Jeremy,* Abortion and women's legal personhood in Germany: a contribution to the feminist theory of the state*, 1998, τευχ*. XXIV, σσ.112-120

[351] *Macklin,* Ethics and global health, research, policy and practice, Oxford University Press 2014, Chapter 2: σσ.23-42

Μετά το 1972, η ανατολικογερμανική νομοθετική ρύθμιση των αμβλώσεων παρέμεινε μάλλον σταθερή. Σε ότι αφορά την καθιέρωση του μοντέλου «ένδειξης» στη Δυτική Γερμανία, παρά τις προσπάθειες φιλελευθεροποίησης, το άρθρο 218 του Ποινικού Κώδικα του 1871, το οποίο ποινικοποίησε την άμβλωση, παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητο μέχρι και το 1974. Μετά από μακρά πολιτική διαμάχη, εφαρμόστηκε μια ριζικά μεταρρυθμισμένη εκδοχή του άρθρου 218, στο οποίο αντικατοπτριζόταν ένα μοντέλο χρόνου παρόμοιο με αυτό της Ανατολικής Γερμανίας.[352] Ο νέος νόμος αποκήρυξε την άμβλωση κατά τις πρώτες δώδεκα εβδομάδες κύησης. Ακόμη και στις περιπτώσεις που η γυναίκα δεν λάμβανε συμβουλευτική, ο μόνος που θεωρείτο κατά το Νόμο ένοχος καθίστατο ο γιατρός που πραγματοποιούσε την έκτρωση, και όχι η γυναίκα. Το Συνταγματικό Δικαστήριο έκρινε ότι η νομοθεσία του 1974 δεν εκπλήρωσε το συνταγματικό καθήκον του κράτους να προστατεύσει το δικαίωμα στη ζωή και να εγγυηθεί το απαραβίαστο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Αναφέροντας ότι η ζωή αρχίζει με την εμφύτευση (δεκατέσσερις ημέρες μετά τη σύλληψη), το Συνταγματικό Δικαστήριο έκρινε ότι το μοντέλο χρονικού ορίου δεν παρείχε επαρκή προστασία στο αναπτυσσόμενο έμβρυο.[353] Αν και το δικαίωμα αυτοδιάθεσης ήδη αποτελούσε στη Γερμανία συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα, το Δικαστήριο έκρινε ότι το δικαίωμα της ζωής του εμβρύου, σε ότι αφορά την προστασία αυτής, επικρατούσε ακόμη και ενάντια στη βούληση της εγκύου. Μολονότι ο νομοθέτης διατήρησε το προνόμιο επιλογής των κατάλληλων μέσων προς προστασία της αναπτυσσόμενης ζωής, το Δικαστήριο απαιτούσε από τον νόμο να επιβάλλει ποινικές κυρώσεις, κατά τις περιπτώσεις εκείνες που δεν θα μπορούσαν διαφορετικά να τηρηθούν τα ελάχιστα συνταγματικά πρότυπα προς προστασία της αναπτυσσόμενης ζωής. Ωστόσο, μόνο σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της κύησης θα επιβάρυνε υπερβολικά την υγεία της γυναίκας, το Δικαστήριο έκρινε ότι το κράτος δεν θα μπορούσε πλέον να υποχρεώσει τη γυναίκα να συνεχίσει την κύηση. [354]

Στη Σουηδία, το 1974, το Κοινοβούλιο ενέκρινε νέο νόμο για την έκτρωση, καθιστώντας νόμιμη την άμβλωση κατόπιν αιτήματος. Τότε, ο αριθμός των νόμιμων αμβλώσεων έφτανε τις τριάντα χιλιάδες εξακόσιες. Ο σουηδικός νόμος για τις αμβλώσεις τέθηκε σε ισχύ το 1975 .Σύμφωνα με το νόμο, η γυναίκα είχε το δικαίωμα να προβεί σε έκτρωση μέχρι το τέλος της δέκατης όγδοης εβδομάδας κύησης. Ο συγκεκριμένος νόμος προέβλεπε τη διαβούλευση της γυναίκας με έναν σύμβουλο από τη δωδέκατη έως τη δέκατη όγδοη εβδομάδα, εάν η έγκυος και ο γιατρός της το έκριναν σκόπιμο. Μετά τη δέκατη όγδοη εβδομάδα, οι αρμόδιες αρχές μπορούσαν να εκδώσουν ειδική άδεια υπό εξαιρετικές περιστάσεις. Η ανώτατη προθεσμία για την έκτρωση καθοριζόταν από την ικανότητα του εμβρύου να επιβιώσει εκτός μήτρας. [355]

Στη Ρουμανία, το 1957, η επίσημη έγκριση της επαγόμενης άμβλωσης κατόπιν αιτήματος, μείωσε αυστηρά τις παράνομες πρακτικές και έκανε την άμβλωση νόμιμη και κοινωνικά αποδεκτή. Η γυναίκα είχε τη δυνατότητα να αιτηθεί τερματισμό της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης εντός των πρώτων τριών μηνών της κύησης, χωρίς να χρειάζεται προηγούμενη έγκριση μιας

[352] *Eser Albin***,** Abortion Law Reform in Germany in International Comparative Perspective, Eur J Health Law. 1994,τ.1,σ.16

[353] βλ.*Goldberg Deborah* L., Developments In German Abortion Law: A U.S. Perspective, Ucla Women's Law Journal., 1995 τ. 5 σ.531, επίσης βλ. *Gorby John /Jonas Robert* , West German Abortion Decision: A Contrast to Roe v. Wade: Preface,The John Marshall Journal of Practice and Procedure ,1976,τομ. 9, τευχ.3, σσ. 551- 554

[354] *Botsch Elisabeth*, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs ,The Policy on Gender Equality in Germany, European Parliament,2015, σ.27

[355] *Numhauser-Henning Ann*, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs , The Policy on Gender Equality in Sweden, European Parliament,2015, σ.28

αρμόδιας επί των εκτρώσεων επιτροπής. Σε αντίθεση με τους κανονισμούς άλλων σοσιαλιστικών χωρών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, δεν ήταν αναγκαίες εκτενείς γραφειοκρατικές διατυπώσεις.[356] Αφού είχε διαπιστωθεί ιατρικά ότι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ήταν διάρκειας μικρότερης των δώδεκα εβδομάδων, η έκτρωση συνήθως εκτελούνταν αμέσως ή, το αργότερο, εντός μίας εβδομάδας. Οι κυήσεις άνω των τριών μηνών μπορούσαν να τερματιστούν μόνο στο νοσοκομείο και μόνο κατόπιν σχετικής ιατρικής έγκρισης. Στη Ρουμανία, οι επίσημες στατιστικές αναφορικά με τις αμβλώσεις δεν ήταν γενικά διαθέσιμες. Παρότι δεν ήταν αντιπροσωπευτικές για τη χώρα ως σύνολο, μερικές αναφορές από το Βουκουρέστι και άλλες μεγάλες πόλεις της Ρουμανίας υποδήλωναν ότι η αρχική και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά αναζήτησης αμβλώσεων αυξήθηκε σημαντικά σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές κατά τη διάρκεια του 1960-1962. Σε μελέτες που δημοσιεύθηκαν το 1965, παρατηρήθηκε ότι το 70-75% των γυναικών που προέβησαν σε νόμιμες αμβλώσεις ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα είκοσι ενός έως τριάντα ετών. Περίπου 8-10% ήταν είκοσι ετών ή μικρότερης ηλικίας ενώ το 94% αυτών ήταν παντρεμένες. Περισσότερο, δε, από το 50% των γυναικών είχαν ήδη υποστεί σε τέσσερις ή περισσότερες προκληθείσες αμβλώσεις. [357]

Η κατά πολύ φιλελεύθερη πολιτική των αμβλώσεων αντιστράφηκε απότομα την 1η Οκτωβρίου 1966. Το κρατικό συμβούλιο της Ρουμανίας εξέδωσε διάταγμα που περιόριζε αυστηρά τη δυνατότητα άμβλωσης κατόπιν αιτήματος, πάρα μόνο α) σε γυναίκες άνω των σαράντα πέντε ετών, β) σε γυναίκες πολύτεκνες, με ήδη τέσσερα ή περισσότερα τέκνα, γ) σε γυναίκες των οποίων η ζωή, κατά την κρίση ειδικής επιτροπής, κινδύνευε από την εγκυμοσύνη, ή σε γυναίκες οι οποίες αντιμετώπιζαν κίνδυνο συγγενών παραμορφώσεων, ή των οποίων η εγκυμοσύνη προκλήθηκε από βιασμό, ή που ήταν «σωματικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά μη ικανές. Περισσότερες από εκατό ιατρικές ενδείξεις καθορίζονταν στενά στη νομοθεσία, με μόνο το εναπομείναν περιθώριο που αφορούσε στον ψυχιατρικό τομέα. Αν και η ρουμανική νομοθεσία του 1966 ήταν συγκριτικά περιοριστική για τις ανατολικοευρωπαϊκές περιστάσεις, ήταν ακόμα πιο φιλελεύθερη από αυτή που επικρατούσε σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης καθώς και σε χώρες της Βόρειας Αμερικής. [358] Επειδή δεν υπάρχουν αναφορές από τη Ρουμανία σχετικά με τη θνησιμότητα ή τη νοσηρότητα που συνδέονται με νόμιμη έκτρωση, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι η πρωταρχική φάση για την κατάργηση του νόμου του 1957 ήταν η συμφωνία για τη μείωση του ποσοστού γεννήσεων[359]. Παράλληλα με την αντίστροφη πολιτική των αμβλώσεων, εισήχθησαν αρκετά προληπτικά και προνοιακά μέτρα. Τα οικογενειακά επιδόματα απελευθερώθηκαν και αυξήθηκαν. Ο φόρος εισοδήματος μειώθηκε κατά 30% για οικογένειες με τρία ή περισσότερα τέκνα. Ο φόρος «χωρίς τέκνο» [360] εισήχθη εκ νέου και επιβλήθηκε σε άνδρες και γυναίκες, άγαμους ή παντρεμένους, ηλικίας άνω των είκοσι έξι ετών. Σταμάτησε η επίσημη εισαγωγή αντισυλληπτικών, χωρίς όμως να απαγορευτεί η πώλησή τους. Η λήψη διαζυγίου για ζευγάρια με τέκνα ηλικίας κάτω των δεκαέξι ετών έγινε δυσκολότερη. Η διαδικασία διαζυγίου επιμηκύνθηκε, απαιτώντας δοκιμαστική περίοδο συμφιλίωσης έξι μηνών για άτεκνες οικογένειες και ενός έτους

[356] *David H and. Wright N*, Abortion Legislation: The Romanian Experience, Studies in Family Planning, 1971, τομ. 2 , No.10 σ.205
[357] *Mehlan, K*. H. Legal abortions in Romania. Journal of Sex Research, 1965, 1 σσ. 31-38
[358] *David H & Wright N*, σσ. 206-207
[359]*Mehlan Karl Heinz* , Legal abortions in Roumania,The Journal of Sex Research, 1965, τομ.1 - Issue 1,σ.31
Tietze C., Legal abortion in industrialized countries. Paper given at the International Family Conference. Dacca, Pakistan, 1969
[360] Φόρος ο οποίος επιβάρυνε όσα άτομα του πληθυσμού ήταν σε θέση να τεκνοποιήσουν, αλλά δεν είχαν πράξει κάτι τέτοιο.

για οικογένειες με τέκνα. Ωστόσο, αυτή η αυστηρή περιοριστική τροποποίηση του νόμου για τις αμβλώσεις, αύξησε, από το 1966 και έπειτα, τον αριθμό των θανάτων των γυναικών, συνδεόμενων με την άμβλωση, με αποτέλεσμα η κυβέρνηση να επαναφέρει έως το 1990 την αποποινικοποίηση της άμβλωσης με επακόλουθη μείωση στα στατιστικά δεδομένα της μητρικής θνησιμότητας,[361] ανερχόμενων των θανάτων σε περίπου εξήντα ανά 100.000 αμβλώσεις.[362]

Έπειτα, στην Ιρλανδία σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία από διάφορες πηγές, περίπου δέκα με δώδεκα γυναίκες που κατοικούσαν στην Ιρλανδία, ταξίδευαν ημερησίως με προορισμό την Αγγλία ή άλλες χώρες, προκειμένου να υποβληθούν σε άμβλωση. Η πλειοψηφία των γυναικών ανήκε στο ηλικιακό πλαίσιο από είκοσι έως τριάντα τέσσερα έτη. Αν και ο λόγος τερματισμού της κύησης μπορούσε να ποικίλλει, ο λόγος επιλογής του ταξιδιού παρέμενε ο ίδιος, καθώς η πρόσβαση σε ασφαλείς και νόμιμες υπηρεσίες άμβλωσης ήταν απαγορευμένη στην Ιρλανδία και αποτελούσε ποινικό αδίκημα εκτός από τις περιπτώσεις όπου η κύηση ενείχε «πραγματικό και ουσιαστικό» κίνδυνο για τη ζωή των γυναικών. Παρά τα εμπόδια πληροφόρησης και τις σημαντικές οικονομικές και υλικοτεχνικές προκλήσεις προς επίτευξη ενός ταξιδιού στο εξωτερικό με σκοπό την άμβλωση, κάθε χρόνο, περίπου τέσσερις χιλιάδες γυναίκες ταξίδευαν από την Ιρλανδία προς το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες χώρες της Ευρώπης με σκοπό να υποβληθούν σε έκτρωση. Ο νέος νόμος περί άμβλωσης της Ιρλανδίας ψηφίστηκε το 2013 και τέθηκε σε ισχύ το 2014. Εκτός από τη μη τήρηση των προτύπων για τα ανθρώπινα δικαιώματα, προσφέρει ελάχιστη σαφήνεια σχετικά με τις συνθήκες στις οποίες οι γυναίκες μπορούν να έχουν νόμιμα πρόσβαση σε υπηρεσίες τεχνητής διακοπής της κύησης, κατά περιπτώσεις όπου εγκυμονεί κίνδυνος για τη ζωή τους. Ταυτόχρονα, εισάγει πολυάριθμα διοικητικά εμπόδια που πρέπει να ξεπεραστούν, προτού μια γυναίκα μπορέσει να τύχει νόμιμης έκτρωσης.[363]Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, από το 1995 κι έπειτα, μπορούν να ενημερώνουν τις ασθενείς τους σχετικά με τις νόμιμες υπηρεσίες άμβλωσης που διατίθενται στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στο πλαίσιο πληροφόρησής τους σχετικά με όλες τις διαθέσιμες επιλογές τους και πάντως χωρίς να τους προτείνεται η άμβλωση. Το 1992, η Ιρλανδία αναγνώρισε το δικαίωμα των εντός της χώρας κατοίκων-γυναικών να μπορούν να μεταβούν σε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό την υποβολή τους σε ιατρικές διαδικασίες τεχνητής διακοπής της κύησης.[364] Μετά το ιρλανδικό δημοψήφισμα του Μαΐου του 2018, μόνο δύο ευρωπαϊκές χώρες, η Μάλτα και η Ανδόρα, εξακολουθούν να μην παρέχουν στις γυναίκες το δικαίωμα να επιλέξουν τον τερματισμό της κύησης κατά τις πρώτες εβδομάδες αυτής.

Η σχετική με τις αμβλώσεις νομοθεσία στη Μεγάλη Βρετανία, βασίζεται στον νόμο περί έκτρωσης, ο οποίος εισήχθη στις 27.10.1967, στο κεφάλαιο 87, όπως αυτό τροποποιήθηκε από τον νόμο περί Εμβρυολογίας και ανθρώπινης γονιμοποίησης του 1990. Πριν από την πραγματοποίηση τεχνητής διακοπής της κύησης, έπρεπε να υπογραφεί πιστοποιητικό από δύο γιατρούς που ενέκριναν την έκτρωση. Το πιστοποιητικό αυτό απαιτείτο να διατηρείται για περίοδο

[361] *Guillaume Agnès/ Rossier Clémentine,* Abortion around the world. an overview of legislation, measures, trends, and consequences Translated σε Paul Reeve I.N.E.D | « Population » 2018τ.2 τευχ. 73 σ. 56.

[362] World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality ,2000, σσ.1-35

[363] Amnesty International Ltd, She is not a criminal the impact of Ireland's abortion law, The protection of life during pregnancy act (pldpa) and accompanying guidance, 2015, σσ. 19-25, 31-40

[364] *Royal College of Surgeons in Ireland, A review of abortion in Ireland,* Student Medical Journal, 2011, τομ.4,τ.1,σσ.78-81.

τουλάχιστον τριών ετών.[365] Ένα έντυπο κοινοποίησης του ως άνω υπογεγραμμένου πιστοποιητικού, το οποίο διαβιβάζονταν στον αρμόδιο ιατρικό υπάλληλο της οικείας χώρας, έπρεπε να υπογράφεται από τον γιατρό που έφερε την ευθύνη για τη διαδικασία, αν και σε ότι αφορά τη φαρμακευτική διακοπή της κύησης, συχνά τα μέλη της ομάδας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού διαχειρίζονται τις φαρμακευτικές ουσίες που έχουν προταθεί από τον γιατρό. Ο νόμος περί έκτρωσης του 1967, ο οποίος εξακολουθεί να ρυθμίζει την πρακτική των αμβλώσεων, δεν χορήγησε στις γυναίκες το δικαίωμα να τερματίσουν μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Αντιθέτως, παρέχει στους ιατρούς τη διακριτική ευχέρεια να αποφασίσουν εάν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι ικανοί να υποστηρίξουν το αίτημα της γυναίκας για άμβλωση.[366] Ο νόμος δεν επιτρέπει στη γυναίκα να τερματίσει την εγκυμοσύνη της απλώς και μόνο επειδή το επιθυμεί. Αντιθέτως, ορίζει ότι πρέπει να συντρέχουν στοιχεία που να καταδεικνύουν ότι η εγκυμοσύνη θα απειλούσε τη σωματική ή ψυχική της υγεία ή την υγεία του κυοφορούμενου. Ωστόσο, μπορεί να ερμηνεύεται ελεύθερα από ιατρούς που αντιλαμβάνονται ότι είναι επιζήμιο για την υγεία μιας γυναίκας να εξαναγκαστεί να υπομείνει μία εγκυμοσύνη και να γίνει μητέρα ενάντια στη θέλησή της.[367]

Στην Ιταλία, ο νόμος 194 του 1978 νομιμοποίησε την άμβλωση. Ο συγκεκριμένος νόμος επέτρεψε την εθελούσια διακοπή της κύησης κατά τις πρώτες ενενήντα ημέρες αυτής, εάν η κύηση, ο τοκετός, ή η μητρότητα εγκυμονούσαν σοβαρό κίνδυνο για τη σωματική ή ψυχολογική ακεραιότητα της γυναίκας, λόγω οικονομικής, κοινωνικής ή οικογενειακής κατάστασης, λόγω των συνθηκών κάτω από τις οποίες έγινε η σύλληψη και λόγω διάγνωσης ανωμαλιών ή δυσμορφιών του εμβρύου. Υπό αυτές τις συνθήκες, η άμβλωση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δημόσιο ιατρικό ίδρυμα, περιφερειακό υγειονομικό ίδρυμα ή ιδιωτική κλινική, χωρίς να απαιτείται η συγκατάθεση του βιολογικού πατέρα του εμβρύου. Στην Ισπανία, σύμφωνα με τον νόμο 2 του 2010 για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και την εθελούσια διακοπή της εγκυμοσύνης, η πρόσβαση σε υπηρεσίες σχετικές με την άμβλωση θεωρείται δικαίωμα της γυναίκας. Οι αμβλώσεις μπορούν να διεξάγονται νόμιμα κατά τις πρώτες δεκατέσσερις εβδομάδες κύησης, κατόπιν αιτήματος της γυναίκας, υπό την προϋπόθεση ότι αυτή έχει ενημερωθεί πλήρως για τα δικαιώματά της, για τα δημόσια οφέλη και τη βοήθεια-μητρική στήριξη, και ενώ έχει αναμείνει κατ' ελάχιστον επί τριημέρου από της παροχής της ανωτέρω ενημέρωσής της[368]. Στην Πορτογαλία, η εκλεκτική άμβλωση επιτρέπεται κατά τις δώδεκα πρώτες εβδομάδες της κύησης.

---

[365] Ωστόσο σύμφωνα με τον *Sheldon S*.στο The Decriminalisation of Abortion: An Argument for Modernisation, Oxford Journal of Legal Studies, Vol. 36, No. 2 (2016), σ. 345, στο πλαίσιο μιας σταθερά φιλελεύθερης ερμηνείας, η απαίτηση για δύο ιατρικές υπογραφές καθίσταται απόλυτα γραφειοκρατική και δεν εξυπηρετεί προφανή ευρύτερο σκοπό. Επιπλέον, η *R. Scott* στο 'Risks, Reasons, and Rights: The European Convention on Human Rights and English Abortion Law' Med L Rev.2015, τομ. 24, No. 1, σ. 34, υποστηρίζει ότι η απαίτηση αυτή μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να παραβιάζει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και εκφράζει επίσης ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη ενός συστήματος επίσημης αναθεώρησης σε περίπτωση που οι γιατροί αποφασίσουν να μην χορηγήσουν τερματισμό.

[366] *Colthart G,* (2009) Abortion law, House of Commons, SN/SES/4309. (Science and Environment Section) A brief outline of the law regulating abortion in the UK. A list of Bills related to abortion is provided in Standard Note PC/03657 and abortion statistics can be found in Standard Note SG/4418.

[367] Abortion Statistics, England and Wales: 2013 https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health/series/abortion statistics-for-england-and-wales#statistical-data-sets

[368] Organic Law 2/2010 of 3 March, on Sexual and Reproductive Health and Voluntary Termination of Pregnancy, Title II, art. 14, B.O.E. No. 55 (2010) (Spain). Επίσης βλ.Organic Law 9 of 5 July 1985 on reform of article 417b of the Penal Code, B.O.E. No. 166 (1985) (Spain).

Η τέλεση τεχνητής διακοπής της κύησης στην Αυστρία διέπεται από τον ομοσπονδιακό νόμο της 23ης Ιανουαρίου 1974 (που ισχύει την 1η Ιανουαρίου 1975), με τον οποίο εγκρίθηκαν στον Ποινικό Κώδικα διατάξεις σχετικές με τις αμβλώσεις. Οι αμβλώσεις διατίθενται κατόπιν αιτήματος της γυναίκας για διάστημα έως και τριών μηνών από την ολοκλήρωση της εμφύτευσης. Πρέπει να εκτελούνται σε δημόσια νοσοκομεία από εξειδικευμένο γιατρό, μετά από ιατρική διαβούλευση και κατόπιν της ολοκλήρωσης ορισμένων απαιτούμενων εξειδικευμένων εξετάσεων, δηλαδή της δοκιμασίας για την ομάδα αίματος και τη δοκιμασία για τον παράγοντα Rhesus, εξέταση υπερηχογραφήματος, εξέταση HIV και εξέταση ηπατίτιδας.

Στο Βέλγιο, οι κύριοι κανόνες που σχετίζονται με τις αμβλώσεις περιλαμβάνονται στον Ποινικό Κώδικα. Ο βελγικός νόμος επιτρέπει στις γυναίκες να προβούν σε διαδικασία άμβλωσης, όταν αισθάνονται «δυσφορία» λόγω της εγκυμοσύνης τους. Ο Κώδικας δεν εξειδικεύει τον όρο «δυσφορία», αλλά φαίνεται ότι μπορεί να ερμηνεύεται διασταλτικά, κατά τρόπο εξαιρετικά ευρύ. Οι εκτρώσεις στο Βέλγιο υποχρεωτικά πραγματοποιούνται πριν από το τέλος της δωδέκατης εβδομάδας από τη σύλληψη, από εξειδικευμένο γιατρό. Πριν από την πραγματοποίηση της έκτρωσης, ο γιατρός υποχρεούται επίσης να ενημερώσει την κυοφόρο για τις εναλλακτικές επιλογές που έχει στη διάθεσή της σε περίπτωση που αποφασίσει να μην διακόψει την κύηση, όπως για παράδειγμα προσφεύγοντας στη δυνατότητα για υιοθεσία. Επιπλέον, το βελγικό δίκαιο απαιτεί μια περίοδο αναμονής έξι ημερών μετά την πρώτη συζήτηση, προτού η έγκυος και ο γιατρός προβούν στη νόμιμη τέλεση της άμβλωσης. Το 2002 η Ελβετία έκανε την άμβλωση νόμιμη χωρίς περιορισμούς κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια όταν η εγκυμοσύνη αποτελεί απειλή για τη ζωή ή τη σωματική ή ψυχική υγεία της γυναίκας. Προηγουμένως, ο νόμος επέτρεπε την άμβλωση μόνο για λόγους υγείας.[369]

Η τεχνητή διακοπή της κύησης καθίσταται νόμιμη στη Δημοκρατία της Τσεχίας και διέπεται από το νόμο περί έκτρωσης της 20ης Οκτωβρίου 1986 και από την κοινοποίηση του Υπουργείου Υγείας της Τσεχοσλοβακικής Σοσιαλιστικής Δημοκρατίας της 7ης Νοεμβρίου 1986 (τελευταία τροποποιήθηκε στις 8 Σεπτεμβρίου 1992) σχετικά με την εφαρμογή του νόμου περί άμβλωσης. Ο νόμος θεσπίζει ως βασική αρχή ότι η διαδικασία της άμβλωσης μπορεί να πραγματοποιηθεί για οποιονδήποτε λόγο, κατόπιν γραπτού αιτήματος της γυναίκας σε γυναικολόγο ο οποίος απασχολείται σε ιατρείο που εξυπηρετεί τον τόπο μόνιμης διαμονής ή τον τόπο εργασίας της γυναίκας και μόνο σε περίπτωση που η κύηση δεν έχει διάρκεια μεγαλύτερη της δωδέκατης εβδομάδας. Ωστόσο, το αίτημα μπορεί να απορριφθεί εάν ο γυναικολόγος διαπιστώσει ότι μια έκτρωση θα απέβαινε τυχόν επιζήμια για την υγεία της γυναίκας.

Στη Δανία, η διαδικασία της άμβλωσης ρυθμίζεται στο κεφάλαιο 25 του νόμου περί υγείας. Οι αμβλώσεις κατόπιν αιτήματος της γυναίκας δύνανται να πραγματοποιηθούν πριν από τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης, χωρίς να απαιτείται πρότερη άδεια. Ο νόμος επιτρέπει την άμβλωση και σε περιπτώσεις που η έγκυος, ως αποτέλεσμα σωματικής ή ψυχολογικής ασθένειας ή άλλης αδυναμίας, δεν μπορεί να παράσχει την απαιτούμενη φροντίδα στο κυοφορούμενο, καθώς και λόγω του νεαρού της ηλικίας της. Προς το επιτρεπτό ή μη της άμβλωσης, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη υπό ενός ολιστικού πρίσματος, η ηλικία της γυναίκας, η επαγγελματική και οικογενειακή της κατάσταση και οι εν γένει οικονομικές συνθήκες που την περιβάλλουν.

[369] *Boland R & Katzive L,* Developments in Laws on Induced Abortion: 1998–2007, International Family Planning Perspectives 2008, τομ. 34, τεύχ. 3, σσ. 110 - 120

Στην κυπριακή νομοθεσία, ο νόμος περί εκτρώσεων θεσπίστηκε το 1974, τροποποιήθηκε το 1986 και χαρακτηρίζεται ταυτόχρονα επιτρεπτικός αλλά και περιοριστικός. Το Μάρτιο του 2018 νομιμοποιήθηκε η εκλεκτική άμβλωση. Η Βουλή των Αντιπροσώπων, με τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα, στις 30.03.2018, αποποινικοποίησε τις εκτρώσεις μέχρι τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης. Έτσι, με την αποποινικοποίηση του τερματισμού των ανεπιθύμητων κυήσεων τέθηκε το πρώτο «λιθαράκι» προς την αποφασιστική κατεύθυνση πρόσβασης της γυναίκας σε ασφαλείς ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και προς αυτήν της ελεύθερης επιλογής της να αποφασίζει η ίδια για το σώμα της. Όπως αναφέρεται και στα πρακτικά της Βουλής των Αντιπροσώπων[370], «σκοπός της υπό αναφορά πρότασης νόμου είναι η τροποποίηση των διατάξεων του άρθρου 169Α του περί Ποινικού Κώδικα Νόμου, που αφορούν τον ιατρικό τερματισμό της εγκυμοσύνης και τις προϋποθέσεις υπό τις οποίες αυτός επιτρέπεται, έτσι ώστε να διασφαλιστεί το αναφαίρετο δικαίωμα της γυναίκας να αποφασίζει για το ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κυήσεως».

Στις ΗΠΑ, η τεχνητή διακοπή της κύησης νομιμοποιήθηκε στις περισσότερες πολιτείες το 1973, ενώ, πριν από το έτος αυτό, επιτρεπόταν να πραγματοποιηθούν θεραπευτικές εκτρώσεις.[371] Κάθε κράτος μπορεί να θέσει τους δικούς του κανονισμούς στο ζήτημα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για αυστηρότερους περιορισμούς. Το 2017, περισσότερο από το ήμισυ όλων των κρατών έχει περαιτέρω περιορισμένη πρόσβαση στην άμβλωση επιβάλλοντας νέους κανόνες: ειδικούς κανονισμούς για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που εκτελούν αμβλώσεις, υποχρεωτική συμβουλευτική αμβλώσεων και περίοδο αναμονής, απαίτηση να είναι παρών ένας γονέας εάν η γυναίκα είναι κάτω των δεκαοκτώ ετών και απαγόρευση χρήσης δημόσιων πόρων προς διενέργεια αμβλώσεων.[372]

Στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, έχουν επισημανθεί ορισμένες σημαντικές αλλαγές από το 1998 και εντεύθεν, μερικές των οποίων νομιμοποιούν τη διαδικασία της άμβλωσης, ενώ άλλες επιβάλλουν αυστηρότερους περιορισμούς. Επιπρόσθετα, σχετικά με το Μεξικό, όπου η νομοθεσία σχετικά με την άμβλωση διαμορφώνεται κατά τόπον από τα διάφορα επιμέρους κρατίδια που απαρτίζουν το ομοσπονδιακό κράτος, αξίζει να αναφερθούν οι σημαντικότερες νομοθετικές εξελίξεις σε συλλογικό επίπεδο. Το 2007, η Ομοσπονδιακή Περιφέρεια του Μεξικού τροποποίησε τον ποινικό κώδικα, ώστε να επιτρέπεται η άμβλωση χωρίς περιορισμούς σε ό, τι αφορά τις δώδεκα πρώτες εβδομάδες κύησης.[373] Ο συγκεκριμένος νόμος βασίστηκε σε μεταρρυθμίσεις που αφορούσαν την εκπαίδευση και την ενημέρωση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε συνδυασμό με τα δικαιώματα που εγείρονται εξ αυτής, καθώς και την παροχή ασφαλών και αποτελεσματικών μεθόδων αντισύλληψης.[374]

---

[370] βλ. *Πρακτικά της Βουλής των Αντιπροσώπων,* ΙΑ΄ Βουλευτική Περίοδος - Σύνοδος Β΄ Συνεδρίαση 30ής Μαρτίου 2018

[371]*Gold Rachel Benson,* Legal Status of Abortion Throughout American History σε Lessons from Before Roe: Will Past be Prologue? The Guttmacher Report on Public Policy 2003, τομ.6,αρθ.1 ,σ.9.
Oats & Abraham 2005, Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynecology, Elsevier Mosby, 8th Edition

[372] *Guillaume Agnès/ Rossier Clémentine* Abortion around the world. an overview of legislation, measures, trends, and consequences Translated by Paul Reeve I.N.E.D | « Population » 2018/2, τ.. 73, σ. 217

[373]Action of Unconstitutionality 146/2007 and joint proceedings 147/2007, Federal District Penal Code and Health Law (Decriminalization of Abortion) (2008) (Mex.). επίσης βλ. *Johnson Thea*, Guaranteed access to safe and legal abortions: the true revolution of Mexico city's legal reforms regarding abortion, Columbia human rights law review, 2013: 44.2:437

[374] *Boland R & Katie L,* Developments in Laws on Induced Abortion: σσ. 110 – 120

Μεταξύ 1996 και 2013, το ποσοστό των κυβερνήσεων που προέβησαν σε νομοθετικές ρυθμίσεις επιτρέποντας την άμβλωση σταδιακά αυξήθηκε, στη βάση όλων των νομικών λόγων. Μόνο το 1/3 περίπου, των χωρών επιτρέπει την τεχνητή διακοπή κύησης για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους ή κατόπιν αιτήματος της μητέρας.[375] Από του έτους 1996, οι νόμιμοι λόγοι για την έκτρωση έχουν επεκταθεί σε έναν αυξανόμενο αριθμό χωρών, αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων, αν και η πολιτική των εκτρώσεων παραμένει πολύ πιο περιοριστική στις καλούμενες αναπτυγμένες χώρες, τη στιγμή που οι κυβερνήσεις αναπτυσσόμενων χωρών θα ήταν περισσότερο πιθανό να ασκούν περιοριστικές πολιτικές σχετικά με την έκτρωση, συγκριτικά με τις αναπτυγμένες. Το 2013, το 82% των κυβερνήσεων στις αναπτυγμένες χώρες επέτρεψε την έκτρωση για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους, ενώ το 71% επέτρεψε την έκτρωση κατόπιν αιτήματος. Αντίθετα, μόνο το 20% των κυβερνήσεων στις αναπτυσσόμενες περιοχές επέτρεψε την έκτρωση για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους και μόνο το 16% επέτρεψε την έκτρωση κατόπιν αιτήματος.[376]

Κατά γεωγραφική περιοχή, η πολιτική των εκτρώσεων είναι πιο περιοριστική στην Ωκεανία, ακολουθούμενες από την Αφρική, τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική.

Μόνο το 6% των κυβερνήσεων στην Ωκεανία και την Αφρική και μόνο το 12% στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική επιτρέπει την έκτρωση κατόπιν αιτήματος. Σήμερα, η νομοθεσία στην Αφρική είναι κατασταλτική (απαγορεύεται πλήρως ή επιτρέπεται μόνο να προστατεύει τη ζωή της μητέρας).. Μόνο μερικές χώρες έχουν απλοποιήσει τους νομικούς περιορισμούς στην άμβλωση. Το 2017, έξι από τις 53 αφρικανικές χώρες, που αντιπροσωπεύουν το 11% των αφρικανών γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, επέτρεψαν την άμβλωση μετά από αίτημα της γυναίκας κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Όπως και στην Αφρική, οι νόμοι περί αμβλώσεων έτσι και στην Λατινική Αμερική είναι περιοριστικοί. Η επιρροή της Καθολικής Εκκλησίας και η ισχυρή πατριαρχική κουλτούρα αποτελούν εμπόδια στη νομοθετική αλλαγή. [377]

Αντίθετα, το νομοθετικό τοπίο για την άμβλωση στην Ασία είναι πιο ποικίλο και ανεκτικό από ό, τι στην Αφρική και τη Λατινική Αμερική. Ένα τρίτο των χωρών επιτρέπουν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (που καλύπτει το 44% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας). Η μόνη χώρα στην οποία απαγορεύεται πλήρως είναι οι Φιλιππίνες. Η ποικιλομορφία των νόμων για τις αμβλώσεις στην Ασία αντικατοπτρίζει τις διαφορές στο κοινωνικοπολιτικό και το δημογραφικό πλαίσιο.

Οι πολιτικές για τον πληθυσμό συνέβαλαν στην ελευθέρωση των αμβλώσεων και στη συχνή χρήση τους σε αρκετές χώρες, όπως στην Κίνα με την πολιτική για το ένα παιδί. Η Κίνα νομιμοποίησε την άμβλωση το 1953. Από την αρχή ξεκίνησε ένα πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού και προωθήθηκαν από κοινού οι αμβλώσεις και η αντισύλληψη. Το 1973, οι αρχές αποφάσισαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του υπερπληθυσμού επεκτείνοντας τις υπηρεσίες αντισύλληψης και αμβλώσεων στις αγροτικές περιοχές. Το 1979, προς αντιμετώπιση των υψηλών ποσοστών γεννήσεων, καθιέρωσαν την πολιτική για το ένα παιδί, η οποία εφαρμόστηκε αυστηρά μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Η πολιτική περιλάμβανε υποχρεωτική αντισύλληψη για γυναίκες με ένα παιδί, τέλεση έκτρωσης σε περίπτωση άλλης εγκυμοσύνης και στείρωση για ζευγάρια με δύο ή περισσότερα τέκνα. Το ετήσιο ποσοστό

[375] Abortion Policies and Reproductive Health around the World, United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, ST/ESA/SER.A/343, 2014, σσ.2-15

[376] ST/ESA/SER.A/343, 2014 & Cook at all, 2003

[377] *Guillaume Agnès/ Rossier Clémentine* , Abortion around the world. an overview of legislation, measures, trends, and consequences Translated by Paul Reeve I.N.E.D | « Population » 2018,τ.2 τευχ. 73, σσ. 230-231

αμβλώσεων έφτασε στο αποκορύφωμά του στη δεκαετία του 1980 (πενήντα έξι αμβλώσεις ανά χίλιες κυήσεις). Ο επιπολασμός της στείρωσης κορυφώθηκε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (46% των γυναικών ηλικίας δεκαπέντε έως σαράντα εννέα ετών). Το 1994, μετά τη Διάσκεψη του Καΐρου, η Κίνα μείωσε την πολιτική της, προωθώντας την ελεύθερη επιλογή αντισυλληπτικών μεθόδων, πρώτα σε πιλοτικά προγράμματα και στη συνέχεια σε ολόκληρη τη χώρα από το έτος 2000 και εφεξής. Το 2002, τα ζευγάρια απέκτησαν επίσης τη δυνατότητα να πληρώσουν ένα βαρύ πρόστιμο αντί τερματισμού της κύησης[378]. Εκτός από τη σχεδόν καθολική πρόσβαση στην αντισύλληψη, για την Κίνα, η έκτρωση ήταν ένας ευρέως διαδεδομένος τρόπος προκειμένου να περιορίσει την αύξηση του πληθυσμού της, σύμφωνα με την πολιτική για το ένα παιδί, που εφαρμοζόταν από το 1979 έως το 2015.[379]

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει παράσχει και εξακολουθεί να παρέχει στην Κίνα χρηματοδοτικούς πόρους σε οργανώσεις που εμπλέκονται στις πολιτικές οικογενειακού προγραμματισμού. Το 2012, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο στο Στρασβούργο εξέδωσε Ψήφισμα σχετικά με το «σκάνδαλο αναγκαστικής άμβλωσης στην Κίνα»[380] υπογραμμίζοντας ότι, σύμφωνα με το Σχέδιο Δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (ICPD PoA), στόχος των προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού είναι να παρέχεται η δυνατότητα σε κάθε ζεύγος καθώς και σε μεμονωμένα άτομα να καταλήγουν σε ελεύθερες, υπεύθυνες και τεκμηριωμένες αποφάσεις για την τεκνοποίηση και να διατίθεται πλήρες φάσμα ασφαλών, αποτελεσματικών και αποδεκτών μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού της επιλογής τους, χωρίς να υπόκεινται σε καμίας μορφής εξαναγκασμό[381].

Αφορμή του ψηφίσματος στάθηκε η περίπτωση εγκύου επτά μηνών, της Φεγκ Τζιαμέϊ, η οποία υπεβλήθη σε αναγκαστική άμβλωση στην κομητεία Zhenping, (επαρχία Shanxi), αφού αναγκάστηκε να υπογράψει έγγραφο συναίνεσης για τη διακοπή της κύησής της επειδή δεν ήταν σε θέση να καταβάλει το επιβληθέν πρόστιμο για τη γέννηση δεύτερου παιδιού, γεγονός που προκάλεσε κύμα αγανάκτησης και κατακραυγής τόσο στην Κίνα όσο και σε όλο τον κόσμο. Επίσης, εξαιτίας της πολιτικής του ενός παιδιού στην Κίνα, είχε επεκταθεί η πρακτική παρανόμων αμβλώσεων με κριτήριο την επιλογή του φύλου, γεγονός που δημιουργούσε έλλειψη ισορροπίας μεταξύ του αριθμού αντρών και γυναικών.

Καταληκτικά, παρατηρείται ότι, μέσω της εκλεκτικής διακοπής της κύησης, αναγνωρίζεται το δικαίωμα της γυναίκας στον τερματισμό της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η νομική κατοχύρωση του οποίου αποτέλεσε σημείο διεθνούς προβληματισμού της έννομης τάξης. Παρόλο που η συμβολή των ιατρικών δεδομένων είναι καθοριστική, διαμορφώνοντας την εικόνα γύρω από την

[378] *Goodkind* Daniel, 2015, 'The claim that China's fertility restrictions contributed to the use of prenatal sex selection: A sceptical reappraisal', *Population Studies*, 69(3), σσ. 263–279 επίσης βλ. *Guillaume Agnès/ Rossier Clémentine* Abortion around the world. an overview of legislation, measures, trends, and consequences Translated by Paul Reeve I.N.E.D | 'Population' 2018,τ2, τευχ. 73, σ.233.

[379] *Cohen S*, Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide, Guttmacher Policy Review, Fall 2009, τομ.12, τεύχ.4,σσ. 2-6. , βλ. *Goodkin*d, The claim that China's fertility restrictions contributed to the use of prenatal sex selection: A sceptical reappraisal Population, Studies, 2015, τομ. 69, τεύχ. 3, σσ. 263–279. Επίσης βλ. *Ruth Porter* (Organizer) and Maeve O'Connor, Symposium on Abortion: medical progress and social implications, General discussion 1 Abortion law and abortion services in Japan and other countries, Ciba Foundation Symposium 115, London, 27-29 November 1984, σ.32

[380] European Parliament, Resolution 2012/2712(R.S.P.) of 5 July 2012 on the forced abortion scandal in China, Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 5ης Ιουλίου 2012 σχετικά με το« σκάνδαλο αναγκαστικής άμβλωσης στην Κίνα» (2012/2712(RSP)) 5 Ιουλίου 2012, P7_TA (2012)0301, 2013/C 349 E/14

[381] *Puppinck, Gregor*, Abortion and the European Convention on Human Rights, σ. 176.

φυσιολογία του κυοφορούμενου, η τελική νομοθετική ρύθμιση αποτελεί απόρροια ποικίλων παραγόντων. Η αμφιβολία γύρω από τη νομική κατοχύρωση της εκλεκτικής άμβλωσης αίρεται με την εξέταση της αξιοποίησης των ιατρικών και βιολογικών δεδομένων από το νομοθέτη και με την αποκλειστική προθεσμία του πρώτου τριμήνου αποτελεί αναντίρρητα τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο εναρμόνισης των δικαιωμάτων της γυναίκας με την αξίωση προστασίας του αγέννητου εμβρύου, γεγονός το οποίο εισάγει σχετική ρύθμιση που συναντάται στη νομοθεσία των περισσότερων χωρών.

3.6. Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, ο προβληματισμός γύρω από το ζήτημα επιτρεπτού της άμβλωσης ανακύπτει όταν γεννάται σύγκρουση ανάμεσα στο συμφέρον συνέχισης της ζωής του εμβρύου και σε ζητήματα συνδεόμενα με το πρόσωπο της εγκύου και των δικαιωμάτων που αναγνωρίζονται σε αυτήν, ως υποκείμενο δικαίου. Όπως προελέχθη, η προστασία του εμβρύου ως μη αυτοτελούς ανθρώπινης ύπαρξης κρίνεται σχετική και μπορεί να υποχωρήσει ρυθμιζόμενη, κατόπιν στάθμισης αυτής και των συμφερόντων της εγκύου. Η στάθμιση αυτή, ωστόσο, δεν μπορεί να στερείται περιοριστικών ορίων που σχετίζονται με τη φυσιολογία του εμβρύου, όπως υποδεικνύει η ιατρική επιστήμη και Εμβρυολογία.

Το έμβρυο προστατεύεται από την έννομη τάξη, κυρίως, ως φορέας της προσδοκίας ότι θα γεννηθεί ζωντανό, αυτοτελές ανθρώπινο ον. Δεδομένου ότι ανά πάσα στιγμή μία κύηση ενδέχεται να παρουσιάσει επιπλοκές, η προστασία της έννομης τάξης αφορά, σε κάθε περίπτωση, το βιώσιμο κυοφορούμενο, εκείνο που περιβάλλεται από ιατρικές ενδείξεις ότι θα εξελιχθεί ομαλά σε νεογνό. Όμως, ακόμα και όταν το έμβρυο κρίνεται βιώσιμο, επιπρόσθετο κριτήριο για να εκτιμηθεί αξιολογικά η υπόστασή του αποτελεί η επιτευχθείσα ανάπτυξή του. Επομένως, η επιστήμη της Εμβρυολογίας είναι αυτή που αναλόγως της εβδομάδας κύησης και του βαθμού ανάπτυξης του εμβρύου, παρέχει τα απαραίτητα δεδομένα, ώστε να γίνεται ορθή αντιπαραβολή της οργανικής δομής του εμβρύου με αυτήν του ολοκληρωμένου ανθρώπινου όντος.

Η διαβάθμιση της ανάπτυξης του κυοφορούμενου, καθώς προχωρούν τα στάδια της κύησης, αποτελεί το κριτήριο βάσει του οποίου διαμορφώνεται και η διαβάθμιση της παρεχόμενης έννομης προστασίας του. Σε κάθε περίπτωση, τα πορίσματα της επιστήμης γύρω από την εμβρυική ανάπτυξη αποτελούν καθοριστικό παράγοντα που επουδενί δεν μπορεί να αγνοήσει η έννομη τάξη. Η επιστήμη είναι εκείνη που χαράσσει τα όρια, εντός των οποίων θα αναπτυχθούν ασφαλείς νομικές αξιολογήσεις αναφορικά με το πότε υποχωρεί και πότε όχι η προστασία του κυοφορούμενου.

Παρατηρείται ότι η εξέλιξη της τεχνολογικής προόδου αποτελεί την αφετηρία διαδοχικών αλλαγών, αρχικά στην ιατρική πρακτική, και κατ' επέκταση στη νομοθετική ρύθμιση, ειδικά στο ζήτημα της βιωσιμότητας του εμβρύου από το οποίο εξαρτάται άμεσα το επιτρεπτό ή μη της άμβλωσης. Εκτός από το ζήτημα της βιωσιμότητας του εμβρύου, η ιατρική πρόοδος έχει επιδράσει σημαντικά στον τομέα των προγεννητικών εξετάσεων, σε σχέση με την ιατρική ευθύνη που μπορεί να ανακύψει κατά τη διάρκεια προγεννητικών ελέγχων και την πιθανή ανάγκη θεραπευτικής άμβλωσης σε περίπτωση παθολογικού νεογνού. Σήμερα, χάρη στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, διατίθεται ευρεία σειρά ιατρικών διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιούνται πριν, κατά τη διάρκεια, και μετά την κύηση. Στις κύριες ιατρικές εξετάσεις που προτείνονται κατά

τη διάρκεια της κύησης, συγκαταλέγονται και εξετάσεις που μπορεί να θέτουν το ερώτημα της συνέχισης ή μη της κύησης, ιδανικά μετά από σχετική συμβουλευτική διαβούλευση. Η απεικόνιση του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης δίνει τη δυνατότητα στον επιβλέποντα επαγγελματία υγείας να προβαίνει σε αυτοτελείς, κατά περίπτωση, εκτιμήσεις ως προς την ανάπτυξη του κυοφορούμενου, ευρισκόμενος σε θέση να διατυπώνει με ασφάλεια την επιστημονική του θέση ως προς τις πιθανότητες επιβίωσης του εμβρύου. Τα κριτήρια της βιωσιμότητας και της οργανικής ομοιότητας με τον ολοκληρωμένο άνθρωπο αποτελούν τις βασικές συναρτήσεις σχετικοποίησης ή μη της έννομης προστασίας του εμβρύου. Η διαβάθμιση της ανάπτυξης του κυοφορούμενου καθώς προχωρούν τα στάδια της κύησης αποτελεί τη βάση από την οποία εκκινεί και η διαβάθμιση της προστασίας του από το Δίκαιο. Σε κάθε περίπτωση, τα πορίσματα της επιστήμης γύρω από την εμβρυική ανάπτυξη αποτελούν σημείο αναφοράς, το οποίο επουδενί δεν μπορεί να αγνοήσει η έννομη τάξη, αφού η ιατρική επιστήμη χαράσσει τα όρια εντός των οποίων αναπτύσσονται οι νομικές αξιολογήσεις αναφορικά με το πότε υποχωρεί και πότε όχι η προστασία του κυοφορούμενου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η συμβολή του προγεννητικού ελέγχου στη διαμόρφωση της νομοθεσίας

4.1. Ο προγεννητικός έλεγχος

Με τον όρο «προγεννητικός έλεγχος», η ιατρική επιστήμη αναφέρεται σε ένα σύνολο εξετάσεων που διενεργούνται στην αρχή και κατά τη διάρκεια της κύησης και σχετίζονται με τη διασφάλιση τόσο της υγείας της γυναίκας όσο και αυτής του κυοφορούμενου.[382] Ο κλάδος της ιατρικής επιστήμης που αφορά στον προγεννητικό έλεγχο αναπτύχθηκε κατά τον εικοστό αιώνα, κατά τον οποίον επήλθε ραγδαία ανάπτυξη της ιατρικής έρευνας σε συνδυασμό με τη σημαντική αξιοποίηση των τεχνολογικών επιτευγμάτων. Στα εξήντα περίπου χρόνια από τότε που προσφέρθηκε για πρώτη φορά η προγεννητική διάγνωση για γενετικές νόσους, ο τομέας της προγεννητικής διάγνωσης, παράλληλα με την εξέλιξη της επεμβατικής εμβρυϊκής δειγματοληψίας, τις τεχνολογικές εξελίξεις στην κυτταρογενετική και τη μοριακή βιολογία διεύρυναν τόσο το πεδίο των γενετικών διαταραχών που ηδύναντο να διαγνωσθούν όσο και την ανάλυση με την οποία θα μπορούσε να διερευνηθεί το ανθρώπινο γονιδίωμα.[383] Η χρήση της υπερηχογραφίας και η συνεχής τεχνολογική εξέλιξη έχει προσφέρει τη δυνατότητα της λεπτομερούς αναγνώρισης των εμβρυικών δομών καθώς και την αναγνώριση της πορείας ανάπτυξης του εμβρύου. Η εμβρυομητρική ιατρική εξειδικεύεται στην προγεννητική διάγνωση και στην προγεννητική θεραπευτική και αξιοποιείται προληπτικά καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Παρέχει τη δυνατότητα ανίχνευσης προβλημάτων που ενδέχεται να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της κύησης, τα οποία σχετίζονται τόσο με την υγεία της γυναίκας όσο και με αυτήν του εμβρύου, συμβάλλοντας έτσι στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους.

Σε σχέση με το κυοφορούμενο, ο προγεννητικός έλεγχος συμβάλλει στη διαμόρφωση μίας σαφούς εικόνας γύρω από την ανάπτυξη και την υγεία του. Ο προγεννητικός έλεγχος, ωστόσο, αποτελεί το κεφάλαιο της ιατρικής πρακτικής που στοχεύει να δράσει προληπτικά και να διασφαλίσει εγκαίρως την υγεία του τέκνου που θα γεννηθεί. Σε περίπτωση που διαγνωσθεί κάποια βλάβη στο έμβρυο, τότε ενεργοποιείται η προγεννητική θεραπευτική που αποσκοπεί στην θεραπεία της παθολογικής κατάστασης. Η σοβαρότητα των εμβρυϊκών παραμορφώσεων είναι ευρεία, υποκειμενικά μεταβλητή και σε πολλές περιπτώσεις δεν ανταποκρίνεται στην κοινωνική,

[382] Με τον όρο «προγεννητική διάγνωση» (prenatal diagnosis-PD) εννοούμε τον έλεγχο της ανατομίας και φυσιολογίας του εμβρύου in vivo (έλεγχος ζωντανών κυττάρων ή οργανισμών χωρίς χειρισμό των συνθηκών), με τη βοήθεια ορισμένων μεθόδων, προκειμένου να εντοπισθούν εγκαίρως πιθανές ανωμαλίες ή παθήσεις., *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής* , επιμέλεια, Μαριάννα Δρακοπούλου, , Θέσεις για σύγχρονα προβλήματα, Εθνικό Τυπογραφείο, 2008, σ. 352)

[383] *Levy B,/ Stosic M,*Traditional Prenatal Diagnosis: Past to Present. Methods Mol Biol. 2019;1885:3-22.

νομική ή πολιτική ταξινόμηση[384]. Οι διαμαρτίες κατηγοριοποιούνται σε μείζονες, όταν έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις, και σε ελάσσονες, όταν οι ιατρικές συνέπειες τους δεν είναι σημαντικές. Όμως, το ζήτημα που γεννάται συνδέεται με τις περιπτώσεις εκείνες που τα προβλήματα υγείας του κυοφορούμενου δεν είναι ιάσιμα, φέρνοντας στην επιφάνεια το δίλημμα για το θεμιτό, ή μη, της τεχνητής διακοπής της κύησης, ως επιλογή. [385]

Στο ελληνικό δικαιικό σύστημα, η άμβλωση τιμωρείται ποινικά, αλλά μία από τις κυριότερες εξαιρέσεις κατά την οποία αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αποτελεί η ευγονική ένδειξη.[386] Η τελευταία συμπεριλαμβάνεται στην παράγραφο 4γ του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα, που ορίζει το εξής: «Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού.» Στα κεφάλαια που θα ακολουθήσουν θα γίνει μία προσπάθεια ανάλυσης του τρόπου, με τον οποίο η έννομη τάξη ενσωματώνει τα πορίσματα και τις επακόλουθες συνέπειες της διαδικασίας του προγεννητικού ελέγχου στη νομοθεσία αναφορικά με την τεχνητή διακοπή της κύησης, σε συνδυασμό με τη συλλογιστική πάνω στην οποία οι σχετιζόμενες με τον προγεννητικό έλεγχο επιστημονικές μέθοδοι επιδρούν στη διαμόρφωση του Δικαίου.

4.1.1. Η προγεννητική διάγνωση

Ο προγεννητικός έλεγχος αποσκοπεί στη διάγνωση μιας παθολογικής κατάστασης ή μιας σημαντικής εμβρυϊκής ανωμαλίας στοχεύοντας να την «προλάβει» εγκαίρως, να τη θεραπεύσει, ή και τα δύο [387]. Η εξέλιξη της τεχνολογίας και η δυνατότητα αξιοποίησής της κατά τη διάρκεια της κύησης προς τη διαμόρφωση εικόνας γύρω από την υγεία του κυοφορούμενου αποτέλεσε σταθμό στην ιατρική πρακτική της μαιευτικής-γυναικολογίας. Παρότι οι πρώτες απεικονίσεις εμβρύων πραγματοποιήθηκαν το 1964 στη Σκωτία, χωρίς διαγνωστική δυνατότητα λόγω της κακής ποιότητας των εικόνων, που οφείλετο στην εμβρυική κίνηση στη μήτρα, η πρώτη χρήσιμη διάγνωση παθολογίας εμβρύου πραγματοποιήθηκε το 1972 και αφορούσε στον εντοπισμό ανεγκεφαλίας**.**[388] Η εμφάνιση εξελιγμένων τεχνικών εμβρυϊκής ανίχνευσης[389] οδήγησε στην όσο το δυνατόν βέλτιστη ανίχνευση και διάγνωση δυνητικά σοβαρών εμβρυϊκών ανωμαλιών και δυσπλασιών. Στόχος της εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου είναι ο εντοπισμός παθολογικών ευρημάτων στο έμβρυο, με σκοπό την ανάπτυξη εμβρυακών θεραπειών για τη μείωση της

[384] *Hoffman et al*, ό. π. σελ 187-188

[385] βλ. *Νικολαΐδης, Πέτρος*, Ιατρική Γενετική, Εκδόσεις Ζεβελεκάκη, Αθήνα, 2019, σ. 99

[386] Κατά την εισηγητική έκθεση του νόμου 1609/1986:«Περιεχόμενο και στόχοι του οικογενειακού προγραμματισμού είναι: Η γέννηση επιθυμητών και υγιών παιδιών. Η γέννηση επιθυμητών υγιών παιδιών πρέπει να είναι στόχος της Κοινωνικής Πολιτικής.»(Νόμος 1609/1986, ΦΕΚ 86 /Α/3-7-1986)

[387] *Löwy I.,* Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis, Baltimore: Johns Hopkins University Press.2017, εισαγωγή

[388] *Σαρειδάκης Ε*.,Βιοηθική, Ηθικά προβλήματα των νέων βιοιατρικών τεχνολογιών ,εκδ. Παπαζήση, 2008,σ. 198

[389] Ο προγεννητικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε ειδικές διαγνωστικές μονάδες, μετά από πλήρη ενημέρωση των γονέων για τις συνέπειες των εξετάσεων και με κατάλληλη γενετική συμβουλευτική η οποία λειτουργεί σε ατομικό επίπεδο και όχι σε επίπεδο κρατικού καταναγκασμού βλ. *Ψαρούλης Δ., Βούλτσος Π,* Ιατρικό Δίκαιο Στοιχεία Βιοηθικής , σσ.167-169

νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.[390]Σε όλο το δυτικό κόσμο, οι συγγενείς ανωμαλίες αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου κατά τη βρεφική ηλικία και ενδέχεται να είναι γενετικής ή περιβαλλοντικής αιτιολογίας, ενώ, για ένα ποσοστό 40-60% των ανωτέρω θανάτων, παραμένει άγνωστος ο παθογενετικός τους μηχανισμός. Ανάλογα με το στάδιο της εμβρυογένεσης που προκλήθηκε η βλάβη, διακρίνονται σε δυσμορφίες, διασπάσεις, παραμορφώσεις και δυσπλασίες, σε μείζονες ανωμαλίες, που επιφέρουν σοβαρές μορφολογικές, λειτουργικές και αισθητικές διαταραχές και σε ελάσσονες ανωμαλίες, δηλαδή σε ήπιες παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό. Συχνότερα προσβάλλεται το καρδιαγγειακό σύστημα, ενώ μαζί με τις ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού και του αναπνευστικού συστήματος ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων από συγγενείς ανωμαλίες κατά τη νεογνική και βρεφική ηλικία. Η μελέτη της αιτιολογίας των συγγενών ανωμαλιών είναι απαραίτητη για τη σωστή γενετική συμβουλευτική της οικογένειας, υπολογίζοντας με μεγαλύτερη ακρίβεια τον κίνδυνο επανάληψης, ώστε να προσφερθεί η δυνατότητα προγεννητικής διάγνωσης σε επόμενες κυήσεις.[391] Στα κεφάλαια που ακολουθούν αναπτύσσονται οι κυριότερες εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου και οι ασθένειες, των οποίων η διάγνωση συντελείται μέσω των εξετάσεων αυτών.

4.1.2. Μέτρηση αυχενικής διαφάνειας

Η μέτρηση της αυχενικής διαφάνειας αποτελεί μία ευρέως διαδεδομένη και αξιόπιστη διαδικασία ελέγχου. Εφόσον η εξέταση έχει διενεργηθεί βάσει «τυπικών κανόνων» και έχει εκτελεστεί μεταξύ της εντέκατης και της δέκατης τέταρτης εβδομάδας κύησης, συμβάλλει στην πρώιμη αξιολόγηση του εμβρύου, στην επιβεβαίωση της βιωσιμότητας του, στον ακριβή υπολογισμό της εμβρυϊκής ηλικίας, καθώς και στην ανίχνευση ανευπλοειδίας[392], η οποία σχετίζεται με διάφορες γενετικές παθήσεις, την εκτίμηση του κινδύνου για τρισωμία 21 και την ανίχνευση ενός σημαντικού αριθμού άλλων χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Σχετίζεται ως επί το πλείστον με τον εντοπισμό μείζονων ανωμαλιών της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων καθώς και με ένα ευρύ φάσμα γενετικών συνδρόμων. Τα πλεονεκτήματα της υπερηχογραφικής εξέτασης που πραγματοποιείται κατά την έκτη καθώς και κατά την εντέκατη έως δέκατη τρίτη εβδομάδα κύησης περιλαμβάνουν επίσης τη διάγνωση των πολυδύμων κυήσεων[393], παρέχοντας αξιόπιστο καθορισμό της χοριονικότητας, η οποία αποτελεί τον βασικό καθοριστικό παράγοντα έκβασης των πολυδύμων κυήσεων, καθώς και την πρώιμη ανίχνευση σοβαρών εμβρυϊκών ανωμαλιών[394]. Η μέτρηση της

[390] *Pergament Deborah / Ilijic Katie*, Review The Legal Past, Present and Future of Prenatal Genetic Testing: Professional Liability and Other Legal Challenges Affecting Patient Access to Services, J. Clin. Med. 2014, τ.3, σσ.1437-1465

[391] *Καραβιτάκης Ε. Μ. / Φρυσίρα Ε*., Επιπολασμός, αιτιολογία και ταξινόμηση των συγγενών ανωμαλιών, Δελτ Α' Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπ. Αθηνών 2009, 56(1):33

[392] Αριθμητική χρωμοσωμική ανωμαλία στην οποία υπάρχει ένα επιπλέον ή ένα λιγότερο χρωμόσωμα. Αποτελεί τη συνηθέστερη χρωμοσωμική ανωμαλία με κλινικό αντίκτυπο και προκαλεί διάφορες γενετικές παθήσεις.

[393]βλ. Εισαγωγή σε: Το Υπερηχογράφημα 11–13+6 εβδομάδων, *Νικολαϊδης Κύπρος , Σούκα Αθηνά., Σκέντου Χαρά*, Fetal Medicine Foundation, London, 2004,

[394] Ό.π., *Νικολαϊδης Κύπρος, Σούκα Αθηνά., Σκέντου Χαρά*, 2004, Η εκτίμηση του κινδύνου για χρωμοσωμιακές ανωμαλίες μπορεί να επιτευχθεί με συνδυασμό μητρικής ηλικίας, υπερηχογραφικής εξέτασης με την μέτρηση του πάχους της αυχενικής διαφάνειας και την εκτίμηση της παρουσίας ή απουσίας του ρινικού οστού και μέτρηση των βιοχημικών δεικτών στον ορό της μητέρας (ελεύθερης b-hCG and PAPP-A) σε ένα συγκεκριμένο χρόνο (one stop

αυχενικής διαφάνειας σε συνδυασμό με τη μέτρηση της χοριακής γοναδοτροπίνης[395] και της σχετιζόμενης με την κύηση πρωτεΐνης Α[396] στον ορό του πλάσματος χρησιμοποιείται ευρέως στο screening[397] της ανευπλοειδίας στο πρώτο τρίμηνο της κύησης[398]. Χαρακτηριστικό είναι ότι σε αυξημένη αυχενική διαφάνεια διαγιγνώσκεται αυξημένη πιθανότητα για γενετικές ανωμαλίες[399] και μεταβολικές νόσους[400].

4.1.3. Επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος

Η πρόοδος της βιοϊατρικής και της τεχνολογίας έχει συνδράμει στον εντοπισμό παθήσεων του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης, χάρη στον προγεννητικό έλεγχο. Ως εκ τούτου, μπορεί να προβλεφθεί η γενετική σύσταση, η φυσιολογία και τα ανατομικά χαρακτηριστικά του εμβρύου και να παρασχεθούν θεραπευτικές πρακτικές είτε ενδομητρίως είτε μετά τον τοκετό. Η αμνιοκέντηση-(ΑΚ) είναι η διακοιλιακή παρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας υπό υπερηχογραφικό έλεγχο και η αναρρόφηση αμνιακού υγρού. Οι πρώτες αναφορές εφαρμογής

clinic) στις 11–13+6 εβδομάδες κύησης. Μετά από ενημέρωση η ασθενής μπορεί να αποφασίσει εάν θέλει να προχωρήσει σε περαιτέρο έλεγχο με επέμβαση για έλεγχο του καρυοτύπου του εμβρύου, που μπορεί να πραγματοποιηθεί με λήψη τροφοβλάστη κατά την ίδια επίσκεψη.

[395]Ορμόνη που εκκρίνεται από το σώμα της γυναίκας όταν αυτή είναι έγκυος. Η εμφάνισή της στο αίμα της γυναίκας αποτελεί την πιο σίγουρη ένδειξη κύησης.

[396] Η Α – Εμβρυική Πρωτεΐνη είναι μία βασική πρωτεΐνη του πλάσματος, η οποία παράγεται κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ανάπτυξης. *Cicero S/ Bindra R Rembouskos G/ Spencer K/ Nicolaides KH,* Integrated ultrasound and biochemical screening for trisomy 21 at 11 to 14 weeks. Prenat Diagn, 2003, τ. 23, σσ. 306–10

[397] Για το screening βλ. *Lachmann R./Picciarelli G./Moratalla J./Green N./Nicolaides K.,* Frontomaxillary facial angle in fetuses with spina bifida at 11-13 weeks' gestation. Ultrasound Obstet Gynecol 2010, τ. 36 σσ.268-71

[398] Σήμερα, στις εκδηλώσεις της τρισωμίας 21 που μπορούν να ανιχνευτούν κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, περιλαμβάνονται η πάχυνση της αυχενικής διαφάνειας, η απουσία ή η υποπλασία του ρινικού οστού, η αναστροφή της ροής κατά τη διαστολή ή η υψηλή αντίσταση ροής στον φλεβώδη πόρο, η ανεπάρκεια τριγλώχινας , το ηχογενές έντερο, η απευθείας παροχέτευση του φλεβώδους πόρου στην κάτω κοίλη φλέβα και ανατομικές ανωμαλίες, όπως έλλειμμα κολποκοιλιακού διαφράγματος, κ.ά. Στο σύνδρομο Down, τα παραπάνω απεικονιστικά ευρήματα συνδυάζονται με την αυξημένη ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη και την ελαττωμένη πρωτεΐνη Α του πλάσματος που σχετίζεται με την κύηση (pregnancy-associated plasma protein A/PAPP-A). Βλ. *Abuhamad & Chaoui,* First Trimester Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormalities, 1st Edition, Wolters Kluwer, 2018, σ 60 και *Ιατράκης Γ,* Στοιχεία Προγεννητικού Ελέγχου. Στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Εκδόσεις Desmos Digital, 2018, σ. 45.

[399] βλ.*Abuhamad & Chaoui,* First Trimester Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormalities ό.π.σσ. 106-107, σοβαρές γενετικές ανωμαλίες όπως ακρανία/ανεγκεφαλία, αγναθία/μικρογναθία, κρανιοσυνόστωση, κυστικό ύγρωμα, λίπωμα αυχένα, διαμαρτία Dandy-Walker, διαστηματομυελία, εγκεφαλοκήλη, σχιστία προσώπου, ολοπροσεγκεφαλία, σύνδρομο υδροκέφαλου, μακροκεφαλία, μικροκεφαλία, μικροφθαλμία, δισχιδής ράχη, κλπ.

[400] Σε αυτές κατατάσσονται νόσοι όπως συγγενές λεμφοίδημα, ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος, αλληλουχία εμβρυϊκής δυσπλαστικής ακινησίας, εμβρυϊκή αναιμία (διαφόρων αιτιολογιών), μυοτονική δυστροφία, νεογνική μυοκλονική εγκεφαλοπάθεια, σοβαρή αναπτυξιακή καθυστέρηση άγνωστης αιτιολογίας, σύνδρομο Smith-Lemli-Opitz, σπονδυλική μυϊκή ατροφία τύπου 1, ραχιτισμό ανθεκτικό στη βιταμίνη D.Η βαρύτητα των συμπτωμάτων σε πολλά μεταβολικά νοσήματα είναι τέτοια που που επηρεάζει πολλά μέρη του σώματος.Για παράδειγμα το σύνδρομο Smith-Lemli-Opitz είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μικρό μέγεθος κεφαλής (μικροκεφαλία) και διανοητική αναπηρία. Όμως η προγεννητική διάγνωση των κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών παραμένει δύσκολη, ειδικά κατά το πρώτο τρίμηνο, βλ *Shui Lam Mak* Annisa / Kwok Yin Leung, Prenatal ultrasonography of craniofacial abnormalities, Ultrasonography. 2019 Jan; τομ.38, τ.1, σσ.13–24. Επίσης το σύνδρομο Zellweger, εισήχθη με τον όρο cerebro-hepato-νεφρικό σύνδρομο το 1967, ονομάστηκε έτσι από τον παιδίατρο Hans Zellweger, που το προσδιόρισε σε δύο από τους αρχικά περιγραφέντες ασθενείς, Η πρόγνωση εξαρτάται από το ποιά συστήματα οργάνων επηρεάζονται κυρίως (ήπαρ) και από την εμφάνιση προοδευτικής εγκεφαλικής απομυελίνωσης, αλλά το προσδόκιμο ζωής μειώνεται και οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν πριν από την εφηβεία. Βλ. *Klouwer Femke C. /Berendse Kevin / Ferdinandusse Sacha / Wanders Ronald J. A. et al,* Zellweger spectrum disorders: clinical overview and management approach Orphanet Journal of Rare Diseases,2015,τομ. 10, άρθ. 151

παρακέντησης αμνιακού υγρού που πραγματοποιήθηκαν είτε για διαγνωστικούς είτε για θεραπευτικούς σκοπούς αναφέρονται στη δεκαετία του 1870. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, ερευνητικές μέθοδοι, όπως η ιατρική απεικόνιση, επέτρεψαν τη μελέτη ζωντανών σωμάτων. Στη δεκαετία του 1960 και του 1970, η προγεννητική διάγνωση επέκτεινε τη δυνατότητα απεικόνισης και στο έμβρυο.[401] Η ανάπτυξη αυτής της διαγνωστικής προσέγγισης μπορεί πραγματικά να χαρακτηριστεί ως ιατρική επανάσταση. Η άνοδος της προγεννητικής διάγνωσης αδιαμφισβήτητα ευνόησε τη διάδοση της γνώσης σχετικά με την ανάπτυξη του εμβρύου. Η σημαντικότερη διαφορά που συνετέλεσε στη γενίκευση της προγεννητικής διάγνωσης δεν ήταν η ανακάλυψη της εμβρυϊκής ζωής, αλλά η δυνατότητα παρακολούθησης αυτής σε πραγματικό χρόνο, πραγματοποιώντας μία στροφή από τη μελέτη των νεκρών εμβρύων στην παρατήρηση των ζωντανών. Οι γάλλοι πρωτοπόροι της κυτταρογενετικής Joëlle και André Boué μελέτησαν αρχικά τις σχέσεις μεταξύ του εμβρυϊκού θανάτου και των ιογενών μολύνσεων. Το 1970, ο Joëlle Boué προχώρησε στη μελέτη των αμνιακών κυττάρων μιας εγκύου γυναίκας, της οποίας το πρώτο παιδί είχε πεθάνει από πολλαπλές δυσπλασίες, οι οποίες έδειξαν ότι ο θάνατος του παιδιού συνδέονταν με μια χρωμοσωμική ανωμαλία. Τα μέσα ενημέρωσης ευρέως δημοσίευσαν θεαματικά «ιατρικά επιτεύγματα», όπως την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς, το 1967, και το πρώτο «μωρό δοκιμαστικού σωλήνα», το 1978[402].

Πριν την ανάπτυξη της προγεννητικής διάγνωσης, πολλές γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό επέλεγαν να μην τεκνοποιούν. Ωστόσο, αργότερα, η εφαρμογή της αμνιοπαρακέντησης, μιας επικίνδυνης διαγνωστικής διαδικασίας, εξελίχθηκε σαφώς προτιμότερη από την ατεκνία. Ως εκ του γεγονότος ότι η χρήση των υπερήχων δεν ήταν αρχικά διαδεδομένη, η παρακέντηση της μήτρας γινόταν «στα τυφλά», με αποτέλεσμα να αποτελεί εξαιρετικά επισφαλής μέθοδος, με αρκετές επιπλοκές για τη μητέρα και το έμβρυο. Πολλές κληρονομικές παθολογικές καταστάσεις δεν μπορούσαν να διαγνωσθούν πριν από τη γέννηση του τέκνου και συχνά γίνονταν διαγνωστικά λάθη, με αποτέλεσμα η ίδια η εξέταση να επιτείνει τον κίνδυνο αποβολής. Επίσης, η ως άνω διαγνωστική εξέταση δεν μπορούσε να εκτελεστεί με ασφάλεια πριν από τις είκοσι έως είκοσι δύο εβδομάδες κύησης. Αποτέλεσμα αυτού ήταν οι γυναίκες που λάμβαναν «θετικό» αποτέλεσμα κατά την προγεννητική διάγνωση, να υποβάλλονται κατά το χρονικό διάστημα από το μέσο έως το τέλος του δεύτερου τριμήνου κύησης σε μια κυριολεκτικά δραματική διαδικασία τερματισμού της, αφού οι τεχνικές διακοπής της προχωρημένης αυτής κύησης πραγματοποιούνταν εκείνη την εποχή μόνο χειρουργικά.

Από την άλλη πλευρά, η φιλοδοξία των μαιευτήρων γυναικολόγων να αποκτήσουν νέες δεξιότητες στην έρευνα και στην παρακολούθηση της εμβρυϊκής ζωής, ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες, ευνόησε την εξάπλωση της προγεννητικής διάγνωσης κατά τις δεκαετίες του 1970 και του 1980. Οι επαγγελματίες υγείας άρχισαν να ενημερώνουν τις γυναίκες σχετικά με την υφιστάμενη σύνδεση μεταξύ της ηλικίας της εγκύου και του συνδρόμου Down του

[401] Στη δεκαετία του 1970, ο κίνδυνος αποβολής λόγω αμνιοκέντησης υπολογίστηκε σε 0,50% (1 στους 200), αλλά σε εκείνη την εποχή η συνεχής καθοδήγηση με υπερήχους για τη διαδικασία δεν ήταν ρουτίνα και η σαφήνεια και η ποιότητα ήταν πολύ κατώτερα από εκείνη της υπερηχογραφίας σήμερα. Σήμερα η αμνιοπαρακέντηση θεωρείται πλέον ρουτίνα, όπου υποδεικνύεται ιατρικά, και πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν πολύ χαμηλότερο ποσοστό απώλειας εμβρύου λόγω αμνιοκέντησης. *Stillwaggon Eileen et al*, Maternal Serologic Screening to Prevent Congenital Toxoplasmosis: A Decision-Analytic Economic Model, 2011 Sep; 5(9): e1333.

[402] βλ. *Löwy Ilana*, Imperfect Pregnancies, A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis: Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2017, σσ.6-17 Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, η αμνιοκέντηση ήταν μια επικίνδυνη διαδικασία και οι γυναικολόγοι την πρότειναν μόνο σε γυναίκες που είχαν υψηλή πιθανότητα να γεννήσουν ένα παιδί με βλάβες.

εμβρύου. Συνεπακόλουθα, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, πολλές γυναίκες που έλαβαν γνώση των κινδύνων της κύησης που σχετίζονταν με την ηλικία τους, θέλησαν να υποβληθούν σε αμνιοπαρακέντηση. Ένας ακόμα σημαντικός λόγος εξάπλωσης αυτής της μεθόδου αποτέλεσε το γεγονός ότι, σε περιπτώσεις εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών στα νεογνά, οι γονείς κατηγορούσαν πλέον τους γιατρούς για πλημμελή ενημέρωσή τους γύρω από τις πιθανότητες εμφάνισης σοβαρών εμβρυϊκών νοσημάτων και την υφιστάμενη δυνατότητα διενέργειας προγεννητικού ελέγχου προς έγκαιρο εντοπισμό τους, με αποτέλεσμα οι πρώτοι να στερούνται της επιλογής διακοπής της κύησης σε σοβαρές παθολογικές καταστάσεις του εμβρύου. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε τον κύριο λόγο ταχείας επέκτασης της προγεννητικής διάγνωσης στις Ηνωμένες Πολιτείες, στα τέλη της δεκαετίας του 1970, προκειμένου να μην κατηγορούνται οι γιατροί για αμέλεια[403].

Από το 1972, άρχισε να διαδίδεται η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη αμνιοπαρακέντηση, η οποία ήταν πολύ πιο ασφαλής μέθοδος. Η νέα αυτή προσέγγιση ομόφωνα περιγράφηκε από εμπειρογνώμονες των ΗΠΑ ως σπουδαία παρεχόμενη προς τις εγκύους υπηρεσία. Το 1975, Το Υπουργείο Υγείας Εκπαίδευσης και Πρόνοιας των Ηνωμένων Πολιτειών, το οποίο αξιολόγησε τα αποτελέσματα δύο χιλιάδων αμνιοπαρακεντήσεων, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, παρόλο που η εν λόγω τεχνική δεν ήταν απολύτως ακίνδυνη, ειδικά για το έμβρυο, εντούτοις ήταν αρκετά ασφαλής για να πραγματοποιηθεί μια δοκιμή ρουτίνας. Τον Οκτώβριο του 1975, η Κυβέρνηση των ΗΠΑ ενέκρινε επισήμως την κλινική χρήση της αμνιοκέντησης και αρκετές ασφαλιστικές εταιρείες υγείας άρχισαν να καλύπτουν το κόστος της. Το 1975, παρά το γεγονός ότι η έκθεση του Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτήρων-Γυναικολόγων αναγνώρισε ότι η αμνιοκέντηση δεν ήταν τέλεια τεχνική, εντούτοις, την επόμενη κιόλας χρονιά πρότεινε να εξασφαλίζεται δυνατότητα υποβολής σε αμνιοπαρακέντηση όλων των εγκύων άνω των τριάντα πέντε ετών, ενόψει του ελλοχεύοντος κινδύνου για σύνδρομο Down του εμβρύου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 1978, οι βρετανοί γυναικολόγοι που υιοθέτησαν ταχύτατα τον προσυμπτωματικό έλεγχο, οπότε και οι μισές, περίπου, έγκυες στο Ηνωμένο Βασίλειο υποβλήθηκαν σε αμνιοπαρακέντηση, συμπέραναν ότι η μέθοδος αυτή αποτελούσε μία διαγνωστική προσέγγιση που θα μπορούσε να εισαχθεί στην συνήθη κλινική πρακτική. [404]

Με την πάροδο του χρόνου και τη βελτίωση της τεχνικής των υπερήχων και των αναλύσεων που διενεργούνται στο αμνιακό υγρό, οι λανθασμένες διαγνώσεις «κλασικών» νοσημάτων ελαχιστοποιήθηκαν. Σήμερα, η αμνιοκέντηση-(ΑΚ) γίνεται μεταξύ της δέκατης πέμπτης και δέκατης έβδομης εβδομάδας κύησης, ηλικία στην οποία το αμνιακό υγρό περιέχει το κατάλληλο υλικό (εμβρυϊκές ινοβλάστες-fetal fibroblasts) για κυτταρογενετικές, βιοχημικές και ενζυματικές εξετάσεις του εμβρύου[405]. Παρ' όλα αυτά, κατά το παρελθόν, αλλά και σήμερα, αναφέρθηκαν περιπτώσεις λανθασμένης διάγνωσης που κατέληξαν σε έκτρωση. Υπάρχουν περιπτώσεις τελεσθείσας έκτρωσης μετά από λανθασμένη διάγνωση παθολογικού καρυότυπου, κατόπιν

[403] Ό.π. βλ. *Löwy Ilana*, σελ. 92

[404] *Löwy Ilana*, ό.π.σσ. 104-116

[405] Επιπλοκές που μπορούσαν να προκληθούν όπως η αυτοανοσοποίηση Rhesus αντιμετωπίστηκε με την χορήγηση αντι-Rh ορρού σε γυναίκες με αρνητικό Rh, οι οποίες είχαν υποβληθεί σε αμνιοπαρακέντηση βλ. *Μαμόπουλος Μ.* Rh – Ανοσοποίηση. Κύηση υψηλού κινδύνου. Αθήνα. 1998, σσ. 250-260. βλ.*Ιατράκης*, Κύηση υψηλού κινδύνου. Αθήνα. 2004, σσ.523-530. Η αμνιοπαρακέντηση είναι εφικτή από τις 11 εβδομάδες της κύησης, αλλά η επέμβαση συστήνεται στις 15-17 εβδομάδες. Γενικά, η αμνιοπαρακέντηση αποφεύγεται στις μικρότερες ηλικίες κύησης, διότι σχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα αποτυχίας της κυτταρικής καλλιέργειας και μεγαλύτερη συχνότητα αποβολών και νεογνικής αναπνευστικής δυσχέρειας. Στην πράξη γίνεται και σε μεγαλύτερες ηλικίες κύησης (έως τις 20 εβδομάδες ή ακόμα μεταγενέστερα).

διενέργειας αμνιοκέντησης, όπου μετά την έκτρωση, διαπιστώθηκε ότι πρόκειτο για υγιές άρρεν έμβρυο. Αντίστροφα, σε περιπτώσεις γέννησης ενός νεογνού με προβλήματα υγείας, θα μπορούσαν να αναζητηθούν ευθύνες από τον γιατρό που πραγματοποίησε τον προγεννητικό έλεγχο και δεν διέγνωσε ασθένεια. Σύμφωνα με τον Friedman, «Η ανάπτυξη της αμνιοκέντησης είναι ένα παράδειγμα επιστημονικής προόδου που θα εξασφαλίσει ιατρική και κοινωνική βοήθεια, αλλά με κάποιες νομικές και νομοθετικές εμπλοκές» [406]. Πρακτικά, δηλαδή, ο γιατρός θα μπορούσε να αρνηθεί την διακοπή της κύησης, αν, κατά την κρίση του, οι ανωμαλίες του εμβρύου δεν δικαιολογούσαν την απόφαση για έκτρωση. Παράλληλα, οι υποθέσεις που χαρακτηρίσθηκαν με τον όρο «wrongful life» και «wrongful birth» αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα της προρρηθείσης νομοθετικής εμπλοκής. Οι όροι «wrongful life» και «wrongful birth» σχετίζονται με τις υφιστάμενες δικαστικώς επιδιώξιμες αξιώσεις έναντι του γιατρού, πλην όμως χαρακτηρίζονται από μία λεπτή διαφοροποίηση μεταξύ τους. Με τον όρο «wrongful life», περιγράφεται η αξίωση του γεννημένου με ασθένεια τέκνου, ενώ ο όρος «wrongful birth» περιλαμβάνει την αξίωση των γονέων που απέκτησαν παθολογικό νεογνό. Αμφότερες οι ανωτέρω αξιώσεις στρέφονται σε βάρος του γιατρού, στοιχειοθετώντας υποχρέωση αποζημιώσεως λόγω αστικής του ευθύνης, που οφείλεται σε παράλειψη νόμιμης οφειλόμενης από μέρους του ενέργειας.[407] Ο νομοθέτης σαφώς λαμβάνει υπόψη το ενδεχόμενο διαγνωστικό σφάλμα κατά τον προγεννητικό έλεγχο, ως προς τον περιορισμό του δικαιώματος στην άμβλωση.

Για τους γονείς ενός τέκνου με σοβαρή γενετική πάθηση, το έργο της ανατροφής του αδιαμφισβήτητα αναδεικνύεται εξαιρετικά δύσκολο, και, μολονότι, πολλοί γονείς είναι διατεθειμένοι να αναλάβουν αυτή την ευθύνη, με όλες τις συνέπειες που αυτή επιφέρει όσον αφορά στην ποιότητα ζωής τους, εντούτοις, δεν μπορεί να αποκλείεται η δυνατότητα επιλογής διακοπής της κύησης για τους μέλλοντες γονείς που δεν είναι σε θέση να επιτελέσουν το δυσβάσταχτο αυτό ρόλο. Το δίλημμα, ωστόσο, σχετίζεται με την αξιολόγηση της ίδιας της ζωής του τέκνου και κατά πόσον η τελευταία συνιστά για εκείνο βλάβη, ενόψει της μη ιάσιμης αναπηρίας του. Η λογική των περιπτώσεων «wrongful life»[408] εδράζεται στο νομικό ερώτημα, αν είναι ορθό να αντιμετωπίζεται η ανυπαρξία ως κατάσταση προτιμότερη από τη ζωή με μία σοβαρή πάθηση, ώστε να γεννάται αξίωση αποζημίωσης έναντι του γιατρού που παρέλειψε να μεριμνήσει

[406] *Friedman JM*. Legal implications of amniocentesis. Univ PA Law Rev 1974, τ. 123, σσ.92-156.

[407] Οι προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ότι μία υπόθεση υπάγεται στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι οι εξής: πρώτον, η γέννηση παιδιού με αναπηρία ή με σοβαρή γενετική πάθηση που δεν θεραπεύεται ούτε βελτιώνεται. Έπειτα, απαιτείται να υπάρχει αναγνωρισμένη διαγνωστική εξέταση για την πάθηση του παιδιού, η οποία να διενεργείται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης με τα μέσα της προγεννητικής διάγνωσης. Επιπρόσθετη προϋπόθεση είναι η παράλειψη του γιατρού να εκτιμήσει σωστά τα στοιχεία που προκύπτουν από τον προγεννητικό έλεγχο με αποτέλεσμα να μη γίνει διάγνωση ή να γίνει πλημμελής διάγνωση και να μην ενημερωθούν οι μελλοντικοί γονείς για τη σοβαρότητα της κατάστασης. Τελευταίος όρος που πρέπει να ισχύει είναι η βεβαιότητα ότι οι γονείς θα προέβαιναν σε τεχνητή διακοπή της κυήσεως, εφόσον γνώριζαν την κατάσταση, επιλογή την οποία στερήθηκαν λόγω της παράλειψης του γιατρού.(Βλ. *Μάλλιο Ευ.*, Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, Δικαιώματα του Ανθρώπου, ΔτΑ Ν 73/2017, σελ.574, *Κοτζάμπαση Α*, Ισότητα των φύλων και ιδιωτική αυτονομία, εκδ. Σάκκουλας, 2011, σ.126 , *Αθανασοπούλου Χ*., Η ιατρική ευθύνη κατά τον προγεννητικό έλεγχο- Ανακύπτοντα νομικά ζητήματα, ΧρΙΔ ΙΒ/2012, σελ.566, *Κανελλοπούλου-Μπότη Μ.,* Αξίωση αποζημίωσης για πλημμελή παροχή γενετικής πληροφορίας και γέννηση παιδιού με γενετική ασθένεια- Το ερώτημα του αγώγιμου της αξίωσης, ΙΕΔ 5/2005, σ. 45, *Σταθόπουλος Μ*.,σε μελέτη: Αποζημίωση και προστασία της προσωπικότητας του ανάπηρου παιδιού, ΧρΙΔ Θ/2009, σσ. 97-106)

[408] Σύμφωνα με την *Κοτζάμπαση Α*: «Τα ζητήματα που συμπλέκονται, συγκρούονται και αναδεικνύονται αξιακά, μέσα από την αξιολόγηση και τη στάθμιση των έννομων αγαθών και των δικαιωμάτων του προσώπου, είναι το δικαίωμα της γυναίκας στην άμβλωση,η ευθύνη του γιατρού από παράλειψη διάγνωσης γενετικής ασθένειας αλλά και η προστασία της αξίας του ανθρώπου υπό την έννοια ότι το 'ανάπηρο' παιδί και η γέννησή του δεν μπορεί να κριθεί ως «ζημία», γιατί κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με την ίδια την αξία του ανθρώπου.» (*Κοτζάμπαση Αθηνά* , Ισότητα των φύλων και ιδιωτική αυτονομία στις οικογενειακές σχέσεις, εκδ. Σάκκουλας, 2011, σ.126)

για τη διακοπή της κύησης, μην αποτρέποντας τη γέννηση παθολογικού τέκνου.[409] Παρόλο που η ζωή του «ανάπηρου» τέκνου αναντίρρητα προστατεύεται από την έννομη τάξη, το ερώτημα που παραμένει σχετίζεται με το αν και κατά πόσον αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως ζημία. Εκτιμάται ότι θα ήταν πιο εύστοχο να ειπωθεί πως εκ της ανωτέρω ιατρικής παράλειψης βλάπτεται το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να μη γεννηθεί με αναπηρία, τέτοια που να του στερεί τη δυνατότητα αξιοπρεπούς βίου. Ως προς τους γονείς, μέσω της προσβολής του δικαιώματός τους προς τεκνοποίηση δι' απόκτησης υγιούς απογόνου, επέρχεται προσβολή του δικαιώματός στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και ματαίωση του δικαιώματός τους για οικογενειακό προγραμματισμό. Τα εν λόγω ζητήματα αναδεικνύουν την αδιαμφισβήτητη συμβολή του προγεννητικού ελέγχου στον εντοπισμό σοβαρών παθολογικών καταστάσεων του εμβρύου.

Η προγεννητική διάγνωση εμβρύων με φυλοσύνδετα κληρονομούμενα νοσήματα, όπως η αιμορροφιλία, ήταν δυνατή από το 1960. Η αμνιοπαρακέντηση, που είχε ήδη καθιερωθεί από το 1970, ως κύρια μέθοδος προγεννητικής διάγνωσης, πραγματοποιούνταν ακόμη και στο πρώτο τρίμηνο της κύησης (11-14w). Όμως, παρατηρήθηκε ότι τα ποσοστά αυτόματης αποβολής έφταναν το 2,3% και έτσι, άρχισε να εφαρμόζεται κατά την κύηση σε μεγαλύτερες ηλικίες[410]. Σταδιακά, άρχισε να εφαρμόζεται μια άλλη μέθοδος επεμβατικής προγεννητικής διάγνωσης, η οποία βασίστηκε στις αρχές της διακοιλιακής εμβρυοσκόπησης σε συνδυασμό με την αμνιοπαρακέντηση, συμβάλλοντας σημαντικά στη διάγνωση αρκετών κληρονομικών νοσημάτων[411], συγγενών λοιμώξεων, (αιμοσφαιρινοπαθειών) και Rh ευαισθητοποίησης. Η εμβρυοσκόπηση αποτέλεσε πλέον τη μέθοδο που άνοιξε το δρόμο για την ενδομήτρια θεραπεία παθήσεων του εμβρύου.

Το 1983, ο Daffos δημοσίευσε έρευνα[412], στην οποία περιέγραφε τη λήψη εμβρυϊκού αίματος σε εξήντα έξι δείγματα κυήσεων, μεταξύ δεκαεπτά και τριάντα δύο εβδομάδων. Από αυτές, διαπιστώθηκε ότι στις δεκαεπτά κυήσεις πραγματοποιήθηκε τεχνητή διακοπή της κύησης κατόπιν αιτήματος της μητέρας, ενώ οι υπόλοιπες εξελίχθηκαν φυσιολογικά. Η μέθοδος που αντικατέστησε τη μέχρι τότε διαδεδομένη εμβρυοσκόπηση, ονομάστηκε «percutaneous umbilical blood sampling(PUBS)» και έχει υιοθετηθεί κατά την ιατρική πρακτική για άμεση λήψη εμβρυϊκού αίματος, κυρίως για καρυότυπο.

Η ανάγκη για όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη προγεννητική διάγνωση, δηλαδή εντός του πρώτου τριμήνου κύησης, οδήγησε στην ανάπτυξη νέων εφαρμογών προγεννητικής διάγνωσης, όπως είναι η λήψη χοριακών λαχνών. Η πρώτη επιτυχημένη λήψη χοριακών λαχνών πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, το 1975, για διαγνωστικούς λόγους, με σκοπό την προγεννητική επιλογή φύλου του εμβρύου[413]. Η μέθοδος αυτή, παρότι είχε υψηλό ποσοστό επιτυχίας στη λήψη του δείγματος, εμφάνιζε και μεγάλα ποσοστά επιπλοκών, όπως λοίμωξη των χοριακών λαχνών. Μετά από έρευνες, οι Smidt-Jensen et al, το 1984, παρατήρησαν ότι τα ποσοστά χοριοαμνιονίτιδας ήταν

---

[409] Βλ. *Φουντεδάκη Κ*., Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία (wrongful life), Digesta 2004, σ. 471

[410] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 88, December 2007. Invasive prenatal testing for aneuploidy. Obstet Gynecol 2007; *Uludag S/ Aydin Y/ Ibrahimova F, Madazli R/ Sen C./* Comparison of complications in second trimester amniocentesis performed with 20G, 21G and 22G needles. J Perinat Med , 2010, τ. 38, σσ. 597–600.

[411] *Berry SM/ Stone J/ Norton ME/ Johnson D/ Berghella V*, Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Fetal blood sampling. Am J Obstet Gynecol 2013 Sep; 209: 170–180.

[412]*Daffos Fernand/* Capella-Pavlovsky *Martine/* Forestier *François*, Fetal blood sampling via the umbilical cord using a needle guided by ultrasound report of 66 cases, Prenatal Diagnosis, 1983, τομ. 3, τεύχ. 4, σσ. 271-277

[413] *Harper Peter S*, A Short History of Medical Genetics, Oxford University Press, 2008 , σσ. 489-499

αρκετά μικρότερα όταν η λήψη χοριακών λαχνών[414] διακοιλιακά πραγματοποιούνταν με συνεχή υπερηχογραφική καθοδήγηση. Έτσι, η μέθοδος αυτή κρίθηκε ότι είχε πολύ μεγαλύτερη επιτυχία, οπότε και κατέστη η επικρατέστερη[415]. Λόγω συσχετισμού της διενέργειας βιοψίας χοριακών λαχνών σε χρονικό διάστημα μικρότερο των δέκα εβδομάδων κύησης με βλάβες του εμβρύου (ακρωτηριασμό των άκρων, μικρογλωσσία και μικρογναθία), η εν λόγω εξέταση είναι υποχρεωτικό να πραγματοποιείται μετά τις έντεκα εβδομάδες κύησης, από κατάλληλα εκπαιδευμένους γιατρούς.[416]

Ο συνδυασμός της χρήσης της υπερηχογραφίας με τον έλεγχο των βιοχημικών παραμέτρων της μητέρας προσφέρουν αποτελεσματικό «screening» για χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου, όμως εξίσου σημαντικό αποτελεί και το γεγονός ότι παρέχει σημαντικές πληροφορίες για την εμφάνιση επιπλοκών που ενδέχεται να εμφανιστούν αργότερα κατά την κύηση, όπως για παράδειγμα η προεκλαμψία, δίνοντας δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης με τα κατάλληλα φαρμακευτικά μέσα και την παρακολούθηση της κύησης. Με την εξέλιξη του μη επεμβατικού προγεννητικού ελέγχου (NIPT) εξασφαλίζεται η έγκαιρη ανίχνευση των εμβρυϊκών χρωμοσωμικών ανωμαλιών και η οριστική προγεννητική διάγνωση εμβρυϊκών παθήσεων, χωρίς παρεμβάσεις. Η μελέτη των κυττάρων του αμνιακού υγρού για έλεγχο χρωμοσωμικών ανωμαλιών και ο έλεγχος συγγενών διαταραχών του μεταβολισμού καταλήγουν σήμερα σε αξιόπιστη διάγνωση, σε συντριπτικό ποσοστό 100% σχεδόν όλων των περιπτώσεων. Οι απαντήσεις του χρωμοσωμικού ελέγχου αναμένονται σε χρονικό διάστημα το οποίο συνήθως υπερβαίνει τις 7 ημέρες, γεγονός που οφείλεται στη βραδεία ανάπτυξη των κυττάρων στο καλλιεργητικό υλικό.[417]

Επιπλέον, οι επεμβατικές διαγνωστικές μέθοδοι βελτιώνονται συνεχώς ως προς την τεχνική εφαρμογής τους, ώστε οι πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών της κύησης να είναι ελάχιστες. Οι νέες μέθοδοι μελέτης του καρυότυπου κατόπιν επεμβατικών διαγνωστικών μεθόδων παρέχουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα και πληροφορίες για μεγάλο αριθμό γενετικών νοσημάτων, που μέχρι πρόσφατα ήταν αδύνατο να ανιχνευθούν προγεννητικά, μειώνοντας συνεχώς τα ποσοστά αποβολών και πρόωρου τοκετού.

Ο σύγχρονος εξοπλισμός των υπερήχων παρέχει τρισδιάστατες εικόνες μεγάλης ανάλυσης, διευκολύνοντας σημαντικά την αναγνώριση, αρκετά νωρίς κατά την κύηση, των συγγενών διαμαρτιών του εμβρύου, εξασφαλίζοντας, έτσι, κατά σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων, τη δυνατότητα έγκαιρης διακοπής της κύησης ή της εφαρμογής θεραπευτικών μέσων κατά τη διάρκειά της. Η ιατρική και μαιευτική επιστήμη στοχεύει στην περαιτέρω εξέλιξη των εφαρμογών του προγεννητικού ελέγχου, προκειμένου να εντοπίζονται όσο το δυνατό περισσότερα νοσήματα,

---

[414] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 88, December 2007. Invasive prenatal testing for aneuploidy. Obstet Gynecol 2007; 110: 1459–1467

[415] *Smidt-Jensen S/ Hahnemann N/Jensen PKA, et al*: Experience with find needle biopsy in the first trimester-an alternative to amniocentesis. Clin Genet, 1984, τ. 26, σ. 272.

[416] *Νικολαϊδης Κύπρος, Σούκα Αθηνά., Σκέντου Χαρά*, Το Υπερηχογράφημα 11–13+6 εβδομάδων, Κεφάλαιο 1 :Ανίχνευση χρωμοσωμικών ανωμαλιών στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, Fetal Medicine Foundation, London, 2004,σ. 11.

[417] Σκοπός της αμνιοπαρακέντησης είναι η λήψη εμβρυϊκών κυττάρων, που αποφολιδώνονται από τα διάφορα συστήματα του εμβρύου (ουροποιητικό, γαστρεντερικό, αναπνευστικό κτλ.), το δέρμα του και το άμνιο (εμβρυϊκής προέλευσης). Μέσω της τεχνικής αυτής , λαμβάνεται μικρή ποσότητα αμνιακού υγρου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για βιοχημικό ή ενζυματικό έλεγχο του εμβρύου. Τα εμβρυϊκά κύτταρα του αμνιακού υγρού καλλιεργούνται σε κατάλληλο υλικό και ακολουθεί ο χρωμοσωμικός έλεγχος των εμβρυϊκών κυττάρων και ο έλεγχος του εμβρυϊκού DNA. Βλ.*Ιατράκης Γ*, Αμνιοπαρακέντηση. Στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Εκδόσεις Desmos Digital, 2018, σ. 89, βλ επίσης *Στέφος Θεόδωρος*, Προγεννητικός Έλεγχος, Ελευθώ,2002 τομ.6, τευχ.2, σ. 62.

σε όσο το δυνατόν μικρότερη ηλικία κύησης, ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο τόσο για την υγεία του εμβρύου όσο και γι' αυτήν της μητέρας, παρέχοντας, έτσι, μεγαλύτερη αξιοπιστία

4.1.4. Μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος

Η μη επεμβατική προγεννητική διάγνωση αποτελεί σύνολο εξετάσεων που διενεργούνται κατόπιν ανάλυσης του αίματος της εγκύου. Αποτελεί ένα από τα πιο πρόσφατα πεδία έρευνας της μοριακής ιατρικής και έχει παρουσιάσει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία δέκα χρόνια.[418] Η μη επεμβατική προγεννητική διάγνωση έχει βαρύνουσα σημασία, καθώς η εφαρμογή της στην κλινική πράξη είναι σχετικά απλή και ως εκ τούτου δυνητικά προσβάσιμη σε όλες τις εγκύους. Ακόμη, ισχυρό πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι τα αποτελέσματα που εξασφαλίζει είναι συνήθως υψηλής ακρίβειας[419], οπότε και θα μπορούσε να συνεισφέρει σημαντικά στην προγεννητική διάγνωση χωρίς επεμβατικές τεχνικές.[420]

Εμπόδιο στην εφαρμογή της μεθόδου από πλευράς τεχνικής υπήρξε η ταυτόχρονη συλλογή εμβρυϊκών και μητρικών κυττάρων που ενδέχετο να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση[421]. Αντίθετα, το ελεύθερο εμβρυϊκό DNA (cell free DNA-cfDNA), που εντοπίζεται στη μητρική κυκλοφορία κατά τις πρώτες εβδομάδες κύησης, αποτελεί ιδανική πηγή εμβρυϊκού γενετικού υλικού προς την κατεύθυνση της μη επεμβατικής προγεννητικής διάγνωσης[422]. Ο μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος (NIPT) μπορεί να πραγματοποιηθεί επιτυχώς, οποιαδήποτε στιγμή μετά από την 10η ή την 12η εβδομάδα της κύησης, με αιμοληψία σε ειδικά φιαλίδια ,όμως παρέχει μικρότερη ακρίβεια από την αμνιοπαρακέντηση ή τη λήψη τροφοβλάστη και γι'αυτό δεν είναι εξέταση διαγνωστική. Παράλληλα όμως τείνει να εμφανίζει μεγαλύτερη ακρίβεια από την αυχενική διαφάνεια του 1ου τριμήνου.

Έτσι, η πρακτική αυτή εκλαμβάνεται ως μέθοδος screening, λόγω των σπάνιων περιπτώσεων ψευδώς θετικών και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων. Παραδοσιακά, ο προγεννητικός έλεγχος έχει επικεντρωθεί στην ανίχνευση περιπτώσεων τρισωμίας 21(σύνδρομο Down), της πιο συνηθισμένης χρωμοσωματικής κατάστασης που επηρεάζει τις γεννήσεις. Έχει αποδειχθεί ότι ο

---

[418] *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής,* Γνώμη για την προγεννητική και προεμφυτευτική διάγνωση και τη μεταχείρηση του εμβρύου ,http://medlawlab.web.auth.gr/wp-content/uploads/2017/09/02.-

[419] Σκοπός της εξέτασης είναι να εκτιμηθεί η πιθανότητα το έμβρυο να έχει σύνδρομο Down, Edwards ή Patau, καθώς και μονογονιδιακές διαταραχές, όπως η κυστική ίνωση και η αχονδροπλασία. Εκτός από αυτά μπορεί να προσδιορίσει και το φύλο του εμβρύου. βλ. Cook *Michael* UK report on prenatal testing calls for ban on sex disclosure ,βλ. A new report by the UK's Nuffield Council on Bioethics,Bioenge, 2017 & *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, Ην. Βασίλειο: Έκθεση για τον προγεννητικό έλεγχο απευθύνει έκκληση για απαγόρευση αποκάλυψης του φύλου του εμβρύου, [20-03-2017]. Η δυνατότητα απομόνωσης εμβρυϊκών κυττάρων από το μητρικό αίμα προτάθηκε από τους Waltnowska et al, το 1969 οι οποίοι βρήκαν μεταφάσεις με φυλετικά χρωμοσώματα XY σε έγκυες γυναίκες που κυοφορούσαν άρρενα έμβρυα.

[420] Με τον όρο μητρική κυκλοφορία εννοείται η κυκλοφορία του αίματος της μητέρας. Στη μητρική κυκλοφορία μπορούν να βρεθούν εμβρυϊκά λεμφοκύτταρα, ερυθροκύτταρα και κύτταρα της τροφοβλάστης. Κυκλοφορία των εμβρυϊκών κυττάρων μέσα στη μητρική κυκλοφορία συμβαίνει σε όλες τις κυήσεις, αλλά είναι συνήθως ελάχιστη, δηλαδή <0,1 mL συνολικού όγκου. βλ.*Ιατράκης* Γ. [Μετάφραση-Επιμέλεια-Σχόλια], Μαιευτικοί Κλινικοί Αλγόριθμοι: Αντιμετώπιση και Τεκμηρίωση., Εκδόσεις Παρισιάνος, 2011, σ. 85.

[421] Στη μητρική κυκλοφορία είναι δυνατό να υπάρχουν εμβρυϊκά κύτταρα από προηγούμενη κύηση.

[422] *Ιατράκης Γ.* Στοιχεία Προγεννητικού Ελέγχου. Στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου, σ. 50.

κίνδυνος τρισωμίας 21 αυξάνεται με την ηλικία της μητέρας[423] . Πρόσφατη μελέτη, σε σύγκριση με παλαιότερα στοιχεία, κατέδειξε πως η ανίχνευση, με τη χρήση αυτής της μη επεμβατικής μεθόδου, συνδρόμων όπως το Down, δεν επηρέασε με οποιονδήποτε τρόπο τα ποσοστά που αναφέρονται στους τερματισμούς κυήσεων[424].

4.1.5. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση στο in vitro έμβρυο

Σήμερα, παρέχεται δυνατότητα διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων στο έμβρυο, από τα πρώτα κιόλας στάδια της ανάπτυξής του, προς διαπίστωση γενετικών ή αναπτυξιακών αιτίων που σχετίζονται με την εκδήλωση πολλαπλών σοβαρών παθήσεων του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης, ακόμη και πριν από την εμφύτευση. Τα προσδοκώμενα οφέλη της γενετικής έρευνας και της ενσωμάτωσης των τεχνικών της στην κλινική πρακτική δεν διαφέρουν από αυτά της ιατρικής έρευνας. Η ανάπτυξη εξειδικευμένων γενετικών εξετάσεων διευκολύνει τη διάγνωση, πρόληψη και θεραπευτική αγωγή της γενετικής βάσης ασθενειών. Επιπρόσθετα, η μείωση του ποσοστού θνητότητας-νοσηρότητας του πληθυσμού που μπορεί να επιτευχθεί κατ' αυτόν τον τρόπο, θεωρητικά μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα ζωής.[425] Το 1989, η τεχνική PGD (Preimplantation Genetic Diagnosis - Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση) χρησιμοποιήθηκε, για πρώτη φορά, ως γενετική εξέταση των τεχνητά γονιμοποιημένων εμβρύων, πριν τη μεταφορά τους στη μήτρα για την πρόληψη κληρονομικών διαταραχών που επηρεάζουν τα αγόρια όπως η αιμορροφιλία και η μυϊκή δυστροφία, επιλέγοντας θηλυκά έμβρυα για εμφύτευση.[426] Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, υπήρξαν έντονες συζητήσεις όσον αφορά στο κατάλληλο νομικό πλαίσιο[427] της συγκεκριμένης μεθόδου.

Τα τελευταία χρόνια, η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται στα πλαίσια της εξωσωματικής γονιμοποίησης (In Vitro Fertilization) και προϋποθέτει την ύπαρξη ιατρικής αναγκαιότητας.[428] Το μεγάλο πλεονέκτημα του PGT σε σχέση με άλλες διαγνωστικές τεχνικές[429] είναι ότι αποτελεί μέθοδο πρώιμης προγεννητικής διάγνωσης και στοχεύει στον εντοπισμό γενετικά παθολογικών εμβρύων (προεμβρύων), έτσι ώστε στη συνέχεια να εμφυτευθούν στη μήτρα τα υγιή έμβρυα,

---

[423] Στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος, στις έγκυες γυναίκες ηλικίας > 35 ετών έχει προσφερθεί αμνιοκέντηση με βάση τον κίνδυνο λόγω ηλικίας για την τρισωμία 21 από τη δεκαετία του 1970. Ο έλεγχος για χρωμοσωμικές ανωμαλίες σε γυναίκες ηλικίας < 35 ετών εισήχθη στη δεκαετία του 1980 όταν δημοσιεύθηκαν αναφορές που συνδέουν χαμηλά επίπεδα άλφα-εμβρυοπρωτεΐνης στον μητρικό ορό με εγκυμοσύνες με τρισωμία 21. Με γνώμονα την επιθυμία για μια ακριβή δοκιμή χωρίς κίνδυνο, οι ερευνητές εργάστηκαν για την ανάπτυξη μιας μη επεμβατικής μεθόδου ανάλυσης εμβρυϊκού DNA,Βλ. *Harris S,* et al, Screening for fetal chromosomal and subchromosomal disorders, *Semin Fetal Neonatal Med. 2018 Apr; 23(2): 85–93.*, βλ. *Palomaki GE, Lambert-Messerlian GM, Haddow JE*. Ανίχνευση DNA χωρίς ορό έναντι κυττάρων. Am J Obstet Gynecol. 2016, τ. 215, σσ. 583-587.e1

[424] *Hill M/ Barrett A/ Choolani M/Lewis C/ Fisher J/Chitty LS*. Has noninvasive prenatal testing impacted termination of pregnancy and live birth rates of infants with Down syndrome? Prenat Diagn, 2017, τ..37, σσ. 1281-90

[425] Έκθεση για τη συλλογή και διαχείριση των γενετικών δεδομένων Εισηγητές: *Βιδάλης Τ. Μανωλάκου Κ,* http://www.bioethics.gr/

[426] *Seyed Mohammad Azin/ Maede Sadat Kia*, PGD Vs. Abortion: A Deep View on "Authority" and "Necessity" in Cases of Predictable Fetal Abnormality, Advanced Techniques in Biology & Medicine,2018, τομ. .6 ,τ. 3,σσ.1-5

[427] Οι πρώτες περιπτώσεις σχετίζονταν με τον κίνδυνο εμφάνισης κληρονομικών νόσων που συνδέονται με το φύλο, βλ *Deutscher Ethikrat*, Preimplantation genetic diagnosis, opinion, Published by the German Ethics Council, 2011

[428] βλ.*Ψαρούλης Δ., & Βούλτσος Π,* 2010, σ.171 αναφέρεται στην ανίχνευση γονιδίων που προκαλούν γονιδιακά νοσήματα

[429] *Schattman GL, Xu K*. Preimplantation genetic testing. Up To Date 2018

εξαλείφοντας την ανάγκη προγεννητικής διάγνωσης, κατά τη διάρκεια της κύησης, λόγω παθολογικού εμβρύου.[430] Σήμερα, η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρα για ζευγάρια με βεβαρημένο ιστορικό κατά την αναπαραγωγική διαδικασία, π.χ. υπογονιμότητα, πολλαπλές διακοπές κυήσεως μετά από προγεννητική διάγνωση ή συνύπαρξη σοβαρής ασθένειας της μητέρας.[431] Πρόκειται για μια εξειδικευμένη μέθοδο με την οποία ελέγχεται, μετά από βιοψία ενός ή περισσοτέρων κυττάρων, το γενετικό υλικό ενός εμβρύου που προέρχεται από εξωσωματική γονιμοποίηση προτού αυτό εμφυτευτεί στη μήτρα, με σκοπό την ανίχνευση γονιδίων που ευθύνονται κατά τα διδάγματα της ιατρικής με γονιδιακά νοσήματα, όπως για παράδειγμα την κυστική ίνωση. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, το 2002 εκδόθηκε για πρώτη φορά Νόμος, σχετικός με το ζήτημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης ενώ η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης γινόταν ήδη από τη δεκαετία του ’80 [432].

Τρία χρόνια αργότερα, σε συνέχεια των ιατρικών εξελίξεων στον τομέα της εξωσωματικής γονιμοποίησης, εξεδόθη ο ν. 3305/2005 ΦΕΚ Α 17/27.01.2005 για την εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, θεσπίζοντας για πρώτη φορά διοικητικές κυρώσεις επί παραβιάσεών τους και προβλέποντας την ίδρυση της ανεξάρτητης Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, που θα επιτελεί εποπτικό ρόλο, αρμόδια να καθορίζει τη σχετική νομοθεσία και να ελέγχει τις μονάδες υγείας. Πριν την εφαρμογή της μεθόδου, είναι υποχρεωτική η παροχή γενετικής συμβουλευτικής στα «ενδιαφερόμενα πρόσωπα»[433]. Κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της πολύδυμης κύησης, η οποία ενέχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει γενετικές ή άλλου είδους επιπλοκές. Για τον λόγο αυτόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως η Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση κρίνεται απαραίτητη πριν την τεχνητή γονιμοποίηση.[434] Οι αυτόματες αποβολές και οι συγγενείς

---

[430] *Καναβάκης Εμμανουήλ* Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Δέκα χρόνια της Σύμβασης του Οβιέδο, Οι γενετικές εξετάσεις, Πρακτικά ημερίδας ,Κεφάλαιο: Η χρήση της μοριακής διάγνωσης στην καθημερινή ιατρική πράξη , Εκδόσεις Σάκκουλα, 2010, σ. 90

[431] βλ. *Κανελλοπούλου Μπότη Μ., Παναγοπούλου Φερενίκη,* Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική, Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος, Εκδ. Broken Hill, 2014 σ.213

[432] Εντασσόταν στα πλαίσια του Αστικού Δικαίου που ρύθμιζε θέματα για «το επιτρεπτό ή μη των επιμέρους ιατρικών μεθόδων υποβοήθησης αναπαραγωγής και την αποδοχή των εναλλακτικών οικογενειακών σχημάτων». Διαφαίνεται η αργή προσαρμογή της νομοθεσίας στις νέες ιατρικές τεχνικές αν μάλιστα δει κανείς ότι η ανεξάρτητη Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής λειτουργεί με τη μορφή που έχει σήμερα, μόλις από το 2014. Σύμφωνα με την υπ' αρ. 47/2014 Κανονιστική απόφαση της Ε.Α.Ι.Υ.Α. ΦΕΚ Β΄ 2589/2014 απαγορεύεται για παράδειγμα η τοποθέτηση πάνω από δύο ωαρίων, παρά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις μπορούν να τοποθετηθούν μέχρι και τέσσερα για την αποφυγή επιβάρυνσης της εγκύου και περιορισμό της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Αντίστοιχες Αρχές που για την εποπτεία και τον έλεγχο της λειτουργίας των Μονάδων Ιατρικής Υποβοήθησης της Αναπαραγωγής υπάρχουν ήδη σε άλλα κράτη, όπως π.χ. στη Γαλλία, η Infertility Treatement Authority (ITA), στη Μεγ. Βρετανία The Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), κ.λπ., Βλ. σχετική αναφορά σε IFFS, Surveillance 2007: A Worldwide Compendium of National Rules and Regulations for ART, Fertility Sterility, April 2007 τ. 87, No. 4, άρθρ.1, σ. 8-13, http://www.iffs-reproduction.org

[433] Το σημείο αυτό αναφέρεται ενδεικτικά σε ηθικούς προβληματισμούς που μπορεί να προκύψουν στα πλαίσια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

[434] Πιο συγκεκριμένα, η μονοωογενής ή μονοζυγωτική δίδυμη κύηση είναι το αποτέλεσμα της διαίρεσης ενός μοναδικού γονιμοποιημένου ωαρίου. Η διαίρεση γίνεται συνήθως στη διάρκεια των πρώτων 14 ημερών από τη γονιμοποίηση. Η αιτιολογία της μονοωογενούς πολύδυμης κύησης παραμένει άγνωστη. Η συχνότητα των μονοωογενών διδύμων είναι σταθερή (1/250 κυήσεις) σε όλο τον κόσμο, σε διάφορους πληθυσμούς και δεν επηρεάζεται από τους παράγοντες που καθορίζουν τη συχνότητα των διωογενών κυήσεων. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα πορίσματα ερευνών, οι συλλήψεις μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο διάσπασης του ζυγώτη και ακόμα και αν μεταφερθεί ένα μόνο έμβρυο μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μονοζυγωτικών διδύμων. Διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί για την εξήγηση αυτού του φαινομένου, όπως ο επηρεασμός της διαφανούς ζώνης (zona pellucida) κατά την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, οι μικροχειρισμοί που γίνονται στη διαφανή ζώνη κατά τη μικρογονιμοποίηση (ICSI) κ.λπ. Το παράδοξο αυτού του είδους της δίδυμης κύησης είναι ότι, σε σπάνιες περιπτώσεις, οι αρχικές διαιρέσεις μπορεί

ανωμαλίες είναι συχνότερες στα μονοωογενή απ' ότι στα διωογενή δίδυμα. Λόγω της αυξημένης συχνότητας συγγενών ανωμαλιών, η πιθανότητα ενδομήτριου θανάτου των μονοωογενών διδύμων εμβρύων κατά τη διάρκεια της κύησης είναι μεγαλύτερη από αυτή των διωογενών διδύμων.

Ανάλογος, επίσης, προβληματισμός μπορεί να διατυπωθεί στο εξής ερώτημα: Υπάρχει ηθική διαφορά μεταξύ της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης και της διακοπής της κύησης; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό, σύμφωνα με τα ευρήματα σχετικής έρευνας, είναι ότι «Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και η εμφύτευση του υγιούς εμβρύου είναι μια πιο αποδεκτή επιλογή συγκριτικά με την προγεννητική διάγνωση που ακολουθείται από έκτρωση.»[435] Όμως, η προεμφυτευτική διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε καταχρηστικές εφαρμογές, όπως για παράδειγμα την επιλογή φύλου χωρίς να υπάρχει λόγος αποφυγής φυλοσύνδετου νοσήματος, δημιουργώντας εν τοις πράγμασι ανθρώπους «κατά παραγγελία».[436] Ωστόσο, μέσα από την πρακτική της προεμφυτευτικής διάγνωσης αναδεικνύεται η αποδοχή της ανάγκης για έλεγχο και παρακολούθηση της υγείας του in vivo και in vitro εμβρύου. Η προεμφυτευτική διάγνωση του in vitro εμβρύου, που οδηγεί στη μη εμφύτευσή του όταν διαπιστώνονται γενετικές ανωμαλίες, και η προγεννητική διάγνωση του in vivo εμβρύου, που έχει ως αποτέλεσμα τη διακοπή της κύησης όταν αυτό είναι παθολογικό, είναι μέθοδοι που αναδεικνύουν ότι η υγεία του τέκνου που θα γεννηθεί αποτελεί αναγκαίο συστατικό στοιχείο του οικογενειακού προγραμματισμού. Στην περίπτωση που η τελευταία δεν είναι δεδομένη, τουλάχιστον ως προς την απουσία αρκετά σοβαρών ασθενειών, η αποφυγή άλλως η διακοπή της κύησης αναδεικνύεται ως αναγκαία επιλογή.

4.2. Επιλογή διακοπής της κύησης λόγω σοβαρής παθολογικής ένδειξης

Όπως αναλύθηκε στο προγενέστερο κεφάλαιο, τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης επιδρούν ουσιωδώς στη διαμόρφωση της ιατρικής εικόνας αναφορικά με την υγεία του εμβρύου και τις πιθανότητες που φέρει η κύηση να οδηγήσει στη γέννηση ενός υγιούς νεογνού.[437] Χάρη στην προγεννητική διάγνωση[438], ο γενετιστής μπορεί, αφού εντοπίσει μία σειρά από γενετικές ανωμαλίες και παθολογικές καταστάσεις του κυοφορούμενου, να επιχειρήσει την αποκατάσταση της παθογένειας μέσω της προγεννητικής θεραπείας.[439] Μέγιστη πρόκληση αποτελούν οι

ταυτόχρονα να συνοδεύονται από χρωμοσωμικό λάθος, έχοντας ως αποτέλεσμα ετεροκαρυοτυπικούς μονοζυγώτες, ένα με σύνδρομο Down και τον άλλο φυσιολογικό.

[435] *Cameron C/ Williamson R.* Is there an ethical difference between preimplantation genetic diagnosis and abortion? J Med Ethics 2003, τ. 29, σσ. 90-2.

[436] βλ.*Ψαρούλης Δ./ Βούλτσος Π.* 2010 σσ. 171-172. Επίσης βλ. *Murphy Therese / Cuinn O Gearoid* Works in Progress: New Technologies and the European Court of Human Rights, Human Rights Law Review 10:4 εκδ. Oxford University Press ., 2010, τ.10, τεύχ. . 4.,σ. 604

[437] Σύμφωνα με την *Αντωνίου Δ. Θεοδώρα*: ο έλεγχος του εμβρύου in vivo με την προγεννητική διάγνωση, και ο έλεγχος του εμβρύου in vitro με την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, αποτελούν τεχνικές δυνατότητες, μέσα από τις οποίες λαμβάνονται πληροφορίες για την κατάσταση του οργανισμού ως εμβρύου,βλ. *Αντωνίου Δ. Θεοδώρα*, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975,σ.137

[438] βλ. *Πολίτη Χάρη*, Ιατρικό Δίκαιο, Αθήνα 1999, σελ. 167

[439] Ο *Μάλλιος αναφέρει ότι ο σκοπός των* προγεννητικών εξετάσεων στα έμβρυα είναι για να διαπιστωθεί-να επιβεβαιωθεί ή να αποκλεισθεί η ύπαρξη γενετικού νοσήματος και θέτουν το δίκαιο αντιμέτωπο με σημαντικά διλήμματα..επίσης ότι αυτή η δυνατότητα διεξαγωγής προγεννητικών ελέγχων στα έμβρυα επιτρέπει την επίβλεψη της πορείας της εγκυμοσύνης, προσφέροντας τη δυνατότητα να διαπιστωθούν τυχόν γενετικές ανωμαλίες του

περιπτώσεις, κατά τις οποίες η εντοπισμένη παθολογική εμβρυϊκή ένδειξη που προμηνύει τη γέννηση νεογνού με σοβαρές βλάβες δεν επιδέχεται θεραπείας κατά τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης. Ο μέλλων γονέας καλείται να επιλέξει ανάμεσα στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού, με όσα αυτή συνεπάγεται για την προσπάθεια ανατροφής του, και στον τερματισμό της κύησης. Ο προβληματισμός που ανακύπτει σχετίζεται με το επιτρεπτό, ή μη, της δεύτερης επιλογής από την έννομη τάξη και, σε επόμενο στάδιο, εφόσον η πράξη δεν αποδοκιμάζεται από το Δίκαιο, υπο ποιές προϋποθέσεις την καθιστά νομικά επιτρεπτή.

Σύμφωνα με το άρθρο 304§2 ΠΚ, η τεχνητή διακοπή της κύησης, ακόμα και όταν συντρέχει συναίνεση της εγκύου, είναι ποινικά κολάσιμη πράξη που μπορεί να επισύρει ποινή φυλάκισης έως τρία έτη. Το Δίκαιο, ως προαναφέρθηκε, προστατεύει το κυοφορούμενο ως δυνάμει πρόσωπο και ως φορέα της προσδοκίας να εξελιχθεί σε ανθρώπινη ζωή.[440] Ωστόσο, παρόλο που το έμβρυο αποτελεί καταρχήν αντικείμενο ποινικής προστασίας, το άρθρο 304 ΠΚ εισάγει αρκετές εξαιρέσεις, κατά τις οποίες η τεχνητή διακοπή της κύησης δεν τιμωρείται. Ειδικότερα, στην παράγραφο 4γ του τελευταίου ορίζεται ότι «δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο (..) από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν, έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού».[441] Στην παράγραφο αυτή, περικλείεται μία από τις σημαντικότερες εξαιρέσεις σε σχέση με το ποινικά κολάσιμο της τεχνητής διακοπής της κύησης, που συντρέχει στην περίπτωση παθολογικού εμβρύου.[442]

Η ένδειξη παθολογίας του εμβρύου[443] αποτελεί μία από τις πιο χαρακτηριστικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες το περιεχόμενο του Νόμου διαμορφώνεται από τα δεδομένα της ιατρικής και της μαιευτικής επιστήμης, στην οποία εμπίπτει η ρυθμιστέα συμπεριφορά. Παρόλο που η τελική ρύθμιση δεν αποτελεί προϊόν αμιγώς ιατρικών παραγόντων, η συμβολή της ιατρικής θεωρίας και πράξης είναι αναντίρρητη, καθώς ο επιβλέπων επαγγελματίας υγείας καθίσταται αρμόδιος να καθορίσει πότε πληρούνται οι προϋποθέσεις για να χαρακτηρισθεί το έμβρυο παθολογικό. Προς την κατεύθυνση αυτή, καταλυτικό ρόλο ασκούν οι διαδικασίες του προγεννητικού ελέγχου, αφού μέσω αυτών πιστοποιείται το πάσχον έμβρυο σε συνδυασμό με το είδος και τη σοβαρότητα της παθολογίας του. Η συμβολή του προγεννητικού ελέγχου ασκεί καθοριστική νομοθετική επιρροή, καθώς η διάταξη του άρθρου 304§4γ ΠΚ αναφέρει ρητά τα μέσα προγεννητικού ελέγχου ως βασική προϋπόθεση για την διαπίστωση της παθολογίας του κυοφορούμενου. Στο επόμενο κεφάλαιο, θα γίνει μία συνοπτική αναφορά στην παράλληλη πορεία που ακολουθεί η περίπτωση του παθολογικού εμβρύου, αφενός στην ιατρική επιστήμη, με την ανάπτυξη της προγεννητικής διάγνωσης, και αφετέρου νομοθετικά, με την τεχνητή διακοπή της κύησης.

εμβρύου, όμως θέτει και το πρόβλημα των ορίων της κανονικότητας με το να επιτρέπει στους γονείς να γνωρίζουν από πολύ νωρίς τα χαρακτηριστικά του εμβρύου και να έχουν τη δυνατότητα να διακόψουν την κύηση.» (*Μάλλιος Κ. Ευάγγελος*, Γενετικές εξετάσεις και δίκαιο, σσ.17, 21-22)

[440] Ο Βιδάλης Κ. Τ. σημειώνει ότι: «Η αξία του κυοφορούμενου θεμελιώνεται ακριβώς σε αυτή την αντικειμενική διάσταση της ανθρώπινης αξίας. Πράγματι, η κυοφορία του ανθρώπινου εμβρύου εκφράζει μια 'προσδοκία' για την αναπαραγωγή του είδους, υλοποιώντας τον παραπάνω κανόνα. Η προσδοκία αυτή μεγαλώνει, όσο εξελίσσεται η κυοφορία.» (*Βιδάλης Κ. Τ.*, Βιοδίκαιο, , σ.191)

[441] βλ. Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σελ. 84, επίσης Συμεωνίδου-Κστανίδου Ελισάβετ, Εγκλήματα κατά της ζωής, σ. 841

[442] βλ. Παναγοπούλου-Κουντατζή Φερενίκη, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, , σ.201

[443] βλ. Βλαχόπουλο Σ., Προγεννητικός έλεγχος και ατομικά δικαιώματα, Δικαιώματα του Ανθρώπου, ΔτΑ Ν14/2002, σ. 366

4.3. Εξέλιξη προγεννητικού ελέγχου και εναρμόνιση της νομοθεσίας

Στην ιατρική πρακτική, οι εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου στο in vivo έμβρυο άρχισαν να εφαρμόζονται κατά τη δεκαετία του 1970.[444] Το 1976, η τεχνική του υπερηχογραφήματος ήταν έτοιμη προς αξιοποίηση, μετά από μια εξελικτική πορεία εκατό περίπου ετών. Τα θεμέλια της τεχνικής τέθηκαν τις πρώτες δεκαετίες του 19ου ενάτου αιώνα, από επιστήμονες φυσικούς που κατάφεραν να μετρήσουν την ταχύτητα του ήχου. Έτσι, άρχισε να αναπτύσσεται η επιστήμη των υπερήχων και οι πρώτοι υπέρηχοι αξιοποιήθηκαν στην Ιατρική στις αρχές του 20ου αιώνα. Στη μαιευτική, οι υπέρηχοι χρησιμοποιούνται για τρισδιάστατη απεικόνιση του εμβρύου και παρακολούθηση της εξέλιξης της ανάπτυξής του, όπως το σχήμα του, η καρδιακή λειτουργία του και τα ζωτικά του όργανα. Η αμνιοπαρακέντηση αποτελεί σήμερα μία ακόμη βασική διαδικασία προγεννητικού ελέγχου, η οποία τελείται επί σειρά σαράντα ετών. Έπεται του υπερηχογραφικού ελέγχου και μέσω αυτής λαμβάνεται αμνιακό υγρό με σκοπό να προσδιορισθούν μέσα από την εξέταση των αμνιακών κυττάρων χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου και άλλες πιθανές διαταραχές. Το σύνδρομο Down η άλλως το πρόβλημα της τρισωμίας 21 ήταν από τις πρώτες παθήσεις, που διαγνώσθηκαν τη δεκαετία του 1970 μέσω του προγεννητικού ελέγχου στο στάδιο της κύησης. Την ίδια δεκαετία ανιχνεύθηκε μέσω της προγεννητικής διάγνωσης το γονίδιο της δρεπανοκυττάρωσης. Έκτοτε, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης έχει κάνει αλματώδη βήματα, με αποτέλεσμα, σήμερα, να είναι εφαρμόσιμος και ο μη επεμβατικός προγεννητικός έλεγχος, ο οποίος ανιχνεύει εμβρυικό γενετικό υλικό στο αίμα της μητέρας, προκειμένου αυτό να αξιολογηθεί σε σχέση με πιθανές ανωμαλίες.

Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, η οποία αποδίδεται στην ανάπτυξη μονάδων εντατικής θεραπείας με σημαντική βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, στην καλύτερη αντιμετώπιση των επιπλοκών του τοκετού και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Επιπλέον, ο προγεννητικός έλεγχος και ο εντοπισμός συγγενών ανωμαλιών οδηγούν, μερικές φορές, σε προγραμματισμένη διακοπή της κύησης, συνεισφέροντας στη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας. Ωστόσο, παρά τη βελτίωση του προγεννητικού ελέγχου και της περιγεννητικής φροντίδας, το συγκριτικά χαμηλότερο ποσοστό μείωσης της βρεφικής θνησιμότητας που οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες συγκριτικά με τη συνολική βρεφική θνησιμότητα αντικατοπτρίζει την έλλειψη αποτελεσματικής περίθαλψης νεογνών με συγγενείς ανωμαλίες[445].

Η αξία του προγεννητικού ελέγχου είναι αναντίρρητη. Η σημασία που έχει για κάθε μέλλοντα γονέα η γέννηση ενός υγιούς παιδιού το οποίο θα μπορεί να εξελιχθεί σε ενήλικα με αυτοσυνείδηση και δυνατότητα για αυτοσυντήρηση είναι κομβική. Η προσπάθεια εντοπισμού και ίασης πιθανών εμβρυικών ανωμαλιών αλλά και η δυνατότητα τερματισμού της εγκυμοσύνης σε μη αναστρέψιμες σοβαρές καταστάσεις αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικές υπηρεσίες της ιατρικής επιστήμης στον άνθρωπο και στην αναπαραγωγική διαδικασία ως πτυχή της ανθρώπινης προσωπικότητας. Η εναρμόνιση του Δικαίου με το σκοπό της πρακτικής αυτής αποδεικνύεται μέσα από την παράλληλη πορεία της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή της κύησης και της εξέλιξης του προγεννητικού ελέγχου.

---

[444] βλ. Μάλλιος Κ. Ευάγγελος, Γενετικές εξετάσεις και Δίκαιο, σ.18

[445] *Rosano A, Botto LO, Botting B, Mastroiacovo P.* Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: an international perspective. J Epidemiol Community Health, 2000, τ. 54, σσ. 660-6.

Ειδικότερα, η επιρροή που άσκησε ο προγεννητικός έλεγχος στη ρύθμιση της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή της κύησης καθίσταται εμφανής μέσω της εισαγωγής της ένδειξης του παθολογικού εμβρύου ως μη ποινικά κολάσιμης συνθήκης με το άρθρο 5§3 του ν. 821/1978 «Περί αφαιρέσεων και μεταμοσχεύσεων βιολογικών ουσιών ανθρώπινης προελεύσεως».[446] Στην τρίτη παράγραφο της διάταξης αυτής που έχει τίτλο «Αφαιρέσεις εκ ζώντων ανθρώπων» ορίζεται ότι: «Επιτρέπεται η άμβλωσις (τεχνητή έκτρωσις) μέχρι και της 20ης εβδομάδος, εις τας περιπτώσεις, εις τας οποίας ήθελον διαπιστωθή διά των συγχρόνων μέσων προγνωστικού ελέγχου (προγεννητική διάγνωσις), σοβαραί ανωμαλίαι του εμβρύου, επαγόμεναι την γέννησιν παθολογικών νεογνών.» Παρατηρείται επομένως η πρώτη εναρμόνιση του Δικαίου με την καθιερωμένη-για μία δεκαετία εκείνη την εποχή-πρακτική του προγεννητικού ελέγχου, μέσω του οποίου διαπιστώνονταν σοβαρές ανωμαλίες του κυοφορούμενου εμβρύου, που δικαιολογούσαν τον τερματισμό της κύησης. Η ένδειξη αυτή διατηρείται μέχρι και σήμερα. Στον επόμενο νόμο-σταθμό για τις αμβλώσεις, το ν. 1609/1986[447] με τίτλο «Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις», τον οποίο αποτυπώνει το άρθρο 304ΠΚ, ορίζεται ότι «δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα αν έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από εικοσιτέσσερις εβδομάδες».[448] Το άρθρο αυτό ισχύει μέχρι και σήμερα με το ίδιο περιεχόμενο μετά και τη θέση σε ισχύ του νέου Ποινικού Κώδικα, από 01.04.2019, με τις τροποποιήσεις που επέφερε ο πρόσφατος ν. 4619/2019, για τις οποίες θα γίνει μνεία στα επόμενα κεφάλαια.[449]

Καταληκτικά, παρατηρείται ότι η χρήση των μέσων προγεννητικής διάγνωσης από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα έχει διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στη δυνατότητα ελέγχου της υγείας των εμβρύων. Η ικανότητα εντοπισμού ενός παθολογικού εμβρύου αποτελεί τη δικαιολογητική βάση για το επιτρεπτό του τερματισμού μιας εγκυμοσύνης από την ποινική νομοθεσία, η οποία εισήγαγε την περίπτωση του παθολογικού κυοφορούμενου ως μία από τις κυριότερες εξαιρέσεις ως προς την ποινική αποδοκιμασία που αποδίδει η έννομη τάξη στην τεχνητή διακοπή της κύησης. Στη συνέχεια, θα εξετασθούν επιμέρους ζητήματα που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση της ιατρικής εφαρμογής του προγεννητικού ελέγχου και της αξιολογικής θεώρησης που αναπτύσσει αντίστοιχα η έννομη τάξη.

4.4. Τεχνητή διακοπή της κύησης λόγω σοβαρής παθολογικής ένδειξης και Συνταγματικό Δίκαιο

[446] ΦΕΚ Α 173-14.10.1978
[447] ΦΕΚ 86/ Α/3.7.1986
[448] βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά της ζωής, σ.18
[449] Σε διεθνές επίπεδο, ο προγεννητικός έλεγχος κατοχυρώθηκε με τη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Oviedo), η οποία κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998(ΦΕΚ Α 132). Στο άρθρο 12 ορίζεται ότι οι «εξετάσεις που προβλέπουν την εμφάνιση γενετικών νόσων ή που χρησιμοποιούνται είτε για την αναγνώριση του υποκειμένου ως φορέα γονιδίου υπεύθυνου για νόσο είτε για την ανίχνευση γενετικής προδιάθεσης ή δεκτικότητας για νόσο, επιτρέπεται να διενεργούνται μόνο για λόγους υγείας ή για επιστημονική έρευνα που σχετίζεται με λόγους υγείας, και υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης γενετικής συμβουλευτικής.» (*Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής*, 2008, σ. 369)

Η προγεννητική διάγνωση αποσκοπεί στη διάγνωση γενετικών ανωμαλιών που ενδέχεται να οδηγήσουν στη γέννηση νεογνού με σοβαρό πρόβλημα υγείας. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη δίδει τη δυνατότητα στον μέλλοντα γονέα να έχει πρόσβαση στην κλινική εικόνα της υγείας του τέκνου που θα φέρει στη ζωή, και σε περίπτωση που το τελευταίο πάσχει από μία γενετική ανωμαλία, ο μέλλων γονέας διαθέτει την επιλογή συνέχισης ή διακοπής της κύησης, με όποιες συνέπειες αυτή συνεπάγεται. Η στάση που τηρεί ο νομοθέτης έναντι των πρακτικών του προγεννητικού ελέγχου σε σχέση με την τεχνητή διακοπής της κύησης, αξίζει να εξετασθεί πρωτίστως από τη σκοπιά του Συνταγματικού Δικαίου.

Το ενδιαφέρον της έννομης τάξης είναι εύλογο[450] για ένα ζήτημα όπως αυτό της τεχνητής διακοπής της κύησης, το οποίο σχετίζεται τόσο με τον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής όσο και με το ζήτημα της προστασίας θεμελιωδών έννομων αγαθών, όπως η ζωή και η υγεία του κυοφορούμενου και της γυναίκας. Ο νομοθέτης έχει συμφέρον να παρέμβει στην επιστημονική πρακτική και στη δυνατότητα της γυναίκας να επωφεληθεί των παρεχόμενων θεραπευτικών υπηρεσιών της ιατρικής επιστήμης, προκειμένου να προστατεύσει τα έννομα αγαθά στα οποία η ιατρική πρακτική επιδρά. Η επιλογή της κατάλληλης ρύθμισης είναι ο σκοπός που οφείλει να πετύχει ο νομοθέτης έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ισορροπία ανάμεσα στην προστασία των υποκειμένων δικαίου και τον περιορισμό της επιστημονικής πρακτικής και της ατομικής ελευθερίας.[451] Σε κάθε περίπτωση, η ρυθμιστική επιλογή του κοινού νομοθέτη πρέπει να κινείται μέσα στα όρια που χαράσσει το Σύνταγμα και να είναι εναρμονισμένη με την αρχή της αναλογικότητας.[452]

Η δυνατότητα τεχνητής διακοπής της κύησης σε περίπτωση που ο προγεννητικός έλεγχος αποτυπώνει ένα παθολογικό έμβρυο, δεν εκ φεύγει του ενδιαφέροντος του Συνταγματικού Δικαίου, καθώς είναι σκόπιμο να εξετασθούν οι ισορροπίες ανάμεσα στα επιμέρους συνταγματικά δικαιώματα και, αναλόγως, στο επιτρεπτό ή μη της άμβλωσης.[453] Το Σύνταγμα, όπως προκύπτει από το συνδυασμό των άρθρ. 2 παρ.1Σ και άρθρ. 5 παρ. 2Σ, υποχρεώνει το Κράτος να προστατεύει την ανθρώπινη ζωή, στην οποία εμπίπτει και η αγέννητη. Επίσης, υποχρεώνει το Κράτος σε σεβασμό και προστασία της αξίας του ανθρώπου, στην ολότητά του, ως έμβιου όντος, άρα και ως εμβρύου[454]. Ανθρώπινη αξία ενέχει και η αγέννητη ζωή, όπερ έστι ο λόγος για τον οποίο το έμβρυο

---

[450] Κατά την *Κριάρη-Κατράνη Ισμήνη*: «Τα θέματα της υγείας αποτελούν, όμως, κατ' εξοχήν πολιτειακούς στόχους, για την επίτευξη των οποίων είναι απαραίτητη η δεσμευτική ρύθμιση μέσω της συναινέσεως» (*Κριάρη- Κατράνη Ισμήνη*, Βιοϊατρικές εξελίξεις και Συνταγματικό Δίκαιο, εκδ. Σάκκουλας, 1994, σ.32)

[451] Σύμφωνα με τον *Παυλόπουλο Προκόπη*: «Και μόνο η απλή ανάγνωση του νόμου αφήνει να διαφανούν έντονα τα σημάδια της πολιτικής αλλά και της θεσμικής αγωνίας του κοινού νομοθέτη, ο οποίος, ασθμαίνοντας, και έχοντας οπωσδήποτε επίγνωση των ορίων και των συναφών ατελειών της κανονιστικής του πρωτοβουλίας, προσπαθεί να ακολουθήσει την αλματώδη ανάπτυξη της επιστήμης, και να διαδραματίσει όσο είναι εφικτό, έναν δύσκολο διπλό ρόλο: Από τη μία πλευρά να μην παρεμποδίσει την ανάπτυξη αυτή, ενώ από την άλλη, να αναχαιτίσει, για το παρόν και το μέλλον, τις ενδεχόμενες παρενέργειές της πάνω σε καίριας σημασίας συνταγματικά δικαιώματα». (*Παυλόπουλος Προκόπης,* Συνταγματικές όψεις του δικαιώματος αναπαραγωγής, Δικαιώματα του Ανθρώπου, ΔτΑ No 23/2004, σ. 885)

[452] βλ. *Δαγτόγλου Π.*, Ατομικά Δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλας, 2012, σελ.144, Χρυσόγονο Κ., Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Νομική Βιβλιοθήκη, τέταρτη έκδοση, σ.83, Βλαχόπουλο Σ, Θεμελιώδη δικαιώματα, Γενική Θεωρία των συνταγματικών δικαιωμάτων, σ.25

[453] Κατά την *Κριάρη- Κατράνη Ισμήνη*:« Η λειτουργία των θεμελιωδών δικαιωμάτων δεν περιορίζεται, από την 'παραδοσιακή' τους έννοια, αλλά ερμηνεύεται βάσει του νέου τους περιεχομένου: της προστασίας του ανθρώπου έναντι των νέων κινδύνων, οι οποίοι δεν οφείλονται πλέον στις αντιδημοκρατικές παρεκκλίσεις του κρατικού μηχανισμού αλλά στις εγγενείς και δύσκολα προβλεπόμενες και ελεγχόμενες δυνατότητες της επιστήμης». *Κριάρη-Κατράνη Ισμήνη,* , σ. 45

[454] *Χρυσόγονος,* Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, 1998, σ.107, επίσης βλ.*Ράικος Αθ.* Παραδόσεις συνταγματικού Δικαίου, Τα θεμελιώδη δικαιώματα, ΙΙ, εκδ. γ΄, 1986 σ. 47 επ.

προστατεύεται και έναντι της μητέρας του, με την κατά κανόνα υποχρέωση αυτής να συνεχίσει την κυοφορία. Όμως, η προστασία της αγέννητης ζωής δεν είναι κατά το Σύνταγμα απόλυτη, ώστε να έχει προτεραιότητα έναντι κάθε άλλου έννομου αγαθού, γι' αυτό και είναι συνταγματικά επιτρεπτή η άρση της δικαιικής υποχρέωσης συνέχισης και διατήρησης της κύησης, μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, ο προσδιορισμός των οποίων πραγματοποιήθηκε από το νομοθέτη στο άρθρ. 304 παρ. 4ΠΚ.[455] Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια, το παθολογικό έμβρυο εντοπίζεται με τα μέσα του προγεννητικού ελέγχου, η δυνατότητα εφαρμογής του οποίου ήταν απόρροια της τεχνολογικής εξέλιξης, σε σημείο που να μπορεί να αξιοποιηθεί από την ιατρική επιστήμη σε ό,τι αφορά στη δυνατότητα διάγνωσης ασθενειών κατά την κυοφορία. Συνταγματικά, οι εξετάσεις προγεννητικής διάγνωσης εμπίπτουν στο προστατευτικό περιεχόμενο του άρθρ. 16§1Σ, το οποίο ορίζει ότι «η τέχνη και η επιστήμη, η έρευνα και η διδασκαλία, είναι ελεύθερες, ενώ η ανάπτυξη και η προαγωγή τους αποτελεί υποχρέωση του κράτους». Στο πλαίσιο αυτής της συνταγματικής διάταξης, ο επιστήμονας είναι ελεύθερος να αναπτύσσει ερευνητικά το επιστημονικό του έργο καθώς και να το εφαρμόζει, προκειμένου αυτό να αξιοποιηθεί πρακτικά προς όφελος του ασθενή. Ωστόσο, υπάρχει σαφής οριοθέτηση της επιστημονικής έρευνας και της εφαρμογής της από την ισχύ των συνταγματικών δικαιωμάτων των εμπλεκομένων υποκειμένων. Στην ιατρική επιστήμη, οποιαδήποτε ιατρική επέμβαση στο σώμα ασθενούς απαιτείται να διενεργείται μετά από πλήρη ενημέρωση και συγκατάθεση του τελευταίου.[456] Στην ιατρική πράξη,

---

[455] βλ. απόφαση του Ομοσπονδιακού Συνταγματικού Δικαστηρίου της Γερμανίας, σχολιαζόμενη από την *Συμεωνίδου-Καστανίδου*, για τον ανάλογο προβληματισμό: Η απόφαση του Ομοσπονδιακού Δικαστηρίου της Γερμανίας της 28.5.1993, σχετικά με τη συνταγματικότητα της νομικής ρύθμισης για τη διακοπή της κύησης, Υπεράσπιση 1993, σ. 1237.

[456] Προκειμένου να αποφευχθεί τόσο η αστική όσο και η ποινική ευθύνη, είναι επιτακτική η λήψη της «ενημερωμένης συγκατάθεσης» ενός ασθενούς πριν από οποιαδήποτε ιατρική διαδικασία. Η ενημερωμένη συγκατάθεση πρέπει να διέπεται από τα παρακάτω:

1.Οι ασθενείς πρέπει να έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους.

2.Η συμμετοχή τους στις αποφάσεις αυτές πρέπει να λαμβάνει χώρα χωρίς εξαναγκασμό ή χειραγώγηση.

3.Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να καταλήξουν με όσο γίνεται πιο πλήρη τρόπο στην εκάστοτε απόφαση. Ο στόχος της διαδικασίας ενημέρωσης – συναίνεσης είναι η προστασία της προσωπικής ευεξίας και της ατομικής αυτονομίας, μέσα από την παροχή πληροφοριών σχετικά με τη διαδικασία, τους κινδύνους της υπό εξέταση ιατρικής παρέμβασης, αλλά και τις εναλλακτικές λύσεις που μπορεί να υπάρχουν. Η ενημερωμένη συγκατάθεση περιλαμβάνει την ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την ιατρική κατάσταση, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και τα οφέλη και τους κινδύνους αυτών των εναλλακτικών λύσεων. Γενικά, η διαδικασία της ενημερωμένης συγκατάθεσης περιλαμβάνει τα εξής:

Παρέχονται στην ασθενή τις πληροφορίες που χρειάζεται για να πάρει μια συνειδητή, τεκμηριωμένη απόφαση σχετικά με τις επιλογές που αφορούν την εγκυμοσύνη της, και, αν επιλέξει την άμβλωση, σχετικά με τις μεθόδους αποβολής που διαθέτει.

·Πλήρης κι κατανοητή απάντηση στις ερωτήσεις του ασθενούς, όπως αυτές που αφορούν τον τρόπο διεξαγωγής της διαδικασίας, το χρονικό διάστημα που απαιτείται και τα προβλήματα πόνου και ασφάλειας.

·Τήρηση όλων των πρωτοκόλλων με εντολή του κράτους.

·Σε περιπτώσεις αναλφαβητισμού ή γλωσσικών εμποδίων, το ιατρικό προσωπικό οφείλει να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τις πληροφορίες μέσω οπτικοακουστικών μέσων, μεταφραστών και, ει δυνατόν, γραπτού υλικού στη γλώσσα του ασθενούς.

·Αναβολή της διαδικασίας, εάν η χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ ή άλλες καταστάσεις έχουν επηρεάσει την κατανόηση και την ικανότητα συναίνεσης του ασθενούς.

·Απόκτηση της υπογραφής του νόμιμου κηδεμόνα / γονέα, εάν ο ασθενής έχει ψυχικές ή αναπτυξιακές αναπηρίες που εμποδίζουν την κατανόηση.

·Απαίτηση τεκμηρίωσης ικανότητας από έναν ψυχίατρο, εάν ο ασθενής έχει ιστορικό ψυχωσικών επεισοδίων.

·Υπογραφή των εντύπων συναίνεσης, που περιλαμβάνουν όλα τα στοιχεία της ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Η διενέργεια ιατρικών πράξεων με τη συναίνεση του ασθενούς, αναφέρεται θεμελιακά στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική, στη Σύμβαση του Οβιέδο του 1997. Επιπρόσθετα, σε ότι αφορά το δικαίωμα της ενημέρωσης, αναφέρεται στο Νόμο 2619/1998 και συγκεκριμένα στο άρθρο 5, ότι επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνο αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του και κατόπιν πρότερης σχετικής ενημέρωσής του ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης καθώς και ως προς τα επακόλουθα

η αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης απορρέει από την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς και αποτελεί την απάντηση στην αρχή του ιατρικού πατερναλισμού, που έθετε σε υπεροχή την ιατρική αυθεντία. Συνταγματικά, στηρίζεται στην προστασία της ελευθερίας του ανθρώπου υπό το πρίσμα του άρθρ. 5Σ.[457] Επομένως, οι εξετάσεις που περιλαμβάνει ο προγεννητικός έλεγχος απαιτείται να διενεργούνται κατόπιν συγκατάθεσης της εγκύου, ειδάλλως προσβάλλουν την αυτονομία και την ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητάς της. Ωστόσο, ως προς το κυοφορούμενο, το ζήτημα που ανακύπτει σχετίζεται με την προστασία της γενετικής του ταυτότητας και τη φυσική του αδυναμία να εκφράσει ιδία βούληση, δεδομένου ότι είναι οργανικά συνδεδεμένο με το γυναικείο σώμα και στερείται επαρκούς σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης, ώστε δεν αποτελεί πρόσωπο και δεν του αναγνωρίζονται διαθέσεις, βούληση και συμφέροντα, όπως στα πλήρη φυσικά πρόσωπα. Το άρθρ. 5§5Σ προβλέπει ότι «καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Όμως, όπως αναλύθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, το έμβρυο δεν θεωρείται υποκείμενο, αλλά αντικείμενο δικαίου, και δεν αναγνωρίζεται ως φορέας δικαιωμάτων γιατί δεν είναι πλήρες, ενεστώς, φυσικό πρόσωπο, με αποτέλεσμα να μην προστατεύεται από την προαναφερθείσα διάταξη. Η διενέργεια των προγεννητικών εξετάσεων είναι συνταγματικά επιτρεπτή, καθόσον καλύπτεται από την κανονιστική εμβέλεια του άρθρ.16Σ από την πλευρά του γιατρού και εναρμονίζεται με την ελευθερία της γυναίκας κατ' αρθρ.5Σ, εφόσον έπεται της πλήρους ενημέρωσης και ρητής της συγκατάθεσης.[458]

Για τους λόγους αυτούς, ο κοινός νομοθέτης έχει κατοχυρώσει νομοθετικά τον προγεννητικό έλεγχο με την κύρωση της Σύμβασης του Οβιέδο μέσω του ν. 2619/1998[459], τον οποίο αναφέρει ρητά στο άρθρο 304 του Ποινικού Κώδικα. Επιπρόσθετα, με την υπουργική απόφαση ΥΑ Α3β//1987 (ΥΑ Α3β/οικ{2799 ΦΕΚ Β 103 1987) «Προστασία της υγείας της γυναίκας που υποβάλλεται σε τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης» καθορίστηκαν πιο εξειδικευμένα ζητήματα που σχετίζονται με την προγεννητική διάγνωση. Ειδικότερα, με το άρθρο 3 ορίζεται ότι η τεχνητή διακοπή της κύησης μετά τη συμπλήρωση της δωδέκατης εβδομάδας, οπότε και στην περίπτωση του παθολογικού εμβρύου, γίνεται αποκλειστικά σε Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και

και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Συνεχίζοντας, στο άρθρο 10 αναφέρεται ότι όλοι, μέσα σε ό,τι καθορίζεται από το δικαίωμα στον σεβασμό της προσωπικής τους ζωής, οι ασθενείς διατηρούν και το συνεπακόλουθο δικαίωμα στην πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Παράλληλα, επειδή είναι πιθανό να υπάρξουν και τέτοιες περιπτώσεις, θα πρέπει να γίνεται εξίσου σεβαστή η απόφαση κάποιου ατόμου να μην ενημερώνεται σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. (Ν. 2619/1998, ΦΕΚ Α'132, Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική.)

[457] «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 ήθη.»

[458] Σύμφωνα με τον *Βλαχόπουλο Σ.* επιπρόσθετες προϋποθέσεις για τη συνταγματικότητα του προγεννητικού ελέγχου, ως προς τις οποίες πρέπει να μεριμνήσει ο κοινός νομοθέτης είναι οι εξής: πρώτον, ο κρατικός έλεγχος και η ανάγκη θέσπισης διαδικασίας αδειοδότησης των μεθόδων και των εργαστηρίων που θα διενεργούν τους ελέγχους, δεύτερον, η τέλεση των εξετάσεων προγεννητικού ελέγχου με σκοπό τη διάγνωση κάποιας σοβαρής ασθένειας και τρίτον, η τήρηση του απορρήτου ως προς την χρήση των γενετικών πληροφοριών που προκύπτουν από την προγεννητική διάγνωση. Βλ. *Βλαχόπουλος Σπύρος*, Προγεννητικός έλεγχος και ατομικά δικαιώματα. Οι σύγχρονες εξελίξεις της γενετικής, η επιστημονική ελευθερία και το δικαίωμα στην γενετική άγνοια, ΔτΑ Νο 14/2002, σσ.371-373

[459] Η Διακήρυξη της UNESCO στο αρθ.6, και η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης στο αρθ.11, ρυθμίζουν την απαγόρευση των διακρίσεων με βάση τα γενετικά χαρακτηριστικά , επιχειρούν να οριοθετήσουν την προστασία της υγείας από την ευγονική και στη Σύσταση (90)13 του Συμβουλίου της Ευρώπης, επισημαίνεται ότι οι προγεννητικές εξετάσεις πρέπει να έχουν μοναδικό σκοπό την ανίχνευση σοβαρού κινδύνου για την υγεία του εμβρύου και ότι η διενέργεια τέτοιου ελέγχου δεν μπορεί να αποτελεί όρο για ιατρική ασφάλεια ή ιατρικές παροχές.

των Ενόπλων Δυνάμεων, ενώ η έγκυος πρέπει να λαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη από τον υπεύθυνο μαιευτήρα γιατρό της σε συνεργασία με ψυχολόγο.

Ακολούθως, το άρθρο 4 προβλέπει ότι οι εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου πρέπει να διενεργούνται σε νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ., σε Πανεπιστημιακά ή σε Στρατιωτικά νοσοκομεία, προκειμένου να διασφαλίζεται η ασφάλεια της διαδικασίας και η υγεία της γυναίκας. Στην παράγραφο 2 του άρθρου 4 αναφέρονται ονομαστικά οι εξετάσεις της προγεννητικής διάγνωσης, που είναι οι εξής: λήψη αίματος από τη μητέρα, απλός ακτινολογικός έλεγχος του εμβρύου, αμνιογραφία, εμβρυογραφία, εμβρυϊκή ηλεκτροκαρδιογραφία, υπερηχογραφικός έλεγχος, εμβρυοσκόπηση, πλακουντοκέντηση, αμνιοπαρακέντηση και λήψη τροφοβλαστικού ιστού. Η έγκυος πρέπει να υπόκειται σε συνεχή συμβουλευτική παρακολούθηση από τον επιβλέποντα γιατρό της, ενώ οι δαπάνες νοσηλείας της καλύπτονται από τον ασφαλιστικό οργανισμό στον οποίο εντάσσεται. Τέλος, το άρθρο 6 καθορίζει και τις ημέρες αδείας που δικαιούται η έγκυος, στην περίπτωση που προχωρήσει σε άμβλωση, οι οποίες ανέρχονται σε πέντε, όταν η κύηση έχει υπερβεί τη δωδέκατη εβδομάδα. Η ρύθμιση των λεπτομερειών αυτών από τη Διοίκηση, με την εξουσιοδότηση που της παρέχει ο Νόμος, αναδεικνύει τη σπουδαιότητα της προγεννητικής διάγνωσης, έχουσα πλέον καταστεί ιατρικός θεσμός. Η επέμβαση του νομοθέτη γίνεται προς το σκοπό διασφάλισης των λεπτομερειών της προγεννητικής διαγνωστικής πρακτικής βάσει των δεδομένων της ιατρικής πράξης ώστε να προστατευθεί η υγεία και η ζωή της γυναίκας. Σε κάθε περίπτωση, μέσω του προγεννητικού ελέγχου, επιτυγχάνεται η απεικόνιση της υγείας του κυοφορούμενου και η δυνατότητα διάγνωσης τυχόν ανωμαλιών, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε άμβλωση, όταν η παθογένεια του εμβρύου είναι ιδιαίτερα σοβαρή.

Τα ζητήματα συνταγματικότητας που σχετίζονται με τον προγεννητικό έλεγχο δεν εξαντλούνται μόνο στη διαδικασία του προγεννητικού ελέγχου και στο θεμιτό διενέργειας των εξετάσεων που περιλαμβάνει. Ο προγεννητικός έλεγχος είναι συνδεδεμένος με την τεχνητή διακοπή της κύησης, στο βαθμό που γίνεται διάγνωση ενός παθολογικού εμβρύου και η άμβλωση υφίσταται πλέον ως επιλογή. Έρχεται ξανά στο προσκήνιο το δίλημμα του επιτρεπτού, ή μη, της τεχνητής διακοπής της κύησης από την έννομη τάξη, εφόσον η γυναίκα δεν επιθυμεί να γεννήσει το κυοφορούμενο. Το τελευταίο προστατεύεται ως αντικείμενο δικαίου και ως δυνάμει πρόσωπο, και στην περίπτωση του παθολογικού εμβρύου, ο νομοθέτης καλείται να εναρμονίσει το δικαίωμα της εξελισσόμενης, εν δυνάμει, ζωής του εμβρύου με τα συνταγματικά δικαιώματα της γυναίκας.

Το δικαίωμα της γυναίκας στη διακοπή της κύησης είναι απόρροια της αρνητικής όψεως του δικαιώματος αναπαραγωγής. Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή ή στη μη αναπαραγωγή δεν κατοχυρώνεται ρητά στο Σύνταγμα, αποτελεί όμως συνιστώσα του δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ανθρώπου βάσει του άρθρου 5&1 του Συντάγματος.[460] Στα

[460] Ενδιαφέρον παρουσιάζει η προσέγγιση του Παυλόπουλου Προκόπη ο οποίος συνδέει το δικαίωμα της αναπαραγωγής με το θεσμό της οικογένειας και το άρθρο 21§1 Σ. Σύμφωνα με αυτόν «το δικαίωμα της αναπαραγωγής δε μπορεί να νοηθεί αποσυνδεδεμένο από τον κατά άρθρο 21§1 Σ θεσμό της οικογένειας. Πρωτίστως, διότι το δικαίωμα αυτό, από την ίδια του τη φύση, όταν ασκείται τείνει να οδηγήσει, κατ΄ αποτέλεσμα, στη δημιουργία οικογένειας, όπως την εννοεί το Σύνταγμα». Όμως η δυνατότητα της αναπαραγωγής του ανθρώπου είναι αποτέλεσμα φυσικών ιδιοτήτων και λειτουργιών του ανθρώπινου σώματος που υφίστανται ανεξάρτητα από το θεσμό του γάμου και της νομικής οικογένειας. Επίσης οι δεσμοί συγγένειας με τα τέκνα σύμφωνα με τον ΑΚ δεν καθιερώνονται μόνο μέσω του θεσμού του γάμου αλλά από την πλευρά της μητέρας με την ιατρική βεβαίωση του γεγονότος της γέννησης, του δε πατέρα μέσω της εκούσιας ή ακούσιας αναγνώρισης του τέκνου. Βλ.*Παυλόπουλος Προκόπης*, Συνταγματικές όψεις του δικαιώματος της αναπαραγωγής, , ΔτΑ Νο 23/2004, σ. 889) . Κατά τον Βιδάλη Κ. Τ., ωστόσο, το δικαίωμα έχει έρεισμα στο δικαίωμα του ιδιωτικού βίου(άρθρο 9&1β Σ), Βλ. *Βιδάλης Κ. Τ.*, Βιοδίκαιο, Το πρόσωπο, σ.180

προστατευτικά πλαίσια του άρθρου αυτού[461], είναι ατομικό δικαίωμα του ανθρώπου να επιλέγει αν θα γίνει ή όχι γονιός, τον αριθμό των τέκνων που θα αποκτήσει, καθώς και τον τρόπο διαπαιδαγώγησής του, χωρίς ωστόσο να παραβιάζει κανέναν ισχύοντα κανόνα δικαίου. Υπό την αρνητική του όψη, ως δικαίωμα στη μη αναπαραγωγή, το τελευταίο κατοχυρώνεται είτε προληπτικά, μέσω του δικαιώματος στην αντισύλληψη, είτε κατασταλτικά, με τη δυνατότητα για τεχνητή διακοπή της κύησης[462], της οποίας το επιτρεπτό ρυθμίζεται, ωστόσο, νομοθετικά, προς εναρμόνισή της, ως επιλογής, με την προστασία του κυοφορούμενου εμβρύου. Στην περίπτωση του παθολογικού εμβρύου, το δικαίωμα της γυναίκας προς διακοπή της κύησης έχει προβάδισμα έναντι της προστασίας του εμβρύου. Αυτό οφείλεται στο περιεχόμενο του δικαιώματος της αναπαραγωγής, το οποίο περιλαμβάνει το δικαίωμα στη γέννηση και ανατροφή υγιών απογόνων και αντίκειται στον εξαναγκασμό τεκνοποίησης ενός απογόνου με σοβαρό πρόβλημα υγείας.[463] Το γεγονός ότι το έμβρυο δεν είναι πρόσωπο και εξαρτάται οργανικά από την κυοφόρο γυναίκα[464], η οποία έχει την προσδοκία ότι θα φέρει στον κόσμο ένα υγιές τέκνο, δικαιολογεί στην περίπτωση αυτή την υποχώρηση της προστασίας του παθολογικού εμβρύου και το επιτρεπτό της τεχνητής διακοπής της κύησης.

Συνταγματικά, η ευγονική ένδειξη είναι θεμιτή στο βαθμό που η τεχνητή διακοπή της κύησης αποτελεί επιλογή προς αποφυγή γέννησης ενός τέκνου με σοβαρό πρόβλημα υγείας. Όμως, ο αντίλογος που αναπτύσσεται σχετίζεται και με την κριτική ότι η προγεννητική διάγνωση συνεπάγεται τον ποιοτικό έλεγχο της ζωής[465,466], καθώς διαμορφώνεται ένα είδος «ιδιωτικής» ευγονικής.[467] Ο προβληματισμός αυτός δεν αφορά μόνο το in vivo αλλά και το in vitro έμβρυο, το έμβρυο που κατά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή υφίσταται έλεγχο πριν εμφυτευθεί στη μήτρα. Ωστόσο, η ευγονική ένδειξη είναι συνταγματικά αποδεκτή γιατί αποτελεί απόρροια της εναρμόνισης της προστασίας της αγέννητης ζωής με την ελευθερία της γυναίκας και του δικαιώματος στη γέννηση ενός, αν όχι απολύτως υγιούς, όχι πολύ σοβαρά τουλάχιστον ασθενούς τέκνου. Στα κεφάλαια που θα ακολουθήσουν, θα αναλυθούν παρεμπίπτοντα ζητήματα σε σχέση με το παθολογικό έμβρυο, ως εύρημα του προγεννητικού ελέγχου και την εξαίρεση που αυτό εισάγει ως προς την απαξία της άμβλωσης στην ισχύουσα ποινική μας νομοθεσία.

4.5. Η παθογένεια του εμβρύου ως λόγος άρσης του αδίκου της άμβλωσης

Η ένδειξη του παθολογικού εμβρύου συνιστά έναν από τους κυριότερους λόγους άρσης του αδίκου της τεχνητής διακοπής της κύησης, ως ποινικά κολάσιμης πράξης.[468] Η δικαιολογητική

---

[461] βλ. *Κριάρη-Κατράνη Ισμήνη*, Βιοϊατρικές εξελίξεις και Συνταγματικό δίκαιο, σ.68

[462] βλ. *Τροκάνας Δ. Θεόδ*ωρος, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, Η ιδιωτική αυτονομίας και τα όριά της, σ.101

[463] βλ. *Βλαχόπουλος Σ.*, Προγεννητικός έλεγχος και ατομικά δικαιώματα, Οι σύγχρονες εξελίξεις της γενετικής, η επιστημονική ελευθερία και το δικαίωμα στη γενετική άγνοια, ΔτΑ Νο 14/2002, σ. 370

[464] Για την επιλογή τεχνητής διακοπής της κύησης και μέσα στο θεσμό του γάμου βλ. *Τροκάνας Θεόδωρος,* Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, σ.116

[465] βλ. *Μάλλιο Ευ*., Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, ΔτΑ Νο 73/2017, σ.573

[466] Κατά τον *Δαγτόγλου Π.*, από την «απόλυτη» προστασία της ζωής του άρθρου 5§2Σ συνάγεται ότι είναι αντισυνταγματική οποιαδήποτε κρατική ευγονική πολιτική, καθώς και κάθε αντίληψη ότι είναι νοητή ζωή που είναι ανάξια προς το ζειν.. Δαγτόγλου Π.Δ, Συνταγματικό Δίκαιο-Ατομικά Δικαιώματα, 1991, τομ. Α', σ.197

[467] βλ. *Βλαχόπουλος Σ.*, Προγεννητικός έλεγχος και ατομικά δικαιώματα, Οι σύγχρονες εξελίξεις της γενετικής, η επιστημονική ελευθερία και το δικαίωμα στη γενετική άγνοια, ΔτΑ Νο 14/2002, σ. 366

[468] 304§4β ΠΚ

βάση επί της οποίας εδράζεται το σκεπτικό του νομοθέτη, παραμένοντας πάντοτε εντός των ορίων που χαράσσει η προστασία των συνταγματικών δικαιωμάτων, έγκειται στην εξίσωση της παθογένειας του εμβρύου με κατάσταση ανάγκης που χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, τόσο στην ιατρική όσο και στη νομική πραγματικότητα.

Είναι αδιαμφισβήτητη η επιθυμία κάθε μέλλοντα γονέα να αποκτήσει ένα υγιές τέκνο, αν όχι απόλυτα, τουλάχιστον σε τέτοιο βαθμό ώστε οποιαδήποτε παθογένεια να είναι αντιμετωπίσιμη, η δε ποιότητα ζωής του να είναι τέτοια ώστε η τελευταία να μην καθίσταται υπέρμετρα δυσλειτουργική για το ίδιο και τους γονείς του. Ο προγεννητικός έλεγχος αποτελεί την απάντηση της ιατρικής επιστήμης στην ανάγκη των μελλοντικών γονέων να γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας του κυοφορούμενου. Δυστυχώς, γενετικές ανωμαλίες και σοβαρές παθήσεις μπορεί να οδηγήσουν στη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού, ματαιώνοντας την εύλογη προσδοκία του μέλλοντα γονέα να φέρει στη ζωή και να αναθρέψει ένα κατά βάση υγιές τέκνο. Έτσι, το έργο της ανατροφής καθίσταται δυσβάσταχτο για την οικογένεια, ενώ, παράλληλα, και το ίδιο το κυοφορούμενο, εφόσον γεννηθεί, θα στερηθεί της δυνατότητας να συμμετέχει σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνικοπολιτικής ζωής με τον ίδιο τρόπο που εκ φύσεως δύναται να το πράξει ένας μέσος υγιής ενήλικας.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης, ένα παθολογικό έμβρυο, όταν γεννηθεί, ενδέχεται να πάσχει από κάποιο γενετικό νόσημα. Οι βλάβες στα εμβρυϊκά χρωμοσώματα μπορεί να προκαλέσουν πληθώρα νοσημάτων, από ήπια ή βαριά νοητική υστέρηση,σύνδρομο Down, σύνδρομο Patau[469], σύνδρομο Edwards,[470]κυστική ίνωση, νωτιαία μυϊκή ατροφία και πολλές άλλες παθήσεις. Συγκεκριμένη ονομαστική αναφορά τέτοιων «ανωμαλιών» δεν μπορεί να συνταχθεί εκ των προτέρων διότι το εύρος των παθολογικών καταστάσεων είναι μεγάλο από την μία πλευρά και από την άλλη πλευρά η ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης περιορίζει τα όρια του ανίατου[471] και διευρύνει τις δυνατότητες διορθωτικών επεμβάσεων. Κάθε περίπτωση πρέπει να κρίνεται αυτοτελώς διότι ορισμένες εξ αυτών των παθολογικών καταστάσεων δεν είναι μέχρι και σήμερα ιάσιμες, με αποτέλεσμα η ζωή του τέκνου που θα γεννηθεί να στερείται λειτουργικότητας, ενώ, παράλληλα, η ζωή των γονέων καθίσταται υπέρμετρα επαχθής στην προσπάθεια ανατροφής και φροντίδας του παθολογικού τέκνου. Η επιλογή της τεχνητής διακοπής της κύησης αποτελεί μία λύση όταν ο γονέας δεν επιθυμεί τη γέννηση ενός παθολογικού νεογνού, η υγεία του οποίου δεν προβλέπεται να βελτιωθεί. Τόσο για τον γιατρό όσο και για τον γονέα, η ένδειξη της παθολογικότητας του εμβρύου κατά τον προγεννητικό έλεγχο αποτελεί μία εξαιρετική, κρίσιμη κατάσταση, που απαιτεί τη συνειδητή λήψη μη αναστρέψιμων αποφάσεων.

Την κρίσιμη αυτή κατάσταση αναγνωρίζει και ο Ποινικός Κώδικας ως λόγο που αίρει το άδικο υπό τη μορφή κατάστασης ανάγκης.[472] Σύμφωνα με το άρθρο 25ΠΚ, η ανάγκη αποτροπής ενός παρόντα και με άλλα μέσα αναπότρεπτου κινδύνου, αίρει το άδικο μιας πράξης που επιχειρεί κάποιος προξενώντας βλάβη σε κάποιον άλλο. Η κατάσταση ανάγκης του άρθρου 25ΠΚ αποτελεί

[469] Σύνδρομο Patau (τρισωμία 13) με συχνότητα εμφάνισης: 1:20000 γεννήσεις και προσδόκιμο επιβίωσης λιγότερο από 5% να επιζούν 3 χρόνια με κύρια αιτία θανάτου τις πολλαπλές ανωμαλίες

[470] Σύνδρομο Edwards (τρισωμία 18) με συχνότητα: 1:8000 γεννήσεις με προσδόκιμο επιβίωσης λιγότερο από 10% να επιβιώνουν τον πρώτο χρόνο και με κύρια αιτία θανάτου τις πολλαπλές ανωμαλίες.

[471] Οι *Geister Krista A. / Camper Sally A. στο* Advances in Skeletal Dysplasia Genetics,Annual Review of Genomics and Human Genetics, 2015 τομ. 16,τεύχ.1, σσ.199-227, για παράδειγμα αναφέρουν ότι έχουν ανακαλυφθεί οι γενετικές αιτίες 56 διαταραχών του σκελετού. Αυτός ο αξιοσημείωτος ρυθμός ανακάλυψης οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην εκτεταμένη χρήση των γονιδιωματικών τεχνολογιών υψηλής απόδοσης.

[472] βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου, , σ.176

τη βάση στην οποία στηρίζεται η συλλογιστική του νομοθέτη προς αντιμετώπιση της περίπτωσης του παθολογικού εμβρύου ως λόγου άρσης του αδίκου της άμβλωσης.[473]

Στην ένδειξη του παθολογικού εμβρύου η ευγονική ένδειξη, όπως αλλιώς ονομάζεται, ο νομοθέτης δίνει προβάδισμα στην προστασία της προσωπικής ελευθερίας της εγκύου έμπροσθεν της εν τη γενέσει ζωής του παθολογικού εμβρύου.[474] Η ελευθερία της γυναίκας προστατεύεται καθώς η τελευταία αποτελεί υποκείμενο δικαίου σε σχέση με το παθολογικό έμβρυο, το οποίο προστατεύεται υποδεέστερα ως αντικείμενο δικαίου.[475] Παράλληλα, όπως αναλύθηκε ανωτέρω στο κεφάλαιο των συνταγματικών δικαιωμάτων, η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας της γυναίκας ως γονέα περιλαμβάνει τη δυνατότητα απόκτησης υγιών απογόνων και πλήττεται ανεπανόρθωτα με τον περιορισμό της από μέρους της δυνατότητας επιλογής της συνέχισης ή της διακοπής της κύησης, όταν οι προγεννητικές εξετάσεις αποκαλύπτουν ένα σοβαρό γενετικό νόσημα του τέκνου. Η σημασία που επιτελεί ο προγεννητικός έλεγχος στη διαμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας αποδεικνύεται από τη ρητή αναφορά που γίνεται στην προγεννητική διάγνωση, στη διάταξη του άρθρου 304ΠΚ.[476, 477, 478]

Η συμβολή του προγεννητικού ελέγχου εκδηλώνεται και μέσα από την περιπτωσιολογία των υποθέσεων που σχετίζονται με τη γέννηση παθολογικών νεογνών.[479] Η σημασία της αυτή εντείνεται από το γεγονός ότι, παραδεδεγμένα, από την ισχύουσα νομική θεωρία και την πάγια νομολογία, η παράλειψη διενέργειας προγεννητικού ελέγχου με αποτέλεσμα τη γέννηση παθολογικού νεογνού οδηγεί στον περιορισμό του δικαιώματος της εγκύου να διακόψει την κύηση και αποτελεί κατάφορη προσβολή του δικαιώματος της προσωπικότητας της γυναίκας, θεμελιώνοντας αξίωση αποζημίωσης για την ίδια και για το τέκνο,[480] εφόσον το τελευταίο γεννηθεί με πάθηση.[481] Η προβληματική, όμως, των υποθέσεων αυτών αξίζει να εξετασθεί και από μία άλλη οπτική, σε σχέση με την ύπαρξη οποιουδήποτε χρονικού περιορισμού στη

[473] βλ. *Μπέκας Γιάννης,* Εγκλήματα κατά της ζωής και της υγείας, εκδ. Σάκκουλας, Δίκαιο & Οικονομία, Ιανουάριος, 2002, σ. 301

[474] Κατά τον Ανδρουλάκη:« Ουδεμία έννομος τάξις πρέπει να έχει την σκληρότητα όπως επιβάλη και μάλιστα επί ποινή, εις ένα ή εις δύο ανθρώπους την επαχθεστάτην μοίραν της αποκτήσεως και ανατροφής ενός βαρέως ελαττωματικού τέκνου» , *Ανδρουλάκης Ν.*, Ποινικόν Δίκαιον. Ειδικόν Μέρος, Νομικές Εκδόσεις Σάκκουλα Α., Αθήνα – Κομοτηνή ,1974, σ. 95

[475] βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά της ζωής, ,σ. 48

[476] 304 &4γ: «(..) με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης (..)».

[477] βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σ. 84

[478] Επιπρόσθετες προϋποθέσεις για την άρση του αδίκου της άμβλωσης είναι, με βάση το άρθρο 304 ΠΚ, η έγκυρη συναίνεση της εγκύου και η επέμβαση να γίνει σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου.

[479] βλ. ανωτέρω, «wrongful life», «wrongful birth».

[480] βλ. *Μάλλιος Ευ.,* Οι προγεννητικές εξετάσεις και ο κίνδυνος ευγονικής, Σχόλιο στην υπόθεση Perruche, 2001 ,τομ. 3, σ..579, *Κουδουμά Ιουλία,* Wrongful Life": Βιοηθικές και Νομικές προεκτάσεις 2018, τομ.4, τεύχ. 1 σσ. 47-48, επίσης βλ. *Κυριακάκη Ε.*, Οι αξιώσεις για wrongful life – Σκέψεις με αφορμή την ΑΠ 154/ 2011, ΧρΙΔ ΙΒ/ 2012, σελ. 576 επ., *Σπερδόκλη Έλλη* , «Ιατρική ευθύνη στις περιπτώσεις "wrongful life" (με αφορμή την απόφαση Perruche)» , Το Βήμα Των Δικαιωμάτων Του Ανθρώπου , Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2008, Τεύχος 2, σσ. 49-70, *Νικολόπουλος Π.*, Ζημιογόνος τεκνοποίηση (Wrongful birth) και προσβολή της προσωπικότητας των γονέων. «Ενοχικός» ατομοκεντρισμός ή οικογενειακός κοινοτισμός, σε ΕφΑΔ 2011,812 επ., σ. 812, *Ρούσσος Κ.*, Ιατρική ευθύνη από μη διάγνωση λόγων ενδεδειγμένης διακοπής της κύησης (Σκέψεις με αφορμή την υπ' αριθμ. 10/2013 απόφαση του Αρείου Πάγου), ΧρΙΔ ΙΓ/2013, αφορούσε μη διάγνωση κυστικής ίνωσης, σ. 466

[481] Αξίζει να σημειωθεί πως στην περίπτωση έγγαμης γυναίκας, η αξίωση αυτή αναγνωρίζεται και στον πατέρα του τέκνου. Βλ. *Κοτζάμπαση Αθηνά*, Ισότητα των φύλων και ιδιωτική αυτονομία, εκδ. Σάκκουλας, 2011, σ. 128

δυνατότητα επιλογής τέλεσης άμβλωσης όταν υπάρχει παθολογικό κυοφορούμενο.[482] Το άρθρο 304ΠΚ δεν προβλέπει κάποιο χρονικό περιορισμό ως προς τη δυνατότητα τέλεσης άμβλωσης στην περίπτωση του παθολογικού κυοφορούμενου. Ωστόσο, το περιεχόμενο της διάταξης αυτής διαμορφώθηκε κατ' αυτόν τον τρόπο με την αναθεώρηση που επήλθε στην ποινική μας νομοθεσία με το νόμο 4619/2019(ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019). Η προϊσχύσασα διάταξη περιείχε έναν επιπρόσθετο όρο για το μη τιμωρητό της άμβλωσης στην περίπτωση του παθολογικού εμβρύου· να μην έχει υπερβεί η κύηση την εικοστή τέταρτη εβδομάδα. Η τελευταία τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα αίρει τον ανωτέρω χρονικό περιορισμό, και πλέον η διακοπή της κύησης μετά από διάγνωση παθολογικού εμβρύου μπορεί να πραγματοποιηθεί μέχρι το τέλος της κύησης δίχως ποινικές κυρώσεις.

Η συλλογιστική της προγενέστερης ρύθμισης, η οποία εισήχθη με τον ν.1609/1986, ενσωμάτωνε την τριμερή χρονική διάρκεια της κύησης και υιοθετούσε το κριτήριο της βιωσιμότητας του εμβρύου ως σημείο αναφοράς, πέραν του οποίου η προστασία του εμβρύου είναι η μέγιστη δυνατή προστασία που μπορεί να του αναγνωρισθεί, κατά προσέγγιση αυτής του γεννημένου νεογνού. Όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η βιωσιμότητα του κυοφορούμενου θεωρείται ότι υφίσταται ως ιδιότητα όταν το έμβρυο είναι αρκετά ανεπτυγμένο, ώστε να ομοιάζει, ως προς την ανάπτυξή του, στοιχειωδώς με το νεογνό. Παράλληλα, το βιώσιμο έμβρυο μπορεί να επιβιώσει και έξω από το σώμα της μητέρας, γι' αυτό και η έννομη τάξη του προσδίδει μεγαλύτερη προστασία, ως φορέα της εν εξελίξει ανθρώπινης ζωής. Το χρονικό σημείο των είκοσι τεσσάρων εβδομάδων σηματοδοτεί την έναρξη του τρίτου τριμήνου της κύησης, οπότε με βάση τα διδάγματα της εμβρυολογίας, το κυοφορούμενο προσιδιάζει αρκετά στο νεογνό. Αυτό ήταν το χρονικό σημείο που είχε επιλέξει ο νομοθέτης με την προϊσχύουσα ρύθμιση, προκειμένου να οριοθετήσει το δικαίωμα στην τεχνητή διακοπή της κύησης, στην προσπάθεια εναρμόνισης του δικαιώματος της γυναίκας προς άμβλωση με αυτό στην προστασία της ζωής του κυοφορούμενου.

Ωστόσο, στην περίπτωση του παθολογικού εμβρύου, το προβάδισμα της ζωής του εμβρύου σε σχέση με την ελευθερία της γυναίκας για διακοπή της κύησης παρουσιάζεται δυσανάλογα επαχθές ως προς τα δικαιώματα της τελευταίας, γεγονός που δικαιολογεί την άρση των χρονικών περιορισμών ως προς το επιτρεπτό τέλεσης άμβλωσης στην περίπτωση αυτή. Έως και σήμερα, υπήρξε έντονος προβληματισμός στην περίπτωση όπου ο Νόμος αναγνώριζε το δικαίωμα της γυναίκας να διακόψει την εγκυμοσύνη λόγω ιατρικά ανιχνευθείσας βλάβης του εμβρύου έως την εικοστή τέταρτη εβδομάδα κύησης[483]. Η χρονική αυτή διάκριση, παρότι θεμιτή, ενείχε στοιχεία αυθαιρεσίας.[484] Παρέμεναν νομικά αρρύθμιστες[485] οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η σοβαρή παθολογία του εμβρύου διαγνώστηκε μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα κύησης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα παρέλευσης του νόμιμου χρονικού πλαισίου εντός του οποίου καθίστατο επιτρεπτή η τεχνητή διακοπή της κύησης λόγω ένδειξης παθολογίας του εμβρύου είναι η περίπτωση μη επιτυχούς επεμβατικής προσπάθειας αποκατάστασης της εμβρυικής βλάβης

[482] βλ. *Ρούσσος Κ.,* Ιατρική ευθύνη από μη διάγνωση λόγων ενδεδειγμένης διακοπής της κύησης (Σκέψεις με αφορμή την υπ' αριθμ. 10/2013 απόφαση του Αρείου Πάγου), ΧρΙΔ ΙΓ/2013, σ. 466
[483] *Κανελλοπούλου Μ.,Παναγοπούλου Φ.* σ . 229
[484] *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*,Εγκλήματα κατά ζωής,εκδ.Σάκκουλα, 2001, σ. 796
[485] *Ψαρούλης Δ.-Βούλτσος Π.*,Ιατρικό Δίκαιο, 2010 σελ.166

ενδομήτρια, με αποτέλεσμα τη μη έγκαιρη λήψη απόφασης[486] της κυοφορούσης προς διακοπή της κύησης.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι οποίες παρέμεναν νομικά αρρύθμιστες δίνονταν οι εξής επιλογές στην έγκυο: Πρώτον, η τελευταία αναγκαζόταν να γεννήσει ένα τέκνο που μετά βεβαιότητας θα έφερε σοβαρά και μη αναστρέψιμα προβλήματα υγείας. Δεύτερον, κατέφευγε αναγκαστικά σε παράνομες διαδικασίες, όπως για παράδειγμα στην ενδοαμνιακή έγχυση χλωριούχου καλίου στην καρδιά του εμβρύου[487], προκαλώντας τη θανάτωσή του και δηλώνοντας «ενδομήτριο θάνατο εμβρύου», ως αιτιολογία διακοπής της κύησης[488] προς αποφυγήν κυρώσεων. Τρίτον, υιοθετούσε αμφισβητούμενες λύσεις, προκειμένου να καλύπτεται από το γράμμα του νόμου, παραθέτοντας ιατρική βεβαίωση από τον θεράποντα γιατρό ότι η συνέχιση της κύησης θα επιφέρει σοβαρή ψυχική βλάβη στην υγεία της, επικαλούμενη την ιατρική ένδειξη.

Αποτέλεσμα των ανωτέρω ήταν να μην δηλώνεται επισήμως ο πραγματικός λόγος διακοπής της κύησης και να μην καταγράφονται ασφαλή στατιστικά δεδομένα, με ιδιαίτερα αυξημένο τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας της μητέρας[489] Επιπλέον, στον ν. 1609/1986 φαίνεται ότι υπήρχαν δύο αντικρουόμενες νομικές προσεγγίσεις, από τη μία καθιερωνόταν το επιτρεπτό διακοπής της κύησης για λόγους υγείας της μητέρας απεριόριστα, χωρίς καθόλου χρονικά όρια, ενώ από την άλλη, για σοβαρές ανωμαλίες του εμβρύου που δεν είναι συμβατές με τη ζωή, ετίθετο περιοριστικά το χρονικό διάστημα του επιτρεπτού τερματισμού της κύησης, το αργότερο, έως την εικοστή τέταρτη εβδομάδα[490].

Με το ν. 4619/2019 του Υπουργείου Υγείας Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που κατατέθηκε στη Βουλή 3/6/2019, με τίτλο κύρωση του Ποινικού Κώδικα / Άρθρο 304, στην αιτιολογική έκθεση αναφέρεται η διεύρυνση του τασσόμενου χρονικού περιθωρίου για την εφαρμογή της ευγονικής. Ειδικότερα, προβλέπεται ότι δεν συνιστά άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της κύησης όταν συντρέχουν οι προβλεπόμενες από το νόμο ενδείξεις, όταν η πράξη διενεργείται από την ίδια την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα ή επιμέλεια της αν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

Επεκτείνεται απεριόριστα το χρονικό περιθώριο για την εφαρμογή της λεγόμενης ευγονικής ένδειξης, η οποία πλέον λειτουργεί ως λόγος άρσης του αδίκου μέχρι και το τέλος της κύησης, κατά τα πρότυπα άλλων Ευρωπαϊκών κωδίκων, όπως του Αυστριακού[491]. Στο σχέδιο νόμου, έχουν γίνει σημαντικές παρεμβάσεις κατά την περιγραφή των ενδείξεων, ως λόγου άρσης του αδίκου.[492] Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται να αντιμετωπιστεί αποφασιστικά το μείζον πρόβλημα που εντοπίζεται σήμερα στην πράξη, σε περιπτώσεις που αφορούν τη δυνατότητα επιλογής της

[486] βάση των χρονικών ορίων που θέτει ο νόμος, βλ. *Κανελλοπούλου Μ., Παναγοπούλου Φ.*, σσ. 230-231
[487] *Λιούρδη Α*. σ.132
[488] Οπ *Λιούρδη Α*. σ. 230

[489] World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality ,2000, σσ.1-35
[490] *Λιούρδη Α*. σ.133.
[491] Η ευγονική έκτρωση επιτρέπεται στη Γαλλία, τη Γερμανία και τη Μεγάλη Βρετανία μέχρι τη γέννηση βλ. *Σαρειδάκης Ε*.,Βιοηθική, Ηθικά προβλήματα των νέων βιοιατρικών τεχνολογιών, εκδ. Παπαζήση, 2008, σ. 197.
[492] Σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

γυναίκας να προβεί οποτεδήποτε σε διακοπή της κύησης, όταν διαπιστώνονται σοβαρά προβλήματα υγείας του εμβρύου μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κύησης.

Αδιαμφισβήτητα, καθίσταται υπέρμετρα επιβαρυντικό και ψυχοφθόρο για τη γυναίκα που κυοφορεί ένα έμβρυο με σοβαρή παθολογία, να αναγκάζεται να προσμετρήσει την επιπρόσθετη προϋπόθεση της χρονικής προθεσμίας προκειμένου να της επιτραπεί η τέλεση άμβλωσης, ενώ η έννομη τάξη επουδενί δεν μπορεί να αγνοήσει και τις περιπτώσεις εκείνες που η παθογένεια του εμβρύου καθίσταται ιατρικώς αντιληπτή κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Η επιβολή χρονικών περιορισμών παραβιάζει την αρχή της ισότητας και οδηγεί στην άνιση μεταχείριση περιπτώσεων που παρουσιάζουν ίδια χαρακτηριστικά. Οι λόγοι που αναφέρθηκαν ανωτέρω συνετέλεσαν στην αλλαγή της συλλογιστικής του νομοθέτη και στην αναμόρφωση της ποινικής νομοθεσίας προς την κατεύθυνση πλήρους εξάλειψης χρονικών ορίων στη δυνατότητα τέλεσης άμβλωσης κατά τις περιπτώσεις ευγονικής ένδειξης. Η τελευταία, όπως σκιαγραφείται από την ιατρική επιστήμη, στα πλαίσια της προγεννητικής διάγνωσης, αναντίρρητα αποτελεί αναγκαίο και επαρκή λόγο πρόταξης της προσωπικής ελευθερίας του ανθρώπου, και συγκεκριμένα της κυοφόρου, έναντι οποιασδήποτε προστασίας της αγέννητης ζωής.

4.6. Η παθολογική ένδειξη στην ημεδαπή νομολογία και στο Συγκριτικό Δίκαιο

Η ένδειξη του παθολογικού εμβρύου συνιστά μία από τις κυριότερες εξαιρέσεις που εισάγονται σε σχέση με την ποινικοποίηση της τεχνητής διακοπής της κύησης. Η ευγονική ένδειξη είναι απόρροια της μεγάλης επιρροής που άσκησε ο προγεννητικός έλεγχος στην ιατρική πρακτική και στο ζήτημα της ρύθμισης των αμβλώσεων από το νομοθέτη. Η προγεννητική διάγνωση οδηγεί με μεγάλη ακρίβεια στην ανίχνευση σοβαρών προβλημάτων στην υγεία του εμβρύου.[493] Στην περίπτωση που οι παθογένειες δεν είναι ιάσιμες και σχετίζονται με αρκετά σοβαρές ανωμαλίες, το παθολογικό έμβρυο ανάγεται από τον ποινικό νομοθέτη σε ξεχωριστή κατηγορία, που αποτελεί εξαίρεση στην ειδική υπόσταση της τεχνητής διακοπής της κυήσεως[494]. Η σημασία του προγεννητικού ελέγχου διαφαίνεται και από την απαξία που αποδίδει η έννομη τάξη στις περιπτώσεις που ο προγεννητικός έλεγχος παραλείπεται ή δεν διενεργείται ορθά. Ως επακόλουθο της πλημμελούς προγεννητικής διάγνωσης, η στέρηση του δικαιώματος στην άμβλωση γεννά ευθύνες λόγω μη αποφυγής της γέννησης του παθολογικού τέκνου.

Στα πλαίσια της νομολογίας του ΕΔΔΑ, χαρακτηριστική είναι η απόφαση D κατά Ιρλανδίας[495]. Η ιρλανδική νομοθεσία γύρω από τις αμβλώσεις ήταν ιδιαίτερα περιοριστική, καθώς η τεχνητή διακοπή της κύησης τιμωρούνταν γενικά, με μοναδική εξαίρεση την περίπτωση που κινδύνευε η ζωή της γυναίκας. Στην εν λόγω υπόθεση, η προσφεύγουσα, που ήταν Ιρλανδή υπήκοος, κυοφορούσε δίδυμα. Όμως, η προγεννητική διάγνωση έδειξε ότι το ένα από τα δύο έμβρυα ήταν νεκρό, ενώ το άλλο έπασχε από σοβαρή γενετική ανωμαλία που δεν θα του επέτρεπε να επιβιώσει παρά μόνο μερικές ημέρες μετά τον τοκετό. Η υπόθεση αυτή αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης που υφίσταται η έγκυος σε τέτοιες περιπτώσεις. Η προσφεύγουσα δεν μπορούσε, με βάση την ιρλανδική νομοθεσία, να προχωρήσει σε τεχνητή

[493] βλ. *Μάλλιος Ευ*., Γενετικές εξετάσεις και Δίκαιο, σ. 29

[494] Η νομολογία έχει κρίνει ως τέτοιες περιπτώσεις τη λευχαιμία και τη μικροκεφαλία του εμβρύου (1845/2006, Αρείου Πάγου, διαθέσιμη σε Ποινική Δικαιοσύνη 2007, σ.. 502).

[495] ΕΔΔΑ, D κατά Ιρλανδίας, 28.6.2006, αρ. προσφυγής 26499/02

άμβλωση, αλλά ήταν υποχρεωμένη να υποστεί την ταλαιπωρία συνέχισης της προβληματικής κύησης και την επίπονη διαδικασία του τοκετού προκειμένου να φέρει στη ζωή ένα νεογνό που δε θα επιβίωνε παρά ελάχιστες ημέρες. Εν τέλει, η τελευταία μετέβη στο Ηνωμένο Βασίλειο προκειμένου να διακόψει την κύηση, με τεράστια επιβάρυνση για την ίδια, σε σωματικό, ψυχικό και οικονομικό επίπεδο.[496]

Παρόμοια ήταν και η υπόθεση R.R. κατά Πολωνίας[497], η οποία σχετίζεται με την παρεμπόδιση διεξαγωγής γενετικών εξετάσεων και την προβληματική που αποκαλείται με τον όρο «wrongful life». Στο ιστορικό της υπόθεσης, μία έγκυος, για το κυοφορούμενο της οποίας οι γιατροί υποψιάστηκαν ενδεχόμενη παθολογία, στερήθηκε της υποβολής της σε προγεννητικές διαγνωστικές εξετάσεις, παρόλο που η ίδια το επιθυμούσε. Έτσι, η παθολογία του εμβρύου επιβεβαιώθηκε όταν πλέον είχε παρέλθει το επιτρεπτό χρονικό διάστημα για τη νόμιμη τέλεση άμβλωσης, και εν τέλει το έμβρυο γεννήθηκε με σύνδρομο Turner. Το Δικαστήριο δικαίωσε την προσφεύγουσα, στη νομική βάση του άρθρου 3 ΕΣΔΑ για την απαγόρευση των βασανιστηρίων, καθώς έκρινε δυσβάσταχτο το ψυχικό άλγος που προκαλεί η αβεβαιότητα γύρω από τη γέννηση ενός υγιούς ή όχι τέκνου.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί η απόφαση Perruche του Αρείου Πάγου της Γαλλίας (Cour de Cassation, 17/11/2000)[498]. Το 1982, η Josette Perruche προσβλήθηκε από ερυθρά κατά το δεύτερο μήνα της κύησης. Επειδή η ασθένεια αυτή ευθύνεται, ως είναι ευρέως διαδεδομένο, για την πρόκληση ανεπανόρθωτης βλάβης στα έμβρυα, ιδιαίτερα όταν η μητέρα προσβάλλεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, στη διάρκεια του οποίου γίνεται η οργανογένεση του εμβρύου, γνωστοποίησε στους γιατρούς της ότι θα διέκοπτε την κύηση, στην περίπτωση που η διάγνωση ήταν θετική. Ωστόσο, οι τελευταίοι την καθησύχασαν, με αποτέλεσμα να μην διακόψει την κύηση και το τέκνο να γεννηθεί με σοβαρά προβλήματα υγείας. Το Δικαστήριο επιδίκασε χρηματική αποζημίωση τόσο στους γονείς όσο και στο ίδιο το τέκνο για τη βλάβη που προκλήθηκε από την παράλειψη της προγεννητικής διάγνωσης και τη μη τελεσθείσα άμβλωση, με συνέπεια τη γέννηση ενός τέκνου με σοβαρά προβλήματα υγείας εφ' όρου ζωής.[499]

Στην ελληνική νομολογία, χαρακτηριστική είναι η απόφαση ΕφΛαρ 544/2007. Η υπόθεση αφορούσε νεογνό που γεννήθηκε με φωκομέλεια, η οποία δεν είχε διαγνωστεί με τον προγεννητικό έλεγχο, κατά τρόπο που η έγκυος δεν είχε την επιλογή της συνέχισης της κύησης ή της νόμιμης διακοπής της. Το Δικαστήριο αποφάσισε ότι ακόμα κι αν οι γονείς είχαν πληροφορηθεί έγκαιρα την παθολογική κατάσταση του εμβρύου, δε θα είχαν νόμιμο δικαίωμα να αποφασίσουν τη διακοπή της κυήσεως, διότι, σύμφωνα με το νόμο, η φωκομέλεια δε συνιστά «σοβαρή ανωμαλία» του εμβρύου, η οποία συνεπάγεται τη γέννηση «παθολογικού νεογνού». Η φωκομέλεια ενός εμβρύου συνιστά ένδειξη για ελάσσονα ανωμαλία ανάπτυξης, χωρίς άλλη περαιτέρω συνέπεια στην υγεία, και μπορεί να αντιμετωπιστεί με διορθωτική παρέμβαση μετά τη γέννηση. Επιπλέον, έκρινε ότι η επιλογή, ή μη, της μητρότητας προστατεύεται συνταγματικά (αρθρ. 5 παρ. 1 Συντ.) και σε περίπτωση που η έγκυος παρακωλυθεί με πράξη ή παράλειψη στην επιλογή της, τότε υφίσταται προσβολή της προσωπικότητας της.[500]

---

[496] βλ. *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη*, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, , σ.126
[497] ΕΔΔΑ, R.R. κατά Πολωνίας, 26.5.2011, αρ. προσφυγής 27617/04
[498] βλ. *Μάλλιος Ευ,* Κύηση, Συγκρούσεις Δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, ΔτΑ Νο73/2017, σ. 574
[499] βλ. *Μάλλιος Ευ*., Γενετικές εξετάσεις και Δίκαιο, σ.31
[500] βλ. *Βιδάλης Τ*., Βιοδίκαιο, σ.200

Η απόφαση 4591/2009 ΠολΠρωτΠειρ, δημοσιευμένη στην Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών, δικαιώνει για πρώτη φορά ενάγοντες γονείς που απέκτησαν τέκνο, το οποίο έπασχε από κυστική ίνωση. Πρόκειται για ασθένεια κληρονομική, ανίατη και θανατηφόρα, που διαγιγνώσκεται με τις σύγχρονες μεθόδους προγεννητικού ελέγχου. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, όμως, η ύπαρξη της ασθένειας στο έμβρυο, από αμέλεια των γενετιστών ιατρών, δεν διαγνώστηκε κατά τον προγεννητικό έλεγχο κι έτσι, επιδικάστηκε στους γονείς χρηματική ικανοποίηση για ηθική τους βλάβη. Το Δικαστήριο έκρινε ότι η προσβολή της προσωπικότητας των γονέων προκλήθηκε από τη στέρηση της νόμιμης επιλογής μεταξύ της συνέχισης ή της διακοπής της κυήσεως και την αποτροπή της γέννησης ενός παθολογικού νεογνού, καθόσον δεν είχαν συμπληρωθεί είκοσι τέσσερις εβδομάδες κύησης, και όχι λόγω ευθύνης των εναγομένων για την ύπαρξη της ασθένειας του εμβρύου.

Το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών, όπως αναφέρεται στην απόφασή του με αριθμό 2263/2010 -αν και αυτή δεν ήταν οριστική- συνεδρίασε δημόσια σχετικά με την ηθική βλάβη και προσβολή της προσωπικότητας των γονέων εξαιτίας ιατρικού σφάλματος σε βάρος του κυοφορούμενου κατά τη διάρκεια ιατρικού προγεννητικού ελέγχου. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεν διαγνώστηκε σοβαρή αναπηρία του εμβρύου, γεγονός που είχε ως επακόλουθο ως εκ της αποστερήσεως της δυνατότητας των γονέων περί διακοπής της κύησης, να αποκτήσουν τέκνο με βαρύτατη σωματική διαπλαστική βλάβη λόγω ιατρικής αμέλειας.

Παρόμοιες είναι και οι περιπτώσεις που εξετάστηκαν από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών και από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης, με τις αποφάσεις υπ' αριθμόν 5822/2010 και 19831/2010, αντιστοίχως. Κατά την πρώτη περίπτωση, έγινε εξέταση γέννησης τέκνου με σοβαρές ανωμαλίες και δυσμορφία άνω άκρων λόγω μη επαρκούς προγεννητικού ελέγχου. Στην υπόθεση αυτή, δεν ήταν δυνατό να αποκατασταθεί η ηθική βλάβη των γονέων αλλά και του ίδιου του τέκνου, το οποίο υποβλήθηκε σε πρόσθετες χειρουργικές επεμβάσεις για το διαχωρισμό των δακτύλων της χειρός. Από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσσαλονίκης, εκδικάστηκε περίπτωση ιατρικής αμέλειας που οδήγησε σε γέννηση τέκνου, η οποία εν αγνοία των γονέων έφερε εξωγενή χαρακτηριστικά του συνδρόμου Down. Από πλευράς των εναγόντων, ατομικά και για λογαριασμό του ανήλικου τέκνου τους, τέθηκε αξίωση αποζημίωσης και χρηματικής τους ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης.

Κατά την Τακτική Διαδικασία του Εφετείου Πειραιώς, εξεδόθη η υπ' αριθμόν 242/2012 απόφαση, κατά την οποία εξετάστηκε η περίπτωση εγκύου που γέννησε πρόωρα τέκνο, που έπασχε από κυστική ίνωση, χαρακτηριζόμενη ως σοβαρή και ανίατη γενετική νόσος, λόγω εσφαλμένης διάγνωσης εξ αμέλειας των γιατρών και των ιατρικών διαγνωστικών κέντρων, καθισταμένης αδύνατης της επιλογής τεχνητής διακοπής της κύησης. Όπως αναφέρεται στην απόφαση, «Εξαιτίας της προαναφερόμενης παράνομης και υπαίτιας συμπεριφοράς των ως άνω εναγομένων και της συνέπειας που είχε, προσβλήθηκε παράνομα η προσωπικότητα αυτών (εναγόντων), δεδομένου ότι στερήθηκαν τη νόμιμη δυνατότητα τους να αποτρέψουν τη γέννηση ενός βαρέως πάσχοντος και θνησιγενούς τέκνου με άμεση συνέπεια τη σοβαρή διατάραξη του συναισθηματικού τους κόσμου». Η εν λόγω απόφαση αναφέρεται στη στέρηση της επιλογής της τεχνητής διακοπής κύησης παρουσία σοβαρής ασθένειας του εμβρύου, που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής τόσο του ίδιου το νεογνού όσο και των γονέων, ως μέλη της οικογένειας του, και

του πρόσθετου κόστους νοσηρότητας που επιφέρει ή των ψυχολογικών συνεπειών στο σύνολο των μελών οικογένειας.[501]

Η υπ' αριθμόν 10/2013 ΑΠ αναφέρεται στην προσβολή της προσωπικότητας των γονέων από εσφαλμένο ιατρικό προγεννητικό έλεγχο, όπου δεν διαπιστώθηκε σοβαρή παθολογική επιβάρυνση του εμβρύου. Συγκεκριμένα, από ιατρικό σφάλμα, δεν διαπιστώθηκε γονιδιακή επιβάρυνση του εμβρύου (κυστική ίνωση) και δεν συστήθηκε διακοπή της κύησης, με συνέπεια να γεννηθεί τέκνο με σοβαρές δυσπλασίες. Οι γονείς του δικαιούνται να στραφούν εξ ιδίου δικαίου κατά των υπεύθυνων του ιατρικού κέντρου και να αξιώσουν χρηματική ικανοποίηση προς αποκατάσταση της ηθικής τους βλάβης (συγκεκριμένα, επιδικάστηκε το ποσό των διακοσίων πενήντα χιλιάδων ευρώ σε κάθε γονέα). Κατά την υπερηχογραφική εξέταση, στην εικοστή πρώτη εβδομάδα κύησης, διαπιστώθηκε η παρουσία υπερηχογενούς εντέρου, ήτοι το έντερο τελούσε σε διάταση, γεγονός που αποτελεί ένδειξη ότι το έμβρυο μπορεί να πάσχει είτε από σύνδρομο Down είτε από κυστική ίνωση, ασθένεια με ιδιαίτερα μειωμένο προσδόκιμο αλλά και χαμηλή ποιότητα ζωής. Κατά τη διενέργεια, σε συγκεκριμένο ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο, πρόσθετων εξετάσεων των γονέων προκειμένου να διερευνηθεί αν αυτοί είναι φορείς της ινοκυστικής νόσου, τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν εσφαλμένα, γεγονός που οδήγησε στη γέννηση παθολογικού νεογνού. Κατά την κρίση του Δικαστηρίου προκύπτει ότι οι γιατροί, από αμέλειά τους, δηλαδή από έλλειψη της κατ' αντικειμενική κρίση απαιτούμενης προσοχής, δεν ενήργησαν βάσει των ενδεδειγμένων αρχών και κανόνων της ιατρικής επιστήμης, με αποτέλεσμα οι γονείς, εξαιτίας των εσφαλμένων αποτελεσμάτων, να μην μπορέσουν να ασκήσουν το δικαίωμά τους στην ευγονική, μέσω της διακοπής της κύησης.

Οι προαναφερθείσες αποφάσεις αναδεικνύουν, στο σύνολο τους, την καταλυτική σημασία που έχει ο προγεννητικός έλεγχος για τη νομιμοποίηση της τεχνητής διακοπής της κύησης, στις περιπτώσεις που η προγεννητική διάγνωση αποκαλύπτει ένα παθολογικό κυοφορούμενο. Η ευγονική ένδειξη, όπως ονομάζεται, αποτελεί μία από τις κυριότερες ενδείξεις που παρεκκλίνουν από τον κανόνα του τιμωρητού των αμβλώσεων. Ο ρόλος του προγεννητικού ελέγχου και η σύνδεσή του με την επιτρεπτή διακοπή της κυήσεως προκύπτει και από τις περιπτώσεις που οι προγεννητικές εξετάσεις παραλείπονται ή τελούνται πλημμελώς, με επακόλουθο αυτού να παραλείπεται και η άμβλωση. Το γεγονός ότι ο Νόμος αναγνωρίζει δικαίωμα αποζημίωσης στις περιπτώσεις αυτές αναπαριστά τη σύνδεση ανάμεσα στην προγεννητική διάγνωση και την άμβλωση, σχέση αιτίου- αιτιατού, που καθιστούν την τελευταία επιτρεπτή επιλογή.

Η ένδειξη του παθολογικού εμβρύου αποτελεί ένα από τα κοινά σημεία της νομοθεσίας περί αμβλώσεων, κατά τρόπο πανομοιότυπο στη νομοθεσία πολλών χωρών. Στη Γαλλία, μετά τη δωδέκατη εβδομάδα κύησης, η έκτρωση επιτρέπεται όταν υπάρχει ισχυρή πιθανότητα να γεννηθεί το παιδί με ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα υγείας, που δεν μπορούν να θεραπευθούν τη στιγμή της διάγνωσης. Στην Ιρλανδία, η νομοθεσία παραμένει εξαιρετικά περιοριστική, καθώς ο νόμος περί άμβλωσης της Ιρλανδίας εξακολουθεί να ποινικοποιεί την έκτρωση ακόμα κι όταν έχει διαπιστωθεί σοβαρή εμβρυϊκή βλάβη ή/και ενδεχόμενη αναπηρία. Στην Ιταλία, ο νόμος 194 του 1978 που νομιμοποίησε την άμβλωση επιτρέπει τη διακοπή της κύησης στην περίπτωση της διάγνωσης ανωμαλιών ή δυσμορφιών του εμβρύου. Στην τελευταία περίπτωση, αυτές οι παθήσεις

[501] βλ. *Αθανασοπούλου Χαρίκλεια*, Η ιατρική ευθύνη κατά τον προγεννητικό έλεγχο-Ανακύπτοντα νομικά ζητήματα, ΧρΙΔ ΙΒ/2012, σ.566

πρέπει να συνίστανται σε ανωμαλίες ή δυσμορφίες του εμβρύου που δημιουργούν επίσης σοβαρό κίνδυνο για τη σωματική ή ψυχολογική υγεία της γυναίκας.

Στην Πορτογαλία, το άρθρο 142, παράγραφος 1, του ποινικού κώδικα ορίζει ότι η διακοπή της κύησης από γιατρό ή υπό τη διεύθυνση γιατρού σε επίσημα αναγνωρισμένο κέντρο υγείας και με τη συναίνεση της εγκύου δεν τιμωρείται όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι το αγέννητο τέκνο θα υποφέρει από σοβαρή, ανίατη ασθένεια ή συγγενείς παραμορφώσεις και ότι η άμβλωση θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να εκτελείται μέσα στις εικοσιτέσσερις πρώτες εβδομάδες της κύησης, εκτός εάν πρόκειται για μη βιώσιμο έμβρυο, οπότε η διακοπή μπορεί να πραγματοποιηθεί ανά πάσα στιγμή. Κατά το ισπανικό Δίκαιο, οι αμβλώσεις μπορούν να διεξάγονται νόμιμα μέχρι τις είκοσι δύο εβδομάδες, κατόπιν επιβεβαίωσης μέσω έκθεσης, που συντάσσεται και εκδίδεται από επιτροπή αποτελούμενη από ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, ότι το έμβρυο έχει ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή ή μια εξαιρετικά σοβαρή ή ανίατη ασθένεια. Στο Βέλγιο, μετά το τέλος της δωδέκατης εβδομάδας, η έκτρωση είναι νόμιμη εάν είναι βέβαιο ότι το έμβρυο θα γεννηθεί με ένα ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα υγείας, το οποίο δεν είναι ιάσιμο τη στιγμή της διάγνωσης.

Στην Γερμανία σύμφωνα με τον ποινικό κώδικα άρθρο 218α που ψηφίστηκε 27.07.1992, η διακοπή της κύησης λόγω σοβαρής παθολογίας του εμβρύου μετά τη 12η εβδομάδα της κύησης από τη σύλληψη, πραγματοποιείται χωρίς χρονικά όρια στην περίπτωση που η έγκυος γυναίκα βρίσκεται σε εξαιρετική δυσφορία σύμφωνα με ιατρική γνωμάτευση. Ο νόμος επικεντρώνεται στην ιατρο-κοινωνική ένδειξη με την τεκμηρίωση της βαρειάς ψυχοσωματικής επιβάρυνσης της γυναίκας από την γέννηση ενός παιδιού με σοβαρές διαταραχές. *Στην παρ. 2 αναφέρεται ότι* ο τερματισμός της εγκυμοσύνης που πραγματοποιείται από ιατρό με τη συγκατάθεση της εγκύου γυναίκας δεν είναι παράνομη εάν, αφού ληφθούν υπόψη οι τρέχουσες και μελλοντικές συνθήκες κινδύνου της εγκύου, ο τερματισμός της εγκυμοσύνης ενδείκνυται ιατρικά για να αποτρέψει τον κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου γυναίκας ή να αποτρέψει τον κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού στη σωματική ή ψυχική της υγεία και ο κίνδυνος δεν μπορεί να αποφευχθεί με οποιονδήποτε άλλο τρόπο που θα ήταν λογικός και ανεκτός από την έγκυο γυναίκα.[502]

Σε γενικές γραμμές, η ένδειξη του παθολογικού εμβρύου απαντάται στα περισσότερα δικαιϊκά συστήματα ως εξαίρεση στην απαγόρευση της άμβλωσης. Η κοινοτοπία αυτή αποδεικνύει την αναγνώριση της γέννησης του υγιούς τέκνου, ως συνισταμένης του οικογενειακού προγραμματισμού και της ανάγκης για αξιοποίηση των προγεννητικών ιατρικών εξετάσεων προς το σκοπό αυτό. Σε όλες τις χώρες όπου οι εφαρμογές της ιατρικής επιστήμης καθιστούν δυνατό τον προγεννητικό έλεγχο, η έννομη τάξη εναρμονίζεται με την ιατρική πρακτική και αναγνωρίζει τη σημασία της ένδειξης του παθολογικού εμβρύου, νομιμοποιώντας, όταν συντρέχει λόγος, την άμβλωση.

[502] *Dettmeyer Reinhard/ Lang Juliane/Axt-Fliedner Roland/ Birngruber Christoph/ Tinneberg Hans-Rudolf, Degenhardt Jan* ,Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code – Real-life Data from the "Gießen Model", Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017, τόμ. 77,τεύχ.(4), σσ. 352–357.Στο άρθρο αναφέρονται τα βήματα της διαδικασίας που πιστοποιούν την νομιμότητα της επιλογής τερματισμού της εγκυμοσύνης.

4.7. Συμπέρασμα

Βασική αποστολή του Δικαίου, ως συνόλου κανόνων, αποτελεί η ρύθμιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς όταν διακυβεύεται η προστασία επαπειλούμενων εννόμων αγαθών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι περιπτώσεις όπου το Δίκαιο ρυθμίζει συμπεριφορές που σχετίζονται με την επιστημονική πρακτική και, δη, τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης στην προγεννητική διάγνωση. Η ευγονική ένδειξη, ως εξαίρεση του τιμωρητού της άμβλωσης, διαμορφώνεται στα πλαίσια της επιρροής που ασκεί η διαδικασία του προγεννητικού ελέγχου στην αξιολόγηση της περίπτωσης του παθολογικού εμβρύου από το νόμο.[503] Το παθολογικό κυοφορούμενο ανάγεται σε μία από τις συνθήκες που, εφόσον συντρέχουν, δικαιολογούν τη διακοπή της κύησης. Η επιρροή του προγεννητικού ελέγχου, ως ιατρικής διαδικασίας, είναι καθοριστική, καθώς το άρθρο 304 ΠΚ αναφέρει ρητά ότι απαιτείται η συνδρομή του για τη διαπίστωση της παθογένειας του εμβρύου. Στην ευγονική ένδειξη, το παθολογικό έμβρυο και η διακοπή της κύησης συνιστούν ένα διπολικό σχήμα, το οποίο συνδέεται μέσω της προγεννητικής διάγνωσης με τη σχέση αιτίου-αιτιατού.[504] Τόσο για την γυναίκα που κυοφορεί όσο και για τον επιβλέποντα γιατρό και για τον νομοθέτη, η ύπαρξη ενός εμβρύου με σοβαρή ασθένεια συνιστά κατάσταση ανάγκης που νομιμοποιεί την επιλογή της άμβλωσης. Η δικαιολογητική βάση της συλλογιστικής αυτής[505] έγκειται στο γεγονός ότι το παθολογικό έμβρυο ανατρέπει την εύλογη προσδοκία κάθε μέλλοντα γονέα να γεννήσει ένα στοιχειωδώς υγιές τέκνο που θα εξελιχθεί σε ανεξάρτητο και υγιή ενήλικα. Η αξιολογική κρίση του νομοθέτη δεν μπορεί παρά να εναρμονισθεί με το επιτρεπτό της άμβλωσης στην ευγονική ένδειξη, καθώς η γέννηση ενός παθολογικού τέκνου μπορεί να συνιστά ματαίωση του οικογενειακού προγραμματισμού, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η ασθένεια του τέκνου είναι σοβαρή και ο άνθρωπος που θα γεννηθεί θα στερείται της δυνατότητας να διάγει μία ζωή όπως αυτή των υπόλοιπων ενηλίκων, καλούμενο να αντιμετωπίσει υπέρμετρους και επαχθείς περιορισμούς.

Οι συνθήκες αυτές δημιουργούν αναντίρρητα μία κατάσταση που δικαιολογεί την επιλογή της άμβλωσης ανά πάσα στιγμή και η ιατρική επιστήμη αλλά και η νομοθεσία εναρμονίζονται προς το σκοπό αυτό. Η ευγονική ένδειξη αποτελεί σημείο σύζευξης Νόμου και Επιστήμης, μέσω της συμβολής του προγεννητικού ελέγχου. Έτσι, προκύπτει η νομική ρύθμιση που καθιστά επιτρεπτή την άμβλωση, με συνισταμένες, από τη μία τα ιατρικά δεδομένα γύρω από την πρακτική της προγεννητικής διάγνωσης και από την άλλη την αξιολογική κρίση του Νόμου ως προς αυτά. Η αξιολογική κρίση του νομοθέτη εναρμονίζεται με την ιατρική πραγματικότητα, ανάγκη η οποία καθίσταται επιτακτική όταν εξεταστεί το ζήτημα αντίστροφα. Το Δίκαιο προσδίδει απαξία σε περιπτώσεις όπου οι εξετάσεις του προγεννητικού ελέγχου δεν πραγματοποιήθηκαν ή τελέστηκαν πλημμελώς, με αποτέλεσμα να μην εντοπισθεί η παθολογία του εμβρύου, αναγνωρίζοντας δικαίωμα αποζημίωσης στους γονείς εκ της αποστέρησης της δυνατότητάς τους να προβούν σε διακοπή της κύησης[506]. Αδιαμφισβήτητα, η συμβολή της προγεννητικής διάγνωσης είναι

---

[503] βλ. *Βλαχόπουλος Σ.*, Προγεννητικός έλεγχος και ατομικά δικαιώματα, ΔτΑ 14/2002, σ. 363, *Μάλλιος Ε.*, Γενετικές εξετάσεις και Δίκαιο, , σ. 22

[504] βλ. *Κριάρη-Κατράνη Ισμήνη,* Γενετική τεχνολογία και θεμελιώδη δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονλικη, 1999, σ.15

[505] βλ. *Κατρούγκαλος Γ.,* σελ.59, *Βιδάλης Τ.* Κ., Ζωή χωρίς πρόσωπο, Το Σύνταγμα και η χρήση του ανθρώπινου γενετικού υλικού, σ. 53, *Μπέσιλα-Μακρίδη* Ε., σ.50

[506] βλ. *Φραγκουδάκη Ε.* Η νομική μεταχείριση των εφαρμογών της βιογενετικής ιδίως από πλευράς ιδιωτικού δικαίου, Αντ. Ν. Σάκκουλα 2008, σ. 205, επίσης βλ.*Σταθόπουλος Μ.* Αποζημίωση και προστασία της προσωπικότητας του ανάπηρου παιδιού, ΧρΙΔ Θ/2009, 97-106, και *Νικολόπουλος Π.* Ζημιογόνος τεκνοποίηση (Wrongful Birth) και

καθοριστική τόσο για την επίτευξη των στόχων της ιατρικής επιστήμης, που αποσκοπεί στη διασφάλιση της υγείας του ανθρώπου, όσο και της νομικής επιστήμης, στόχος της οποίας είναι, στα πλαίσια του δικαιώματος της αναπαραγωγής, η διασφάλιση του οικογενειακού προγραμματισμού και της ελευθερίας του ανθρώπου να καθορίζει την ποιότητα της ζωής του μέσω της ανατροφής υγιών απογόνων. Επομένως, προκύπτει ότι η επίδραση των ιατρικών πορισμάτων στην νομοθετική ρύθμιση αποτελεί τη μόνη μέθοδο επίλυσης ζητημάτων που άπτονται της ιατρικής επιστήμης, κατά τρόπο ώστε η πραγματικότητα να μην εξαναγκάζεται να παρακάμψει τον Νόμο, αλλά να τον έχει ως οδοδείκτη.

προσβολή της προσωπικότητας των γονέων. «Ενοχικός» ατομοκεντρισμός ή οικογενειακός κοινοτισμός; ΕφΑΔ 2011, 8-9 σσ.812-820

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η συμβολή της ιατρικής επιστήμης στη νομοθεσία για τη θεραπευτική άμβλωση

5.1. Εμφάνιση ασθενειών κατά την κύηση

Ως θεραπευτική διακοπή της κύησης, ορίζεται η άμβλωση που διενεργείται στη βάση υπαρκτών κινδύνων για την υγεία της μητέρας αλλά και εμβρυϊκών δυσπλασιών που θα οδηγούσαν σε σοβαρή και ανίατη ασθένεια ή αναπηρία του τέκνου.[507] Ορισμένες ιατρικές και χειρουργικές διαταραχές μπορεί να παράσχουν σαφή ένδειξη για την υγεία της μητέρας και να οδηγήσουν στον τερματισμό της κύησης για θεραπευτικούς λόγους. Μεταξύ των ενδείξεων αυτών, περιλαμβάνονται η εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας, η πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, η προχωρημένη υπερτασική αγγειακή νόσος[508], ο διαβήτης με βλάβη οργάνου τελικού σταδίου και μερικών ειδών κακοήθειες. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν διάφορες ασθένειες που αφορούν είτε προϋπάρχουσα μητρική ασθένεια, είτε μητρική ασθένεια που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κύησης και μπορεί να επηρεάζει και το έμβρυο. Σε ότι αφορά την καρδιακή νόσο, είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτιμηθεί ο τρόπος με τον οποίο η καρδιά μπορεί να ανεχτεί μία εγκυμοσύνη, οπότε η διακοπή της κύησης, ιδιαίτερα αν πρόκειται για την πρώτη εγκυμοσύνη μιας νοσούσας γυναίκας, εξαρτάται από το βαθμό σοβαρότητας της κατάστασής της. Η θεραπευτική έκτρωση μπορεί να συνιστάται σε παρουσία ιστορικού καρδιακής ανεπάρκειας ή καρδιομυοπάθειας από πρότερη κύηση. Όταν η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κύησης, η θεραπευτική έκτρωση δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται μέχρι να επιτευχθεί προσωρινή αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας της γυναίκας. Σε περιπτώσεις συνδρόμου Eisenmenger, συνδρόμου Marfan, κυανοειδούς καρδιακής νόσου, σοβαρής στένωσης αορτής ή πρωτογενούς πνευμονικής υπέρτασης προτείνεται ο τερματισμός της κύησης κατά το πρώτο τρίμηνο. Παρόμοια έκβαση προτείνεται σε περιπτώσεις χρόνιας υπέρτασης, ειδικότερα αν σχετίζεται με μυοκαρδιακή ή νεφρική βλάβη.[509]

Η χρόνια νεφρική νόσος οποιουδήποτε είδους, με ενδείξεις εξασθενημένης λειτουργίας, δικαιολογεί τη θεραπευτική άμβλωση. Πρότερη αφαίρεση ενός νεφρού δεν αποτελεί ένδειξη όταν ο άλλος νεφρός είναι υγιής. Η πνευμονική ανεπάρκεια είναι τόσο σημαντική ένδειξη, όσο και η σοβαρή καρδιακή νόσος. Μπορεί να προκύψει από αμφίπλευρη πνευμονική νόσο, αλλά είναι συχνά και το αποτέλεσμα ριζικής χειρουργικής επέμβασης στο στήθος για φυματίωση ή βρογχεκτασίες.. Οι οργανικές ασθένειες, όπως η διάχυτη σκλήρυνση και η παράλυση διαφόρων ειδών, δεν επιδεινώνονται σημαντικά από την εγκυμοσύνη. Είναι αμφίβολο, εάν ένα ενδοκρανιακό ανεύρυσμα είναι λιγότερο πιθανό να διαρραγεί λόγω επαγόμενης αποβολής από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Υπάρχει μια πιθανότητα ότι η κακοήθης νόσος ή τα καρκινικά κύτταρα, που παραμένουν μετά τη θεραπεία, να ενεργοποιούνται από τις ορμονικές συνθήκες της

[507] *Studdiford William Emery*, The Common Medical Indications For Therapeutic Abortion, November' 1950, σ.721.
[508] *Van Eerden L*, et al Subsequent pregnancy outcome after mid-trimester termination of pregnancy for preeclampsia. Aust NZJ Obstet Gynaecol. 2018 Απρ, 58 (2), σσ. 204-209
[509] Ό.π. *Hoffman et* al σ. 832

εγκυμοσύνης. Γι' αυτό το λόγο, πολλοί θεωρούν την άμβλωση δικαιολογημένη σε μια γυναίκα που πάσχει ή έχει υποφέρει από καρκίνο. Αν και πολλών ειδών καρκίνοι φαίνεται να μένουν ανεπηρέαστοι από την εγκυμοσύνη, το τελικό αποτέλεσμα μπορεί ακόμη να είναι δυσμενές και η θεραπεία του ενδέχεται να επηρεάσει το έμβρυο. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για δυσμενή επίδραση της εγκυμοσύνης σε μορφές καρκίνου που εμφανίζονται στο μαστό και στους σιελογόνους αδένες. Επίσης, στην κατηγορία αυτή, ανήκουν περιπτώσεις εγκυμοσύνης κατά τις οποίες έχουν υπάρξει προηγούμενες καισαρικές τομές ή περιπτώσεις πρόωρης ρήξης θυλακίου[510] με κίνδυνο, αν δεν διακοπή η κύηση, ανιούσας λοίμωξης της εγκύου με επακόλουθες συνέπειες τη σηψαιμία, τη στείρωση, και σε βαριές περιπτώσεις, την απώλεια της ίδιας της ζωής της γυναίκας. Στην περίπτωση τεχνητής διακοπής της κύησης λόγω θεραπευτικής ένδειξης, απαιτείται έγγραφη βεβαίωση από τον αρμόδιο γιατρό σχετικά με τον κίνδυνο που απειλεί η συνέχιση της κύησης για τη ζωή ή την σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας.[511]

Τέλος, αξίζει να αναφερθούν οι ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες όμως δεν αποτελούν αυστηρά αποδεκτές ιατρικές ενδείξεις για την πρόκληση τεχνητής διακοπής κύησης, εκτός εάν προκαλούνται ή επιδεινώνονται από την εγκυμοσύνη[512]. Οι ψυχολογικές ενδείξεις καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο, τόσο ώστε να γίνεται εύκολα καταχρηστική η αναφορά τους. Διαφέρουν από τις ψυχώσεις που προκαλούνται από την εγκυμοσύνη εκ της συναισθηματικής δυσφορίας στην ιδέα ύπαρξης ενός ανεπιθύμητου τέκνου που έχει συλληφθεί κάτω από δυσμενείς συνθήκες, συμπεριλαμβανομένου του βιασμού και της αιμομιξίας. Έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες γυναίκες ενδέχεται να δηλώσουν άσκοπη απειλή αυτοκτονίας, με σκοπό να βρουν κάποιον που θα τις συμβουλεύσει σε ότι αφορά την έκτρωση. Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι ο επιπολασμός των περιπτώσεων γυναικών που προέβησαν σε αυτοκτονία μετά από άρνηση διακοπής κύησης για ψυχιατρικούς λόγους και άνευ άλλων πρόσθετων λόγων, όπως για παράδειγμα πρότερη κατάθλιψη, είναι ιδιαίτερα χαμηλός. Παρ' όλα αυτά, σε ορισμένες περιοχές και νοσοκομεία, οι ψυχολογικές διαταραχές, οι οποίες δεν υπερβαίνουν τις φυσιολογικές αντιδράσεις σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, ενυπάρχουν στον κατάλογο των ενδείξεων για θεραπευτικές αμβλώσεις.[513]

Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν οι ασθένειες που μπορεί να εμφανιστούν αρχικά στη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης. Σε αυτές περιλαμβάνονται σοβαρή υπεραιμία του εγκεφάλου, νέκρωση του ήπατος, αμφίπλευρη πυελονεφρίτιδα, που δεν μπορεί να ελεγχθεί με άλλα μέσα και ψυχώσεις εγκυμοσύνης. Ένδειξη για θεραπευτική διακοπή κύησης μπορεί να τεθεί και σε περιπτώσεις εμβρυϊκής νόσου και παραμορφώσεων. Συγκεκριμένα, ο εμβρυϊκός θάνατος και τα περιστατικά εμβρυϊκού ύδρωπα (hydatidiformmole) αποτελούν ενδείξεις έκτρωσης.

[510] *Χαραλαμπάκης Αρ.*, Ιατρική Ευθύνη, ,σσ. 155-156.
[511] *Ψαρούλης* Δ./ *Βούλτσος Π.,* σ. 155.
[512] *Heath David S.*, The Review Psychiatry and Abortion, Canadia.N Psychiatric Association Journal,1971, τ. 16, No.1, σσ. 55-61
[513] Ό.π. Hoffman et al σ. 832

5.2. Η θεραπευτική άμβλωση σε κατάσταση ανάγκης

Η κύηση αποτελεί μία ιδιαίτερη κατάσταση που απαιτεί συνεχή επίβλεψη της εγκύου από ομάδα επαγγελματιών υγείας. Παρόλο που η έγκυος γυναίκα δεν είναι ασθενής, είναι πολύ πιθανό να προκύψουν επιπλοκές που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Οι επιπλοκές αυτές άλλοτε αφορούν το κυοφορούμενο και άλλοτε, συχνότερα, ενδέχεται να σχετίζονται με την έγκυο και να αποτελούν κίνδυνο είτε για την υγεία της είτε ακόμη σοβαρότερα για τη ζωή της. Η τελευταία περίπτωση συνιστά, για την κλινική ιατρική, κατάσταση ανάγκης, την οποία ενσωματώνει η ποινική μας νομοθεσία. Ειδικότερα, ο ποινικός νομοθέτης ανάγει την περίπτωση σοβαρού κινδύνου της ζωής ή της υγείας της εγκύου σε λόγο άρσης του αδίκου της τεχνητής διακοπής της κύησης. Η ιατρική ένδειξη, όπως ονομάζεται η εξαίρεση αυτή, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της επιρροής που δέχεται η ποινική ρύθμιση της άμβλωσης από την ιατρική κλινική πραγματικότητα. Αντιμετωπίζεται ως κατάσταση ανάγκης, κατά την οποία διακυβεύεται από τη μία πλευρά η ζωή ή υγεία της εγκύου και από την άλλη, η ζωή του κυοφορούμενου. Η έννομη τάξη παρέχει το προβάδισμα στο έννομο αγαθό της ζωής της γυναίκας και αναγνωρίζει ότι πρέπει να υποχωρήσει η προστασία της ζωής του εμβρύου, δίνοντας προτεραιότητα στην προστασία των δικαιωμάτων της γυναίκας, ως πλήρους φυσικού προσώπου.[514] Ο νομοθέτης προάγει την προάσπιση και την πλήρη προστασία των εννόμων αγαθών της γυναίκας, αξιολογώντας τα ως αγαθά υπέρτερης ισχύος σε σχέση με εκείνα του εμβρύου, καθώς η γυναίκα είναι βιολογικά αυτόνομο ον σε σχέση με το έμβρυο.[515] [516] Στο άρθρο 304§4γ ΠΚ ορίζεται ότι «δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, όταν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της».

Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος πρέπει να αφορά στη ζωή ή στη σωματική ή ψυχική[517] υγεία της εγκύου. Η βλάβη της ζωής ενός προσώπου δεν είναι διαβαθμίσιμη, σε αντίθεση με τη βλάβη της υγείας του ανθρώπου που μπορεί να είναι ελαφριά, μέτρια ή σοβαρή. Μόνο στην τελευταία περίπτωση δικαιολογείται και επιτρέπεται η επιλογή της άμβλωσης, όταν δηλαδή η βλάβη ταυτίζεται με τη βαριά σωματική βλάβη του άρθρου 310§2 ΠΚ. Σε κάθε περίπτωση, η βλάβη πρέπει να είναι τέτοια ώστε να πλήττει τη βιολογική αυτονομία και ακεραιότητα της γυναίκας. Ο διαγνωσθείς κίνδυνος, σύμφωνα με τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης απαιτείται να είναι σοβαρός, δηλαδή να ξεπερνά τους συνήθεις ιάσιμους κινδύνους που δύναται προκύψουν κατά τη

[514] βλ. *Ανδρουλάκη Ν.,* Ποινικόν Δίκαιον, Ειδ. Μέρος, 1974, σ. 90
[515] βλ. *Συμεωνίδου- Καστανίδου Ελισάβετ,* Εγκλήματα κατά της ζωής, σ. 48
[516] Κατά τον *Βιδάλη Κ. Τ.*:΄ένας τέτοιος βαθμός κινδύνου για την υγεία μπορεί να σημαίνει απώλεια της απόλαυσης της βιολογικής αυτονομίας: μια γυναίκα που υφίσταται παράλυση ή σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, λόγω της παθολογικής εξέλιξης της εγκυμοσύνης, έχει θιγεί στον πυρήνα της ανθρώπινης αξίας της, αφού ουσιαστικά μετατράπηκε σε απλό «μέσον» για την ολοκλήρωση της κυοφορίας.' (*Βιδάλης Κ.Τ.*, Βιοδίκαιο, σ. 198)
[517] Στην εισηγητική έκθεση ορίζεται ότι προβλέπεται η ενιαία αντιμετώπιση του κίνδυνου υγείας ,αφού η διάσπαση σε σωματική ή ψυχική υγεία ήταν επιστημονικά ανακόλουθη και νομικά προβληματική.

διάρκεια της κύησης[518] και η σοβαρότητά του να είναι τέτοια ώστε να μην μπορεί να αποτραπεί με κανέναν άλλο τρόπο, παρά μόνο με τη διακοπή της κύησης, η οποία, αν συνεχιστεί, θα επιφέρει με βεβαιότητα θάνατο ή σημαντική βλάβη της υγείας της γυναίκας. Η διακοπή της κύησης αποτελεί το ύστατο καταφύγιο για την προστασία της εγκύου, εφόσον δεν υφίστανται ιατρικά μέσα, ικανά να αντιμετωπίσουν την κατάσταση.[519]

Η ιατρική ένδειξη αποτελεί, επομένως, σημείο ταύτισης της ιατρικής και της νομικής πραγματικότητας, οι οποίες στην περίπτωση αυτή συγκλίνουν ως προς την αναγκαιότητα της τέλεσης της άμβλωσης. Η ιδιαιτερότητα της ιατρικής ένδειξης ως κατάστασης ανάγκης από αυτή του άρθρου 25 ΠΚ, που αποτελεί την αρχετυπική διάταξη της ρύθμισης της κατάστασης ανάγκης ως λόγου που αίρει το άδικο, στηρίζεται στην ποιότητα του κινδύνου. Παρόλο που το άρθρο 25 ΠΚ απαιτεί ο κίνδυνος να είναι παρών και ενεστώς, κατά την ιατρική ένδειξη του άρθρου 304 ΠΚ, αρκεί η πρόβλεψη ότι ο κίνδυνος θα πραγματοποιηθεί στο άμεσο ή απώτερο μέλλον.[520] Παράλληλα, ο νόμος απαιτεί τη γραπτή ιατρική βεβαίωση της συνδρομής του στοιχείου του άλλως αναπότρεπτου κινδύνου. Στην ιατρική ένδειξη, δεν τίθεται χρονικός περιορισμός από πλευράς του νομοθέτη, καθώς σοβαρός κίνδυνος από επιπλοκή της κύησης μπορεί να προκύψει σε κάθε στάδιό της, ακόμα και στο τέλος της.[521] Καταληκτικά, η ιατρική ένδειξη αποτελεί μία περίπτωση ανωτέρας βίας, τόσο για τον γιατρό όσο και για το νομοθέτη και αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εναρμόνισης της νομοθεσίας με την ιατρική πρακτική, λόγω της κατάστασης ανάγκης που ανακύπτει.

5.3. Η θεραπευτική άμβλωση ως αντιστάθμισμα της σύγκρουσης καθηκόντων

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας[522], η άσκηση της ιατρικής επιστήμης αποτελεί λειτούργημα που αποσκοπεί στην αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Η ιατρική πρακτική έχει ως σημείο αναφοράς το σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η οποία επιβάλλει όπως ο γιατρός σέβεται απόλυτα την ανθρώπινη ζωή και όπως δεν χρησιμοποιεί τις εξειδικευμένες γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Κατοχυρώνεται, επίσης, η δυνατότητα του γιατρού να επικαλεστεί λόγους συνείδησης προκειμένου να απέχει από νόμιμες ιατρικές πράξεις στις οποίες αντιτίθεται. Κατά το άρθρο 3 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η ιατρική πρακτική, κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, ασκείται σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης στα πλαίσια της επιστημονικής και συνειδησιακής ελευθερίας του γιατρού.

Η άσκηση της ιατρικής πρακτικής αποτελεί ύψιστο λειτούργημα, καθήκον της οποίας είναι να υπηρετεί την ανθρώπινη αξία. Μία από τις πιο δύσκολες προκλήσεις που μπορεί να κληθεί να αντιμετωπίσει ένας γιατρός τίθεται σε περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων. Όταν ο γιατρός βαρύνεται με δύο ή περισσότερα αλληλοσυγκρουόμενα καθήκοντα, ώστε η εκπλήρωση του ενός να οδηγεί σε παράβαση του άλλου, τότε υφίσταται η «σύγκρουση καθηκόντων». Στο Ποινικό Δίκαιο, η σύγκρουση καθηκόντων αποτελεί λόγο άρσης του αδίκου[523] για την πράξη ή την

[518] βλ. *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη*, , , σ.210
[519] βλ. Κονταξής Α., Ποινικός Κώδικας, Γ έκδοση, Αθήνα, 2000, σ. 2534
[520] βλ. *Μπέκας Γιάννης*, , σ. 302
[521] βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, σ.84
[522] Ν. 3418/2005, 28 Νοεμβρίου 2005
[523] βλ. *Μανωλεδάκης Ι.*, Ποινικό Δίκαιο, Γενική θεωρία, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2004, σ. 741.

παράλειψη που συνεπάγεται την προσβολή ενός εκ των αλληλοσυγκρουόμενων έννομων αγαθών.[524, 525]

Η σύγκρουση καθηκόντων[526] μπορεί να λάβει τρεις μορφές: Πρώτον, μπορεί να εκδηλωθεί ως σύγκρουση ενός καθήκοντος ενεργείας με ένα καθήκον παράλειψης. Δεύτερον, να λάβει τη μορφή σύγκρουσης ενός καθήκοντος ενεργείας με ένα άλλο καθήκον ενεργείας. Τρίτον, μπορεί να εξωτερικευθεί ως σύγκρουση ανάμεσα σε δύο καθήκοντα παράλειψης. Υποκείμενο της σύγκρουσης αυτής δύναται να είναι ο γιατρός αλλά και οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας υγείας κατά την άσκηση του λειτουργήματός του. Σε κάθε περίπτωση, για να γίνεται λόγος για τέτοια σύγκρουση, τα καθήκοντα που αλληλοσυγκρούονται πρέπει να είναι ενεργά, ενεστώτα και να βρίσκονται σε σχέση αλληλοαποκλεισμού, κατά τρόπο που η εκπλήρωση του ενός να καθιστά αδύνατη την εκπλήρωση του άλλου. Στην έννοια του καθήκοντος συμπεριλαμβάνονται όλες εκείνες οι ενέργειες που είναι επιβεβλημένες από κανόνες δικαίου. Έτσι, το καθήκον μπορεί να είναι νομικό, αλλά και ηθικό, όπως αποτελούν για παράδειγμα οι θρησκευτικές συνήθειες, οι οποίες μπορεί να ληφθούν υπόψη κατά τη στάθμιση προς το σκοπό της τελικής απόφασης.

Αφού διαπιστωθεί η οποιασδήποτε μορφής σύγκρουση καθηκόντων, ο γιατρός καλείται να εξεύρει τη λύση. Η ελευθερία που διαθέτει οριοθετείται από την επιστημονική γνώση και τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης. Η λύση που θα δώσει αποτελεί προϊόν σύζευξης επιστήμης και προσωπικής συνείδησης. Η συνείδηση αποτελεί το υποκειμενικό θεμέλιο της ιατρικής πράξης, η οποία σε συνδυασμό με την αξιοποίηση της επιστημονικής γνώσης και των τεχνολογικών μέσων, οδηγεί στη σύγκριση των εννόμων αγαθών και, κατόπιν στάθμισής τους, οριοθετεί την επιλογή του γιατρού.[527] Ο τελευταίος, ναι μεν διαθέτει διακριτική ευχέρεια ως προς το δρόμο που θα ακολουθήσει, όμως, απώτερος σκοπός του πρέπει να είναι πάντοτε η προάσπιση της ανθρώπινης ζωής και της αξιοπρέπειας. Κομβικό σημείο της διαδικασίας αποτελεί η από μέρους του γιατρού στάθμιση των αγαθών, της οποίας μετέρχεται και ο Νόμος.[528]

Στην περίπτωση της θεραπευτικής άμβλωσης, κατά την οποία τίθεται σε κίνδυνο η ζωή και η υγεία της γυναίκας, ο γιατρός αντιμετωπίζει το δίλημμα που ανακύπτει εκ της σύγκρουσης του καθήκοντος σωτηρίας της ζωής της γυναίκας κατόπιν τέλεσης άμβλωσης με την πίεση του τερματισμού της ζωής του κυοφορούμενου. Η τεχνητή διακοπή της κύησης αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων. Ο γιατρός ενδέχεται να ενστερνίζεται την άποψη ότι με τον τερματισμό της ζωής του εμβρύου συμβάλλει στην εξαφάνιση μιας ανθρώπινης ζωής, την οποία έχει δώσει όρκο να προστατεύει σύμφωνα με όσα επιτάσσει το καθήκον του. Για τον λόγο αυτό, μπορεί να είναι αντίθετος στη συμμετοχή και διεκπεραίωση μιας άμβλωσης, έχοντας την πεποίθηση ότι έτσι παραβιάζει τον όρκο του και προσβάλλει την ιερότητα της ανθρώπινης ζωής. Στην περίπτωση, όμως, που απειλείται η ζωή ή η υγεία της εγκύου, η θεραπευτική άμβλωση καθίσταται ιατρική πράξη με την στενή έννοια, καθώς έχει ως αφετηρία το πρόβλημα υγείας της γυναίκας που πρέπει να αποκατασταθεί. Η ανάγκη διασφάλισης της ζωής

---

[524] βλ. *Κοτζάμπαση Α*., Η άρνηση του γιατρού να επιτελέσει το έργο του για λόγους συνείδησης με βάση το άρθρο 2&5 και 31 ΚΙΔ, Αρμ. 2008, σ. 379.

[525] βλ. *Καράκωστας* Ι., Ιατρική ευθύνη, Εκ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2008, σ. 36

[526] βλ. *Μαγκάκης Γ.Α.,* Η σύγκρουση καθηκόντων ως οριακή κατάσταση του ποινικού δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 1980, σ. 34

[527] *Φυτράκης Ευτύχης,* Η σύγκρουση καθηκόντων κατά τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, Παπαχρήστου Θ., Βιδάλη Τ., Ιατρική δεοντολογία, εκδ Σάκκουλα, 2013, σ. 4

[528] *Μανωλεδάκης Ι.*(/Καϊάφα-Γκμπάντι Μ.), Ποινικό δίκαιο, εκδ. 7η Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη 2005 ,σ. 151 επ.

και της υγείας της γυναίκας ως πλήρους φυσικού προσώπου μπορεί να άρει το συγκρουσιακό δίλημμα στο οποίο βρίσκεται ο γιατρός ως προς την τέλεση της άμβλωσης.[529] Η ιατρική ένδειξη αποτελεί τη δικαιολογητική βάση για την τεχνητή διακοπή της κύησης, και ο γιατρός μπροστά στη σύγκρουση που βιώνει στην προσπάθειά του να διασώσει και τη ζωή της γυναίκας αλλά και του κυοφορούμενου, εξαναγκάζεται να θυσιάσει το δεύτερο προκειμένου να σώσει τη ζωή της γυναίκας, ως πλήρους ολοκληρωμένου ανθρώπου.[530] Η έννομη τάξη αναγνωρίζει τη δικαιολογητική βάση της άρσης του αδίκου σε περίπτωση σύγκρουσης καθηκόντων, ούτως ώστε αίρει το άδικο της πράξης που θυσιάζει ένα έννομο αγαθό προς χάρη προστασίας έτερου υπέρτερου αγαθού. Η ιατρική ένδειξη αποτελεί εξαίρεση της ποινικοποίησης της τεχνητής διακοπής της κυήσεως και αναιρεί την απαξία της αμβλώσεως στην περίπτωση αυτή, καθότι η τελευταία πραγματοποιείται για θεραπευτικό σκοπό.

Έπειτα, παρόλο που στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας προβλέπεται η ρήτρα-ένσταση συνειδήσεως που μπορεί να προβάλει ο γιατρός για να μην διεξαγάγει μία άμβλωση, η ιατρική ένδειξη αποτελεί αναγκαστική εξαίρεση, η όποια καθιστά την διακοπή της κύησης υποχρεωτική. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, στο άρθρο 31, ρυθμίζει το ζήτημα της άμβλωσης. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι: 1. Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης, εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή, απαιτείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου ιατρού. 2. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στη διακοπή της κύησης. Χαρακτηριστικό είναι ότι η άμβλωση στην περίπτωση της ιατρικής ένδειξης αποτελεί νομική υποχρέωση, και η ρήτρα συνείδησης δεν καλύπτει τον ιατρό ώστε να αποφύγει να την τελέσει. Σε περίπτωση που αρνηθεί να προβεί σε διακοπή της κύησης, ευθύνεται για τη ζημιά που μπορεί να προκύψει από την παράλειψη του. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Κοτζαμπάση, «Διαφορετικά, ωστόσο, κρίνεται η άρνηση παροχής υπηρεσιών όταν ο ιατρός έχει νομική υποχρέωση να εμποδίσει την επέλευση ενός αποτελέσματος, όπως ρητά ορίζεται στις περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης (άρθρο 31 και 2 ΚΙΔ και 441 ΠΚ), αλλά και όταν ο ιατρός έχει ήδη επιληφθεί της παρακολούθησης ενός ασθενούς ή έχει ήδη ενεργήσει ιατρικές πράξεις (στο πλαίσιο της καλόπιστης εκπλήρωσης της σύμβασης και των υποχρεώσεων επιμέλειας), οπότε η άρνησή του θα μπορούσε να οδηγήσει ακόμη και σε ποινική τιμωρία του λόγω παράλειψης πράξης για την οποία έχει νομική υποχρέωση (15 ΠΚ, 299 ΠΚ)». Συνεπώς, ο γιατρός δεν μπορεί να αρνηθεί την άμβλωση όταν υπάρχει επείγων κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας.[531]

---

[529] *Πολίτης Χ*., Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας – Ερμηνεία – Σχόλια, έκδ. Π.Ι.Σ., Αθήνα 2006 σ. 197

[530] *Βαθιώτης Κ*., Τραγικά διλήμματα στην εποχή του «πολέμου κατά της τρομοκρατίας», εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα 2010, σ. 118.

[531] *Κοτζαμπάση*, Η άρνηση του γιατρού να επιτελέσει το έργο του για λόγους συνείδησης, Ιατρικά Θέματα, Τεύχος 45, Ιανουάριος-Μάρτιος 2007, επίσης βλ. Πόρισμα (Άρθρο 4 § 6 Ν. 3094/2003, Άρθρο 5 § 5 ΠΔ 273/1999) , Άρνηση αναισθησιολόγων του Γενικού Νοσοκομείου Σάμου να συμμετέχουν σε επεμβάσεις τεχνητής διακοπής κύησης, Αύγουστος 2017, επίσης βλ. Πόρισμα Εθνικής Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση ή Συμμετοχή Μαιών-Μαιευτών σε τεχνική διακοπή της εγκυμοσύνης . Οι *Chavkin W/ Swerdlow L/ Fifield J*.στο Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study. Health Hum Rights. 2017;19(1) σσ.66–68, αναφέρουν πως η αντιρρησία συνείδησης έχει γίνει όλο και περισσότερο πολιτικά αμφισβητούμενη. Στην ίδια κατεύθυνση φαίνεται να βρίσκεται και το Σουηδικό Δικαστήριο που απέρριψε την καταγγελία δύο μαιών που ως αιτία αποκλεισμού τους για εργασία σε νοσοκομείο ήταν η άρνησης συμμετοχής τους σε άμβλωση λόγω επίκλησης θρησκευτικών πεποιθήσεων . Σύμφωνα με το *BBC σε άρθρο στις 13 Μαρτίου 2020 https://www.bbc.com/news/world-*

5.4. Θεραπευτική άμβλωση και Συνταγματικό Δίκαιο

Η θεραπευτική άμβλωση είναι από τις λιγότερο αμφιλεγόμενες περιπτώσεις, όταν η συνέχιση της κύησης απειλεί ή επενεργεί εξαιρετικά επιβαρυντικά στα έννομα αγαθά της ζωής ή της υγείας της γυναίκας. Όπως αναλύθηκε στο αμέσως προηγούμενο κεφάλαιο, καθήκον της ιατρικής επιστήμης συνιστά η προστασία της ανθρώπινης ζωής, οπότε στην περίπτωση της κύησης, οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να διασφαλίσουν τόσο τη ζωή και την υγεία της εγκύου όσο και του κυοφορούμενου, απέχοντας από οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη ενδέχεται να θέσει σε κίνδυνο τα ανωτέρω θεμελιώδη αγαθά. Όταν, όμως, απειλείται η γυναίκα και ο τερματισμός της κύησης αποτελεί τη μόνη λύση, η σύγκρουση στην οποία φαίνεται να περιέρχεται ο γιατρός δεν είναι τόσο ουσιώδης, καθώς προηγείται η σωτηρία της τελευταίας, ως πλήρους φυσικού προσώπου. Ο τερματισμός της κύησης απεκδύεται της απαξίας που τη συνοδεύει, καθώς η κατάσταση ανάγκης απαιτεί τη διάσωση ενός εκ των αλληλοσυγκρουόμενων αγαθών, δίνοντας προτεραιότητα στη γυναίκα, ως ολοκληρωμένη προσωπικότητα και ως υποκείμενο δικαίου. Τη συλλογιστική αυτή ακολουθεί και η νομοθεσία. Η προστασία της ζωής είναι κατοχυρωμένη στο άρθρο 5§2 Σ[532] ενώ η προστασία της υγείας στο άρθρο 5§5 Σ[533]. Η γυναίκα είναι φορέας και των δύο συνταγματικών δικαιωμάτων, ενώ, όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η αγέννητη ζωή του εμβρύου προστατεύεται κατά το τελευταίο τρίμηνο που το κυοφορούμενο είναι πλέον βιώσιμο. Στην περίπτωση της ιατρικής ένδειξης, η σύγκρουση ανάμεσα στην ανάγκη προστασίας της ζωής ή της υγείας της γυναίκας και στην προστασία της ζωής του εμβρύου δεν δύναται να καταλήξει σε εναρμόνιση των δικαιωμάτων, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην εξαλειφθεί κανένα από τα δύο. Αντιθέτως, η σοβαρότητα της κατάστασης ανάγκης δύναται να αποκλείσει κάθε άλλη λύση πέρα αυτής της άμβλωσης, προκειμένου να διασωθεί η ζωή ή η υγεία της γυναίκας.[534] Λόγω της ιδιάζουσας συνθήκης, η προστασία της αγέννητης ζωής υποχωρεί μπροστά στην προστασία της γεγενημένης ζωής και της υγείας. Το θεμιτό της αντίθετης επιλογής στερείται σκοπιμότητας στην περίπτωση που το έμβρυο δεν είναι βιώσιμο, καθώς το τελευταίο δεν θα μπορεί να επιβιώσει έξω από το γυναικείο σώμα αν η γυναίκα δεν επιζήσει, ενώ ακόμα και στην περίπτωση που ο κίνδυνος εμφανίζεται κατά το τελευταίο τρίμηνο της κυήσεως, στην ιατρική πρακτική υπερισχύει η ζωή και η υγεία της γυναίκας.

Η νομοθεσία ακολουθεί την ιατρική πρακτική, καθώς η ιατρική ένδειξη αποτελεί ιατρική , πρωτίστως, κατάσταση ανάγκης που απαιτεί τη διακοπή της κύησης για τη σωτηρία της γυναίκας. Η ιατρική ένδειξη στην τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα ακόμα χαρακτηριστικό παράδειγμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ νομοθεσίας και ιατρικής πρακτικής. Ειδικά στις

---

europe-51874119, οι μαίες προσέφυγαν στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ) αλλά η προσφυγή τους δεν έγινε δεκτή με το σκεπτικό ότι ανεξάρτητα των θρησκευτικών πεποιθήσεων αρνούνται να εκτελέσουν ένα μέρος της δουλειάς τους.Άλλοστε η Σουηδία παρέχει σε εθνικό επίπεδο υπηρεσίες άμβλωσης και ως εκ τούτου έχει θετική υποχρέωση να οργανώσει το σύστημα υγείας της κατά τρόπο που να διασφαλίζει ότι η αποτελεσματική άσκηση της ελευθερίας συνείδησης των επαγγελματιών της υγείας στο επαγγελματικό πλαίσιο δεν εμποδίζει την παροχή τέτοιων υπηρεσιών.

[532] «Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο.»

[533] «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.»

[534] *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη,* σ.210

περιπτώσεις που η ρύθμιση έχει ως σημείο αναφοράς την ιατρική πρακτική, η τελευταία καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το περιεχόμενο της πρώτης. Η ιατρική ένδειξη, ως κατάσταση ανάγκης, καταδεικνύει τον απόλυτο τρόπο με τον οποίο η νομοθεσία καθορίζεται από την ιατρική πρακτική σε ιατρικές καταστάσεις ανάγκης. Ο νομοθέτης, στις περιπτώσεις αυτές, δεν διαθέτει μεγάλη ευχέρεια ρύθμισης του ζητήματος σύμφωνα με αξιολογικές του κρίσεις, αλλά περιορίζεται στη νομιμοποίηση της ιατρικής πρακτικής που συνιστά παρέκκλιση από τον νομικό κανόνα της προστασίας της εξελισσόμενης ζωής. Σε αυτή την περίπτωση, δηλαδή της εξαίρεσης, στόχος του νομοθέτη είναι ο αυστηρός καθορισμός των όρων υπό τους οποίους είναι δυνατή η εξαίρεση, ώστε να αποφευχθεί πιθανή κατάχρηση της δυνατότητας αυτής. Στην θεραπευτική άμβλωση, ωστόσο, ο Νόμος δεν δύναται να απαριθμεί περιοριστικά κατάλογο συγκεκριμένων ασθενειών που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή ή την υγεία της εγκύου και να αποτελέσουν δικαιολογητικό παράγοντα επιλογής του τερματισμού της κύησης, καθώς η εκτίμηση του κινδύνου αυτού απορρέει από τα πορίσματα της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης, κατά τρόπο που δεν είναι στατική, αλλά διαρκώς εξελισσόμενη. Επιπλέον, η διαχείριση κάθε περίπτωσης κινδύνου πρέπει να εντάσσεται σε εξατομικευμένο πλαίσιο. Έτσι, η ιατρική ένδειξη συνιστά μαζί με την θεραπευτική άμβλωση ένα δίπολο, το οποίο διαμορφώνει περισσότερο η ιατρική πραγματικότητα υπό την πίεση της ανάγκης και της ανωτέρας βίας, παρά η αξιολογική εκτίμηση του νόμου.

5.5. Η ιατρική ένδειξη στην ημεδαπή νομολογία και στο Συγκριτικό Δίκαιο

Το ζήτημα της ιατρικής ένδειξης και της θεραπευτικής άμβλωσης που αυτή συνεπάγεται αποτελεί αντικείμενο εξέτασης στη χαρακτηριστική υπόθεση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου «Tysiac κατά Πολωνίας»[535]. Στην υπόθεση αυτή, η αιτούσα, γεννηθείσα το 1971, κάτοικος Βαρσοβίας, υπέφερε από υψηλό βαθμό μυωπίας και κρίθηκε από κρατική ιατρική επιτροπή ότι πάσχει από αναπηρία με μέτρια σοβαρότητα. Η προσφεύγουσα κατέστη έγκυος το Φεβρουάριο του 2000, αφού είχε προηγουμένως αποκτήσει άλλα δύο τέκνα, τα οποία γεννήθηκαν με καισαρική τομή. Η προσφεύγουσα, δεδομένου ότι ανησυχούσε για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της, ως απόρροια του επερχόμενου τοκετού, αποφάσισε να συμβουλευτεί τους γιατρούς της. Εξετάστηκε από τρεις οφθαλμίατρους, οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ενυπήρχε σοβαρός κίνδυνος αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς χιτώνα κατά τον τοκετό. Ωστόσο, αρνήθηκαν να της εκδώσουν πιστοποιητικό που να δικαιολογεί τον τερματισμό της κύησης. Στη συνέχεια, η αιτούσα ζήτησε περαιτέρω ιατρικές συμβουλές. Έτσι, στις 20 Απριλίου 2000, ο γενικός γιατρός O.R.G. εξέδωσε πιστοποιητικό που ανέφερε ότι η τρίτη εγκυμοσύνη της συνιστούσε απειλή για την υγεία της, καθώς υπήρχε κίνδυνος ρήξης της μήτρας λόγω των δύο προηγούμενων τοκετών με καισαρική τομή. Η προσφεύγουσα κατανόησε ότι βάσει αυτού του πιστοποιητικού θα μπορούσε να τερματίσει νόμιμα την κύησή της και ήρθε σε επαφή με ένα κρατικό νοσοκομείο στην περιοχή όπου διέμενε, προκειμένου να προχωρήσει στη διαδικασία της άμβλωσης. Ο γιατρός που την εξέτασε, μη λαμβάνοντας υπόψη το οφθαλμολογικό ιστορικό της, απεφάνθη ότι οι δύο πρότεροι τοκετοί δε συνιστούσαν λόγο θεραπευτικού τερματισμού της κύησης. Κατά συνέπεια, η εγκυμοσύνη της προσφεύγουσας δεν τερματίστηκε και τον Νοέμβριο του 2000 γέννησε με καισαρική τομή. Μετά τον τοκετό, η όρασή της επιδεινώθηκε άσχημα, με αποτέλεσμα, στις 2 Ιανουαρίου 2001, περίπου έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, να μεταφερθεί σε μονάδα έκτακτης ανάγκης της Οφθαλμολογικής Κλινικής στη Βαρσοβία. Στις 13 Σεπτεμβρίου 2001, η επιτροπή για τα άτομα με αναπηρίες διέγνωσε σοβαρή αναπηρία της προσφεύγουσας, και έκρινε ότι χρειάζεται συνεχή φροντίδα και αρωγή τρίτου προσώπου σε καθημερινή βάση. Η ενάγουσα άσκησε έφεση κατά της απόφασης πρότερου δικαστηρίου το οποίο έκρινε ενώπιον του περιφερειακού εισαγγελέα της Βαρσοβίας ότι ο ενδεχόμενος τερματισμός της κύησης ήταν μη νόμιμος. Υποστήριξε ότι πριν από τον δεύτερο και τρίτο τοκετό, οι γιατροί, κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής, συνέστησαν να προχωρήσουν σε απολίνωση, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν επόμενη εγκυμοσύνη. Υποστήριξε, επίσης, ότι, παρόλο που η επιδείνωση της όρασής της σχετιζόταν με την πρότερη κατάστασή της, επήλθε ραγδαία επιτάχυνση επιδείνωσής της κατά τη διάρκεια της τρίτης εγκυμοσύνης. Επιπλέον, τόνισε ότι δεν μπόρεσε να ενημερωθεί επαρκώς από το φάκελο της υπόθεσης, επειδή οι περιλήψεις μαρτυριών και λοιπών εγγράφων γράφτηκαν με εξαιρετικά δυσανάγνωστο τρόπο. Ωστόσο, το αίτημά της να της παρασχεθεί η δυνατότητα άμβλωσης απορρίφθηκε από τους αρμόδιους γιατρούς, με αποτέλεσμα να επέλθει σημαντική βλάβη της υγείας της. Σε απόφαση της 2ας Αυγούστου 2002, το δικαστήριο, έχοντας λάβει υπόψη την έκθεση ιατρικού εμπειρογνώμονα, έκρινε ότι η άρνηση τερματισμού της κύησής της δεν είχε σχέση με την επιδείνωση της όρασης

[535] βλ. ΕΔΔΑ, Tysiac κατά Πολωνίας, 20.3.2007, αρ. προσφυγής 5410/03, επίσης *Μαθιού Ε.* , Περίληψη απόφασης της 20.03.2007 του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων επί της υποθέσεως Tysiac κατά Πολωνίας, Το Βήμα Των Δικαιωμάτων Του Ανθρώπου , Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2008, Τεύχος 2, σσ. 96-98

της αιτούσας. Επιπλέον, το δικαστήριο διαπίστωσε ότι η αιμορραγία στους οφθαλμούς της αιτούσας ήταν εν πάση περιπτώσει πιθανή, δεδομένου του βαθμού και της φύσης της κατάστασης της. Ακολούθως, η ενάγουσα προσέφυγε στο ΕΔΔΑ, καθώς το πολωνικό δικαστήριο έκρινε ότι δεν υπήρχε αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της απορριφθείσας αίτησης και της επιδείνωσης της υγείας της, επικαλούμενη το άρθρο 3 περί απαγόρευσης των βασανιστηρίων, το άρθρο 8 που αφορά το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, και το άρθρο 14 περί απαγόρευσης των διακρίσεων, της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). Το ΕΔΔΑ διαπίστωσε παραβίαση του άρθρου 8 καθώς η νομοθεσία σχετικά με την άμβλωση αγγίζει τη σφαίρα της ιδιωτικής ζωής της εγκύου, η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με το έμβρυο. Περαιτέρω, το Δικαστήριο έκρινε ότι η πολωνική κυβέρνηση απέτυχε να εκπληρώσει τις θετικές υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτό για την διασφάλιση ενός αποτελεσματικού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου των προϋποθέσεων διακοπής της κύησης και την πρόβλεψη σαφών νομοθετικών διαδικασιών για τις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει διαφωνία μεταξύ των αρμοδίων αρχών και της εγκύου για την σκοπιμότητα της άμβλωσης, ενώ δεν διαπίστωσε παραβίαση των άρθρων 3 και 13. Το Δικαστήριο επαναλαμβάνει επίσης ότι η «ιδιωτική ζωή» είναι ένας ευρύς όρος που περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, πτυχές της φυσικής και κοινωνικής ταυτότητας ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην προσωπική αυτονομία, την προσωπική ανάπτυξη και την εδραίωση και ανάπτυξη σχέσεων με άλλους ανθρώπους και με το εξωτερικό περιβάλλον. Επιπλέον, ενώ η Διακήρυξη δεν εγγυάται ως τέτοιο δικαίωμα σε συγκεκριμένο επίπεδο ιατρικής περίθαλψης, το Δικαστήριο έχει ήδη κρίνει ότι η ιδιωτική ζωή περιλαμβάνει τη φυσική και ψυχολογική ακεραιότητα ενός ατόμου και ότι το Κράτος έχει επίσης υποχρέωση να εξασφαλίζει στους πολίτες του το δικαίωμά τους να απολαμβάνουν τον σεβασμό απέναντι στην ακεραιότητα αυτή. Ωστόσο, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο τάσσεται υπέρ της άποψης ότι οι περιστάσεις της υπόθεσης της προσφεύγουσας, ιδιαίτερα η φύση της καταγγελίας, εξετάζονται καταλληλότερα από την άποψη των προαναφερθεισών υποχρεώσεων του εναγομένου κράτους. Κατά την εξέταση των περιστάσεων της συγκεκριμένης υπόθεσης, το Δικαστήριο έλαβε υπόψη το γενικό πλαίσιο.

Η υπόθεση αυτή αναδεικνύει τη σημασία της αναγνώρισης της ιατρικής ένδειξης ως περίσταση κατά την οποία υπερισχύει η προστασία της γυναίκας έναντι του εμβρύου. Η κατοχύρωση των συνταγματικών δικαιωμάτων της εγκύου, ως φυσικού προσώπου, έναντι της έννομης θέσης του εμβρύου, το οποίο προστατεύεται ως εξελισσόμενη αγέννητη ζωή, επιβάλλει να υποχωρεί η προστασία της έννομης θέσης του δεύτερου, όταν διακινδυνεύονται τα δικαιώματα της εγκύου. Ειδικά στην περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η υγεία της γυναίκας, και, ενώ είναι δυνατή η αποτροπή της βλάβης με την διακοπή της κύησης, αυτή παραλείπεται, η γυναίκα εργαλειοποιείται και μετατρέπεται σε μέσο ενώ πλήττονται τα έννομα αγαθά της ζωής, της υγείας και της προσωπικότητάς της. Η ιατρική ένδειξη αναδεικνύει τη θεραπευτική ποιότητα που έχει η τεχνητή διακοπή της κύησης, καθώς δε μπορεί να αξιώνει κανείς από μία γυναίκα να εξαναγκαστεί στην ολοκλήρωση μιας κύησης που θα υποβαθμίσει την ποιότητα της ζωής της.

Σημειώνεται ότι ο νόμος του 1993 απαγορεύει την άμβλωση στην Πολωνία, προβλέποντας μόνο ορισμένες εξαιρέσεις. Ο γιατρός που τερματίζει την κύηση κατά παράβαση των όρων που καθορίζονται στον εν λόγω νόμο, έχει τελέσει ποινικό αδίκημα που τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη. Σύμφωνα με την Πολωνική Ομοσπονδία Γυναικών και Οικογενειακού Προγραμματισμού, το γεγονός ότι η άμβλωση αποτελούσε ουσιαστικά ποινικό αδίκημα αποθάρρυνε τους γιατρούς να επιτρέψουν την έκτρωση, ιδίως ελλείψει διαφανών και σαφώς

καθορισμένων διαδικασιών που να καθορίζουν εάν πληρούνται οι νομικές προϋποθέσεις για θεραπευτική έκτρωση σε μία μεμονωμένη περίπτωση.

Ανεξάρτητα από το παράδειγμα της Πολωνίας, η ιατρική ένδειξη συνιστά μία από τις ισχυρότερες ενδείξεις σχετικά με το θεμιτό διακοπής της κύησης, γι' αυτό και αποτελεί χαρακτηριστική εξαίρεση στα περισσότερα δικαιικά συστήματα των κρατών. Στη Μεγάλη Βρετανία, για παράδειγμα, όλες οι αμβλώσεις εκτός από αυτές που διενεργούνται λόγω έκτακτης ανάγκης, απαιτούν έγκριση από δύο γιατρούς, εγγεγραμμένους στους σχετικούς επίσημους καταλόγους και πρέπει να εκτελούνται σε εγκαταστάσεις που έχουν καταχωρηθεί για το σκοπό αυτό. Μία από τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται -είτε μία από αυτές είτε περισσότερες ταυτόχρονα- για να επιτρέπονται οι αμβλώσεις δυνάμει του τμήματος 1 του νόμου περί έκτρωσης του 1967, όπως τροποποιήθηκε, είναι ο τερματισμός να κρίνεται απαραίτητος για την πρόληψη σοβαρών μόνιμων βλαβών στη σωματική ή ψυχική υγεία της εγκύου ή η συνέχιση της εγκυμοσύνης να συνεπάγεται κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου μεγαλύτερο από αυτόν που στον οποίο εκτίθεται μέσω του τεχνητού τερματισμού αυτής.

Στη Γερμανία, το 1976, ο νομοθέτης της Δυτικής Γερμανίας τροποποίησε τον Ποινικό Κώδικα χρησιμοποιώντας αυτό που περιγράφηκε ως πρότυπο «ένδειξης» .

Ο νομοθέτης ποινικοποίησε όλες τις αμβλώσεις, αλλά παρέσχε εκτεταμένες εξαιρέσεις ή ενδείξεις, με βάση τις οποίες η συνέχιση της κύησης θα αποτελούσε υπερβολική επιβάρυνση για την έγκυο.[536] Ο γερμανικός ποινικός κώδικας τροποποιήθηκε για να περιλάβει τέσσερις ενδείξεις, μία από τις οποίες αποτελεί η ιατρική ένδειξη, σε περίπτωση που απειλείται η υγεία ή η ζωή της γυναίκας.[537] Στην ιατρική ένδειξη, ο νόμιμος χρόνος για τη διενέργεια μιας ενδεδειγμένης άμβλωσης ήταν οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της κύησης. Στη Σουηδία, η απόλυτη απαγόρευση των αμβλώσεων άρθηκε το 1938 με νόμο ο οποίος επέτρεψε, για πρώτη φορά, την άμβλωση για ιατρικούς λόγους ενώ η ιατρική ένδειξη ισχύει μέχρι και σήμερα. Στο ρουμανικό δίκαιο, η φιλελεύθερη πολιτική των αμβλώσεων αντιστράφηκε απότομα την 1η Οκτωβρίου του 1966. Το κρατικό συμβούλιο της Ρουμανίας εξέδωσε διάταγμα που περιόριζε αυστηρά τη διαθεσιμότητα της άμβλωσης κατόπιν αίτησης σε γυναίκες των οποίων η ζωή, κατά την κρίση ειδικής επιτροπής, ετίθετο σε κίνδυνο από την κύηση ή οι οποίες αντιμετώπιζαν κίνδυνο συγγενών παραμορφώσεων. Περισσότερες από εκατό ιατρικές ενδείξεις καθορίζονται στενά στη νομοθεσία με το περιθώριο να παραμένει μόνο στον ψυχιατρικό τομέα. Στην Ιταλία, επιτρέπεται η άμβλωση μετά τις πρώτες ενενήντα ημέρες κύησης, στην περίπτωση που η τελευταία ή ο τοκετός συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας. Σε γενικές γραμμές, η θεραπευτική άμβλωση απαντάται στη νομοθεσία των περισσότερων χωρών, ως λύση για την ιατρική ένδειξη, αναδεικνύοντας τη σύμπραξη του Δικαίου διεθνώς στην ανάγκη για προστασία της ζωής και της υγείας της εγκύου, όταν αυτή μπορεί να διασφαλισθεί μόνο με τον τερματισμό της κύησης.

[536] *Goldberg Deborah L.*, Developments in German Abortion Law: A U.S. Perspective, Ucla Women's Law Journal, 1995, Vol. 5 σσ. 531
[537] *Goldberg Deborah L, σσ.537-538*

5.6. Η ένδειξη της ψυχικής υγείας στον Ποινικό Κώδικα

Ο βιασμός αποτελεί την πιο ακραία μορφή σεξουαλικής κακοποίησης ενός ατόμου. Στις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα αναφορικά με την άμβλωση, η «ηθική ένδειξη» αποτελεί τη μοναδική εξαίρεση που εισάγεται στην ποινικοποίηση της άμβλωσης και δεν φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης. Στην παράγραφο 4β του άρθρου 304 ΠΚ, ορίζεται ότι η διακοπή της κύησης δεν συνιστά άδικη πράξη όταν η τελευταία αποτελεί προϊόν βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί.[538] Οι περιπτώσεις, αυτές, συγκρινόμενες με τις υπόλοιπες ενδείξεις του Ποινικού Κώδικα, παρόλο που φαίνεται να είναι οι μόνες που δεν σχετίζονται άμεσα με την ιατρική πρακτική, υπό την έννοια ότι δεν εξετάζονται νομικά τυχόν ζητήματα που αφορούν στη ζωή και την υγεία τόσο της γυναίκας όσο και του εμβρύου, εντούτοις το σκεπτικό αυτό δεν είναι απόλυτα ακριβές. Ο βιασμός που μπορεί να επέλθει τόσο από άγνωστα άτομα όσο και από άτομα εντός στενού και ευρύτερου οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος της γυναίκας, στιγματίζει το θύμα, ακόμη και για μία ολόκληρη ζωή, καθόσον πέραν των σωματικών κακώσεων και της ενδεχόμενης εγκυμοσύνης του θύματος μετά το βιασμό του, εγγράφει και πολύ έντονες ψυχολογικές «κακώσεις». Το θύμα αφενός καλείται να αντιμετωπίσει σωματικά προβλήματα με όσα αυτά συνεπάγονται, όπως την απόφαση για άμβλωση ή όχι, τη σωματική αποθεραπεία, τον έλεγχο για μεταδιδόμενα νοσήματα, αφετέρου δε αναμετριέται με βαθιά ψυχικά τραύματα που επιφέρει μία τέτοια πράξη[539].

5.6.1. Σύνδεση δεδομένων Ψυχιατρικής και άμβλωσης

Ιστορικά, κατά την εξέλιξη των κοινωνιών, η έννοια της αιμομιξίας υπέστη παραλλαγές, ευρισκόμενη σε πλήρη συνάρτηση με την εξελικτική πορεία της ίδιας της ιστορικής στιγμής, του πολιτισμού, της κοινωνικής τάξης και της θρησκείας. Με το πέρασμα του χρόνου, αποκαλύφθηκαν σημαντικές επιπτώσεις της ανθρώπινης αναπαραγωγής λόγω αιμομιξίας στην εξελικτική πορεία της υγείας των οικογενειών. Δύο από τις κυριότερες αρνητικές επιπτώσεις της αναπαραγωγής κατά τον ως άνω τρόπο αποτέλεσαν η αύξηση του κινδύνου ανεπιθύμητων γονιδίων και η μείωση της γενετικής ποικιλομορφίας λόγω ομοζυγωτίας των υπολειπόμενων αλληλόμορφων με διαταραχές του νόμου του Μέντελ. Έρευνα των Adams MS και Neel JV κατέδειξε ότι σε αιμομικτικές εγκυμοσύνες επικρατεί σημαντική αύξηση των γενετικών νοσημάτων ενώ το ποσοστό της παιδικής θνησιμότητας ανέρχεται στο 4% έως 5%.[540] Παραδείγματα ειδικών γενετικών διαταραχών περιλαμβάνουν τη σχιζοφρένεια, την δυσπλασία των άκρων, την τύφλωση, τη συγγενή καρδιακή νόσο κ.ά.[541]. Η ηθική ένδειξη[542] εκφράζει την ηθική και νομική απαξία που συνοδεύει την κύηση που προέρχεται από βιασμό ή αιμομιξία, ως αποτέλεσμα μιας παράνομης, εις βάρος της γυναίκας, πράξης που πλήττει βάναυσα το αγαθό της γενετήσιας ελευθερίας της. Παρ' όλο που η κύρια συλλογιστική στην οποία στηρίζεται η ηθική ένδειξη σχετίζεται με τη νομική απαξία που αποδίδεται στην κατάσταση λόγω προέλευσης της

[538] βλ.*Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελισάβετ*, Εγκλήματα κατά της ζωής, σ. 48, *Μπέκας Γ.*, Εγκλήματα κατά της ζωής και της υγείας, σ. 301, *Τροκάνας Δ. Θεόδωρος*, σ.108

[539] *Bessel A. van der Kolk /Rita Fisler*, Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study, *Journal of Traumatic Stress*, 1995 volume 8, σσ. 505–525

[540] *Adams MS, Neel JV.* Children of incest. Pediatrics. 1967 Jul;40(1):55–62

[541] *Rudan I/ Rudan D. et al*, Inbreeding and risk of late onset complex disease, J Med Genet 2003;40 σσ. 925–932.

[542] βλ *Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φερενίκη*, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, σ. 200

κύησης από ποινικά κολάσιμη πράξη, η στάση του νομοθέτη ως προς την υιοθέτηση εξαίρεσης ποινικοποίησης της άμβλωσης στις ανωτέρω περιπτώσεις εξέφρασε τον προβληματισμό που ανακύπτει ως προς τις σημαντικές επιπτώσεις που επέρχονται για τη ζωή και την υγεία της γυναίκας από μία ανεπιθύμητη, παρά τη βούληση της[543], κύηση. Η σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση[544] που υφίσταται η γυναίκα που καθίσταται ακούσια έγκυος, κατόπιν μίας αποδοκιμαστέας πράξης, όπως ο βιασμός ή η αιμομιξία, μπορεί να διαταράξει ανεπανόρθωτα την υγεία της, η οποία επιβαρύνεται και από το κατάφορο πλήγμα που δέχεται η προσωπική της ελευθερία. Η υπόσταση της γυναίκας προσβάλλεται πανταχόθεν, τόσο σωματικά όσο και πνευματικά, όταν, εν αρχή, υφίσταται μία πράξη που παραβιάζει τη γενετήσια αυτοδιάθεσή της και, εν συνεχεία, εξαναγκάζεται να μη διακόψει την ακούσια κύηση. Η ψυχική της επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση «διαταραχής Μετά-τραυματικού στρες».[545] Αδιαμφισβήτητα, τα στοιχεία της ιατρικής επιστήμης που συνδέονται άμεσα με την προσβολή της ψυχικής υγείας της γυναίκας στην περίπτωση αυτή, αποτελούν μία από τις παραμέτρους που συνυπολογίζει ο νομοθέτης προς ρύθμιση της ηθικής ένδειξης. Παρ' όλο που η επίδραση αυτή δε καθίσταται άμεσα ορατή στη νομοθεσία, εντούτοις την επηρεάζει έμμεσα, καθώς συνιστά τη βασικότερη προσβολή της προσωπικής ελευθερίας της γυναίκας[546] και της προσωπικότητάς της εν γένει.[547] Η δυνατότητα του ανθρώπου να αποφασίζει ως προς τη διάθεση του σώματός του αποτελεί τη θεμέλιο λίθο της ελευθερίας του ως ανεξάρτητου και έλλογου όντος, και οιαδήποτε παρεμπόδιση της ελευθερίας αυτής συνιστά αποδοκιμαστέα προσβολή για το Δίκαιο. Τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης γύρω από τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας της γυναίκας επιδρούν έμμεσα στην κοινωνική-ηθική ένδειξη και αναδεικνύουν την ολιστική αντίληψη γύρω από την ανάγκη

---

[543] *Lathrop Anthony*, Pregnancy Resulting From Rape, Jogn n principles & practice, 1998, τομ. 27, τεύχ. 1, σσ. 25-31.

[544] Η ανθρώπινη αντίδραση στο ψυχολογικό τραύμα είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας στον κόσμο. Τα τραυματικά γεγονότα όπως η οικογενειακή και κοινωνική βία, οι βιασμοί και οι επιθέσεις, οι καταστροφές, οι πόλεμοι, τα ατυχήματα και η επιθετική βία δημιουργούν στους ανθρώπους τέτοια φρίκη και απειλή ώστε να μεταβάλλουν προσωρινά ή μόνιμα την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν. Τα τραυματισμένα άτομα αναπτύσσουν συχνά διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), μια διαταραχή στην οποία η μνήμη του τραυματικού γεγονότος κυριαρχεί στη συνείδηση των θυμάτων. βλ. *Bessel van der Kolk*, Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma ,Dialogues Clin Neurosci., 2000 Mar; 2(1) σσ. 7–22.

[545] *Bridges Khiara M*. When pregnancy is an injury: rape, law, and culture, Stanford law review, 2013, Vol. 65, σ. 471 επίσης βλ. *Ellsberg Mary / Jansen Henrica et a*l, WHO Multi- Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team, Intimate Partner Violence and Women's Physical and Mental Health in the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence: An Observational Study, Lancet, 2008, 371 (9619), 1165-72

[546] βλ. *Συμεωνίδη-Καστανίδη Ελισάβετ*, Η άμβλωση ως πρόβλημα το ποινικού δικαίου, , σσ.175

[547] Αξίζει να αναφερθεί πως στην ηθική ένδειξη διαφαίνεται η επιρροή της ιατρικής επιστήμης και ως προς το ζήτημα της καθιέρωσης της χρονικής προθεσμίας των δεκαεννέα εβδομάδων, για να είναι η άμβλωση επιτρεπτή. Παρόλο που η υιοθέτηση του χρονικού αυτού σημείου φαίνεται αυθαίρετη(Βλ. *Μπέκας Γ* : Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, Εκδ. Π.Ν. Σάκκουλας 2004 , σ. 500 επ.),η λογική του νομοθέτη πρέπει να αναζητηθεί στο όριο της βιωσιμότητας του εμβρύου, το οποίο ωστόσο υφίσταται με τη συμπλήρωση του δεύτερου τριμήνου κατά την εικοστή τέταρτη και όχι την δέκατη ένατη εβδομάδα. Προκύπτει λοιπόν ο προβληματισμός σχετικά με την ανάγκη εναρμόνισης της διάταξης αυτής με τη γενικότερη συλλογιστική και το πνεύμα της νομοθεσίας περί αμβλώσεων, μέσω της επιμήκυνσης της προθεσμίας στο χρονικό σημείο της έναρξης του τρίτου τριμήνου της κυήσεως. Επίσης βλ. προβληματισμό των *Moura Bessa Maria Misrelma/ Drezett Jefferson et al*, στο Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor, Medicina (Kaunas), 2019 Aug; 55 (8): 474 ,όπου μετά από έρευνα διαπίστωσαν ότι τα θύματα βιασμού ή αιμομιξίας καθυστερούν την αποκάλυψη της κύησης και την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας λόγω εκφοβισμού ή εγγύτητας με τον επιτιθέμενο με σημαντικές επιπτώσεις όσον αφορά τόσο στη δυνατότητα έγκρισης αιτήματος τερματισμού της κύησης όσο και τη μέθοδο εκτέλεσης *και στους Blake Márcia de Toledo, Drezett Jefferson et all*, Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape ,International Archives of Medicine Section: Global Health & Health Policy, 2015, Τομ. 8, No. 29, σσ.8-13.

διασφάλισης της υπόστασης του ανθρώπου-τόσο σωματικά όσο και ψυχικά- στα πλαίσια της ιατρικής και της νομικής επιστήμης και πράξης.

5.6.2. Η ηθική ένδειξη στο Συγκριτικό Δίκαιο

Ο σημαντικός ρόλος που επιτελεί η ανάγκη προστασίας της ψυχικής υγείας της γυναίκας προς την κατεύθυνση νομιμοποίησης της διακοπής της ακούσιας κύησης που προήλθε μέσω βιασμού ή αιμομιξίας, κατόπιν βάναυσης προσβολής του δικαιώματος αυτοδιάθεσης της γυναίκας, διαφαίνεται και μέσα από παραδείγματα της νομολογίας. Σε αρκετές υποθέσεις της διεθνούς νομολογίας που σχετίζονται με το δικαίωμα άμβλωσης σε περιπτώσεις που εμπίπτουν στην κατηγορία της «ηθικής» ή αλλιώς «κοινωνικής» - όπως αποκαλείται- ένδειξης, παρατηρείται μνεία στις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει η απαγόρευση δυνατότητας άμβλωσης στην ψυχική ακεραιότητα της γυναίκας που δεν συναίνεσε στη σεξουαλική πράξη ή που δε βρισκόταν σε θέση ώστε να διαθέτει με πλήρη ωριμότητα και συνείδηση το αγαθό της γενετήσιας ελευθερίας της. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η απόφαση Χ εναντίον Govt του Ανωτάτου Δικαστηρίου του Δελχί (06-12-2013), κατά την οποία τονίσθηκε η με βάση τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης και κλινικής εμπειρίας παραδεδεγμένη αλήθεια ότι η συνέχιση μιας εγκυμοσύνης που είναι αποτέλεσμα βιασμού αποτελεί για την έγκυο γυναίκα μία «εξαιρετικά τραυματική, εξευτελιστική και ψυχολογικά καταδυναστευτική εμπειρία», γεγονός που δικαιολογεί την άρση της προσβολής αυτής μέσω της άμβλωσης.[548] Στο ίδιο πνεύμα και με την ίδια συλλογιστική, η απόφαση «Bashir Khan v. State of Punjab, 14058 of 2014, Punjab-Haryana High Court., August 2, 2014» τόνισε ότι, στην περίπτωση του βιασμού, η εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ψυχική βλάβη.[549]

Πληθώρα διεθνών αποφάσεων δικαιώνουν γυναίκες που στερήθηκαν τη δυνατότητα να προβούν σε άμβλωση στη βάση της βλάβης που υπέστησαν στην ψυχική τους υγεία. Η υπόθεση Paulina Ramirez v. Mexico, Case 161-02, Report No 21/07, Inter-American Commission on Human Rights, απέδωσε χρηματική αποζημίωση στην ενάγουσα καθώς δεν της επετράπη από τις κρατικές αρχές να τερματίσει την κύηση μετά από βιασμό. Το Δικαστήριο υπογράμμισε την ανάγκη να δίδεται προτεραιότητα στην προστασία της υγείας της γυναίκας κατά τη ρυθμιστική επιλογή του νομοθέτη. Στην απόφαση A. and B. v. Eastern Health Board του Ανωτάτου Δικαστηρίου της Ιρλανδίας (28 Νοεμβρίου 1997), το σκεπτικό του Δικαστηρίου στρέφεται γύρω από το ζήτημα υπαγωγής του τερματισμού της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης στην ιατρική φροντίδα ενός θύματος βιασμού, σε προσπάθεια απάντησης στον προβληματισμό για το αν η άμβλωση μπορεί να θεωρηθεί ότι συνιστά ιατρική θεραπεία. Η θέση του Δικαστηρίου είναι καταλυτική καθώς τάσσεται υπέρ της προαναφερθείσας ερμηνείας, υπογραμμίζοντας ότι η διακοπή της κύησης μπορεί να θεωρηθεί ως ιατρική θεραπεία για την ψυχική διαταραχή που έχει υποστεί το θύμα του

[548]Στην απόφαση X vs Govt Of Nct Of Delhi & Anr στις 6 Δεκεμβρίου 2013, στο Delhi High Court αναφέρεται ότι είναι εξαιρετικά τραυματικό, ταπεινωτικό και ψυχολογικά καταστροφικό για μια γυναίκα όταν το κύημα ειναι αποτέλεσμα σύλληψης μέσω μιας πράξης βιασμο. X vs Govt of Nct Of Delhi & Anr on 6 December, 2013, Delhi High Court

[549](..) η συνέχιση της εγκυμοσύνης θα συνεπαγόταν κίνδυνο για τη ζωή της γυναίκας και υπήρχε σοβαρός κίνδυνος βλάβης της σωματικής ή ψυχικής της υγείας, Bashir Khan v. State of Punjab, 14058 of 2014, Punjab-Haryana High Court, August 2, 2014

βιασμού.[550] Το Δικαστήριο συνδέει την ανάγκη τερματισμού της εγκυμοσύνης ως λύση στην αυτοκτονική ροπή της ενάγουσας, αναφέροντας ότι το γεγονός αυτό συνάδει με τα δεδομένα της ψυχιατρικής επιστήμης. Σε μια απόφαση ορόσημο, την R. v. Bourne, Crown Court of England and Wales, ο δικαστής MacNaughten διευκρίνισε το νόμο στην περίπτωση χειρουργού που δεν κρίθηκε ένοχος για την πραγματοποίηση έκτρωσης σε δεκατετράχρονο θύμα βιασμού. Ο δικαστής διέταξε την κριτική επιτροπή να αποδεικνύεται πέρα από κάθε εύλογη αμφιβολία ότι η έκτρωση δεν διενεργήθηκε για να σώσει τη ζωή του κοριτσιού, αλλά για λόγους που σχετίζονταν αποκλειστικά με την επιβάρυνση της ψυχικής της υγείας λόγω της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και του βιασμού που είχε προηγηθεί. Το Δικαστήριο καθόρισε ότι οι γιατροί δεν χρειάζεται να περιμένουν έως ότου ο ασθενής βρεθεί σε κίνδυνο άμεσου θανάτου, αλλά αποτελεί καθήκον τους να εκτελέσουν την επέμβαση εάν, για εύλογη αιτία και με επαρκείς γνώσεις, η πιθανή συνέπεια συνέχισης της κύησης θα επηρέαζε αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας. Συνεπώς, οι αμβλώσεις μπορούν νόμιμα να πραγματοποιηθούν όταν η ζωή ή η υγεία της εγκύου διαπιστώνεται ότι διατρέχουν κίνδυνο. Έπειτα, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων εξέδωσε απόφαση ορόσημο στο P και S κατά Πολωνίας, όπου αναγνώρισε την ευθύνη της Πολωνίας για την αποτυχία της να διασφαλίσει πλήρη πρόσβαση σε υπηρεσίες νόμιμης αμβλώσεως σε έφηβη η οποία έμεινε έγκυος κατόπιν βιασμού, αναγνωρίζοντας ότι οιαδήποτε παρεμπόδιση πρόσβασης σε υπηρεσίες νόμιμων αμβλώσεων [551]σε ανάλογες με την παρούσα περιπτώσεις ισοδυναμεί με σκληρή, απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση.[552] Καταληκτικά, μέσα και από τη νομολογία των δικαστηρίων καταδεικνύεται πως στην περίπτωση της ηθικής ένδειξης, παρόλο που η νομοθεσία μπορεί να μην κάνει άμεση μνεία στην ανάγκη διασφάλισης της ψυχικής υγείας της γυναίκας, τα δεδομένα της ψυχιατρικής επιστήμης για την προστασία της ψυχικής ακεραιότητας της γυναίκας που κυοφορεί κατόπιν βιασμού, υποδεικνύουν την διακοπή της κυήσεως ως τη μόνη ενδεδειγμένη επιλογή προς το σκοπό αυτό.

Στο πεδίο του Συγκριτικού Δικαίου, η πλειοψηφία των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο επιτρέπει την άμβλωση σε περιπτώσεις βιασμού και/ή αιμομιξίας, είτε μέσω νόμων που απαριθμούν περιοριστικά τις περιπτώσεις αυτές είτε επιτρέποντας την άμβλωση κατόπιν αιτήματος. Αρκετές χώρες επιτρέπουν την έκτρωση σε περιπτώσεις βιασμού και όχι αιμομιξίας[553], ενώ χώρες που επιτρέπουν την άμβλωση σε περιπτώσεις αιμομιξίας, επιτρέπουν επίσης την έκτρωση σε περιπτώσεις βιασμού. Η Νέα Ζηλανδία είναι η μόνη χώρα που επιτρέπει ρητά την άμβλωση σε περιπτώσεις αιμομιξίας αλλά όχι σε περιπτώσεις βιασμού, παρόλο που η διακοπή της κύησης σε

[550](..) ο τερματισμός της εγκυμοσύνης, που είναι ιατρική διαδικασία, αποτελεί ιατρική περίθαλψη για την ψυχική κατάσταση της γυναίκας, σε εγκυμοσύνη που είναι αποτέλεσμα βιασμού' A. and B. v. Eastern Health Board, 28-11-1997

[551]Στην υπόθεση *P. and S.* υπήρχε αυθαίρετη συμπεριφορά από επαγγελματία υγείας ο οποίος θεωρούσε ότι δεν είχε καμία νομική υποχρέωση να παράσχει στην αιτούσα νόμιμη περίθαλψη για την έκτρωση παρά το γεγονός ότι το δικαίωμα στην περίθαλψη είχε καθοριστεί δεόντως με πιστοποιητικό εισαγγελέα, βλ. *Center For Reproductive Rights*, Communication under Rule 9(2) of the Rules of the Committee of Ministers in the case P. and S. v. Poland (App. No. 57375/08) 22 February 2019, DH-DD(2019)235: Rule 9.2 Communication from a NGO in P. and S. v. Poland.

[552]P. and S. v. Poland, Application no. 57375/08, Eur. Ct. H.R. (2008), Human Rights Committee, General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life, at 2, para. 8, U.N. Doc. CCPR/C/GC/36 (2018), Στην περίπτωση LC v. Peru, η Επιτροπή για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW) ζήτησε από το Περού την αποποινικοποίηση της άμβλωσης σε περιπτώσεις βιασμού και σεξουαλικής κακοποίησης. L.C. v. Peru, CEDAW Committee, Commc'n No. 22/2009, para. 9(b)(iii), U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).

[553] Código Penal [Penal Code], Decreto-lei No. 2.848, art. 128(II) (1940) (Braz.) ο ποινικός κώδικας της Βραζιλίας προβλέπει ρητώς εξαίρεση στον νόμο περί αμβλώσεων για βιασμό, αλλά δεν αναφέρεται στην αιμομιξία.

περιπτώσεις βιασμού[554] μπορεί να ενταχθεί στην εξαίρεση που εισάγεται διασταλτικά προς διασφάλιση της ψυχικής υγείας της γυναίκας. Συγκεκριμένα, οι χώρες που επιτρέπουν την άμβλωση για λόγους υγείας, ιδίως για λόγους ψυχικής υγείας, θα μπορούσαν να εισαγάγουν τέτοιες εξαιρέσεις ερμηνευτικά, προκειμένου να συμπεριλάβουν κατόπιν ερμηνείας περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας, ακόμη και όταν αυτές δεν είναι ρητά διατυπωμένες στο νόμο. Ορισμένες χώρες, διαγράφοντας σαφή την πολιτική τους, καθορίζουν με σαφήνεια στο νόμο ότι μια γυναίκα δεν χρειάζεται να παράσχει αποδείξεις πως η κύηση ήταν αποτέλεσμα βιασμού ή αιμομιξίας προκειμένου να της εξασφαλίσει πλήρη πρόσβαση και να λάβει φροντίδα για άμβλωση.[555] Άλλες χώρες περιλαμβάνουν πρόσθετες οδηγίες σχετικά με τη συλλογή αποδεικτικών στοιχείων για τη στήριξη των ποινικών ερευνών, χωρίς εντωμεταξύ οι γυναίκες να εμποδίζονται ως προς την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες αμβλώσεων.[556]

Πολλοί φορείς παρακολούθησης της Συνθήκης των Ηνωμένων Εθνών κάλεσαν τα κράτη να επιτρέψουν την άμβλωση σε περιπτώσεις βιασμού και αιμομιξίας.[557] Στον τομέα των διεθνών κειμένων, το Πρωτόκολλο του Μαπούτο απαιτεί από τα Κράτη Μέλη να επιτρέπουν την άμβλωση σε περιπτώσεις βιασμού και αιμομιξίας. Η Αφρικανική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και των Λαών διευκρινίζει αυτή τη διάταξη ρητά, δηλώνοντας ότι «η εξαναγκασμός μιας γυναίκας να κρατήσει μια εγκυμοσύνη που προέρχεται από [βιασμό, αιμομιξία ή σεξουαλική επίθεση] αποτελεί πρόσθετο τραύμα».[558] Η Διαμερικανική Επιτροπή για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα κάλεσε τα κράτη να εξασφαλίσουν πρόσβαση στο δικαίωμα άμβλωσης σε περιπτώσεις σεξουαλικής βίας, υποστηρίζοντας ότι ο εξαναγκασμός μιας γυναίκας να συνεχίσει την ανεπιθύμητη κύηση που προκλήθηκε από βιασμό «αποτελεί μια μορφή θεσμικής βίας» και μπορεί να αποτελεί μορφή των βασανιστηρίων, κατά παράβαση του άρθρου 4 της σύμβασης.[559] Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παροτρύνει τα κράτη να διασφαλίσουν άμεση πρόσβαση στις

[554] Crimes Act 1961, art. 187A(1)(b) (1961) (N.Z.)

[555] Για παράδειγμα, στις τεχνικές κατευθυντήριες γραμμές για ασφαλή έκτρωση, η Αιθιοπία αφαίρεσε ρητά τις απαιτήσεις για την υποχρέωση τεκμηρίωσης από την πρόσβαση σε άμβλωση σε περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας. Federal ministry of health, technical and procedural guidelines for safe abortion services in ethiopia 12 (2nd ed. 2013), διαθέσιμο σε https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/03-Ethiopia-Technical-and-procedural guidelines-for-safe-abortion-services-2014.pdf#page=01

[556] Ghana health service, prevention & management of unsafe abortion 16, (3rd ed. 2012), https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Ghana-Comprehensive-Abortion-Care-Services-Standards-and-Protocols-Ghana-Health-Service-2012,το υπουργείο Υγείας της Γκάνας στις κατευθυντήριες γραμμές καλεί τους παρόχους υπηρεσιών υγείας να «διεξάγουν ένα εκτενές ιστορικό και να διερευνήσουν διεξοδικά (..) για να βοηθήσουν κάθε έρευνα που μπορεί να προκύψει».

[557] *Βλέπε, π.χ.* , Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, *Γενική Παρατήρηση αριθ. 36 (2018) σχετικά με το άρθρο 6 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, σχετικά με το δικαίωμα στη ζωή* , στο 2, παρ. 8, Έγγραφο των Ηνωμένων Εθνών. CCPR / C / GC / 36 (2018). LC κατά του Περού, Επιτροπή για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (Επιτροπή CEDAW), υπ 'αριθ. 22/2009, παρ. 9 (β) (iii), Έγγραφο των Ηνωμένων Εθνών. CEDAW / C / 50 / D / 22/2009 (2011) Επιτροπή CEDAW, *Τελικές Παρατηρήσεις: Πολιτεία της Παλαιστίνης* , παρ. 39 (α), έγγρ. CEDAW / C / PSE / CO / 1 (2018). Επιτροπή κατά των βασανιστηρίων (επιτροπή CAT), *Τελικές παρατηρήσεις: Φιλιππίνες* , παρ. 40 (β), Έγγραφο των Ηνωμένων Εθνών. CAT / C / PHL / CO / 3 (2016). Επιτροπή CAT, *Τελικές παρατηρήσεις: Πολωνία*, παρ. 23, Έγγραφο των Ηνωμένων Εθνών. CAT / C / POL / CO5-6 (2013). Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Επιτροπή CRC) *Τελικές Παρατηρήσεις: Μαλάουι* , παρ. 35, Έγγραφο των Ηνωμένων Εθνών. CRC / C / MBI / OO / 3-5 (2017).

[558] African Commission, General Comment No. 2 on Article 14.1 (a), (b), (c) and (f) and Article 14.2 (a) and (c) of the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, para. 37 (2014).

[551] Δελτίο Τύπου, Οργάνωση Αμερικανικών Κρατών (OAS), το IACHR προτρέπει όλα τα κράτη να υιοθετήσουν πλήρη και άμεσα μέτρα για να σεβαστούν και να προστατεύσουν τα σεξουαλικά και αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών (23 Οκτωβρίου 2017), διατίθεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση http://www.oas.org /en/iachr/media_center/PReleases/2017/165.asp.

υπηρεσίες αμβλώσεων σε περιπτώσεις βιασμού ή αιμομιξίας[560], αποκλειστικά κατόπιν καταγγελίας της γυναίκας, χωρίς να απαιτούνται ιατροδικαστικές εξετάσεις, υπογραμμίζοντας ότι οι απαιτήσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε καθυστερήσεις που ενδέχεται να ωθήσουν τις γυναίκες πέρα από το νόμιμο όριο κύησης, εμποδίζοντας την έγκαιρη πρόσβαση σε ασφαλή άμβλωση. Η ηθική ένδειξη ανταναικλά την προστασία της έννομης τάξης στην ατομική ελευθερία και αυτοδιάθεση της γυναίκας, αναμφίβολο συστατικό στοιχείο της οποίας είναι η ψυχική υγεία και ακεραιότητα, η οποία πλήττεται ανεπανόρθωτα μέσω μιας πράξης που προσβάλλει τη γενετήσια ελευθερία της. Καθήκον του νομοθέτη είναι να αποτρέψει την επιπρόσθετη επιβάρυνση που ενδέχεται να υποστεί η γυναικεία υπόσταση μέσω της μη διακοπής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, οπότε η άμβλωση αποτελεί μονόδρομο και η ηθική ένδειξη το τελευταίο ορόσημο που αναδεικνύει τη συσχέτιση γιατρού και νομοθέτη στην προσπάθεια ρύθμισης του ζητήματος της τεχνητής διακοπής της κυήσεως.

5.7. Ιδιαίτερες κατηγορίες ασθενών

Ως ιδιαίτερες κατηγορίες ασθενών ορίζονται εκείνες που για συγκεκριμένους λόγους χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής κατά τη μεταχείρισή τους, τόσο σε αμιγώς ιατρικό όσο και σε κοινωνικό, ηθικό και νομικό επίπεδο. Στα νομικά συστήματα των περισσοτέρων κρατών υπάρχουν προβλέψεις σχετικά με τις ειδικές κατηγορίες ασθενών και πώς αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται σε περίπτωση που προκύψει κάποιο νομικό κώλυμα από την παροχή φροντίδας σχετικά με την πάθησή τους. Η ρύθμιση της τεχνητής διακοπής της κύησης δεν αποτελεί εξαίρεση ως προς το ζήτημα της αντιμετώπισης των ειδικών κατηγοριών ασθενών.

Το Ελληνικό Σύνταγμα ορίζει στο άρθρο 4, ότι όλοι οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου, έχοντας ίσα δικαιώματα και ίσες υποχρεώσεις. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό, καθιερώνεται η αρχή της ισότητας των Ατόμων Με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) έναντι του νόμου, καθώς και η αρχή της ισότητας των δύο φύλων όπως και η ν γένει απαγόρευση των διακρίσεων. Η συνταγματική κατοχύρωση της ισότητας απέναντι στο νόμο αποτελεί το θεμέλιο λίθο του ρυθμιστικού πλαισίου γύρω από τα ΑΜΕΑ και την ίση αντιμετώπισή τους από το κράτος, ενώ η αρχή της απαγόρευσης των διακρίσεων εξασφαλίζει ότι οι γυναίκες με αναπηρία αποτελούν ισότιμα μέλη της κοινωνίας και αξιώνουν ίση έννομη προστασία από το κράτος, στα πλαίσια της αρχής της ισονομίας.

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 2 του Συντάγματος, οι πολύτεκνες οικογένειες, οι ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, τα θύματα πολέμου, οι χήρες και τα ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το κράτος, ενώ σύμφωνα με την παράγραφο 3, το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων. Έτσι, κατοχυρώνεται το κοινωνικό κράτος δικαίου και η κοινωνική πολιτική του κράτους, η οποία ασκείται μέσω των ειδικότερων νόμων που εξυπηρετούν την εν λόγω συνταγματική επιταγή. Το άρθρο 21 παρ. 6, αναφέρεται ρητά στα

[552] World Health Organization, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems 76 (2nd ed. 2012).

δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, ορίζοντας ότι τα «Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας».

Επιπλέον, σύμφωνα με τη Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, τα Κράτη Μέρη οφείλουν να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα για την εξάλειψη κάθε διάκρισης κατά των ΑΜΕΑ σε όλα τα θέματα σχετικά με το γάμο, την οικογένεια, την πατρότητα/μητρότητα και τις συναναστροφές. Στόχος τους είναι η αναγνώριση του δικαιώματος των ΑΜΕΑ να παντρεύονται και να δημιουργούν οικογένεια, να διατηρούν την ικανότητα αναπαραγωγής ισότιμα, να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό των τέκνων που θα αποκτήσουν και το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θα το πράξουν και να έχουν πρόσβαση σε ηλικιακά κατάλληλη πληροφόρηση και επιμόρφωση για την αναπαραγωγή και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Επίσης, θα πρέπει να τους παρέχονται όλα τα απαραίτητα μέσα για να διευκολυνθεί η άσκηση των ανωτέρω δικαιωμάτων τους. Η Σύμβαση αυτή υιοθετήθηκε με την Απόφαση 61/611της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ στη Νέα Υόρκη, στις 13.12.2006 και τέθηκε σε ισχύ στις 4.05.2008. Η Ελλάδα κύρωσε την εν λόγω σύμβαση το 2012 με το νόμο 4074/2012 με τίτλο «Κύρωση της Σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες και του Προαιρετικού Πρωτοκόλλου στη Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες» (ΦΕΚ 88/Α/11-4-2012).[561] Στα άτομα με αναπηρία αναγνωρίζεται η αξίωση για σεβασμό της αυτονομίας, της αξιοπρεπείας και της ανεξαρτησίας τους. Παράλληλα, στα πλαίσια της απαγόρευσης των διακρίσεων, έχουν το δικαίωμα να διεκδικούν ισότιμη συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή της πολιτείας, ανάλογα με τις δυνατότητες τους, στα πλαίσια της αναγνώρισης της διαφορετικότητας ως χαρακτηριστικού στοιχείου του φαινομένου της ζωής γενικά και της ανθρώπινης υπόστασης. Απόρροια αυτών αποτελεί η ανάγκη για ισότητα ευκαιριών και η πλήρης προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας.

5.7.1. Άτομα με Ειδικές Ανάγκες και άμβλωση

Τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες αποτελούν ειδική κατηγορία λόγω της ιδιάζουσας κατάστασης. Αντιμετωπίζουν ιδιαίτερους κινδύνους[562] όταν υποβάλλονται σε ακούσιες ιατρικές διαδικασίες, οι οποίες σχετίζονται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική τους υγεία. Το άρθρο 23 της σύμβασης για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρίες ενισχύει το δικαίωμά τους να δημιουργήσουν και να συντηρήσουν μία οικογένεια, διατηρώντας τη γονιμότητά τους σε ισότιμη βάση. Το άρθρο 25 ορίζει σαφώς ότι η ελεύθερη και ενημερωμένη συγκατάθεση πρέπει να αποτελεί τη βάση για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα με αναπηρίες.[563] Σύμφωνα

[561] Στο άρθρο 25 της Σύμβασης κατοχυρώνεται το δικαίωμα των ΑμεΑ για ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και αποφυγή των διακρίσεων στη μεταχείρισή τους λόγω της ιδιαίτερης φυσιολογίας τους. Ειδικότερα, στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 25 ορίζεται ότι «παρέχουν στα ΑμεΑ στο ίδιο εύρος, ποιότητα και επίπεδο, δωρεάν ή ανεκτού κόστους παροχές υγείας και προγράμματα σε ίση βάση με τους άλλους, ειδικά στον τομέα υγείας που σχετίζεται με την σεξουαλική ζωή και στην αποκατάσταση της υγείας για την αναπαραγωγή και με προγράμματα σχεδιασμένα βάσει του πληθυσμού για την δημόσια υγεία». Στο χωρίο αυτό διαφαίνεται η σημασία της δυνατότητας ισότιμης πρόσβασης της κατηγορίας αυτής των πολιτών σε υπηρεσίες που σχετίζονται με την σεξουαλική και αναπαραγωγική ελευθερία χωρίς να τίθενται εμπόδια που σχετίζονται με τις σωματικές και πνευματικές τους ιδιαιτερότητες

[562] Οι κίνδυνοι αυτοί μπορεί να είναι τόσο ιατρικής όσο και κοινωνικής φύσης.

[563] United Nations Human Rights, *Women's rights are human rights*, εκδ.United Nations, 2014.

με το άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε περίπτωση που ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, το δικαίωμα ως προς τη συγκεκριμένη πράξη εφαρμόζεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, και εν απουσία αυτού, από τους οικείους του ασθενούς. Η επιμέλεια και η άρση ικανότητας συναίνεσης σε ιατρικές πράξεις αναφέρεται στα άρθρα 1679 και 1680 του ΑΚ σε αντιστοιχία με τις εξαιρέσεις καταστάσεων που αναφέρονται στο άρθρο 131 ΑΚ. Στο παρελθόν, ακολουθούνταν η πρακτική της αναγκαστικής στείρωσης για αυτή την ιδιαίτερη κατηγορία ασθενών. Η πρακτική αυτή, όπως και η αναγκαστική άμβλωση, ως μη αναστρέψιμες και εξαιρετικά επεμβατικές μέθοδοι στο ανθρώπινο σώμα, είναι αποδοκιμαστέες καθώς παραβιάζουν ευθέως το δικαίωμα της αναπαραγωγικής αυτοδιάθεσης και παρακάμπτουν την προϋπόθεση συναίνεσης του ασθενούς πριν από οποιαδήποτε επεμβατική διαδικασία. Επιπλέον, η αναγκαστική άμβλωση παραβιάζει το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, καθόσον τα αποτελέσματα της είναι μη αναστρέψιμα και δεν έχουν θεραπευτικό σκοπό, καθώς δεν στοχεύουν στη βελτίωση ή τη διόρθωση της αναπηρίας, κατά τρόπο που θεωρούνται βασανιστήρια και πρακτικές κακομεταχείρισης. Οι πρακτικές αυτές, στις οποίες ελλείπει η έννοια της συγκατάθεσης, μετατρέπουν τον άνθρωπο που τις υφίσταται από υποκείμενο δικαιωμάτων που χρήζουν έννομης προστασίας σε αντικείμενο, κατά τρόπο που τον τραυματίζει διπλά. Μόνο μετά από πλήρη ενημέρωση και κατόπιν ρητής συγκατάθεσης της γυναίκας, η στείρωση ή άμβλωση είναι επιτρεπτή χωρίς να παραβιάζει την ατομική της ελευθερία και το δικαίωμα αυτοδιάθεσής της.

5.7.2. Η αντιμετώπιση της ψυχικά ασθενούς εγκύου

Η ψυχικά ασθενής έγκυος, ομοίως ως άνω, αποτελεί μία ιδιαίτερη κατηγορία ασθενούς. Η ανάγκη να εξεταστεί η άμβλωση, ως επιλογή σε γυναίκες που δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης, μπορεί να εγείρει ερωτήματα σχετικά με την ικανότητα της ασθενούς να συναινέσει στη σεξουαλική επαφή και είναι πιθανό να απαιτηθεί έρευνα και για το αν έχει διαπραχθεί ποινικό αδίκημα σε βάρος της. Στις αρχές του 20ου αιώνα, προς αποφυγήν εγκυμοσύνης σε άτομα με διανοητική υστέρηση, η ακούσια στείρωση[564] αποτελούσε μια αποδεκτή πρακτική σε πολλά κράτη.[565] Με την πάροδο των ετών, το δικαίωμα στην αναπαραγωγή καθιερώθηκε ως ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα, με αποτέλεσμα την κατάργηση της νομοθεσίας για την αναγκαστική στείρωση και το επιτρεπτό αυτής μόνο κατ' εξαίρεση, μετά από στάθμιση των συμφερόντων της ασθενούς. Επιπλέον, σήμερα με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι μπορούν παροδικά να επιτύχουν τα ίδια αποτελέσματα[566] Σύμφωνα με το άρθρο 128 ΑΚ, ανίκανοι για δικαιοπραξία ορίζονται «(..) και όσοι βρίσκονται σε πλήρη δικαστική συμπαράσταση». Ως εκ τούτου, το άτομο θεωρείται ότι δεν έχει την ικανότητα να λάβει μία απόφαση, εάν ως αποτέλεσμα βλάβης ή διατάραξης της λειτουργίας της νόησης ή του εγκεφάλου του, δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τις πληροφορίες που σχετίζονται με την απόφαση που καλείται να λάβει, να διατηρεί τις πληροφορίες αυτές και να κοινοποιήσει την απόφασή του με οποιοδήποτε τρόπο.

---

[564] *Letterie Gerard* / *Fox William,* Legal aspects of involuntary sterilization in Fertility and Sterility by *Wallach Edward E.* , Elsevier 1990, τομ. 53, τεύχ.3,σ 391

[565] *Dowben Carla, Heartwell Stephen F,* Legal Implications of Sterilization of the Mentally Retarded, Am J Dis Child, Jul 1979,133 (7), σσ. 697-9,

[566] *Παπαρηγοπούλου Π.,* Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2η Έκδοση, 2017, σελ.461

5.8. Άμβλωση και ανηλικότητα

Σε ό,τι αφορά τους ανήλικους, στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 7% - 10% των εφήβων έχει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη[567] έως την ενηλικίωση.[568] Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός αποτελούν ιδιαίτερες καταστάσεις στη ζωή της μητέρας και του εμβρύου ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας. Ωστόσο, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία ανήκει στην κατηγορία υψηλού κινδύνου και αποτελεί σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας με αρνητικές συνέπειες στην υγεία των εφήβων.[569] Το πρόγραμμα REPROSTAT της Ευρωπαϊκής Ένωσης χαρακτήρισε τα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης ως έναν από τους δεκαοκτώ βασικούς δείκτες για την παρακολούθηση και την περιγραφή της αναπαραγωγικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.[570] Οι ανεπιθύμητες επιπτώσεις, τα ιατρικά προβλήματα αλλά και οι κοινωνικές συνέπειες της εφηβικής εγκυμοσύνης και μητρότητας[571] έχουν αναφερθεί σε μελέτες που χρονολογούνται από τη δεκαετία του 1950. Η επιλογή διακοπής της κύησης σε ανήλικες πραγματοποιείται κατόπιν συναίνεσης των νομίμων αντιπροσώπων τους, ήτοι από τους έχοντες την επιμέλεια και τη μέριμνα αυτών. Κατά μία άποψη, η εξάρτηση της συναίνεσης της εγκύου από τη σύμφωνη γνώμη των γονέων της παραβιάζει το δικαίωμα της εγκύου, ως φορέα του δικαιώματος της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητάς της να λάβει αποφάσεις σχετικές με το έμβρυο που κυοφορεί, καθώς και το δικαίωμά της στην αναπαραγωγή και στην αυτοδιάθεση του σώματός της.[572] Η έγκυος, ακόμα και αν είναι ανήλικη, δεν πρέπει να υποχρεώνεται να ολοκληρώσει ή να διακόψει την κύησή της χωρίς την θέλησή της, ανεξάρτητα από τις περιστάσεις υπό τις οποίες επήλθε η σύλληψη του εμβρύου.[573] Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και το άρθρο 12 θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα του ανήλικου ασθενούς με περαιτέρω διερεύνηση προς κατανόηση της κατάστασης της υγείας του. Η κύρια παράμετρος για τη μείωση των μη επιθυμητών κυήσεων κατά την εφηβεία και την ανηλικότητα έγκειται στην έγκαιρη

---

[567] *Deligeoroglou E./ Christopoulos P./Creatsas G*., Pregnancy and abortion in greek adolescent gynecologic clinics., Akush Ginekol (Sofiia), 2004, τομ.43, τ. 4, σσ. 37- 40.

[568] *Βαλσάμη Σ*. Οι εκτρώσεις στην εφηβική ηλικία και οι αιτίες του «κακού», Αρθρ. στην εφημ. Ελεύθερος τύπος, 4 Φεβρουαρίου, 2017

[569] Σε εφηβική κύηση τα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκύψουν στην έφηβη συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αναιμίας, πρόωρου τοκετού, λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, υπέρτασης, προεκλαμψίας, υψηλού ποσοστού καισαρικής τομής αλλά και πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά, και ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, βλ *Imamura M/ Tucker J/ Hannaford P/ Silva MO/Astin /Wyness L / Bloemenkamp KWM/ Jahn A/Karro H/ Olsen J,* Temmerman M. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. Eur J Pub Health, 2007; 17: 630–636

[570] Το πρόγραμμα REPROSTAT ανέπτυξε ένα σύνολο δεικτών για την αναπαραγωγική υγεία *εντός της ΕΕ, Temmerman M/ Foster LB/ Hannaford P/ Cattaneo A/ Olsen J,* Bloemenkamp KWM, Jahn A, Silva MO. Reproductive health indicators in the European Union: The PROROSTAT project. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 126 σσ. 3–10.

[571]*Workicho A/ Belachew T et al,* Adolescent pregnancy and linear growth of infants: a birth cohort study in rural Ethiopia, Nutrition Journal, 2019, 18(1):22

[572] βλ. *Μπεσίλα-Μακρίδη Ε*. Η συνταγματική προβληματική της άμβλωσης. Αντ. Ν. Σάκκουλας 1992, σσ. 89-91.

[573] Οι *Βασιλείου Μ. / Σαρδέλη Χ.* στο ‘’Η συναίνεση της ανήλικης στην τεχνητή διακοπή της κύησης’’, Βιοηθικά , 2015,τομ.1, τεύχ.2 ,σ.33 , αναφέρουν ότι προκαλεί αντιπαραθέσεις στους ιατρικούς, νομικούς και θεολογικούς κύκλους, η δυνατότητα της ανήλικης να αποφασίσει η ίδια τον τερματισμό ή την ολοκλήρωση της, στηριζόμενη αποκλειστικά στις δικές της εκτιμήσεις και απόψεις επί του θέματος, Εκφράζεται από την μία πλευρά η θέση ,που κρίνει ώριμη υπό προϋποθέσεις την ανήλικη να αποφασίζει μόνη της σε ζητήματα που αφορούν την υγεία και την προσωπικότητά της, από την άλλη, η άποψη ότι είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των γονέων της, ειδικά στο σοβαρό ζήτημα της τεχνητής διακοπής της κύησης.

ενημέρωση. Σύμφωνα με το άρθρο 129 ΑΚ, το άτομο πριν το δέκατο έτος της ηλικίας του θεωρείται ανίκανο για δικαιοπραξία, ενώ με το άρθρο 127 ΑΚ, το άτομο του οποίου η ηλικία είναι μεταξύ δέκα έως δεκαοχτώ έτη, έχει περιορισμένη ικανότητα για δικαιοπραξία. Σύμφωνα με τον νόμο 1609/1986 Τεχνητή διακοπή της κύησης και προστασίας της υγείας της γυναίκας και άλλες διατάξεις καθώς και στην ΥΑ Α3β/ οικ 2799 (ΦΕΚ Β103) και στο άρθρο 304&§5 ΠΚ σε περιπτώσεις διακοπής κύησης από ανήλικη, απαραίτητη είναι η συναίνεση της ανήλικης και η συναίνεση ενός εκ των γονέων της ή του προσώπου που ασκεί την επιμέλεια αυτής.[574] Σε διεθνές επίπεδο, στη Σύμβαση του Ο.Η.Ε. για τα Δικαιώματα του Παιδιού, έχει υποστηριχθεί ότι πρέπει να αναγνωρίζονται για τον ανήλικο τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα καθώς και η ικανότητά του να τα ασκεί αυτοπροσώπως, αφού συνεκτιμηθούν οι δυνατότητες και το συμφέρον του ανηλίκου.[575] Άλλωστε, όσον αφορά στην περίπτωση άσκησης της γονικής μέριμνας, η συνεκτίμηση της γνώμης του τέκνου δείχνει ότι ο νομοθέτης σέβεται την προσωπικότητα του ανηλίκου,[576] σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 1 Σ.[577] Η ρύθμιση αυτή αντανακλά την πρακτική των γιατρών, οι οποίοι σε κάθε ιατρική πράξη πρέπει να ενημερώνουν και να αποσπούν τη συναίνεση του ανήλικου ασθενούς παράλληλα με τους γονείς που είναι σε καταλληλότερη θέση να κρίνουν την κρισιμότητα και τα δεδομένα της κατάστασης. Ο ανήλικος ασθενής στερείται της ικανότητας για ώριμη και κριτική σκέψη σε σχέση με έναν ενήλικα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο γιατρός μπορεί να αυθαιρετήσει, παρακάμπτοντας τη βούληση του πρώτου.

Νομικά, η ενηλικίωση ενός ατόμου επέρχεται διεθνώς με τη συμπλήρωση του δέκατου όγδοου έτους ζωής. Τίθενται, ωστόσο, ορισμένες εξαιρέσεις ανάλογα με τα καταστατικά της εκάστοτε χώρας, που επιτρέπουν σε ανηλίκους ηλικίας κάτω των δεκαοχτώ ετών να λαμβάνουν συμβουλευτικές ή ιατρικές υπηρεσίες χωρίς τη συγκατάθεση των γονέων. Σε εννέα πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής επιτρέπουν σε ανήλικες την πρόσβαση σε μεθόδους επείγουσας αντισύλληψης χωρίς ιατρική συνταγή.[578] Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι η εγκυμοσύνη γενικά θεωρείται ηθικά αποδεκτή για τους έγγαμους ανηλίκους κατά την κουλτούρα και τις θρησκευτικές απόψεις του πληθυσμού των περισσοτέρων χωρών και είναι αποδεκτή στην πλειοψηφία των αναπτυσσόμενων χωρών, ακόμη και για τους μη έγγαμους συντρόφους. Τέλος, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κανονισμό 1567/2003 και συγκεκριμένα σύμφωνα με το άρθρο 2, οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα επαρκούς πρόσβασης σε πληροφορίες, εκπαίδευση και υπηρεσίες σε ό,τι αφορά στην αναπαραγωγή και στη σεξουαλική ζωή.[579]

---

[574] βλ. *Παπαρηγοπούλου Π.,* Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, Νομική Βιβλιοθήκη, 2η Έκδοση, 2017, σελ 437, *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*, ν.3418/2005, Νόμος 1609/1986, επίσης βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε*. Εγκλήματα κατά της ζωής ,Άρθρα 299-307 ΠΚ. 2η έκδοση. Σάκκουλας ,2001,σ.839

[575] *Μανωλεδάκης Ιωάννης,* "Η παιδική ηλικία ως αυτοτελές έννομο αγαθό στο Ποινικό Κώδικα", ΝοΒ 1984 σ. 139 επ

[576] *Χριστακάκου-Φωτιάδη Καλλιόπη*, Άμβλωση στις ανήλικες κυοφόρους και ιδιωτική αυτονομία,Χρονικά Αστικού Δικαίου ΙΖ/2017 , σσ.408-409

[577] *Κουνουγέρη–Μανωλεδάκη Έφη*, "Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ", Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2012, σ. 301

[578] βλ. *Rocca CH, Schwarz EB, Stewart FH, Darney PD, Raine TR, Harper CC*. Beyond access: Acceptability, use, and nonuse of emergency contraception among young women. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2007, 196(1):29. e1-6.

[579] Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1567/2003 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 15ης Ιουλίου 2003, σχετικά με τη στήριξη των πολιτικών και των δράσεων που αφορούν την αναπαραγωγή και τη σεξουαλική ζωή και τα συναφή δικαιώματα στις αναπτυσσόμενες χώρες

5.9. Κύηση και HIV

Μία ακόμη ιδιαίτερη ομάδα ασθενών που αποτελεί αντικείμενο εξέτασης αποτελούν όσοι πάσχουν από το σύνδρομο της Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS), νόσος που σήμερα αφορά σημαντικό κομμάτι του παγκόσμιου πληθυσμού. Δεν είναι λίγες οι φορές που μία γυναίκα-φορέας του AIDS διεκδικεί το δικαίωμά της στη μητρότητα.[580] Στις εξετάσεις στις οποίες κάθε έγκυος υποβάλλεται κατά την διάρκεια της κύησης, συμπεριλαμβάνονται και οι εξετάσεις για το AIDS.

Οι μέθοδοι διαχείρισης κι αντιμετώπισης της μόλυνσης με τον ιό HIV εξελίσσονται ραγδαία τα τελευταία έτη, και ήδη από το 1981 που έγιναν οι πρώτες καταγραφές του, έχει επέλθει σημαντική πρόοδος στη θεραπεία από πρωταρχική μόλυνση, στην πρόληψη από ευκαιριακές μολύνσεις και στη μετάδοση του ιού μέσω της κύησης και του τοκετού. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980, το θέμα της μόλυνσης εγκύων από τον ιό του HIV προβαλλόταν διεθνώς πολύ έντονα[581], με αποτέλεσμα να συζητείται σοβαρά το ενδεχόμενο να υποβληθούν οι οροθετικές έγκυες σε υποχρεωτικό τερματισμό της κύησης, πράγμα το οποίο τελικώς δεν έγινε πράξη. [582]

Το ποσοστό μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο κυοφορούμενο έχουν μειωθεί κατά 20% - 30%, σε περιόδους πανδημίας, και μόλις σε 1% - 2% στις ανεπτυγμένες χώρες, μέσω της χρήσης αντιρετροϊκής θεραπείας[583] και μέσω του τρόπου διεκπεραίωσης του τοκετού.[584] Στην περίπτωση, λοιπόν, που γίνεται γνωστή σε έναν ιατρό η επιθυμία απόκτησης παιδιού από φορέα/φορείς του AIDS, θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με την προφύλαξη του εμβρύου/βρέφους και της υγείας του. Η επιστήμη, σήμερα, επιτρέπει την κυοφορία ενός βρέφους[585] με πολύ χαμηλά ποσοστά κινδύνου (έως και μηδενικά σε ορισμένες

---

[580] *Delvaux Thérèse / Nöstlinger Christiana* ,Reproductive Choice for Women and Men Living With HIV: Contraception, Abortion and Fertility, Reprod Health Matters, 2007, 15 (29 Suppl),σσ. 46-66

[581] *Kendall Tamil/ Albert Claire,* Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America, J int AIDS Soc, 2015 , 18 (1), 19462

[582] *Τροκάνας Θ.,* στο κεφάλαιο η ιδιωτική αυτονομία ανάμεσα στο δίκαιο και τη Βιοηθική, *σε Τροκάνας Θ/,.Καιφάρη Μ/.Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε, Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε* : Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, η ιδιωτική αυτονομία και τα όρια της,. 2011, Εκδόσεις Σάκκουλα,2011, σελ.182, επίσης βλ. *Παπαζήση Θεοφανώ*, Αστική Ευθύνη και HIV/AIDS Νόσος, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα- Θεσσαλονίκη , 2003, σσ. 100-101

[583] *Vekemans Marcel / Upeka de Silva*, HIV-Positive women and their right to choose, σε *Lazdane Gunta*, Abortion In Europe, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health ,2005, No. 59 σ. 17

[584] βλ. *Kourtis A./ Ellington S/ Pazol K./ Flowers L.et al*, Επιπλοκές της καισαρικής τοκετού μεταξύ των γυναικών που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV στις Ηνωμένες Πολιτείες στο Complications of cesarean deliveries among HIV-infected women in the United States, AIDS. 2014 τ. 13, τ.28(17), σσ. 2609–2618 επίσης βλ. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC), up-to-date guideline 2020, https://aidsinfo.nih.gov/guidelines

[585] *Βλ.Connor E M/ Sperling R S/ Gelber R/ Kiselev P/ Scott G/ O'Sullivan M J/ VanDyke R,/ Bey M, hearer W/ Jacobson R L*, et al., Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 With Zidovudine Treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group, N Engl J Med, 1994, , 331 (18), 1173-80 επίσης οι *Gómez-Suárez M/ Mello MB/ Gonzalez MA/ Ghidinelli M/ Pérez F*., στο Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean: systematic review of the literature. J Int AIDS Soc. 2019 Apr;22(4):e25273 αναφέρουν ότι οι πρόοδοι στην πρόληψη και τη θεραπεία του HIV / AIDS βοήθησαν τις γυναίκες που ζουν με HIV / AIDS να έχουν μια εγκυμοσύνη με χαμηλό κίνδυνο μετάδοσης του ιού στο έμβρυο . Οι πιθανότητες μολύνσεως του παιδιού μπορεί να φθάσουν το 45% απουσία χρήσης αντιρετροϊκών φαρμάκων. Εντούτοις, αυτές οι πιθανότητες μπορεί να μειωθούν σχεδόν στο μηδέν, αν ακολουθηθεί προσεκτικά το πρωτόκολλο για την πρόληψη κάθετης μετάδοσης .Παρόλο που η διάγνωση μπορεί να εμπλέκεται στην απόφαση για τερματισμό της εγκυμοσύνης, δεν οδηγεί απαραίτητα στο τέλος της αναπαραγωγικής τροχιάς μιας γυναίκας. Έτσι, η άμβλωση θα πρέπει να γίνει κατανοητή μέσα από μια ποικιλία διαδικασιών λήψης αποφάσεων και τη συγκεκριμένη στιγμή της ζωής μιας γυναίκας.

περιπτώσεις) και δεν θα πρέπει εξ αρχής να θεωρείται ανήθικη ή απαράδεκτη η επιθυμία μιας γυναίκας-φορέα να τεκνοποιήσει[586]. Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο μπορεί να μειωθεί, κατά τη διάρκεια της κύησης, με τη χορήγηση αντιρετροϊκών φαρμάκων, ενώ στο νεογέννητο, με τη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής κατά τις πρώτες βδομάδες της γέννησης.[587] Η δυνατότητα αυτή καθιστά την επιλογή της άμβλωσης μη αναγκαία καθώς είναι πλέον εφικτή η γέννηση ενός υγιούς νεογνού από μία μητέρα-φορέα.

Στην εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας με αριθμό πρωτοκόλλου Υ1/3239/4.7.2000, στην παράγραφο 57, αναφέρεται ότι «δεν επιτρέπεται υποχρεωτική εξέταση για ανίχνευση αντισωμάτων του ιού του AIDS, ως προϋπόθεση γάμου» και στην παράγραφο 58 προβλέπεται ότι «δεν επιτρέπεται η υποχρεωτική διακοπή της κυήσεως εξαιτίας της οροθετικότητας της γυναίκας. Αντίθετα η γυναίκα μετά από πλήρη ιατρική ενημέρωση, όπου αναλύονται όλες οι παράμετροι και όλες οι θετικές και αρνητικές συνέπειες , έχει κάθε δικαίωμα να επιλέξει αν θα συνεχίσει ή θα διακόψει την κύηση».

5.10. Συμπέρασμα

Πρέπει να τονισθεί πως η επίδραση των ιατρικών δεδομένων στη διαμόρφωση της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή της κύησης δεν αφορά μόνο σε ότι έχει σχέση με τη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος αλλά περιλαμβάνει και την ψυχική υπόσταση του ανθρώπου, η οποία αποτελεί αντικείμενο μελέτης της επιστήμης της ψυχιατρικής. Η ανάγκη διασφάλισης όχι μόνο της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας αποτελεί αναγκαία συνιστώσα οποιασδήποτε νομοθετικής ρύθμισης που στοχεύει να προστατεύσει τη δημόσια υγεία. Αναμενόμενο είναι λοιπόν ότι και στη νομοθεσία για την τεχνητή διακοπή της κύησης η προστασία της ψυχικής υγείας της γυναίκας με βάση τα επιστημονικά διδάγματα πρέπει να αποτελεί συνάρτηση της νομοθετικής ρύθμισης. Τα δεδομένα της Ψυχιατρικής επιδρούν έμμεσα και ποικιλοτρόπως στη νομική ρύθμιση της άμβλωσης. Από την εκλεκτική διακοπή της κύησης και το ρόλο της ελεύθερης επιλογής σε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη μέχρι την ηθική ένδειξη και την ανάγκη προστασίας της ψυχικής ακεραιότητας της γυναίκας από τις συνέπειες της προσβολής της υπόστασής της, ο νομοθέτης προσμετρά την ανάγκη για προστασία της προσωπικότητας. Η τελευταία μπορεί να πληγεί ανεπανόρθωτα, όταν η γυναίκα εξαναγκάζεται σε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και στην ανατροφή ενός παιδιού εκτός οικογενειακού προγραμματισμού. Στις περιπτώσεις αυτές, εφόσον αποκλεισθεί η δυνατότητα της διακοπής της κυήσεως, πολλές ψυχικές ασθένειες μπορούν να επιβαρύνουν την υγεία της γυναίκας, στοιχείο που δε συμβιβάζεται με την ανάγκη για προστασία της. Η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ανθρώπου είναι συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα, που χωρίς τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας των υποκειμένων δεν μπορεί να ασκηθεί ουσιαστικά. Επομένως, η ελευθερία επιλογής αποτελεί σημείο αναφοράς που δεν μπορεί να αγνοηθεί στην περίπτωση της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ειδικά όταν αυτή συνδέεται με την προσβολή στα έννομα αγαθά της γυναίκας.

[586]*Dooley, D., Dalla-Vorgia, P., Garanis-Papadatos, T., McCarthy, J., The ethics of new reproductive technologies*, Cases and Questions, Hb Published, 2002

[587]Κέντρο ελέγχου & πρόληψης νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) Γραφείο HIV λοίμωξης & σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, Κατευθυντήριες οδηγίες χορήγησης αντιρετροϊκής αγωγής και θεραπείας καιροσκοπικών λοιμώξεων σε ενήλικες και εφήβους με HIV λοίμωξη, Αθήνα, 2017,σ.25. https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/antiretroiki-agogi-2017.pdf

Όσον αφορά στις ιδιαίτερες κατηγορίες ασθενών, οι τελευταίες χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης τόσο από τον γιατρό- επιστήμονα όσο και από το νομοθέτη. Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν πρέπει να είναι ανάλογη της ιδιαιτερότητας που ενδέχεται να παρουσιάζουν σε σχέση με τη φυσιολογία τους ή την ασθένεια από την οποία πάσχουν. Στο παρελθόν, η κύηση σε ιδιαίτερες κατηγορίες ασθενών αντιμετωπιζόταν με σκεπτικισμό και πολλές φορές οδηγούσε σε υιοθέτηση εξαιρετικά επεμβατικών πρακτικών, όπως η στείρωση ή η αναγκαστική άμβλωση. Στις περιπτώσεις αυτές, η διακοπή της κύησης δεν αποδοκιμαζόταν ως ιατρική πρακτική, λόγω της ιδιαίτερα επιβαρυμένης κατάστασης της εγκύου. Ωστόσο, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης δημιούργησε τις κατάλληλες προϋποθέσεις για σημαντική πρόοδο της φροντίδας που λαμβάνουν συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και συνακόλουθα τη βελτίωση του βιοτικού τους επιπέδου . Έτσι, στη βάση της συνταγματικής αρχής της ισότητας, οι αρχές της ενημερωμένης συγκατάθεσης και συναίνεσης των ασθενών που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της ιατρικής δεοντολογίας, ως προς το χειρισμό των ασθενών, δεν νοείται να παρακάμπτονται στην περίπτωσή τους. Πλέον, εξαιρετικά επεμβατικές μέθοδοι, όπως αυτές της αναγκαστικής στείρωσης ή της αναγκαστικής άμβλωσης έχουν εξομοιωθεί με βασανιστήρια, γι' αυτό και απαγορεύονται κατηγορηματικά, αφής στιγμής δεν πρέπει να παρακάμπτεται η ελεύθερη επιλογή της γυναίκας ως καθοριστικός παράγοντας της πορείας της κύησης. Στα πλαίσια του σεβασμού της ανθρώπινης ελευθερίας και αξιοπρέπειας, ιατρική επιστήμη και Δίκαιο θέτουν σε προτεραιότητα την ελευθερία βούλησης και επιλογής. Συνεπώς, η άμβλωση δεν μπορεί να καταστεί αντικείμενο επιβολής από το νόμο, την ίδια στιγμή που η πρόοδος της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης καθίσταται αρωγός στην ανάδειξη της μεγίστης σημασίας που χαρακτηρίζει την ελεύθερη επιλογή κάθε ανθρώπου.

Στην περίπτωση της άμβλωσης, η ιατρική ένδειξη αναδεικνύει την ανάγκη ρύθμισης της ιατρικής πρακτικής από το νομοθέτη, θέτοντας προβληματισμούς γύρω από το εν λόγω εγχείρημα. Ο νομοθέτης εξετάζει την ιατρική πρακτική, όμως η ρύθμιση των ιατρικών ζητημάτων δεν μπορεί να διεκπεραιωθεί χωρίς κριτική αξιολόγηση των περιστάσεων. Ωστόσο, η ιατρική ένδειξη δεν είναι μία περίπτωση που επιδέχεται αξιολογικών κρίσεων, καθόσον πρόκειται περί κατάστασης ανάγκης, κατά την οποία απειλούνται πρωταρχικής σημασίας έννομα αγαθά, όπως η ζωή και η υγεία της γυναίκας. Έτσι, η νομοθετική ρύθμιση φαίνεται να περιορίζεται στη νομιμοποίηση της ιατρικής πρακτικής, η οποία δίνει το προβάδισμα στη διασφάλιση της ζωής της γυναίκας και είναι πλήρως εναρμονισμένη με το πνεύμα του Συντάγματος. Ο νομοθέτης ανάγει την περίπτωση κινδύνου της ζωής και της υγείας της γυναίκας σε μία εξαίρεση από τον κανόνα της ποινικοποίησης της άμβλωσης, λόγω της κατάστασης ανάγκης που αυτή συνιστά, τόσο για τον γιατρό όσο και για τη γυναίκα. Από τη μία πλευρά, για τον γιατρό αποτελεί μία επείγουσα περίπτωση, κατά την οποία ούτος περιέρχεται σε σύγκρουση ως προς το καθήκον του να διασώσει τη ζωή τόσο της γυναίκας όσο και του εμβρύου, ενώ από την άλλη πλευρά, η ίδια η έγκυος βιώνει τον κίνδυνο για τη ζωή και την υγεία της την ίδια στιγμή που ματαιώνεται η προσδοκία της -που αποτελεί και εύλογη προσδοκία κάθε ώριμου και υγιούς ανθρώπου- να γεννήσει και να αναθρέψει το τέκνο της χωρίς να θέσει τη ζωή της σε διακινδύνευση.

Η μόνη εφικτή λύση που προκρίνει η ιατρική πρακτική και την οποία ενσωματώνει και η νομοθεσία αποτελεί αυτή της σωτηρίας της γυναίκας μέσω του τερματισμού της κύησης και της διάσωσης της γεγενημένης ανθρώπινης ζωής έναντι της εν εξελίξει αγέννητης. Έτσι, η διακοπή της τελευταίας αποβάλλει την απαξία που της προσδίδει σε άλλες περιπτώσεις ο Νόμος, λόγω της θεραπευτικής ποιότητας που την χαρακτηρίζει ειδικά στην περίπτωση που η ζωή της γυναίκας

τίθεται σε κίνδυνο. Ο Νόμος αλληλεπιδρά με την Επιστήμη και την επιστημονική πρακτική, νομιμοποιώντας την άμβλωση σε περίπτωση που η τελευταία συνιστά παρέκκλιση και εξαίρεση από τον κανόνα. Και τούτο, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο γιατρός θα δύναται να προβεί στην τέλεση άμβλωσης, όταν αυτό είναι απαραίτητο, χωρίς να κινδυνεύει ο ίδιος να διωχθεί αδίκως, ενώ παράλληλα, διασφαλίζεται η ζωή και η υγεία της εγκύου. Έπειτα, στόχος του νομοθέτη είναι να οριοθετήσει τη δυνατότητα παρέκκλισης, ώστε να αποφευχθούν καταχρήσεις της δυνατότητας αυτής σε περιπτώσεις που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις που θέτει ο νομοθέτης. Βασική προϋπόθεση για την ιατρική ένδειξη είναι ο κίνδυνος που ανακύπτει για τη γυναίκα να είναι σοβαρός, χωρίς, ωστόσο, ο νομοθέτης να προβαίνει σε απόλυτη και αυστηρή απαρίθμηση των περιπτώσεων που θα μπορούσαν να υπαχθούν στην απαίτηση αυτή. Αυτό συμβαίνει γιατί η περιοριστική απαρίθμηση των κινδύνων δεν είναι εφικτή εκ των προτέρων, καθώς κάθε ιατρικό περιστατικό είναι ξεχωριστό και ο επιβλέπων γιατρός προβαίνει σε εξατομικευμένες αξιολογήσεις γύρω από την υγεία της εγκύου, με τις συνακόλουθες επιπτώσεις που κατά περίπτωση επέρχονται στην υγεία της. Έπειτα, με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και την συνδρομή των τεχνολογικών εξελίξεων, η θεραπεία πολλών παθολογικών καταστάσεων εξελίσσεται συνεχώς, ούτως ώστε καθίσταται ανέφικτη η κανονιστική αναγραφή στο Νόμο των περιπτώσεων που μπορεί να χαρακτηρισθούν σοβαρές.[588] Ως εκ τούτου, ο Νόμος αρκείται στη νομιμοποίηση της θεραπευτικής άμβλωσης ως κατάστασης ανάγκης και καταλείπει στην κρίση του γιατρού την σοβαρότητα της κατάστασης κατά περίπτωση. Η θεραπευτική άμβλωση αναδεικνύει από τη μια πλευρά πώς μία συνθήκη ανάγκης μπορεί να ανατρέψει την απαξία που συνοδεύει μία πρακτική, και από την άλλη, τη βαθύτατη επιρροή που ασκεί η πρακτική αντιμετώπιση κρίσιμων ιατρικών καταστάσεων στην ρυθμιστική τοποθέτηση του νομοθέτη.

[588]*Studdiford William Emery,* The Common Medical Indications for Therapeutic Abortion, Bull N Y Acad Med. 1950 Nov; 26 (11): 721–735.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η επίδραση της Φαρμακολογίας στο ζήτημα της άμβλωσης

6.1. Επιπτώσεις λήψης φαρμάκων στην πορεία της κύησης

Η επίδραση της Φαρμακολογίας, ως επιστημονικός κλάδος που αλληλεπιδρά με την ιατρική επιστήμη στην πράξη και σχετίζεται με την χρήση θεραπευτικών ουσιών, επηρέασε την πρακτική των αμβλώσεων τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Πολλές φορές και για διαφορετικούς, κατά περίπτωση, λόγους, κρίνεται απαραίτητο να χορηγηθεί στην κυοφόρο φαρμακευτική αγωγή προς αντιμετώπιση ανακύψαντος προβλήματος υγείας της. Παράλληλα, όμως, όπως έχει προαναφερθεί, αρκετές γυναίκες που επιθυμούν να προβούν σε άμβλωση επιλέγουν τη φαρμακευτική οδό, η οποία δεν οδηγεί πάντοτε σε επιτυχή έκτρωση με αποτέλεσμα να γεννηθεί, εν τέλει, το τέκνο. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι, όταν εμπλέκεται κάποια φαρμακευτική ουσία κατά τη διάρκεια της κύησης, ελλοχεύει πάντοτε η πιθανότητα, ειδικά αν κάποιο φάρμακο είναι νέο και δεν έχει εδραιωθεί στην κλινική εφαρμογή, να προκαλέσει στο έμβρυο βλάβη. Στο πλαίσιο αυτό παρατηρούνται τερατογενέσεις, μετά από αλλοιώσεις που υπέστη το έμβρυο λόγω φαρμακευτικής αγωγής που λήφθηκε από τη μητέρα, πράγμα το οποίο δημιουργεί έντονο προβληματισμό γύρω από τη συνέχιση ή τη διακοπή κύησης στην οποία υπάρχουν ενδείξεις ή αποδείξεις τερατογένεσης.[589]

Σε συνέχεια του ανωτέρω συλλογισμού, δύναται να λεχθεί πως η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, ως προς την ανακάλυψη νέων και αποτελεσματικότερων φαρμάκων, δεν συμβαδίζει με την άμεση χρήση τους στον ευρύ πληθυσμό, καθόσον παρίσταται κίνδυνος το νέο φάρμακο να προκαλέσει τερατογένεση σε περίπτωση χορήγησής του στην έγκυο. Κατά συνέπεια, παρά την σημειούμενη πρόοδο και την ενδεχόμενη αναμόρφωση της νομοθεσίας που αυτή επιφέρει, θα απαιτηθεί χρόνος έως ότου η νέα φαρμακευτική ουσία χορηγηθεί σε εγκύους[590]. Σε κάθε περίπτωση, σημειώνεται η ανάγκη πλήρους ενημέρωσης της γυναίκας αναφορικά με τον κίνδυνο να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα – έστω θεωρητικά- ένα νεότερο φάρμακο να καταλήξει σε τερατογένεση και κατ' επέκταση σε έκτρωση, αφού, στην αρχή, η εμπειρία της κλινικής εφαρμογής του σε κυοφόρους γυναίκες είναι σχετικά περιορισμένη[591].

---

[589]Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια, σε ορισμένες περιπτώσεις, να προτιμώνται κατά την κύηση παλαιότερα φάρμακα με αποδεδειγμένη ασφάλεια για το έμβρυο αντί για άλλα μεταγενέστερα, τα οποία μπορεί θεωρητικά να είναι αποτελεσματικότερα και με λιγότερες παρενέργειες, αλλά ακόμα χωρίς πιστοποιημένη μέσω της εμπειρίας ασφάλεια για το έμβρυο.

[590]Χαρακτηριστικά, η βρωμοκρυπτίνη εάν χορηγηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διέρχεται τον πλακούντα και ελαττώνει την προλακτίνη (PRL) στον ορό του εμβρύου. Παρά ταύτα, η βρωμοκρυπτίνη θεωρείται ασφαλής για το έμβρυο αφού έλεγχος χιλιάδων κυήσεων που εκτέθηκαν σε βρωμοκρυπίνη δεν αποκάλυψε αύξηση των συγγενών ανωμαλιών (3–4%) ή των αποβολών (11%), και των πολυδύμων κυήσεων (2%). Έτσι, όταν χρειάζεται να χορηγηθεί αγωνιστής της ντοπαμίνης για την καταστολή των επιπέδων της PRL για να επιτραπεί ωοθυλακιορρηξία (π.χ. σε μικροαδένωμα), συστήθηκε η βρωμοκρυπτίνη αντί της καρβεγολίνης λόγω της μεγαλύτερης βεβαιότητας ότι δεν προκαλεί εμβρυϊκές διαμαρτίες. Ωστόσο, από πιο περιορισμένη βιβλιογραφία, συγκριτικά με τη βρωμοκρυπτίνη που χρησιμοποιήθηκε για περισσότερα χρόνια και σε περισσότερα περιστατικά, φαίνεται ότι και η καβεργολίνη είναι μάλλον ασφαλής και έτσι αν η γυναίκα δεν μπορεί να ανεχθεί τη βρωμοκρυπτίνη, θα μπορούσε να συστηθεί η καβεργολίνη. Βλ. *Ιατράκης* σε Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Εκδόσεις Desmos Digital, 2018 σελ.616.

[591] Βλ.οπ. *Ιατράκης Γ.,* σελ. 616 , επίσης βλ. *Snyder PJ*. Management of lactotroph adenoma (prolactinoma) during pregnancy. UpToDate 2018

Σημαντικό ρόλο προς την κατεύθυνση νομιμοποίησης της άμβλωσης επιτέλεσαν τα πορίσματα επιστημονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε σχέση με τη λήψη φαρμάκων από εγκύους, τα οποία θεωρήθηκαν υπεύθυνα δυσπλασίας του εμβρύου. Στη δεκαετία του 1960, η λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης αποδείχθηκε ότι επέφερε δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη των εμβρύων. Το 1962, η θαλιδομίδη, ένα δημοφιλές ηρεμιστικό που συχνά χρησιμοποιούταν από τις εγκύους για την ανακούφισή τους από την πρωινή ναυτία, αναδείχθηκε υπεύθυνη[592] για τη γέννηση τέκνων με παραμόρφωση[593]. Η σύνδεση μεταξύ της πρόσληψης αυτού του φαρμάκου και μιας επιδημίας δυσμορφιών, ιδιαίτερα της απουσίας των άκρων (φωκομέλεια), προτάθηκε αρχικά από έναν Αυστραλό γιατρό, τον William McBride, το 1961. Η Αμερικανή πρωτοπόρος της παιδιατρικής καρδιοχειρουργικής, Helen Brooke Taussig, μετά από μια σειρά συνεντεύξεων με πολλούς Γερμανούς γιατρούς, εξέφρασε την πεποίθηση ότι η θαλιδομίδη ήταν πράγματι υπεύθυνη για τις παρατηρούμενες δυσπλασίες, αλλά μόνο όταν αυτή λήφθηκε σε μια συγκεκριμένη στιγμή κατά τη διάρκεια της πρώιμης κύησης, απόψεις οι οποίες συνέβαλαν στην παρεμπόδιση της εμπορίας θαλιδομίδης στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Στη Σουηδία, μια τροποποίηση του νόμου που εγκρίθηκε το 1963 προς αντιμετώπιση των ατυχημάτων που οφείλονταν στη θαλιδομίδη, προέβλεπε ότι η κύηση μπορούσε να τερματιστεί όταν υπήρχε κίνδυνος να επηρεαστεί το έμβρυο, αποκτώντας σοβαρή ασθένεια ή παραμόρφωση[594] εκ της λήψης κάποιου φαρμάκου από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης. Η καταστροφική δράση της θαλιδομίδης οδήγησε σε μεταβολή του τρόπου παρακολούθησης της δράσης των φαρμάκων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Θεσπίστηκαν νέοι κανόνες, με βάση τους οποίους οι βιομήχανοι υποχρεώθηκαν να δοκιμάζουν όλα τα νέα φάρμακα για την ικανότητά τους να προκαλέσουν γενετικές ανωμαλίες (τερατογένεση), ενώ έγινε σύσταση στους γιατρούς να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν συνταγογραφούν φάρμακα στις εγκύους.[595] Οι γιατροί δέχθηκαν πολλές αιτήσεις για τερματισμό της κύησης όταν ανακαλύφθηκε η πιθανότητα τερατογένεσης του εμβρύου από τη χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 1967, το Κολοράντο και η Καλιφόρνια νομιμοποίησαν την άμβλωση για κύηση που προέκυψε από βιασμό ή αιμομιξία, για κύηση που απειλούσε τη ζωή της μητέρας ή για κύηση εμβρύων με σοβαρές διαμαρτίες. Το 1970, η Νέα Υόρκη[596] κατέστη η πρώτη που προσέφερε απεριόριστες αμβλώσεις

[592] *Reagan Leslie J.*, When Abortion Was a Crime, Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973, University of California PRESS,1997

[593] *Dally Ann,* Thalidomide: was the tragedy preventable? Lancet 1998, τ. 351, σσ.1197–9

[594] Το 1962 η δραματική ιστορία της Finkbine αποτέλεσε μέσο υποστήριξης της άποψης περί του δικαιολογημένου της άμβλωσης σε ορισμένες περιπτώσεις. Η Sherri Finkbine, παρουσιάστρια της τηλεόρασης από την Αριζόνα, ανακάλυψε ότι είχε πάρει τη θαλιδομίδη νωρίς στην εγκυμοσύνη της. Το ιατρικό συμβούλιο στην Αριζόνα χορήγησε για πρώτη φορά το δικαίωμα σε έκτρωση για ιατρικούς λόγους, αλλά όταν δημοσιοποιήθηκε η ιστορία της ώστε να προειδοποιηθούν άλλες γυναίκες για τον κίνδυνο λήψης θαλιδομίδης, το νοσοκομείο στο οποίο αναμενόταν να πραγματοποιηθεί η άμβλωση , αρνήθηκε να εκτελέσει τη διαδικασία, λόγω της ενδεχόμενης αρνητικής δημοσιότητας. Η Finkbine μήνυσε το νοσοκομείο και μίλησε δημοσίως για τη δυσάρεστη κατάσταση της, αλλά τελικά αναγκάστηκε να ταξιδέψει στη Σουηδία για να τερματίσει την εγκυμοσύνη της. Είκοσι άλλες γυναίκες που έλαβαν θαλιδομίδη ενθαρρύνθηκαν από το παράδειγμα της Finkbine για να κάνουν το ίδιο, αλλά το σουηδικό ιατρικό συμβούλιο έδωσε άδεια μόνο σε μία από αυτές, υποστηρίζοντας ότι δεν ήθελαν να μετατρέψουν τη Σουηδία σε παγκόσμια πρωτεύουσα αμβλώσεων. Βλ. *Ilana Löwy*, Imperfect Pregnancies, A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis: Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2017, σσ. 75-77 & Abortion Laws, A Survey Of Current World Legislation, World Health Organization , Geneva ,1971

[595] *Greek Ray, Shanks Niall, Rice Mark* J., The Journal of Philosophy, Science & Law Volume 11, Issue 3, October 2011, σσ. 1-32 The History and Implications of Testing Thalidomide on Animals

[596] Τα επόμενα τρία χρόνια, η Αλάσκα, το Αρκάνσας, η Χαβάη, το Κάνσας, το Μέριλαντ, το Μισισιπή, το Νέο Μεξικό, η Βόρεια Καρολίνα, το Όρεγκον, η Νότια Καρολίνα και η Βιρτζίνια πέρασαν παρόμοια νομοθεσία. βλ.*Reagan Leslie* J, σσ. 240-243.

κατά τη διάρκεια των πρώτων είκοσι τεσσάρων εβδομάδων κύησης. Η Χαβάη, η Αλάσκα και η Ουάσιγκτον σύντομα ακολούθησαν. Το κύμα νομιμοποιήσεων μετέβαλε δραστικά τη στάση των γιατρών σε κράτη όπου η έκτρωση εξακολουθούσε να είναι ποινικοποιημένη.

Επίσης, με αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών στους απογόνους, έχει συσχετιστεί η μητρική θεραπεία με τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα (AED)[597]. Ο συνολικός κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών μεταξύ των βρεφών των επιληπτικών μητέρων που υποβάλλονται σε θεραπεία με AED κατά τη διάρκεια της κύησης είναι δύο έως τρείς φορές υψηλότερος από τον κίνδυνο «βασικής γραμμής» που αφορά κάθε κύηση, η οποία εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 3% έως 5%. Ο κίνδυνος συγγενών ανωμαλιών είναι ακόμη μεγαλύτερος στα βρέφη των οποίων οι μητέρες λαμβάνουν ταυτόχρονα περισσότερες από μία ΑΕΕ κατά τη διάρκεια της κύησης.[598]

Τον Ιούλιο του 2017, σχεδόν εξήντα χρόνια μετά την τραγωδία της θαλιδομίδης, ο γαλλικός εθνικός οργανισμός για την ασφάλεια των φαρμάκων και των προϊόντων υγείας (ANSM) επέβαλε εθνική απαγόρευση της χρήσης βαλπροϊκού νατρίου κατά την κύηση, λόγω τερατογένεσης.[599]

Τα παραδείγματα που προαναφέρθησαν αναδεικνύουν τις αρνητικές επιπτώσεις που ενδέχεται να επιφέρουν οι εφαρμογές της Φαρμακολογίας στην πορεία της κύησης, ιδίως κατά το πρώιμο στάδιο δοκιμής ενός νέου φαρμάκου. Τα φάρμακα ενδέχεται να ευθύνονται για δυσμενή τους επίδραση στην υγεία του εμβρύου ή ακόμη και της γυναίκας, κατά τρόπο ώστε να συνδέονται με την περίπτωση του παθολογικού εμβρύου ή του κινδύνου για την ζωή και την υγεία της γυναίκας και την εξ' αυτής αναγκαιότητα τέλεσης άμβλωσης. Επομένως, η ανάγκη για τέλεση άμβλωσης και μετέπειτα η νομιμοποίησή της από το νομοθέτη αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και διαπιστώνεται ότι ο ρόλος των φαρμάκων δύναται να λειτουργήσει αμφίδρομα, άλλοτε προκρίνοντας την ορθότητα της άμβλωσης, ως επιλογής, και άλλοτε απομακρύνοντάς την υπό την έννοια ότι η Φαρμακολογία διαθέτει προσφορότερη λύση στο πρόβλημα.

6.2. Συμβολή των φαρμάκων στη διασφάλιση της κύησης

Η ιατρική έρευνα οδηγεί συνεχώς στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων για την πρόληψη και θεραπεία λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της κύησης, οι οποίες παλαιότερα επηρέαζαν την εμβρυϊκή ζωή, προκαλώντας σοβαρές ανωμαλίες και έθεταν τη μητέρα στο δίλημμα της επιλογής συνέχισης ή διακοπής της κύησης. Δεν είναι επομένως δυνατόν να υπάρξει συγκεκριμένος κατάλογος ασθενειών που προκαλούν βλάβες στο έμβρυο, βάσει των οποίων η νομοθεσία θα μπορούσε να επιτρέπει την επιλογή της άμβλωσης. Στο παρελθόν, η προσβολή της εγκύου από ιογενή λοίμωξη αποτελούσε συχνό αίτιο επιλογής τερματισμού της κύησης λόγω εμφάνισης σοβαρών βλαβών του εμβρύου, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο, ήτοι στο χρονικό διάστημα της οργανογένεσης. Η ανακάλυψη του εμβολίου της ερυθράς οδήγησε στην προστασία της μέλλουσας μητέρας από την

[597] Πρόκειται για ανωμαλίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, καρδιαγγειακά, ουρογεννητικά και γαστρεντερικά ελαττώματα.

[598] *Polifka Janine E. and J.M. Friedman*, Medical genetics: 1. Clinical teratology in the age of genomics, CMAJ. 2002 Aug 6; 167(3): 265–273

[599] *Macfarlane A / Greenhalgh T,* Sodium valproate in pregnancy: what are the risks and should we use a shared decision-making approach? BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18, σ. 200. Η τερατογένεση εξαρτάται από το χρονικό διάστημα της κύησης και από τη δόση και την οδό έκθεσης, καθώς και από τη φύση του ίδιου του παράγοντα. Η παρουσία άλλων ταυτόχρονων εκθέσεων και η βιολογική ευαισθησία της μητέρας και του εμβρύου είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν εάν μια έκθεση θα είναι τερατογόνος ή όχι.

προσβολή του ιού της ερυθράς, συμβάλλοντας σημαντικά προς την κατεύθυνση γέννησης ενός υγιούς τέκνου.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η συγγενής τοξοπλάσμωση, για παράδειγμα, παραμένει σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας και οι εστίες λοίμωξης από το T. gondii αντιπροσωπεύουν μια σοβαρή, αναδυόμενη επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία, ειδικά στον αναπτυσσόμενο κόσμο.[600] Η προσβολή της μητέρας από τοξοπλάσμωση, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο, αποτελούσε παράγοντα σοβαρού κινδύνου εμφάνισης δυσπλασιών στο νεογνό που θα γεννιόταν, οπότε και πολλές γυναίκες επέλεγαν τον τερματισμό της κύησης. Στη δεκαετία του 1960, ο Georges Desmonts ξεκίνησε μελέτες στο Παρίσι, εξετάζοντας την ορομετατροπή στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης και τη μετάδοση του T. gondii στο έμβρυο.[601] Στη Γαλλία, στα τέλη της δεκαετίας του 1970, ξεκίνησε να γίνεται υποχρεωτικός ο έλεγχος της τοξοπλάσμωσης κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ από το 1992, επιβάλλεται καθολικό μηνιαίο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τη συγγενή τοξοπλάσμωση [602], που καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση[603]. Ο υποχρεωτικός προγεννητικός έλεγχος για μόλυνση από τοξόπλασμα για όλες τις εγκύους τέθηκε σε εφαρμογή και στην Αυστρία, το 1974, υπό την αιγίδα του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και αποτελεί μέρος ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης που ονομάζεται «Πρόγραμμα μητέρας-παιδιού» για όλες τις εγκύους και τα βρέφη τους, κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Σύμφωνα με το αυστριακό εθνικό πρόγραμμα προγεννητικού ελέγχου, το κόστος καλύπτεται από το κράτος και τα τοπικά ταμεία ασφάλισης υγείας.[604]

Στα πρώτα χρόνια του προγράμματος ελέγχου, ο τερματισμός της κύησης, ο οποίος αποτελούσε συνηθέστερη επιλογή των εγκύων που είχαν προσβληθεί από τη λοίμωξη της τοξοπλάσμωσης, περιορίστηκε κατά τη διάρκεια εφαρμογής των μέτρων. Επιπλέον, το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου μείωσε σε μεγάλο βαθμό τη σοβαρότητα σχεδόν όλων των κλινικά σημαντικών, δυσμενών συνεπειών λόγω συγγενούς τοξοπλάσμωσης. Ακολούθως, η χρήση της

---

[600] *Eileen Stillwaggon, et al,* Maternal Serologic Screening to Prevent Congenital Toxoplasmosis: A Decision-Analytic Economic Model, PLoS Neglected Tropical Diseases 5(9), 2011.

[601] Μετά από έρευνες της αποτελεσματικότητας του προγράμματος γενικής εξέτασης, στα αποτελέσματα του εθνικού συστήματος της εργαστηριακής επιτήρησης βρέθηκε ότι ο συνολικός επιπολασμός της συγγενούς τοξοπλάσμωσης το 2007 να είναι 2.9 με 3.2 ανά 10.000 γεννήσεις, και η συχνότητα εμφάνισης συμπτωματικής συγγενούς λοίμωξης από 0.34 ανά 10.000 γεννήσεις Δεκαπενταετής μελέτη έδειξε ότι:ι) η λοίμωξη που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων τριμήνων ήταν η πιο επιβλαβής για το έμβρυο, ιι),η μετάδοση εξαρτάται από το πότε οι γυναίκες έχουν αποκτήσει λοίμωξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. iii),όσοι ήταν οροθετικοί πριν από την εγκυμοσύνη δεν μεταδίδουν τη λοίμωξη στο έμβρυο. και ν)θεραπεία με μειωμένη συγγενή μετάδοση με σπιραμυκίνη βλ. .*Louis M. Weiss et al*/ International Journal for Parasitology, 2009, τ.39, τ.8, σσ. 895-901.

[602] Φάνηκε ότι με τα μέτρα που πήρε το Γαλλικό κράτος από τη δεκαετία του ’70 υπήρξε σημαντική μείωση κατά 87% του ποσοστού της συγγενούς μόλυνσης από τοξοπλάσμωση.

[603] Το γαλλικό πρόγραμμα πρόληψης συνιστά μηνιαίο ορολογικό έλεγχο των ευαίσθητων γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ενημέρωση σχετικά με τις υγιεινές και διατροφικές συστάσεις. Σήμερα με βάση τα πορίσματα της ιατρικής έρευνας, ανάλογα με την ηλικία κύησης κατά τη στιγμή της μόλυνσης, η μολυσμένη μητέρα αμέσως αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά Η οροεπιπλασιασμός της τοξοπλάσμωσης ήταν περίπου 43,8% το 2003 και μειώθηκε κατά τη διάρκεια αρκετών ετών λόγω των βελτιωμένων συνθηκών υγιεινής στην παραγωγή κρέατος και την παρασκευή τροφίμων. Χορηγήτε σπιραμυκίνη και ελέγχεται με αμνιοπαρακέντηση και υπερηχογράφημα. Εάν η PCR του αμνιακού υγρού είναι θετική για λοίμωξη από Toxoplasma , πρέπει να ξεκινήσει θεραπεία με πυριμεθαμίνη, φολικό οξύ και σουλφαδιαζίνη ή σουλφαδοξίνη . Στη νότια Γαλλία η μόλυνση όταν επιβεβαιώνεται μετά τη γέννηση τα νεογνά αντιμετωπίζονται. με συνδυασμό φαρμάκων πυριμεθαμίνης-σουλφαδοξίνης και φολικού οξέος μετά την ηλικία των 3 μηνών. *Bissati El et al*., Emerging Microbes & Infections Global initiative for congenital toxoplasmosis: an observational and international comparative clinical analysis (2018) 7:165

[604] Το 1961, ο Thalhammer αποκάλυψε ποσοστό τοξοπλάσμωσης 78 /10.000 γεννήσεις στον αυστριακό πληθυσμό.βλ *Prusa A,/ Kasper ,David C/ Sawers L, Walter E/ Hayde Michael/ Stillwaggon E,* Congenital toxoplasmosis in Austria: Prenatal screening for prevention is cost-saving, 2017 PLoS Negl Trop Dis 11(7): e0005648. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005648

αμνιοκέντησης για την επιβεβαίωση της εμβρυϊκής λοίμωξης, με θετική πρόβλεψη 100%, μειώνει την απόφαση διενέργειας αμβλώσεων, αλλά αυτή η δυνατότητα εξαρτάται από την κατάλληλη εκπαίδευση των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και των μητέρων.[605] Σε ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Αυστρίας, της Γαλλίας και του Βελγίου, ο συστηματικός προγεννητικός έλεγχος για την τοξοπλάσμωση καθίσταται εκ του Νόμου υποχρεωτικός, προκειμένου να διευκολύνει τον έγκαιρο εντοπισμό της προσφάτως αποκτηθείσας μόλυνσης σε εγκύους.[606]

Ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίστηκε η έξαρση του ιού Zika στη Λατινική Αμερική αποτελεί παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο ενδέχεται να μεταβληθεί το νομικό πλαίσιο σχετικά με τα αναπαραγωγικά δικαιώματα, καταδεικνύοντας και προωθώντας με αυτόν τον τρόπο την κρατική ευθύνη. Ο ιός Zika, τον οποίο φέρουν κουνούπια που αναπαράγονται σε περιοχές με στάσιμα νερά και εν γένει κακές συνθήκες υγιεινής, ευθύνεται για την πρόκληση μίας ασθένειας που πλήττει κυρίως οικονομικά ασθενείς πληθυσμούς, οι οποίοι λόγω των συνθηκών ζωής τους εκτίθενται περισσότερο και αμεσότερα στον συγκεκριμένο ιό. Το 2016, πολλές χώρες που έχουν εμφανίσει επιδημικές εκρήξεις του Zika, κηρύχθηκαν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθόσον ο συγκεκριμένος ιός συσχετίστηκε με την πρόκληση, κατά τη διάρκεια της κύησης, σοβαρών συγγενών ανωμαλιών στα έμβρυα[607]. Για τον λόγο αυτό, ορισμένες κυβερνήσεις στη Λατινική Αμερική, συμπεριλαμβανομένων αυτών της Βραζιλίας, της Κολομβίας, του Ισημερινού, του Ελ Σαλβαδόρ και της Τζαμάικα, εξέδωσαν συστάσεις προς τις γυναίκες να αναβάλλουν πιθανή προγραμματισμένη κύηση για χρονικό διάστημα έξι μηνών έως και για «αόριστο χρονικό διάστημα» διαμορφώνοντας παράλληλα πολιτικές που αφορούν στη διασφάλιση της διαθεσιμότητας κατάλληλου και οικονομικά προσιτού συνδυασμού μεθόδων υπηρεσιών αντισύλληψης[608] που θέτουν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τη γυναίκα.

Το 2016, η Ταϊλάνδη ήταν η πρώτη χώρα στην Ασία που εξέδωσε καθοδήγηση σχετικά με την επιτήρηση και θεραπεία για τον ιό Zika, η οποία περιελάμβανε και τη νόμιμη άμβλωση έως την

---

[605] Ενώ η χρήση της PCR του αμνιακού υγρού μπορεί να αποτρέψει περιττές εκλεκτικές αμβλώσεις υγειών εμβρύων, η δειγματοληψία αμνιακού υγρού όμως αποτελεί μια επεμβατική διαδικασία και φέρει τον κίνδυνο απώλειας εμβρύου. *Eileen Stillwaggon et al,* Maternal Serologic Screening to Prevent Congenital Toxoplasmosis: A Decision-Analytic Economic Model, 2011 Sep; 5(9): e1333

[606] *Eileen Stillwaggon et al,* Maternal Serologic Screening to Prevent Congenital Toxoplasmosis: A Decision-Analytic Economic Model, 2011 Sep; 5(9): e1333.

[607] Παραδείγματα τέτοιων ανωμαλιών είναι η μικροκεφαλία, καθώς και το σύνδρομο Guillain-Barré (GBS). Το σύνδρομο Guillain-Barré (GBS) είναι μια ασυνήθιστη ασθένεια του νευρικού συστήματος, παρουσία της οποίας το ανοσοποιητικό σύστημα ενός ατόμου βλάπτει τα νευρικά του κύτταρα προκαλώντας μυϊκή αδυναμία και μερικές φορές παράλυση. Βλ. https://www.cdc.gov/zika/healtheffects/gbs-qa.html επίσης βλ. *Satterfield-Nash A,* et al, Health and Development at Age 19–24 Months of 19 Children Who Were Born with Microcephaly and Laboratory Evidence of Congenital Zika Virus Infection During the 2015 Zika Virus Outbreak, Brazil, 2017, 66(49);1347–1351

[608] βλ. World Health Organization, 2016 b, Zika Virus Research Agenda, Geneva, WHO, σ.19. Το 56% των κυήσεων στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική είναι απρογραμμάτιστο. Επιπλέον, υπάρχει συχνά ανεπαρκής ή ανύπαρκτη ολιστική σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, επίσης οι γυναίκες έχουν ανεπαρκή πρόσβαση στην αντισύλληψη και παρατηρείται μεγάλη συχνότητα σεξουαλικής βίας. Τέλος, πολλές από τις χώρες στις οποίες υποβλήθηκαν αυτές οι συστάσεις έχουν μερικές ή ακόμη και πλήρεις απαγορεύσεις για την άμβλωση. Έτσι, ο τρόπος με τον οποίο αναφέρθηκαν οι συστάσεις για τον ιό Zika, τουλάχιστον αρχικά σε ορισμένες χώρες, δείχνει πώς οι περιθωριοποιημένες γυναίκες υφίστανται τις μεγαλύτερες συνέπειες για τις πολιτικές αποτυχίες στη θέσπιση μέτρων δημόσιας υγείας ή στη δημιουργία επαρκών συστημάτων υγείας, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των οικονομικά αδύναμων γυναικών .Βλ. *Moazzam et all,* 2017, A study protocol for facility assessment and follow-up evaluations of the barriers to access, availability, utilization and readiness of contraception, abortion and postabortion services in Zika affected area, Reprod Health . 2017; 14: 18 επίσης βλ. *G. Sedgh, S. Singh, and R, Hussain,* "Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends," Studies in Family Planning 45/3 (2014),σσ. 301–314

εικοστή τέταρτη εβδομάδα, κατά περίπτωση, ύστερα από επιδημιολογική μελέτη που επιβεβαίωσε την εμφάνιση υψηλού ποσοστού προσβολής εγκύων από τον ιό. Παρόλο που η εφαρμογή αυτών των νέων κατευθυντήριων γραμμών δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί πλήρως, η νομοθετική αλλαγή στην αντιμετώπιση του επιτρεπτού της άμβλωσης για το λόγο αυτό, φαίνεται να εμπίπτει στους κανονισμούς του Ιατρικού Συμβουλίου της Ταϊλάνδης σχετικά με την ψυχική υγεία της γυναίκας.[609] Στην περίπτωση της Ταϊλάνδης, όμως, φαίνεται ότι μόνη η νομική μεταρρύθμιση αποβαίνει ανεπαρκής προς εξασφάλιση πρόσβασης σε ασφαλή φροντίδα για τις αμβλώσεις και πρέπει να συνοδεύεται από αποτελεσματική προσπάθεια αύξησης της διαθεσιμότητας και της ευρείας προσβασιμότητας σε αυτή τη διαδικασία.

Στις περιπτώσεις αυτές, παρατηρείται συσχέτιση της χρήσης φαρμάκων με τη διαδικασία της προγεννητικού ελέγχου, και ειδικότερα με το κομμάτι της προγεννητικής θεραπευτικής. Όταν η αξιοποίηση των φαρμάκων δύναται να δώσει λύσεις σε προβλήματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της κύησης και αφορούν είτε στο έμβρυο είτε στη γυναίκα, τότε τα φάρμακα συντελούν στην προγεννητική θεραπευτική και έχουν ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση της άμβλωσης ως θεραπευτικής επιλογής. Έτσι η φαρμακολογία δύναται να επιλύσει ζητήματα που προκύπτουν κατά την παρακολούθηση της κύησης και τα φάρμακα δρουν αποτρεπτικά ως προς το ενδεχόμενο τέλεσης μιας άμβλωσης, απομακρύνοντας κατ' επέκταση την ανάγκη διακοπής της κύησης.

6.3. Φαρμακευτική άμβλωση

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την πρόκληση αμβλώσεων με τη χρήση φαρμάκων, αναφέρονται ως «ιατρικές αμβλώσεις» ή «μη χειρουργικές αμβλώσεις».[610] Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η χρήση ιατρικών αμβλώσεων έχει επεκταθεί σημαντικά σε πολλές χώρες, ακόμα και σε αυτές που η άμβλωση απαγορεύεται.[611] Ακόμη και όταν η λήψη των ανωτέρω φαρμακευτικών ουσιών δεν αναγνωρίζεται επισήμως από τις υγειονομικές αρχές ή οι εν λόγω ουσίες διατίθενται μέσω υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, οι γυναίκες τις προμηθεύονται μέσω ανεπίσημων δικτύων ή φαρμακείων, όπου πωλούνται για άλλες ενδείξεις.[612] Η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής,[613] και η δυνατότητα τερματισμού της κύησης (ιατρική άμβλωση) μέσω της

[609] *Arnott G / Sheehy /G, Chinthakanan O, and Foster A. M*., Exploring Legal Restrictions, Regulatory Reform, and Geographic Disparities in Abortion Access in Thailand Health and Human Rights Journal , June 2017 τ.19 , No:1 σσ. 187-196.

[610] *World Health Organization*, 2013, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2nd edition, Geneva, 123 p.

[611] Οι συνθήκες για την παροχή και τη χρήση φαρμάκων ποικίλλουν, με συνέπειες για την αποτελεσματικότητα και τις επιδράσεις της μεθόδου βλ. *Fernandez et al, Assessing The Global Availability of Misoprostol, International journal of Gynecology & Obstetrics*, 2009, 105(2), σσ. 180–186

[612] *Raghavan Sheila/ Abbas Dina/ Winikoff Beverly*, 'Misoprostol for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: What do we know? What is next?', International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2012, τομ. 119,αρθρ.1, σσ. 35–38.

[613]Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Τηλεϊατρική είναι: «Η παροχή ιατρικής περίθαλψης- σε περιπτώσεις που η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας - από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών για την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, αγωγή και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εκτίμηση, όπως και τη συνεχή εκπαίδευση των λειτουργών Υγείας, αλλά και για όλα αυτά που βρίσκονται στο πεδίο ενδιαφέροντος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της κοινωνίας».

χρήσης φαρμάκων οδήγησε στη χρήση τηλεϊατρικών υπηρεσιών άμβλωσης[614,615], φέροντας επανάσταση σε αυτήν την πτυχή της αναπαραγωγικής υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, προκύπτει ένα σύνολο νομικών προκλήσεων και ρυθμιστικών ζητημάτων [616] από την αλληλεπίδραση των δύο τεχνολογιών.[617,618.] Στην Ιρλανδία για παράδειγμα, η απαγόρευση της άμβλωσης ωθούσε τις γυναίκες να αναζητήσουν διαθέσιμες υπηρεσίες ταξιδεύοντας στην Αγγλία. Πλέον, αποτελεί εναλλακτική λύση η προμήθεια, μέσω ταχυδρομείου, δισκίων αμβλώσεων, που προέρχονται από το διαδίκτυο, παρά το γεγονός ότι η διαδικτυακή προσφορά φαρμακευτικών προϊόντων θέτει δυνητικούς κινδύνους για τη δημόσια υγεία.[619]

Το πρώτο φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε για την πρώιμη διακοπή της κύησης ήταν η μιφεπριστόνη, η οποία αρχικά εγκρίθηκε στη Γαλλία, το 1988. Δύο τύποι φαρμάκων χρησιμοποιούνται, γενικά, προς το σκοπό άμβλωσης· η μισοπροστόλη, προσταγλανδίνη (ορμόνη) που πωλείται κυρίως με την εμπορική ονομασία Cytotec και η μιφεπριστόνη, γνωστή με την εμπορική ονομασία και ως RU486. Οι ανωτέρω ουσίες χρησιμοποιούνται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό, ανάλογα με τα πρωτόκολλα που ισχύουν σε κάθε χώρα και ανάλογα με τη διαθεσιμότητά τους. Ακόμα, στις αρχές του 1990, χρησιμοποιήθηκε η μεθοτρεξάτη προς διακοπή ενδομήτριας αλλά και εξωμήτριας κύησης.[620] Οι εκάστοτε συνθήκες για την παροχή και τη χρήση φαρμάκων, ποικίλλουν, με διαφορετικές, κατά περίπτωση, συνέπειες για την αποτελεσματικότητα και την επίδραση κάθε μεθόδου.[621] Τη δεκαετία του 2000, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμπεριέλαβε στη λίστα των βασικών φαρμάκων για την άμβλωση και τη μισοπροστόλη, προς θεραπεία ατελούς έκτρωσης και αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Το εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τα συστήματα υγείας προς ασφαλή άμβλωση περιγράφει τον τύπο του προϊόντος που θα πρέπει να χρησιμοποιείται (μιφεπριστόνη ή και μισοπροστόλη), προσδιορίζοντας τις δοσολογίες και τις οδούς χορήγησης, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία κύησης.[622] Σε χώρες όπου η εν γένει πρόσβαση στην άμβλωση είναι περιορισμένη, η χρήση ιατρικών αμβλώσεων έχει εξαπλωθεί τα τελευταία τριάντα χρόνια.

Η χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι ευρέως διαδεδομένη σε χώρες της Λατινικής Αμερικής όπου ο νόμος περιορίζει την πρόσβαση στην άμβλωση. Στη Βραζιλία, το 1998, παρότι η κυβέρνηση περιόρισε την πώληση της μισοπροστόλης, προκειμένου να μειώσει τη χρήση της

---

[614] *Wiebe ER*. Use of telemedicine for providing medical abortion. Int Jo Gynecol Obstet. 2014; 124(2): 177-178.

[615] *Gomperts RJ/ Jelinska K/ Davies S/ Gemzell-Danielsson K/ Kleiverda G*. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. BJOG. 2008; 115(9): 1171).

[616] *Hervey T and Sheldon S. Abortion by telemedicine in Northern Ireland: patient and professional rights to free movement across borders. Northern Ireland Law Quarterly. 2017: 68(1); 1-33*

[617] *Wiebe ER*. Use of telemedicine for providing medical abortion. Int Jo Gynecol Obstet. 2014; 124(2): 177-178.

[618] *Gomperts RJ/ Jelinska K/ Davies S/ Gemzell-Danielsson K/ Kleiverda G.* Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. BJOG. 2008; 115(9): 1171.)

[619] *Hervey T and Sheldon S. Abortion by telemedicine in Northern Ireland: patient and professional rights to free movement across borders. Northern Ireland Law Quarterly. 2017: 68(1); 1-33*

[620] Μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η στενή ιατρική παρακολούθηση, ο συχνός έλεγχος των υπερηχογραφικών και βιοχημικών παραμέτρων, η παράταση της κολπικής αιμόρροιας και το πυελικό άλγος . Διακοπή κυήσεως με κολπική χρήση μισοπροστόλης 800 μg σε εξωτερικούς ασθενείς στο ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού. βλ. *Σαλάκος και συν*, Θέματα Γυναικολογίας, 2007, τ-3,σ.44

[621] *Fernandez Maria M./ Coeytaux Francine /Gomez Ponce de Leon Rodolfo/ Harrison Denise L.*/2009, *Assessing the global availability of misoprostol, International Journal of Gynecology & Obstetrics* 105(2), σσ. 180–186.

[622] *Kumar A/, Hessini L/Mitchell E*, 'Conceptualising abortion stigma', culture, health & sexuality, 2009,11(6), σσ. 625–639, και *Millard Colin/ Brhlikova Petra/ Pollock Allyson*, 2015, 'social networks and health policy: the case of misoprostol and the who model essential medicine list', social science & medicine, 132, σσ. 190–196.

για πρόκληση διακοπής της κύησης, με περιορισμούς, όπως την χορήγησή της μόνο με ιατρική συνταγή και τη χρήση της αποκλειστικά σε νοσοκομεία, εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να αποτελεί την κύρια μέθοδο έκτρωσης στη Βραζιλία.[623] Σήμερα, η μισοπροστόλη χρησιμοποιείται ευρέως στις ασιατικές χώρες, με περιοριστική νομοθεσία, όπως οι Φιλιππίνες[624]. Στην Αφρική, είναι λιγότερο διαδεδομένη, ενώ η χρήση της είναι αυξημένη σε ορισμένες χώρες, όπως η Ουγκάντα, η Γκαμπόν και η Νιγηρία.[625]

Επίσης, η χρήση της ανωτέρω ουσίας έχει κερδίσει έδαφος στην Ισπανία και την Ιταλία μέσω των λατινοαμερικανών μεταναστών.[626] Σε περιπτώσεις όπου η άμβλωση είναι νόμιμη, όπως στη Γαλλία, η ιατρική άμβλωση βρίσκεται υπό τον αυστηρό έλεγχο των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, αντικαθιστώντας τις μεθόδους που βασίζονται στην αναρρόφηση, έχοντας πλέον καταστεί η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιείται[627] προς το σκοπό της φαρμακευτικής άμβλωσης. Οι επαγγελματίες υγείας είναι γενικά λιγότερο απρόθυμοι να πραγματοποιήσουν ιατρικές αμβλώσεις επειδή συνιστούν πιο ουδέτερες ιατρικές πράξεις, με λιγότερη προσωπική εμπλοκή και συναφές στίγμα. Δεδομένου ότι αυτό το είδος έκτρωσης λαμβάνει χώρα εκτός των κέντρων υγείας, οι επαγγελματίες βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόσταση από την πράξη απ' ό,τι στην περίπτωση της χειρουργικής διαδικασίας.[628] Επιπλέον, η εν λόγω μέθοδος επιτρέπει τη μεταφορά δεξιοτήτων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, διότι μπορεί να συνταγογραφηθεί και από μαίες, σε αντίθεση με τις άλλες μεθόδους που εν γένει εφαρμόζονται κατ' αποκλειστικότητα από γιατρούς.[629]

Σε περιπτώσεις όπου η έκτρωση συνιστά παράπτωμα, η φαρμακευτική μέθοδος παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο για την υγεία των γυναικών και οι πιθανές επιπλοκές είναι λιγότερο σοβαρές και ορατές από ό,τι στις παραδοσιακές μεθόδους. Από το 1988, η μη χειρουργική-επεμβατική εναλλακτική λύση με τη χρήση μιφεπριστόνης, σε συνδυασμό, ή μη, με τη χρήση μισοπροστόλης, είναι διαθέσιμη στη Γαλλία και την Κίνα. Ο συνδυασμός αυτός εγκρίθηκε στη Μεγάλη Βρετανία το 1991, στη Σουηδία το 1992, σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 και στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2000 από το FDA για χρήση κατά τις πρώτες δέκα εβδομάδες κύησης. Στον Καναδά, ο συνδυασμός μιφεπριστόνης και μισοπροστόλης, προς το σκοπό της ιατρικής έκτρωσης, εγκρίθηκε από την Health Canada, τον Ιούλιο του 2015, και από το 2016, αποτελεί πλέον διαθέσιμη επιλογή τερματισμού της κύησης. Η τεχνική πρόοδος των

[623] βλ. 'Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras', Ciência & saúde coletiva, (Διαδρομές και μέθοδοι παράνομης έκτρωσης σε πέντε πρωτεύουσες της Βραζιλίας) σε *Diniz Debora, Medeiros Marcelo,* 2012, 17(7), pp. 1671–1681

[624] *Gipson* Jessica D / *Hirz* Alanna E/ *Avila Josephine L ,* Perceptions and Practices of Illegal Abortion Among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study, Stud Fam Plann, 2011, 42 (4), σσ. 261-72.

[625] *Atukunda Esther C /Siedner Mark J., et al,* Sublingual Misoprostol versus Intramuscular Oxytocin for Prevention of Postpartum Hemorrhage in Uganda: A Double-Blind Randomized Non-Inferiority Trial, 2014

[626] *De Zordo, Silvia*. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan. -mar. 2016, σσ.19-35, Η βιομηχανοποίηση των παράνομων αμβλώσεων: η διπλή ζωή της μισοπροστόλης στη Βραζιλία

[627] *Fiol Verónica et al,* The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2016,τ. 134 σσ. 12–15

[628] *Faúndes* A , et al, The Closer You Are, the Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy, Reprod Health Matters, 2004, 12 (24 Suppl), 47-56

[629] *Olavarrieta Claudia Díaz*, Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: A randomized controlled non-inferiority trial, Bulletin of the World Health Organisation, 2015, 93(4):249-58

ιατρικών αμβλώσεων, ιδίως με τη χρήση μισοπροστόλης, επέφερε επαναστατική εξέλιξη στη μείωση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας που συνδέονται με την άμβλωση.[630]

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων, η φαρμακευτική άμβλωση αποτελεί αποδεκτή εναλλακτική λύση της χειρουργικής, σε περιπτώσεις κατάλληλες, όπου η κύηση δεν ξεπερνά τις σαράντα εννέα ημέρες.[631] Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μεθοτρεξάτη και η μισοπροστόλη είναι τερατογόνοι παράγοντες, κατά τρόπο που η χρήση τους προϋποθέτει μια δέσμευση, τόσο από τη γυναίκα, ότι δεν θα αλλάξει γνώμη, όσο και από τον γιατρό της, ότι θα την ενημερώσει πλήρως για όλες τις πιθανές παρενέργειες των συγκεκριμένων φαρμάκων, προ της ολοκλήρωσης της διαδικασίας της άμβλωσης.[632] Η φαρμακευτική διακοπή κύησης έχει ερευνηθεί και ως επιλογή πρόωρης διακοπής ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με αποφυγή των κινδύνων που επιφέρει η αναισθησία, οι χειρουργικοί τραυματισμοί στον τράχηλο, στη μήτρα και σε άλλα όργανα. Η φαρμακευτική άμβλωση δεν χαρακτηρίζεται, συνήθως, από μη προβλέψιμο αποτέλεσμα. Σε ακραίες περιπτώσεις, η φαρμακευτική διακοπή κύησης μπορεί να μην ολοκληρωθεί, ακόμα και για διάστημα μερικών ημερών έως και εβδομάδων. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί, ότι η τελευταία παρουσιάζει χαμηλότερο μέσο συνολικό κόστος. Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι η σύγχρονη χορήγηση μισοπροστόλης, είτε με μεθοτρεξάτη είτε με μιφεπρεστόνη, έχει υψηλή αποτελεσματικότητα σε περίπτωση φαρμακευτικής διακοπής κύησης του πρώτου τριμήνου[633]. Τέλος, οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε χειρουργική άμβλωση εμφανίζουν θετική στάση σε ό,τι αφορά στη συγκεκριμένη διαδικασία, σε σύγκριση με τις γυναίκες που επιλέγουν τη φαρμακευτική άμβλωση.[634]

Οι καθοριστικοί παράγοντες για την επιλογή της φαρμακευτικής ή της χειρουργικής μεθόδου ποικίλλουν.[635] Οι πιθανές επιπλοκές των ιατρικών αμβλώσεων περιλαμβάνουν την ατελή έκτρωση και την κολπική αιμόρροια.[636] Το κόστος μιας επαγόμενης από RU-486 έκτρωσης αναμένεται να είναι συγκρίσιμο με αυτό της χειρουργικής έκτρωσης. Η επιλογή της επεμβατικής έναντι της φαρμακευτικής έκτρωσης θα πρέπει να βασίζεται στην εξέταση συγκεκριμένων παραγόντων, όπως η ηλικία κύησης, οι συχνότερες επισκέψεις και η διαθεσιμότητα των κλινικών που

[630] *Guilbert et al*, First-trimester medical abortion practices in Canada, Can Fam Physician. 2016 Apr; 62(4): σσ. 201–208. Επίσης,βλ. *Finer L, Fine J,* Abortion Law Around the World: Progress and Pushback, Am J Public Health, 2013, τ.103, τ.4, σσ. 585–589

[631] Τρία φαρμακευτικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται για τη φαρμακευτική διακοπή κύησης, είτε κατά μόνας, είτε σε συνδυασμό. Αυτά είναι η αντιπρογεστίνη μιφεπριστόνη, ο αντιμεταβολίτης μεθοτρεξάτης και η προσταγλανδίνη μισοπροστόλη. Αυτοί οι παράγοντες προκαλούν διακοπή της κύησης αυξάνοντας τη συσταλτικότητα της μήτρας, είτε αναστέλλοντας την προγεστερόνη (σε ότι αφορά τη μιφεπριστόνη και τη μεθοτρεξάτη), είτε μέσω της διέγερσης του μυομητρίου (σε ότι αφορά τη μισοπροστόλη)

[632] *Hoffman et al,* 2012, σσ.190-192

[633] Η αιμορραγία στη φαρμακευτική διακοπή κύησης μπορεί να είναι βαρύτερη και απρόβλεπτη και η μη ολοκληρωμένη άμβλωση είναι συνήθως πιο κοινή σε σύγκριση με τη χειρουργική τεχνητή διακοπή κύησης . Η μισοπροστόλη είναι ένα συνθετικό ανάλογο της προσταγλανδίνης Ε και είναι διαθέσιμη στο εμπόριο για τη θεραπεία των ελκών του πεπτικού συστήματος. Αποδείχθηκε μετά από έρευνες, ως ένα μέσο ικανό να προκαλέσει αποβολή.βλ.*Edmonds*, 2007, σσ. 321-322

[634] Γενικά, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χειρουργική διακοπή της κύησης έχουν μια μεγαλύτερη αίσθηση αμεσότητας και ασφάλειας, η οποία εκπορεύεται από τη σχέση που αναπτύσσουν με τον επιβλέποντα ιατρό. Αντίθετα, οι γυναίκες που επιλέγουν τη φαρμακευτική οδό, λόγω ακριβώς αυτής της απόστασης από ένα ελεγχόμενο ιατρικό περιβάλλον, έχουν την τάση να νιώθουν μία μεγαλύτερη ανασφάλεια. Βλ. *Hoffman*, ό.π., σ.256

[635] Ορισμένες γυναίκες θεωρούν ότι τα πλεονεκτήματα των χειρουργικών μεθόδων είναι ότι είναι απλές και γρήγορες και συνδέονται με σχετικά χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών ή αποτυχιών. Οι φαρμακευτικές μέθοδοι προτιμώνται συχνά, επειδή φαίνονται πιο φυσιολογικές, όπως μια αποβολή, και αποτρέπουν την ανάγκη χειρουργικής εμπλοκής στα όργανα της μήτρας, ενώ παράλληλα εμφανίζουν το πλεονέκτημα των χαμηλών ποσοστών επιπλοκών και αποτυχιών. βλ. *Hoffman* Ό.π. σσ.190-191

[636] *Templeton A,* Grimes D: A request or abortion. N Engl J Med, 2011, 365(23), σσ.2198

χρησιμοποιούν τη μέθοδο του RU-486 καθώς και αν οι γυναίκες προτιμούν έναν ενεργό ή παθητικό ρόλο σε ό,τι αφορά στον τερματισμό της κύησης.[637]

Το 1991, δόθηκε άδεια χορήγησης της αντιπρογεστερογόνου μιφεπριστόνης για τον τερματισμό κύησης ηλικίας έως και εννέα εβδομάδων, έχοντας έκτοτε σχηματισθεί εκτεταμένη βιβλιογραφία προς υποστήριξη της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοχής του εν λόγω φαρμακευτικού σχήματος για πρώιμη, κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης, έκτρωση. Το 1995, σημειώθηκε επέκταση της άδειας για τη συμπερίληψη κυήσεων άνω των δεκατριών εβδομάδων. Επί του παρόντος, το ιατρικό σχήμα δεν έχει άδεια χρήσης σε κυήσεις άνω των εννέα έως δεκατριών εβδομάδων, και η πλειοψηφία των αμβλώσεων σε αυτές τις κυήσεις παραμένουν χειρουργικές.[638] Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε με επίσημα στατιστικά στοιχεία κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών, για εικοσιτέσσερις χώρες υψηλού εισοδήματος με φιλελεύθερους νόμους αμβλώσεων, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού φαρμακευτικής διακοπής της κύησης, ιδιαίτερα πριν από την ένατη εβδομάδα.[639]

Η φαρμακευτική άμβλωση διενεργείται στα πολύ πρώιμα στάδια κύησης[640] και δικαιολογείται στη βάση της εξαιρετικά πρώιμης ανάπτυξης του εμβρύου και της συνακόλουθης απουσίας αναγνώρισης προστασίας του από την έννομη τάξη. Στο πρώτο τρίμηνο κύησης, η προστασία της αγέννητης ζωής υποχωρεί μπροστά στη βούληση της εγκύου για τερματισμό της κύησης, οπότε προτάσσονται η ασφάλεια και η συνοπτικότητα της διαδικασίας προς το σκοπό διασφάλισης της ζωής και της υγείας της γυναίκας. Η μειωμένη επεμβατικότητα που χαρακτηρίζει τη φαρμακευτική άμβλωση σε σχέση με την χειρουργική διαδικασία[641] την καθιστά περισσότερο ασφαλή. Η ασφάλεια μιας ιατρικής διαδικασίας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αποδοχή της ως ιατρική πρακτική. Την παράμετρο αυτή σαφώς προσμετρά και ο νομοθέτης προς τη νομιμοποίηση μιας ιατρικής πρακτικής, σταθμίζοντας τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, ένα από τα κυριότερα επιχειρήματα κατά της νομιμοποίησης των αμβλώσεων ήταν η έλλειψη ασφάλειας της διαδικασίας για την υγεία της γυναίκας. Ωστόσο, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης δημιουργεί τις προϋποθέσεις για πιο ασφαλείς μεθόδους, γεγονός που παρατηρείται και στην περίπτωση της διακοπής της κύησης. Η επιρροή της Φαρμακολογίας είναι καθοριστική, καθώς η φαρμακευτική άμβλωση αποτελεί τη λιγότερο επεμβατική μέθοδο την οποία η ιατρική επιστήμη μπορεί να προσφέρει, με αποτέλεσμα να εκμηδενίζονται τυχόν αναστολές του νομοθέτη ως προς την νομιμοποίηση της άμβλωσης.

---

[637] *Mackenzie & Yeo, Pregnancy interruption using mifepristone (RU-486). A new choice for women in the USA.* J Nurse Midwifery. 1997 Mar-Apr;42(2), σσ. 86-90. Η φαρμακευτική διακοπή κύησης δεν προτείνεται σε άτομα με αυτόματες αποβολές, έκτοπη κύηση, αλλεργία σε προσταγλανδίνες, καρδιακές παθήσεις, καπνίζουσες και σε γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών

[638] *Hoffman* Ό.π.,σ. 256 επίσης βλ. *Edmonds,* 2007, σσ.321-32 επίσης βλ. *Yousuf S /Akhter N/ Arzoo S,* Ferdous B.,Efficacy and Safety of Intravaginal Misoprostol for Mid-trimester Medical Termination of Pregnancy**,** Mymensingh Med J. 2018 Jul;27(3), σσ. 544-549

[639] *Popinchalk A/ Sedgh G,* Trends in the method and gestational age of abortion in high-income countries, BMJ Sex Reprod Health. 2019, τομ.45(2), σσ. 95–103

[640] *Pazol K, Creanga AA, Burley KD,* et al: Abortion surveillance–United States, 2011, MMWR, 2014, 63(11):1

[641] *Rosenfield Allan,* The Difficult Issue of Second-Trimester Abortion, N Engl J Med 1994; 331:324-325 επίσης βλ. *Salakos N, Kountouris A, Botsis D, Rizos D, Gregoriou O, Detsis G, Creatsas G*. First-trimester pregnancy termination with 800 microg of vaginal misoprostol every 12 h. Eur J Contracept Reprod Health Care 2005, 10:249-54.

6.4. Επείγουσα αντισύλληψη

Ως επείγουσα αντισύλληψη χαρακτηρίζεται η μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα λήψη ορμονών σε μεγάλη ποσότητα, προκειμένου να αποφευχθεί μια πιθανή κύηση λόγω σεξουαλικής επαφής χωρίς προφυλάξεις, σε ημέρες πιθανής ωοθυλακιορρηξίας. Ειδική μνεία δέον όπως γίνει στο λεγόμενο «χάπι της επόμενης ημέρας», όρος με τον οποίο αναφέρονται δύο συγκεκριμένες ουσίες. Η δράση τους έγκειται στη μη εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου, καθώς καθιστά μη πρόσφορο το ενδομήτριο, παράλληλα με την αρνητική του δράση στην επίτευξη ωοθυλακιορρηξίας. Μπορεί, επίσης, οι ουσίες αυτές να επιταχύνουν τη διέλευση του ωαρίου που γονιμοποιήθηκε μέσα στη σάλπιγγα, ώστε να διαταράσσεται ο συγχρονισμός μεταξύ προετοιμασίας του ενδομητρίου και της εγκατάστασης του γονιμοποιημένου ωαρίου[642]. Ως «χάπι της επόμενης ημέρας» κυκλοφόρησε εδώ και μερικά χρόνια η λεβονοργεστρέλη.[643] Επειδή το πρώτο δωδεκάωρο μετά την επαφή θεωρείται ο καλύτερος χρόνος έναρξης της μεθόδου, θα μπορούσε να συστηθεί έγκαιρη προμήθεια αυτού του είδους αντισύλληψης, για να υπάρχει σε «περίπτωση λάθους». Βέβαια, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή η μέθοδος αντισύλληψης δεν μπορεί να εφαρμόζεται σε «συστηματική» βάση αλλά μόνο κατ' εξαίρεση. Πριν μερικά χρόνια, κυκλοφόρησε ένα νέο σκεύασμα επείγουσας αντισύλληψης, η οξική ουλιπριστάλη. Το σκεύασμα αυτό θεωρείται ασφαλές και μπορεί να αποτρέψει την κύηση, ακόμη και αν η γυναίκα το λάβει έως και πέντε ημέρες μετά τη σεξουαλική πράξη. Τέλος, αναφέρεται η μιφεπριστόνη-Mifeprex, που επίσης αποβαίνει λυσιτελής όσον αφορά στην πρόληψη της ανεπιθύμητης κύησης μετά τη συνουσία.[644]

Στη φαρμακευτική θεραπεία τερματισμού της κύησης περιλαμβάνεται και η μισοπροστόλη (cytotec). Ειδικότερα, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, η συνδυασμένη χορήγηση μιφεπριστόνης και μισοπροστόλης φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη από τη μονοθεραπεία με μισοπροστόλη και έτσι θεωρείται ο «ιδανικός» συνδυασμός φαρμακευτικής έκτρωσης. Ωστόσο, η μονοθεραπεία με μισοπροστόλη μπορεί να αποτελεί τη φαρμακευτική αγωγή εκλογής σε περιπτώσεις όπου δεν είναι διαθέσιμη η μιφεπριστόνη ή σε περιπτώσεις που στοιχίζει πολύ ακριβά.[645]

Η χρήση της επείγουσας αντισύλληψης, είναι ευρέως διαδεδομένη και διατίθεται ελεύθερα, όμως δεν διατίθενται υπηρεσίες προς ενημέρωση.[646] Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυξάνεται όσο πιο νωρίς, μετά τη σεξουαλική επαφή που έγινε χωρίς προφύλαξη, ληφθούν οι εν λόγω ορμόνες.

---

[642] Το πρώτο φαρμακευτικό σκεύασμα ευρίσκεται στη φαρμακευτική αγορά με την εμπορική ονομασία Norlevo, το οποίο είναι ορμονικό παρασκεύασμα με βάση τη λεβονοργεστρέλη (levonorgestrel). Η δεύτερη ουσία είναι η οξική ουλιπριστάλη (ulipristalacetate) και στην αγορά φαρμάκου ευρίσκεται με την εμπορική ονομασία Ellaone. Η ναυτία είναι συχνό σύμπτωμα σε αυτές τις δοσολογίες.

[643]Αφού αυτό το σκεύασμα δεν περιέχει οιστρογονικό στοιχείο, δεν υπάρχουν οι παρενέργειες των οιστρογόνων.

[644] Η μιφεπριστόνη (mifepristone) είναι ένα συνθετικό στεροειδές με αντιπρογεσταγονική δράση και ενδείκνυται για την ιατρογενή λήξη της ενδομήτριας κύησης μέσα στο χρονικό διάστημα των πρώτων 49 ημερών Το παραπάνω ιδιοσκεύασμα χρησιμοποιείται και ως εκτρωτικό φάρμακο Ειδικότερα, η μιφεπριστόνη σε δόση 10 mg φάνηκε αποτελεσματική και σε αυτή τη χρήση και ελαφρά αποτελεσματικότερη από τη δόση των 5 mg. Βλ. *Carbonell JL/ Garcia R, Gonzalez A/ Breto A/ Sanchez C.* Mifepristone 5 mg versus 10 mg for emergency contraception: double-blind randomized clinical trial. Int J Womens Health 2015, τ.7, σσ. 95-102

[645] *Ιατράκης* Γ., Φαρμακευτική έκτρωση., 2015, σ. 170

[646] Εκτιμάται ότι οι πωλήσεις των σκευασμάτων επίγουσας αντισύλληψης έχουν αυξηθεί σύμφωνα με τα στοιχεία της φαρμακευτικής εταιρείας που κυκλοφορεί ένα εκ των τριών, είναι : 2002= 81.430 φαρμακευτικά σκευάσματα, 2003=113.889, 2004=138.291, 2005=142.849 και 2006=156.727, βλ.*Υπουργείο Εσωτερικών,Γενική Γραμματεία Ισότητας των φύλων,* «Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες» 2013, σ.73

Παρόλο που στην κλασική βιβλιογραφία καταγράφονται υψηλά ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου, υπάρχουν και έρευνες που αναφέρουν αρκετά υψηλά ποσοστά αποτυχίας της (7%), κατά πάσα πιθανότητα λόγω μη έγκαιρης εφαρμογής της. Υποστηρίζεται ότι αν μια γυναίκα μείνει έγκυος μετά τη χρήση επείγουσας αντισύλληψης, μπορεί να εφησυχαστεί ότι δεν επέρχονται αρνητικές επιδράσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου, αν και μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχαν μελέτες εστιασμένες σε αυτό το αντικείμενο. Η τεχνική πρόοδος των ιατρικών αμβλώσεων, ιδίως με τη χρήση μισοπροστόλης, υπήρξε μια επαναστατική εξέλιξη στη μείωση των ποσοστών της νοσηρότητας και της θνησιμότητας με αιτία τις αμβλώσεις και τις επιπλοκές τους.[647]

Η επείγουσα αντισύλληψη σχετίζεται με τον προβληματισμό γύρω από την αξιολόγηση της προστασίας του εμβρύου κατά τα πρώιμα στάδια της κύησης. Η θέση της έννομης τάξης τάσσεται υπέρ της υιοθέτησης του στοιχείου της βιωσιμότητας για την αναγνώριση παροχής προστασίας στο κυοφορούμενο. Η απόρριψη της διαβάθμισης της προστασίας του εμβρύου αναλόγως της ανάπτυξης του και της διαφοροποίησης του από το βιώσιμο έμβρυο, καθώς και η υιοθέτηση της μονομερούς άποψης ότι το έμβρυο αξιώνει προστασίας από την στιγμή της σύλληψής του, θα είχε ως αποτέλεσμα την ποινικοποίηση και της επείγουσας αντισύλληψης. Το στοιχείο της βιωσιμότητας είναι αυτό που αποτελεί το μοναδικό κριτήριο για την αναγνώριση έννομης προστασίας στο έμβρυο, η οποία δεν μπορεί να καμφθεί από την προστασία της γυναίκας. Ειδικά για την επείγουσα αντισύλληψη, οποιαδήποτε απαγόρευσή της θα ήταν άτοπη, καθώς πριν την εμφύτευση του ζυγωτού στη μήτρα, κατά τη δέκατη τέταρτη μέρα μετά τη γονιμοποίηση, δεν θεωρείται ότι έχει ξεκινήσει η κύηση. Έτσι, στο χρονικό αυτό σημείο, γίνεται λόγος για προ-έμβρυο και οποιοσδήποτε περιορισμός στο δικαίωμα της γυναίκας για άμβλωση θα ήταν μη δικαιολογημένος. Η επείγουσα αντισύλληψη σχετίζεται με τη γενικότερη προβληματική της άμβλωσης και το σκεπτικό που ακολουθεί η νομοθεσία για την θεσμοθέτηση του επιτρεπτού και των δύο. Επειδή η συχνότητα των προκλητών εκτρώσεων είναι υψηλή , κάθε χρήση αντισυλληπτικού μέσου και διάθεσης φαρμακευτικών προϊόντων ασφαλών και αποτελεσματικών, άμεσης δράσης συμβάλλουν στον περιορισμό των εκτρώσεων όμως δεν μπορεί να εφαρμόζεται σε «συστηματική» βάση αλλά μόνο κατ' εξαίρεση.[648] Η αξιολογική κρίση που αποτελεί το υπόβαθρο αυτής της προβληματικής σχετίζεται με τη διαβάθμιση της προστασίας αναλόγως του σταδίου της κύησης και του βαθμού ανάπτυξης του εμβρύου. Επομένως, παρατηρείται ότι και η χρήση της Φαρμακολογίας αλληλεπιδρά με τη νομοθεσία επί της αξιολογικής βάσης που διέπει όλη την προβληματική της κύησης.

6.5. Θέσεις νομολογίας

Η επίδραση της Φαρμακολογίας σε σχέση με τη ρύθμιση της τεχνητής διακοπής της κύησης απασχόλησε διεθνώς τη νομολογία ως προς το ζήτημα της αντισύλληψης. Αξίζει να αναφερθούν δύο αποφάσεις του Ανώτατου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτείων, αντικείμενο εξέτασης των οποίων αποτέλεσε το δικαίωμα χρήσης αντισυλληπτικών μέσων. Το ζήτημα της χρήσης αντισυλληπτικών φαρμάκων σχετίζεται με τη γενικότερη προβληματική της νομιμοποίησης ή μη

[647] Βλ. *Finer L/ Fine JB*. Abortion law around the world: progress and pushback. American Journal of Public Health, 2013;103(4), σσ.585–589. Με θετικό αντίκτυπο στη Δημόσια Υγεία επίσης βλ. *Cates W /Kenneth S*. Ο αντίκτυπος στην δημόσια υγεία : 30 χρόνια αργότερα, American journal of preventive Medicine,2000,19(IS), σσ. 12-17

[648] βλ. *Ιατράκης Γ.*, Φαρμακευτική έκτρωση. Στο: Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός, 2015, σ. 170

της αμβλώσεως, καθώς πυροδότησε συζήτηση γύρω από το δικαίωμα του ατόμου στον οικογενειακό προγραμματισμό και στην προσπάθεια αποφυγής μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

Η απόφαση Griswold v. Connecticut[649] απεφάνθη επί του ζητήματος της ποινικοποίησης της χρήσης αντισυλληπτικών μέσων από την πολιτεία του Connecticut. Επακόλουθο της απαγόρευσης ήταν η καταδίκη δύο επαγγελματιών υγείας σε χρηματική ποινή, γιατί προσέφεραν πληροφορίες και καθοδήγηση για τα μέσα αντισύλληψης. Οι προσφεύγοντες υποστήριξαν ότι η καταδίκη τους προσέβαλε το Αμερικανικό Σύνταγμα και την ισότητα απέναντι στο Νόμο, καθώς η πράξη τους συνέβαλε στην άσκηση του δικαιώματος του οικογενειακού προγραμματισμού, από την πλευρά των ζευγαριών που επιθυμούσαν την αντισύλληψη. Στον αντίποδα, η απαγόρευση της χρήσης των αντισυλληπτικών δισκίων υποστήριζε την ενίσχυση του θεσμού του γάμου και του στοιχείου της τεκνοποιίας, η οποία εκλαμβανόταν ως αναγκαίο συστατικό στοιχείο του. Η υπόθεση αυτή αντανακλούσε το σκεπτικό της συντηρητικής κοινωνικής ηθικής της εποχής εκείνης, που έθετε την τεκνοποίηση σε προτεραιότητα σε σχέση με την ατομική επιλογή και ελευθερία. Το Δικαστήριο δικαίωσε του προσφεύγοντες, εντάσσοντας την πρόσβαση στα αντισυλληπτικά δισκία στο προστατευτικό πλαίσιο του δικαιώματος στην ιδιωτική ζωή. Για πρώτη φορά τέθηκε η προβληματική γύρω από το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή, στον πυρήνα του οποίου τίθεται η δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει αυτόνομα για τα ζητήματα που τον αφορούν, ενώ η επέμβαση του νομοθέτη πρέπει να γίνεται υπό την προϋπόθεση ότι υφίσταται κάποιος ιδιάζων λόγος.

Άλλη σημαντική απόφαση σχετικά με τα αντισυλληπτικά μέσα είναι η Eisenstadt v Baird,[650] η οποία, όπως και η προαναφερθείσα απόφαση, αντιτάχθηκε στη νομοθεσία που απαγόρευε τη φαρμακευτική αντισύλληψη. Το Δικαστήριο επανέλαβε πως το δικαίωμα στη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών και της αντισύλληψης εμπίπτει, εν γένει, στο πεδίο έκτασης του δικαιώματος της ιδιωτικής ζωής, το οποίο με τη σειρά του συνεπάγεται τη δυνατότητα του ανθρώπου να αποφασίζει για το ζήτημα της τεκνοποίησης ή όχι. Μέσα από το σκεπτικό των αποφάσεων αυτών, αναδεικνύεται ο προβληματισμός που θέτει στην έννομη τάξη η συμβολή της Φαρμακολογίας και πώς η αυστηρή προσέγγιση του νομοθέτη σε ζητήματα που άπτονται της ιατρικής επιστήμης και της ελευθερίας του ανθρώπου αποβαίνει ανίσχυρη, όταν χαρακτηρίζεται από απόλυτες ρυθμίσεις. Η θέση της νομολογίας απέναντι στα αντισυλληπτικά φάρμακα αποτελεί τον προπομπό για τη συνολική αντιμετώπιση του ζητήματος της άμβλωσης και την αναγνώρισή του ως δικαιώματος, στα πλαίσια προστασίας της ιδιωτικής ζωής.

6.6. Συμπέρασμα

Πρέπει να τονισθεί ότι η συμβολή της Φαρμακολογίας στην διαμόρφωση της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή κύησης δεν είναι τόσο άμεση όσο η επίδραση των δεδομένων των επιμέρους τομέων της ιατρικής επιστήμης, όπως η Εμβρυολογία ή ο προγεννητικός έλεγχος. Ωστόσο, θα ήταν άτοπο να ειπωθεί πως η Φαρμακολογία, ως ξεχωριστή επιστήμη που έχει εφαρμογή στην

[649] Griswold v. Connecticut, 381 u. S. 479 (1965)

[650] *Appleton Susan Frelich* ,The Forgotten Family Law of Eisenstadt v. Baird, Yale Journal of Law and Feminism ,2016, τομ. 28, τ.1 σσ.6-12. Οι υποθέσεις *Eisenstadt* και *Griswold* , έθεσαν τα θεμέλια σχετικά με την άμβλωση και τα δικαιώματα των ανηλίκων στην πρόσβαση στην αναπαραγωγική υγειονομική περίθαλψη.

ιατρική πρακτική, δεν επιδρά έστω και έμμεσα στη νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος της άμβλωσης.

Η ιδιαιτερότητα της επίδρασης της χρήσης των φαρμάκων έγκειται στο γεγονός ότι η χρήση τους λειτουργεί αμφίδρομα σε σχέση με τον προβληματισμό της νομιμοποίησης ή όχι της άμβλωσης. Από τη μία πλευρά, η επιστημονική πείρα έχει αποδείξει πως ένα φάρμακο μπορεί να έχει αρνητικές παρενέργειες στην υγεία του εμβρύου, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για ένδειξη παθολογικού εμβρύου, περίπτωση κατά την οποία η άμβλωση είναι απαραίτητη. Στον αντίποδα, υπάρχουν και εκείνες οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες η άμβλωση παραγκωνίζεται ως επιλογή, εξαιτίας των φαρμάκων. Αυτή η συνθήκη υφίσταται σε σχέση με τη θεραπευτική άμβλωση ή την περίπτωση του παθολογικού νεογνού, όταν μέσω της Φαρμακολογίας επιτυγχάνεται η θεραπεία της παθολογίας, με αποτέλεσμα η άμβλωση να μην αποτελεί πια έσχατο καταφύγιο και αναγκαία λύση.

Έτσι, αναδεικνύεται η έμμεση συμβολή των φαρμάκων στη διαμόρφωση των καταστάσεων που αποτελούν τη βάση της αξιολογικής κρίσης του νομοθέτη για τη νομιμοποίηση, ή όχι, της άμβλωσης. Η ιδιαιτερότητα της συνεισφοράς της Φαρμακολογίας συνίσταται στην έλλειψη γραμμικότητας της τελευταίας. Δεν λειτουργεί προς μία κατεύθυνση, μόνο υποστηρικτικά ή μόνο αποτρεπτικά, ως προς την επιλογή της άμβλωσης, αλλά άγει προς αμφότερες τις κατευθύνσεις, αναλόγως των συνθηκών. Έπειτα, τα αντισυλληπτικά χάπια, ως φάρμακα, συσχετίζονται με την προβληματική της πράξης της άμβλωσης, καθώς αναδεικνύουν την ανάγκη διαφοροποίησης της αξιολογικής συλλογιστικής στη βάση της εμβρυϊκής ανάπτυξης και του χρονικού σταδίου κύησης. Η επίδραση της Φαρμακολογίας αναδεικνύει την ιδιαίτερη φύση του ζητήματος της ρύθμισης καταστάσεων που άπτονται της ιατρικής επιστήμης, καθώς η νομοθετική επιλογή στηρίζεται στις συνεχώς εξελισσόμενες και διαμορφούμενες συνθήκες της επιστήμης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Τεχνικές άμβλωσης και νομοθεσία

7.1. Τεχνικές άμβλωσης

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα μίας ιατρικής επεμβατικής μεθόδου αποτελούν τα δύο βασικότερα χαρακτηριστικά που πρέπει να συντρέχουν για την αποδοχή και τη μετέπειτα εφαρμογή της. Το δόγμα αυτό ισχύει και στην περίπτωση της άμβλωσης, η οποία αποτελεί μία σαφώς επεμβατική διαδικασία στο σώμα της γυναίκας. Στη Βόρεια Αμερική, κατά τη δεκαετία του 1960, η άμβλωση με τη διαδικασία της αναρρόφησης αποτελούσε την πιο συνήθη μέθοδο για τον τερματισμό της κύησης πρώτου τριμήνου, ενώ στην επόμενη δεκαετία, η βελτίωση των τεχνικών[651], η χρήση λαμινάριας καθώς και η εφαρμογή αναισθητικών φαρμάκων για τη μείωση του πόνου οδήγησαν σε πιο ασφαλείς και ανώδυνες διαδικασίες τερματισμού της κύησης.[652] Επίσης, στη Μεγάλη Βρετανία η χειρουργική έκτρωση μέσω της αναρρόφησης και της απόξεσης ήταν η μέθοδος επιλογής διακοπής της κύησης από τη δεκαετία του 1960. Ωστόσο, στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και του 1990 παρατηρήθηκαν συναρπαστικές εξελίξεις στις ιατρικές μεθόδους πρόωρης άμβλωσης και αισθητή βελτίωση των ιατρικών μεθόδων για τον τερματισμό της πρώιμης κύησης με την εξουσιοδοτημένη χρήση σύγχρονων φαρμακευτικών προϊόντων.[653] Οι σύγχρονες μέθοδοι αμβλώσεων μπορεί να είναι χειρουργικές ή να πραγματοποιούνται με βάση τη χρήση φαρμάκων.

Το νομικό καθεστώς νομιμοποίησης ή όχι της άμβλωσης, από το οποίο διέπεται μία χώρα, επιδρά σημαντικά ως προς τη διαθέσιμη τεχνολογία,[654] τις δεξιότητες και την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης και το εν γένει κόστος της διαδικασίας. Διαφαίνονται πολύ μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μεταξύ των χωρών όπου η άμβλωση είναι νόμιμη και εκείνων όπου υπάρχει περιορισμένη προσβασιμότητα.[655] Για παράδειγμα, οι παραδοσιακές μέθοδοι που βασίζονται στη λαϊκή γνώση και στη χρήση της παραδοσιακής φαρμακοποιίας[656] επιστρατεύονται

---

[651] *Lewit* S, D & E Midtrimester Abortion: A Medical Innovation, Women Health, 1982, 7 (1), σσ. 49-55

[652] *Harting Donald*, Abortion Techniques And Services: A Review And Critique, A.J.P.H., 1971, τ. 61. No. 10. σσ. 2085-2102,

[653] όπως η μισοπροστόλη η οποία υπήρξε μία από τις σημαντικότερες εξελίξεις στον έλεγχο της γονιμότητας τα τελευταία χρόνια. Το αποτέλεσμα ήταν η επέκταση της επιλογής των ασθενών και η διαφοροποίηση στην παροχή υπηρεσιών εκτρώσεων. Κάθε χρόνο στην Αγγλία και την Ουαλία εκτελούνται 186.000 τερματισμοί κύησης και περίπου 11.500 στη Σκωτία. Περίπου 1 στις 3 γυναίκες στη Μεγάλη Βρετανία θα πραγματοποιήσει μία τουλάχιστον έκτρωση μέχρι την ηλικία των 45 ετών. Επιπλέον το 98% των αμβλώσεων γίνεται με το σκεπτικό ότι η εγκυμοσύνη απειλεί την ψυχική ή σωματική υγεία της γυναίκας ή των παιδιών της,.*Edmonds*, 2007 ,σσ. 317-318

[654] *Faúndes A/ Barzelatto* J, El drama del aborto: en busca d'un consenso, Buenos Aires, Paidós, 2011, σ. 272

[655] *Rashid, Sabina Faiz*, Quality of care and pregnancy terminations for adolescent women in urban slums, Bangladesh, in *Whittaker Andrea* (ed.), Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics, New York, Berghahn Books, 2010, σσ. 102–122.

[656] *Faúndes A,* 'Misoprostol: Life-saving', The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2011, 16(2), σσ. 57–60.

κυρίως όταν οι γυναίκες δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρική-χειρουργική άμβλωση είτε επειδή είναι παράνομες στη χώρα τους είτε επειδή αντιμετωπίζουν τροχοπέδη σχετιζόμενα με την ηλικία τους καθώς και την οικονομική και οικογενειακή τους κατάσταση.

Σήμερα, η κλασική μέθοδος διακοπής μιας ανεπιθύμητης κύησης είναι η χειρουργική εκκένωση της μήτρας δι' αναρροφήσεως υπό αναισθησία. Η μέθοδος αυτή είναι αποτελεσματική με βαθμό επιτυχίας μεγαλύτερο του 95%, τελείται πριν από τη δέκατη πέμπτη εβδομάδα κύησης και η πιθανότητα τυχόν επιπλοκών που ενδέχεται να επιφέρει αυξάνεται μετά το πρώτο τρίμηνο κύησης.[657] Μέσα στο διάστημα κατά το οποίο υπάρχει δυνατότητα τέλεσης άμβλωσης, εφαρμόζεται μια σειρά από τεχνικές, ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η κύηση.[658] Η μέθοδος που εφαρμόζεται κατά τις πρώτες εβδομάδες του δεύτερου τριμήνου κύησης είναι παρόμοια με αυτή του πρώτου τριμήνου. Τα ποσοστά επιπλοκών είναι υψηλότερα για χειρουργικές αμβλώσεις που χορηγούνται μεταξύ δεκατριών και είκοσι τεσσάρων εβδομάδων από ό, τι για τις διαδικασίες του πρώτου τριμήνου. Η γενική αναισθησία, η οποία χρησιμοποιείται μερικές φορές σε χειρουργικές διαδικασίες αμβλώσεων οποιασδήποτε κύησης, φέρει τους δικούς της κινδύνους[659]**.** Σε ηλικίες κύησης ίσες ή μεγαλύτερες των δεκαέξι εβδομάδων, λόγω του μεγέθους και της δομής του εμβρύου, του πλακούντα και των λεπτότερων τοιχωμάτων της μήτρας, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών.[660] Οι καθοριστικοί παράγοντες για την επιλογή της φαρμακευτικής ή της χειρουργικής μεθόδου είναι πολυποίκιλοι.[661] Σε κάθε μέθοδο, ωστόσο, η ασφάλεια αποτελεί τον κύριο άξονα γύρω από τον οποίο καθορίζεται η επιλογή της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί.

7.2. Τεχνικές ασφαλούς άμβλωσης

Η άμβλωση θεωρείται επικίνδυνη αν εκτελείται από άτομα που δεν διαθέτουν την απαιτούμενη εκπαίδευση, σε περιβάλλον που δεν συμμορφώνεται με τα ελάχιστα ιατρικά πρότυπα ή και τα δύο, προκαλώντας κινδύνους για την υγεία ή τη ζωή της γυναίκας. [662]Αυτός είναι ο ορισμός που χρησιμοποιήθηκε μέχρι πρόσφατα προκειμένου να χαρακτηρίσει όλες τις παράνομες αμβλώσεις ως μη ασφαλείς. Η διάδοση νέων τεχνικών αμβλώσεων επέτρεψε σε αυξανόμενο αριθμό γυναικών

---

[657] Η απόξεση, συνήθως, απαιτεί τοπική αναισθησία ή αναλγησία και στις πιθανές επιπλοκές περιλαμβάνονται η διάτρηση,το τραχηλικό τραύμα,η αιμορραγία, η ατελής αφαίρεση του εμβρύου και του πλακούντα και μετεγχειρητικές λοιμώξεις.*Carbonell Esteve et al* ,Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical priming in first trimester abortion: a randomized trial, Contraception, 2006: 74, σσ. 328-333.

[658] *Carbonell Esteve et al*, Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical priming in first trimester abortion: a randomized trial, Contraception, 2006: 74 σσ. 328-333. Σε κύηση ηλικίας μικρότερης των 6 εβδομάδων προτείνεται η διαστολή και χειροκίνητη αναρρόφηση. Ο τρόπος αυτός αντιμετώπισης παρόλο ότι είναι «ελκυστικός», σπάνια εφαρμόζεται στην πράξη, τουλάχιστον στην Ελλάδα, και σε ορισμένα ελληνικά συγγράμματα δεν αναφέρεται καν. Άλλη διαδικασία είναι η διαστολή του τραχήλου και αφαίρεση των προϊόντων της κύησης μέσω ηλεκτρικής αναρρόφησης. Αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται συνήθως κάτω από γενική αναισθησία, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί και με παρατραχηλικό αποκλεισμό. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως από τις 7 έως τις 12 εβδομάδες της κύησης.

[659] βλ. *Atrash* H K , *Cheek* T G, *Hogue* C J, Legal Abortion Mortality and General Anesthesia, Am J Obstet Gynecol, 1988, 158 (2), σσ. 420-4

[660] *Hoffman et al* σελ 1059-1061 επίσης βλ *Mittal S, Sehgal R, Aggarwal S, et al*: Cervical priming with misoprostol before manual vacuum aspiration versus electric vacuum aspiration for first-trimester surgical abortion. Int J Gynaecol Obstet ,2011 ,112(1) : 34.

[661] Ό.π. *Hoffman et al*, σσ.190-191.

[662] *World Health Organization*, Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment, Geneva, WHO, 1995, σ.161

να υποβάλλονται σε -σχετικά- ασφαλείς αμβλώσεις, ακόμη και σε χώρες όπου η έκτρωση δεν είναι νόμιμη. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες με νόμιμες αμβλώσεις, οι πάροχοι[663] εξακολουθούν να χρησιμοποιούν μεθόδους που δεν συνιστώνται πλέον βάσει της ιατρικής επιστήμης. Αυτές οι τάσεις οδηγούν σε μια διαρκώς αυξανόμενη διάσταση μεταξύ νομιμότητας και ασφάλειας της διαδικασίας, σε τέτοιο βαθμό που μόνο το νομικό πλαίσιο δεν αρκεί για να αξιολογήσει το επίπεδο ασφάλειας της άμβλωσης. Το 2014, ο ΠΟΥ δημιούργησε ένα νέο εννοιολογικό πλαίσιο με στόχο την ακριβέστερη μέτρηση του βαθμού ασφαλείας των αμβλώσεων σε διάφορες χώρες.[664] Μια έκτρωση ορίζεται ως νόμιμη μόνο εάν εκτελείται από εξουσιοδοτημένο επαγγελματία υγείας εντός των ορίων του κρατικού δικαίου.[665]

Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα[666], επαγόμενες από μη ασφαλή έκτρωση, είναι δύσκολο να υπολογισθούν. [667] Ο θάνατος που σχετίζεται με την άμβλωση ορίζεται ως θάνατος που προκύπτει από άμεση επιπλοκή της άμβλωσης, νόμιμης ή παράνομης. Μια έμμεση επιπλοκή που έπεται μιας αλυσίδας γεγονότων και η οποία ξεκίνησε από την έκτρωση ή την επιδείνωση μιας προϋπάρχουσας κατάστασης καταγράφεται ως περιστατικό συνδεόμενο αιτιωδώς με την τελική νόσο ή κατάσταση που οδήγησε απευθείας στο θάνατο. Στην κωδικοποίηση μιας νόσου, υπάρχει μερικές φορές ασάφεια ως προς την αιτία θανάτου, καθόσον, εκτός από τη νόσο που οδήγησε άμεσα στον θάνατο, τα ιατρικά στοιχεία που αναγράφονται στο πιστοποιητικό θανάτου δεν περιέχουν μια αιτιακή αλυσίδα που να συνδέεται με τα επιμέρους στάδια της νόσου έως και τον θάνατο του ασθενούς. Θα πρέπει να αναφέρονται και άλλα ουσιαστικά στοιχεία της υγείας, που δεν έχουν σχέση με τη νόσο που οδήγησε άμεσα στον θάνατο, αλλά που ενδεχομένως συνεπέδρασαν στην αρνητική εξέλιξη της νόσου και, ως εκ τούτου, στον θάνατο. Με άλλα λόγια, η καταγραφή της μητρικής θνησιμότητας που σχετίζεται με την άμβλωση είναι γενικά ανεπαρκής. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι κωδικοί στα νοσοκομεία αναφέρουν μόνο την αιτία θανάτου και όχι τον υποκείμενο λόγο. Για παράδειγμα, ο θάνατος γυναίκας που υποβλήθηκε σε άμβλωση και πέθανε από καρδιακή ανακοπή καταγράφεται ως απότοκος καρδιακής ανακοπής και όχι ως καρδιακή ανακοπή που οφείλεται σε αντίδραση στο αναισθητικό που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της έκτρωσης . Επίσης, για γυναίκα που πεθαίνει από αιμορραγία, ενδέχεται να καταγραφεί ως αιτία θανάτου της η «αιμορραγία», χωρίς να συνοδεύεται από κωδικό που θα τη

[663] Ο όρος παροχέας ορίζει άτομα που εκτελούν αμβλώσεις, τα οποία μπορεί να έχουν πολύ μεταβλητά επίπεδα δεξιοτήτων και κατάρτισης και μπορούν να λειτουργήσουν τόσο στον επίσημο όσο και στον ανεπίσημο τομέα. Βλ.*Ganatra Bela / Gerdts Caitlin/ Rossier Clémentine, et al*., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model", The Lancet, 2017, 390(10110), σσ. . 2372–2381.

[664] *Ganatra Bela /Tunçalp Özge / Bart Johnston Heidi, et al.,* "From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion", Bulletin of the World Health Organization, 2014, τ. 92 (3), σ. 155

[665] *Jatlaoui Tara C/ Ewing Alexander/ Michele G./ Mandel K. et al,* Abortion Surveillance — United States, 2013, Surveillance Summaries / November 25, 2016 / 65(12), σσ. 1–44

[666] Στο 17ο Ιατρικό Συνέδριο Βόρειας Ελλάδας το 2002 υποστηρίχθηκε ότι από το 1980 έως το 1999 υπήρξε μείωση της γονιμότητας στην Ελλάδα κατά 41% που είναι συνέπεια μη ασφαλών αμβλώσεων, όπως υποδηλώνεται από το γεγονός ότι 150.000 ελληνίδες γυναίκες που υποφέρουν από στειρότητα έχουν ιστορικό τουλάχιστον μιας άμβλωσης. Βλ. *Greece international champion: abortions responsible for 150,000 infertile couples. Eleftherotypia.* 13 April 2002 επίσης το ίδιο επιχείρημα διατυπώθηκε από τον Ταρλαντζή ο οποίος υποστηρίζει ότι η γυναικεία υπογονιμότητα στην Ελλάδα προκαλείται από γυναικολογικά προβλήματα που προκύπτουν από μη ασφαλείς αμβλώσεις,βλ. *Ioannidi-Kapolou E.,* Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review, Reproductive Health Matters , 2004, τομ. 12, τεύχ.24, σ. 180.

[667] *Shaha Iqbal/ Åhmana Elisabeth/ Ortaylib Nuriye,* Access to Safe Abortion: Progress and Challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD),2014, σ.14.

συσχέτιζε με προηγούμενη επαγόμενη άμβλωση. Κωδικοί όπως η εμβολή ή η καρδιομυοπάθεια μπορεί να εμφανίζονται ως αίτια θανάτου -παρότι αποτελούν επιπλοκή- χωρίς αναφορά στο πρωταρχικό αίτιο, το οποίο δύναται να είναι η διακοπή της κύησης .

Στην πραγματικότητα, τα συστήματα αναφοράς του Καναδά, των Ηνωμένων Πολιτειών και του Ηνωμένου Βασίλειου στην Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) είναι τόσο ασαφή, ώστε οποιοσδήποτε θάνατος σχετίζεται[668] με άμβλωση είναι εξαιρετικά δύσκολο να εντοπιστεί. Επιπλέον, τα πιστοποιητικά θανάτου συχνά συμπληρώνονται ανακριβώς, είτε για την προστασία της ιδιωτικής ζωής της γυναίκας και της οικογένειάς της είτε για την αποφυγή μιας πιθανής εμπλοκής, καθόσον το προσωπικό του νοσοκομείου και οι γιατροί μπορεί να αποφύγουν σκόπιμα την κωδικοποίηση ενός θανάτου που σχετίζεται με την άμβλωση. Έτσι, η μητρική θνησιμότητα, ως αυτή καταγράφεται στην κωδικοποίηση του νοσοκομείου, ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζει στην πραγματικότητα το διεθνές σύστημα αρίθμησης. [669]

Τα τελευταία χρόνια, έχει εξελιχθεί σημαντικά η εμπεριστατωμένη μελέτη και η διεξαγωγή στοιχείων για την υγεία σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τη θέσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σχετικά με την παροχή ασφαλούς και ουσιαστικής φροντίδας σχετικά με την άμβλωση. Παρά την αναφερόμενη πρόοδο, εκτιμάται ότι οι περίπου είκοσι δύο εκατομμύρια αμβλώσεις που εκτελούνται ετησίως φέρουν ένα θάνατο στις σαράντα επτά χιλιάδες γυναίκες και σοβαρή νοσηρότητα σε περίπου πέντε εκατομμύρια γυναίκες. Η πλειοψηφία των ως άνω αποθαρρυντικών ποσοστών θα μπορούσε να έχει προληφθεί μέσω της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, του οικογενειακού προγραμματισμού και της παροχής ασφαλών, νομίμως επαγόμενων, αμβλώσεων και αντίστοιχης φροντίδας, σε ό,τι αφορά τυχόν επιπλοκές. Σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες, οι ασφαλείς αμβλώσεις είναι νόμιμα διαθέσιμες και οι υπηρεσίες που παρέχονται καθίστανται εύκολα προσβάσιμες κατόπιν μόνου του αιτήματος της ενδιαφερόμενης. Σε χώρες όπου η άμβλωση είναι νομικά πολύ περιορισμένη ή ακόμη και μη διαθέσιμη, η ασφαλής διαδικασία μπορεί να καταστεί συχνά προνόμιο των πιο εύρωστων, οικονομικά, γυναικών, τη στιγμή που γυναίκες σε οικονομικά ασθενέστερη ή ασθενή κλίμακα διαθέτουν περιορισμένες επιλογές, με αυξημένη πιθανότητα να αναγκαστούν να προσφύγουν σε μη ασφαλείς παρόχους, γεγονός που αυξάνει τη θνησιμότητα ή νοσηρότητα. Το γεγονός αυτό συσχετίζεται με την κοινωνική και οικονομική ευθύνη του συστήματος δημόσιας υγείας, συνήθως λόγω έλλειψης ισχυρών ρυθμιστικών και κανονιστικών πλαισίων[670].

Οι μη ασφαλείς αμβλώσεις (ΜΑΕ) αποτελούν μείζονα παράγοντα μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ωστόσο, γενικότερα, η μητρική θνησιμότητα επηρεάζεται και από τη χώρα παροχής των υπηρεσιών υγείας, αφού, από τους μητρικούς θανάτους, μόνο το 1% αναφέρθηκε σε αναπτυγμένες χώρες και περίπου το 99% σε αναπτυσσόμενες χώρες[671]. Σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες, η πιθανότητα θανάτου λόγω άμβλωσης είναι εξαιρετικά χαμηλή[672]. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, ένας από τους κύριους στόχους ελάττωσης των μητρικών

---

668 WHAA (Women's Health After Abortion) - Summary of Women's Health After Abortion, Chapter 6:Maternal Mortality-revisedjune06.br2.rtf ,The de Veber Institute for Bioethics and Social Research ,2009 σ.84.

669 WHAA- Summary of Women's Health After Abortion, Chapter 6 Maternal Mortality, σσ. 86-97

670 WHO, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Second edition, 2012, σσ 1-3 *Cameron S,* Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion, 2018, 7(F1000 Faculty Rev):1881

671 *Ιατράκης Γ.*, Μητρική Θνησιμότητα. Στο Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Εκδόσεις Desmos Digital, 2018 σελ. 747.

672 Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ, αναφέρθηκε ένας θάνατος σε κάθε 100.000 αμβλώσεις. Βλ. *Ιατράκης Γ.,*Τεχνητή Έκτρωση. Στο: Οικογενειακός Προγραμματισμός, Εκδόσεις Δεσμός, 2015, σ. 175).

θανάτων είναι η πρόσβαση σε υπηρεσίες «ασφαλούς έκτρωσης»[673]. Παλαιότερα, υπήρχε η άποψη ότι «ο κίνδυνος θανάτου που σχετίζεται με τον τοκετό είναι περίπου δεκατέσσερις φορές μεγαλύτερος από εκείνον της έκτρωσης», διατύπωση η οποία δεν φαίνεται να υποστηρίζεται από βιβλιογραφικά στοιχεία[674].

Παγκοσμίως, οκτακόσιες γυναίκες πεθαίνουν ημερησίως από αιτίες σχετιζόμενες με την κύηση και τον τοκετό. Από αυτούς τους θανάτους, το 99% απαντάται στις αναπτυσσόμενες χώρες, με περισσότερους από τους μισούς να εντοπίζονται στην υποσαχάρια Αφρική και το 1/3 αυτών στη Νότια Ασία. Ενώ στις αναπτυγμένες χώρες ο επιπολασμός της μητρικής θνησιμότητας ανέρχεται σε δεκαέξι θανάτους ανά εκατό χιλιάδες γεννήσεις, στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε διακοσίους σαράντα θανάτους ανά εκατό χιλιάδες γεννήσεις. Μεταξύ των χωρών, παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες που αντανακλώνται στο γυναικείο πληθυσμό, όπως για παράδειγμα αυτές που εντοπίζονται σε επίπεδο οικονομικής ευρωστίας και σε σχέση με το γεωγραφικό κριτήριο, ήτοι τον διαφορετικό τόπο διαμονής, σε αγροτικές ή αστικές περιοχές. Το μεγάλο εύρος των ανισοτήτων αυτών επηρεάζει καθοριστικά τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες σχετιζόμενες με τη μητρική υγεία.

Ως μητρική θνησιμότητα ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «ο θάνατος της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή εντός σαράντα δύο ημερών από τη διακοπή της κύησης, ανεξαρτήτως της διάρκειας ή της θέσης της κύησης, από οποιαδήποτε αιτία σχετιζόμενη με την κύηση ή τη διαχείρισή της, αλλά όχι από τυχαίες ή παρεπόμενες αιτίες»[675]. Οι τέσσερις κύριες αιτίες που αντιπροσωπεύουν το 80% του συνολικού ποσοστού μητρικής θνησιμότητας είναι η σοβαρή αιμορραγία κυρίως μετά τον τοκετό, οι μολύνσεις, η υψηλή αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της κύησης και οι μη ασφαλείς τεχνικές διακοπής κύησης. Άλλες αιτίες μητρικής θνησιμότητας περιλαμβάνουν την ελονοσία και το AIDS.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας που εκτείνεται από το 1958 έως το 1967, περισσότερες από τρεις χιλιάδες τετρακόσιες γυναίκες κατέληξαν από «προκαλούμενες» αμβλώσεις, σχεδόν στο σύνολό τους παράνομες. Ο αριθμός αυτός παρουσίασε αύξηση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και έφθασε σε τουλάχιστον τετρακόσιους σαράντα θανάτους το 1961, αριθμός ο οποίος μειώθηκε στη δεκαετία του 1960, όταν περισσότεροι γιατροί άρχισαν να πραγματοποιούν αμβλώσεις. Ο αριθμός των θανάτων μειώθηκε ραγδαία μετά τη νομιμοποίηση της έκτρωσης, από διακόσιους πενήντα ένα το 1966 σε μόλις δεκατέσσερις το 1976. Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), ο αριθμός των θανάτων κυμάνθηκε μεταξύ τεσσάρων και δώδεκα ανά έτος. Κατά τη διάρκεια πέντε ετών, από το 2000 έως το 2004, μόνο σαράντα τρεις θάνατοι συνδέθηκαν με νόμιμη έκτρωση και μόλις δύο με παράνομες αμβλώσεις, ενώ το ποσοστό θνησιμότητας κυμάνθηκε σε μηδέν κόμμα επτά ανά εκατό χιλιάδες νόμιμες αμβλώσεις. Οι ως άνω έρευνες κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης σημαντικών επιπλοκών από νόμιμες αμβλώσεις μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970.[676] Σε διάστημα δέκα ετών που

[673] Κάποιοι θεωρούν μύθο την ορολογία της «ασφαλούς έκτρωσης», αφού από αρκετά στοιχεία προκύπτει ότι η προκλητή έκτρωση μπορεί να σχετίζεται με πρόωρο τοκετό, καρκίνο του μαστού, καταθλιπτικές διαταραχές και άλλες συνέπειες βλ. *Brown HL/ Small MJ*. ,Approaches to reduction of maternal mortality in resource-limited settings. UpToDate 2016. & *Carroll PS*. Resolving Post-Abortion Health Issues Using Available Statistical Data. Linacre Q 2012, τ.79, σσ.219-30.

[674] *Calhoun B*. The Maternal Mortality Myth in the Context of Legalized Abortion. Linacre Q ,2013, σσ. 264-76.

[675] *Καραγιάννης Β.,* Μητρική θνησιμότητα. αίτια και πρόληψη, Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, 2010,τ-3 σ.162.

[676] *Brown Sarah S /Eisenberg Leon*, The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families, Institute of Medicine,1995 ΣΕΛ 50, Εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης των επιπλοκών της αμβλώσεως,

μεσολάβησε μεταξύ των ετών 1970 και 1980, η νόμιμη έκτρωση στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι απέτρεψε χίλιους πεντακόσιους θανάτους και χιλιάδες άλλες επιπλοκές.[677] Το 2011, εκτιμήθηκε πως έλαβαν χώρα ένα κόμμα ένα εκατομμύριο αμβλώσεις σημειώνοντας μείωση κατά 13% σε σχέση με το 2008. Το ποσοστό αμβλώσεων, το 2011, ήταν χαμηλότερο από το 1973[678].Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ εκτιμά ότι το 66% των νόμιμων αμβλώσεων πραγματοποιείται εντός των πρώτων οκτώ εβδομάδων κύησης και το 92% εντός των πρώτων δεκατριών εβδομάδων. Μόνο 1,2% των εκτρώσεων αναφέρεται ότι πραγματοποιείται μετά από τις είκοσι μία εβδομάδες κύησης[679]. Από την εθνική νομιμοποίηση των αμβλώσεων, το 1973 και εντεύθεν, το ποσοστό των αμβλώσεων που πραγματοποιήθηκαν μετά το πρώτο τρίμηνο κύησης μειώθηκε εξαιτίας της αυξημένης προσβασιμότητας και της παρεχόμενης γνώσης γύρω από τις ασφαλείς και νόμιμες αμβλώσεις.[680] Ο αριθμός των αμβλώσεων μετά το πρώτο τρίμηνο κύησης ενδεχομένως να ήταν ακόμη μικρότερος εάν οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη πρόσβαση σε ασφαλείς και νόμιμες αμβλώσεις. Οι περισσότερες γυναίκες που προέβησαν σε έκτρωση δήλωσαν ότι θα προτιμούσαν να το είχαν πράξει νωρίτερα, αλλά οι οικονομικοί περιορισμοί και/ή η έλλειψη γνώσης σχετικά με την ύπαρξη της κύησης οδήγησαν σε αυτήν την καθυστέρηση.[681]

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα από το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, που αφορούν στις κατοίκους στη Βρετανία και Ουαλία για το έτος 2010, ο συνολικός αριθμός των αμβλώσεων ανήλθε σε εκατόν ογδόντα εννέα χιλιάδες πεντακόσια εβδομήντα τέσσερα, ήτοι παρατηρήθηκε αύξηση σε ποσοστό 0,3% από το αντίστοιχο αναφερόμενο ποσοστό του 2009 και 8% από αυτό του 2000. Ο ρυθμός του ποσοστού των γυναικών ηλικίας δεκαπέντε έως σαράντα τεσσάρων ετών που υποβλήθηκαν σε άμβλωση, ήταν δεκαεπτά κόμμα πέντε ανά χίλιους κατοίκους. Αν και συγκριτικά με το 2009, ήταν σε παρόμοιο επίπεδο, αξίζει να αναφερθεί η αύξηση των αμβλώσεων κατά 3% σε σχέση με το 2000. Το ποσοστό αμβλώσεων ήταν υψηλότερο στις γυναίκες δεκαεννέα έως είκοσι ετών και αντίστοιχα, το ποσοστό σε έφηβες, ηλικίας κάτω των δεκαέξι ετών, ανήλθε σε τρία κόμμα εννέα ανά χίλιες γυναίκες.[682]

7.3. Μη ασφαλής άμβλωση

Οι επιπτώσεις στην υγεία της γυναίκας καθώς και ο κίνδυνος θνησιμότητας και νοσηρότητας που σχετίζονται με μη ασφαλείς, επαχθείς αμβλώσεις, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις εγκαταστάσεις όπου εκτελείται η διαδικασία, τις δεξιότητες του παρόχου, τη μέθοδο της άμβλωσης, την κατάσταση της υγείας της γυναίκας και την ηλικία κύησης. Μέχρι το 1967, ενώ οι διαδικασίες τερματισμού ήταν πολύ πιο ασφαλείς, εξακολουθούν να συντρέχουν σημαντικοί

μεταξύ 1970 και 1978, με το Πρόγραμμα για τη Μελέτη της Έκτρωσης σε τρία κύματα: 1970-1971, 1971-1974 και 1975-1978 από τα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών και το Συμβούλιο Πληθυσμού.

[677] *Paul et al,* Unintended pregnancy and abortion in the USA: Epidemiology and public health impact 2009, σ.33

[678] *Jones, Rachel K. / Jenna Jerman*. *Abortion Incidence and Service Availability in the United States, 2011,'* Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2014, τ.46, No 1, σσ.3-14

[679] Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance-United States, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report, CDC, 2013, σ. 62(SS-8).

[680] Η θνησιμότητα που σχετίζεται με τη νόμιμη άμβλωση, όπως αναφέρθηκε στα Κέντρα Ελέγχου Ασθενειών,στην Αμερική μειώθηκε σημαντικά μεταξύ 1972 και 1981.βλ. *Atrash* H K, *Cheek* T G, *Hogue* C J, Legal Abortion Mortality and General Anesthesia, Am J Obstet Gynecol, 1988, τ.158 (2), σσ. 420-4

[681] *Finer, Lawrence B., et al,* 'Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives.' Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2005, 37(3), 110–8.

[682] Department of Health, UK, (2011) Abortion statistics, England and Wales: 2010, May 2011

κίνδυνοι που δεν μπορούν να αγνοηθούν. Όπως σημειώθηκε παραπάνω, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η έκτρωση φέρει έναν πολύ μικρότερο κίνδυνο μητρικού θανάτου από ό, τι φέρουν οι επιπλοκές της κύησης. Ο ισχυρισμός ότι η άμβλωση προκαλεί καρκίνο του μαστού ή υπογονιμότητα έχει αποδειχθεί επιστημονικά αβάσιμος. Παρομοίως, όσον αφορά στην ψυχική υγεία, δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν επαρκώς τη θέση ότι η άμβλωση βλάπτει ψυχολογικά τις γυναίκες. Παρόλο που οι γυναίκες δεν βλάπτονται από ασφαλείς και νόμιμες αμβλώσεις, ωστόσο, υφίστανται σημαντική και αποδεδειγμένη βλάβη όταν η επιβολή περιοριστικών ποινικών νόμων τις υποχρεώνει να προσφεύγουν σε παράνομο τερματισμό της κύησης.[683]

Σοβαρές επιπλοκές σε περιπτώσεις παράνομων αμβλώσεων, όπως η σηψαιμία, η αιμορραγία, το τραύμα των γεννητικών οργάνων και της κοιλιακής χώρας, η διάτρηση της μήτρας και η δηλητηρίαση λόγω της κατάποσης βλαβερών ουσιών, ενδέχεται να αποβούν μοιραίες αν παραμείνουν αδιάγνωστες. Ο θάνατος μπορεί επίσης να οφείλεται και σε δευτερογενείς επιπλοκές, όπως η οξεία νεφρική ανεπάρκεια.[684]

Επίσης, οι σχετικοί κίνδυνοι εξαρτώνται και από τη διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων για τη θεραπεία των πιθανών επιπλοκών. Σε μερικές χώρες, εύκολα μπορεί να διαπιστωθεί ότι οι μισές από όλες τις εισαγωγές μαιευτικών περιστατικών αφορούν επιπλοκές μη ασφαλούς έκτρωσης. Ενώ μια άμβλωση μπορεί να απαιτεί έως και τρεις ημέρες νοσηλείας, οι περίπλοκες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν παραμονή στο νοσοκομείο πέντε φορές περισσότερο. Η αντιμετώπιση των επιπλοκών της άμβλωσης στο νοσοκομείο καταναλώνει σημαντικό μερίδιο πόρων, συμπεριλαμβανομένων των κλινών και της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ συχνά απαιτεί πρόσβαση σε χειρουργεία και σε εξειδικευμένους γιατρούς. Έτσι, τίθενται τεράστιες απαιτήσεις σε κλινικούς, υλικούς και οικονομικούς πόρους, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι πόροι αυτοί είναι πενιχροί. Επιπλέον, σύμφωνα με την ΠΟΥ, «το κόστος της ασφαλούς έκτρωσης είναι [. . .] το ένα δέκατο του κόστους της αντιμετώπισης των συνεπειών μιας μη ασφαλούς έκτρωσης ». Σημαντική παράμετρος προς τέλεση παράνομων αμβλώσεων αποτελεί και το κοινωνικό, οικονομικό και συναισθηματικό κόστος το οποίο επιβαρύνει τις γυναίκες που υποβάλλονται σε ανασφαλείς αμβλώσεις.[685]

Εκτιμάται ότι πριν από τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων στις ΗΠΑ διεξήχθησαν ετησίως περίπου ένα εκατομμύριο αμβλώσεις, μερικές από αυτές νόμιμα, και ένας αριθμός, κυμαινόμενος από χίλιες έως δέκα χιλιάδες γυναίκες ετησίως, πέθανε από επιπλοκές που παρουσιάστηκαν μετά το πέρας των κακώς διεξαγόμενων διαδικασιών. Πριν από την απόφαση Roe v Wade του Ανώτατου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών το 1973, η άμβλωση ήταν πιθανώς η πιο κοινή ιατρική εγκληματική δραστηριότητα στις ΗΠΑ. Κατά τη διάρκεια του διαστήματος 1979-1985, ανεξάρτητα από τους κινδύνους που συνδέονταν με τις νόμιμες αμβλώσεις, η τελευταία παρέμενε μία πολύ λιγότερο επικίνδυνη ιατρική διαδικασία για τη γυναίκα συγκριτικά με τον τοκετό.

---

[683] Ό.π. *Sheldon Sally*, The Decriminalisation of Abortion: An Argument for Modernisation, Oxford Journal of Legal Studies,τ. 36, No. 2 (2016), σσ. 334–365

[684] Ο *Weström L*. στο Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialised countries. American journal of obstetrics and gynecology, 1980, τομ. (7) τ. 138, σσ. 880-892 αναφέρει ότι οι ανασφαλείς αμβλώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε φλεγμονή της πυέλου και οξεία σαλπιγγίτιδα ή λοιμώξεις της αναπαραγωγικής οδού με προέκταση την αναγκαία υστερεκτομή και συνεπακόλουθη στειρότητα. Τέλος, ο αυξημένος κίνδυνος έκτοπης εγκυμοσύνης και αποβολής σε επόμενη εγκυμοσύνη είναι μια άλλη πιθανή συνέπεια μιας κακώς πραγματοποιηθείσας έκτρωσης.

[685] *World Health Organization*. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. -- 4th ed.

Σύμφωνα με τα σημερινά διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη θνησιμότητα[686], φέρεται να είναι αυξημένος ο κίνδυνος τόσο της νοσηρότητας όσο και της θνησιμότητας όσο αυξάνεται η ηλικία της κύησης, γεγονός που υπογραμμίζει τους κινδύνους για την υγεία της γυναίκας, οι οποίοι μπορούν να αποτραπούν με πρώιμη και όχι καθυστερημένη αποβολή. Η ακούσια εγκυμοσύνη είναι σχετικά πιο συνηθισμένη στα άκρα της αναπαραγωγικής ηλικίας και σε γυναίκες άγαμες και πολλές από αυτές τις ακούσιες εγκυμοσύνες επιλύονται με έκτρωση. Θεωρητικά, υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους μια γυναίκα που αντιμετωπίζει μια ακούσια εγκυμοσύνη μπορεί να λάβει ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα.[687]

Η αυστηρή περιοριστική πολιτική του κράτους σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας δεν επηρεάζει ουσιαστικά το ποσοστό ζήτησης για διακοπή της κύησης και δεν εξασφαλίζει εκ των ων ουκ άνευ την πρόσβαση σε μια ασφαλή διαδικασία. Αντιθέτως, επηρεάζει αρνητικά την υγεία των γυναικών, όπως διαφαίνεται από στοιχεία που καταδεικνύουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα[688] που είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους αποτέλεσμα μη νόμιμων διαδικασιών[689]. Παράλληλα, το κοινωνικό στίγμα και ο φόβος της ποινής ενδέχεται να αποθαρρύνουν την αναφορά του συμβάντος σε κρατική βάση δεδομένων, καθιστώντας την εξακρίβωση του αληθούς αριθμού των αμβλώσεων πολύ δυσχερή. Ιδιαίτερα δύσκολο είναι επίσης να καταγραφούν αξιόπιστα δεδομένα σχετικά με τη θνησιμότητα από μη ασφαλείς αμβλώσεις κατά το δεύτερο τρίμηνο κύησης. Οι ίδιες οι γυναίκες μπορεί να μη συσχετίζουν την κατάσταση της υγείας τους με τυχόν επιπλοκή από πρότερη άμβλωση.[690]

---

[686] Ο ετήσιος αριθμός θανάτων που συνδέονται με τη νόμιμη άμβλωση μειώθηκε από 24 θανάτους το 1972 σε 6 το 1987 και το ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε από 4,1 ανά 100 000 αμβλώσεις το 1972 σε 0,4 το 1987. Όπως και τα συνολικά ποσοστά επιπλοκών, ο κίνδυνος θνησιμότητας είναι χαμηλότερος για τις αμβλώσεις που πραγματοποιούνται με αναρρόφηση ή απόξεση κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου και για εγκυμοσύνες μικρής ηλικίας κύησης.. *Brown Sarah S./ Eisenberg Leon,* The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. Maternal demographic status, 1995, σσ. 55, 59-60

[687] για παράδειγμα, η θνησιμότητα που συνδέεται με τον τοκετό ήταν περισσότερο από 10 φορές μεγαλύτερη από την επαχθείσα έκτρωση (Συμβούλιο Επιστημονικών Υποθέσεων, American Medical Association, 1992). Η αμφιθυμία για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση στην αναζήτηση της προγεννητικής φροντίδας. ο χρόνος μπορεί να χαθεί όταν γυναίκες που δεν σκοπεύουν να μείνουν έγκυες δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης Επιπλέον οι καθυστερημένες αμβλώσεις μπορεί να οφείλονται σε καθυστέρηση στην αναγνώριση της εγκυμοσύνης, ή μπορεί να είναι συνέπεια ενός γενετικού ελαττώματος που δεν ανιχνεύθηκε μέχρι το δεύτερο τρίμηνο, η απόφαση για το τι πρέπει να κάνει αν η εγκυμοσύνη είναι ανεπιθύμητη αυξάνουν την πιθανότητα μια έκτρωση θα πραγματοποιηθεί στο δεύτερο και όχι στο πρώτο τρίμηνο.. *Brown Sarah S / Eisenberg Leon,* The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. 1995,σσ. 62-70

[688] Μια έκθεση του 1975 του Ινστιτούτου Ιατρικής κατέγραψε τα οφέλη για τη δημόσια υγεία με τη νομιμοποίηση των αμβλώσεων. Η απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου ακολουθήθηκε όχι μόνο από τη μείωση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη στις νεαρές γυναίκες αλλά και από την πτώση των εισαγωγών σε χώρους έκτακτης ανάγκης σε νοσοκομεία λόγω ατελών ή σηπτικών αμβλώσεων, πιο συχνές με παράνομες διαδικασίες, *Brown Sarah S. / Eisenberg Leo*n, The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families. 1995,σ. 56

[689] Η απαγόρευση των αμβλώσεων δεν οδηγεί σε λιγότερες αμβλώσεις αλλά κυρίως οδηγεί σε παράνομες αμβλώσεις, οι οποίες είναι πιο τραυματικές και αυξάνουν τη μητρική θνησιμότητα ή / και οδηγούν σε δαπανηρό "τουρισμό" αναζήτησης τόπου διεκπεραίωσης της διακοπής της εγκυμοσύνης, καθυστερεί το χρονοδιάγραμμα μιας έκτρωσης και οδηγεί σε κοινωνικές ανισότητες Βλ. Parliamentary Assembly, Access to safe and legal abortion in Europe-Resolution 1607 (2008), Origin - Assembly debate on 16 April 2008 (15th Sitting) (βλ.Doc. 11537 rev., report of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men, rapporteur: Mrs Gisela Wurm; and Doc. 11576, opinion of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mrs Christine McCafferty). Text adopted by the Assembly on 16 April 2008 (15th Sitting). Βλ επίσης, . *Kassebaum N. J/ Bertozzi-Villa A/ Coggeshall M. S., et al.* "Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013" Lancet. 2014;384(9947):980–1004

[690] *World Health Organization,* Safe abortion: technical and policy guidance technical and policy guidance for health systems for health systems, Second edition, 2012 βλ. *Adler Alma J./ Filippi Véronique/ Thomas Sara L./ Ronsmans*

Η πλειοψηφία σχεδόν των περιπτώσεων μητρικής θνησιμότητας μπορεί να αποφευχθεί μέσω γνωστών παρεμβάσεων πρόληψης ή διαχείρισης επιπλοκών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η προγεννητική φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης, η εξειδικευμένη φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού και η φροντίδα και η υποστήριξη κατά τις εβδομάδες μετά τον τοκετό είναι κρίσιμες για την πρόληψη της μητρικής θνησιμότητας. Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, σχεδόν όλες οι γυναίκες δύνανται να λάβουν την αναφερόμενη φροντίδα κατά της διάρκεια της κύησης, τον τοκετό και την περίοδο μετά τον τοκετό. Ωστόσο, σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, μόλις το 46% των γυναικών έχει πρόσβαση στην ενδεδειγμένη φροντίδα. Μεταξύ των εμποδίων που αναφέρονται, συναντάται η φτώχεια, η μεγάλη χιλιομετρική απόσταση από τις υπηρεσίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης, οι υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και οι πολιτιστικές πρακτικές, καθώς και προβλήματα που σχετίζονται με φυλετικές διακρίσεις, με τη θέση των γυναικών στην οικογένεια και την κοινωνία, με την πρώιμη κύηση (ακόμα και κατά την εφηβική ηλικία).[691]

Η αναγνώριση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων παρέχει καθοριστικό πλαίσιο βασιζόμενο στις αρχές της δικαιοσύνης και τις μεταρρυθμίσεις της νομοθεσίας, σε περιπτώσεις που η τελευταία δεν καλύπτει την καθολικότητα των δικαιωμάτων και των ελευθεριών. Η νομική υπόσταση και η επέκταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων βασίζεται στην προϋπόθεση ότι εκάστοτε παρέμβαση στη ζωή των πολιτών θα πρέπει να ρυθμίζεται και να περιορίζεται μέσω καθολικών, παγκόσμιων αρχών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και σεβασμού του ατόμου.[692]

Η ισότητα των φύλων, η χειραφέτηση των γυναικών και η μη διακριτική μεταχείριση δεν αποτελούν νέα ζητήματα στο πλαίσιο της μητρικής θνησιμότητας και συνδέονται πλήρως με το ευρύτερο πρότυπο σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και δικαιωμάτων. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις για την ανάπτυξη και τη δημόσια υγεία τείνουν να επικεντρώνονται στις παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης που απαιτούνται για τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας, με μικρότερη προσοχή στην ευρύτερη σχέση της ανισότητας των φύλων και της μητρικής θνησιμότητας. Αυτή η προσέγγιση έχει επικριθεί από ακτιβιστές των δικαιωμάτων των γυναικών. Φυσικά, εάν μια γυναίκα βιώνει μαιευτικές επιπλοκές, τότε η πρωταρχική και πιθανώς ζωτικής σημασίας προτεραιότητά της είναι η έγκαιρη επίτευξη όσο το δυνατόν πιο κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης, όπερ αναγνωρίζεται επαρκώς στον τομέα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ωστόσο, μακροπρόθεσμα, η χειραφέτηση των γυναικών και η αντιμετώπιση των διακρίσεων λόγω φύλου ενδέχεται να επιτελέσουν σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση νομικής και πολιτικής αλλαγής προς την κατεύθυνση μείωσης της μητρικής θνησιμότητας. Τα θεμελιώδη ζητήματα ισότητας των φύλων[693] συνδυαζόμενα με αυτά των συστημάτων υγείας (ορισμένες, αλλά όχι όλες) αποτελούν την αφετηρία των αναλύσεων που λαμβάνουν χώρα γύρω από τα δικαιώματα που σχετίζονται και συμβάλλουν στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας.[694]

Carine, Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: Magnitude in hospital-based studies and methodological issues", International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2012,118(suppl. 2), σσ. 65–77.

[691] *Freeman et al,* Law and Global Health, Current Legal Issues, Oxford University Press, 2014, τ.16

[692] *Pierson & Bloomer,* Macro- and Micro-Political Vernaculizations of Rights: Human Rights and Abortion Discourses in Northern Ireland, Health and Human Rights Journal, 2017, τομ.19, No1

[693] Πχ. οι πρόωροι γάμοι και η εγκυμοσύνη, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης των γυναικών και των εφήβων, η θέση των γυναικών στην οικογένεια και η έλλειψη συμμετοχής τους στην εξουσία.

[694] *Freeman et al*, ό.π. Law and Global Health, Current Legal Issues, τ.16, Oxford University Press

7.4. Νομοθεσία

Στο παρελθόν, η ασφάλεια της διαδικασίας τέλεσης της άμβλωσης αποτέλεσε το βασικό στοίχημα που κλήθηκε να κερδίσει η ιατρική επιστήμη. Η διεκπεραίωση μιας ιατρικής τεχνικής με εκμηδένιση των πιθανών κινδύνων και των αρνητικών επιπτώσεων συνιστά ένα από τα βασικότερα κριτήρια για την εφαρμογή αλλά και τη νομιμοποίησή της. Κατά τον περασμένο αιώνα, η αδυναμία τέλεσης ασφαλών αμβλώσεων αποτέλεσε έναν από τα βασικότερους λόγους εναντίωσης σε αυτές και οδήγησε στην ποινικοποίησή τους. Με την πρόοδο, όμως, της τεχνολογίας και την βελτίωση της ασφάλειας των τεχνικών άμβλωσης, η τελευταία κατέστη μία ασφαλής για την υγεία της γυναίκας διαδικασία, με αποτέλεσμα να ενισχυθεί η αποδοχή της αρχικά από την ιατρική κοινότητα και εν συνεχεία από το νομοθέτη. Η ασφάλεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα που, ελλείψει της, αποδυναμώνει την ορθότητα της επιλογής τέλεσης μιας ιατρικής πρακτικής, στοιχείο που όταν συντρέχει, ευνοεί την προσφυγή σε αυτήν. Η φαρμακευτική προσέγγιση συνιστά μια ελάχιστα επεμβατική μέθοδο, η οποία όταν συνοδεύεται από μηδαμινές ή εύκολα διαχωρίσιμες στο ανθρώπινο σώμα παρενέργειες, αποτελεί μια απόλυτα ασφαλή θεραπευτική διαδικασία. Ο νομοθέτης, μπροστά στο δίλημμα της νομιμοποίησης ή μη μιας ιατρικής διαδικασίας, επηρεάζεται σαφέστατα από τον βαθμό επικινδυνότητάς της, προκειμένου να αξιολογηθεί κατά πόσο εξυπηρετεί τον αντίστοιχο σκοπό δημοσίου συμφέροντος που θέτει η έννομη τάξη. Στην περίπτωση των αμβλώσεων, η δημόσια υγεία, και ειδικότερα η προστασία της ζωής και της υγείας της γυναίκας αποτελούν τα συνταγματικά προστατευόμενα έννομα αγαθά στα οποία πρέπει να προσανατολίζεται η παρεχόμενη από το νομοθέτη προστασία.

Η ασφαλής άμβλωση αποτελεί δικαίωμα κάθε γυναίκας, τονίζοντας πως ως ασφαλής άμβλωση νοείται η νομιμοποιημένη άμβλωση που δεν συνοδεύεται από υπέρμετρα δυσανάλογους περιορισμούς. Η μη νόμιμη άμβλωση ενέχει περισσότερες πιθανότητες να είναι λιγότερο ασφαλής και ως εκ τούτου πιο επικίνδυνη για την υγεία της γυναίκας, αφού είναι πιθανό να διενεργηθεί από μη πιστοποιημένους επαγγελματίες που δεν προσμετρούν τις παραμέτρους που απαιτούνται προκειμένου να είναι διασφαλισμένη η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας.[695] Ο νομοθέτης, λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα αυτά, επιλέγει τη μέση οδό νομιμοποιώντας μεν τις αμβλώσεις αλλά οριοθετώντας παράλληλα την άσκησή τους, προκειμένου εκμηδενίσει τους κινδύνους για την υγεία των γυναικών. Έτσι, το άρθρο 304 ΠΚ θέτει ως προϋποθέσεις για την τέλεση άμβλωσης τη διενέργειά της από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα. Σκοπός του νομοθέτη είναι η αποφυγή προσφυγής των γυναικών σε παράνομες και επικίνδυνες μεθόδους, από μη πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας, που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία τους. Χαρακτηριστικά, πρέπει να αναφερθεί πως σε σχέση με τη διακοπή της κύησης, οι πολύ περιοριστικοί και απαγορευτικοί της άμβλωσης νόμοι καταλήγουν ανενεργοί σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα. Παράλληλα, οι αυστηρές απαγορεύσεις ωθούν τις γυναίκες στην αναζήτηση βοήθειας από πηγές που δεν παρέχουν εγγυήσεις για τη διασφάλιση της ζωής τους, αυξάνουν τη μητρική θνησιμότητα και οδηγούν πολλές φορές σε δαπανηρό «τουρισμό» αναζήτησης τόπου διεκπεραίωσης της διακοπής

[695] Τα κράτη χρειάζεται να λάβουν μέτρα ώστε νὰ διασφαλίσουν ότι οι υπηρεσίες νόμιμης και ἀσφαλους άμβλωσης εἶναι διαθέσιμες, προσβάσιμες και υψηλής ποιότητας και προσιτών κλινικών, η εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού και η εξασφάλιση της διαθεσιμότητας συγχρόνων μηχανημάτων και της καλύτερης φαρμακευτικής αγωγής.βλ. *United Nations General Assembly*, Report: Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 2011. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/254

της εγκυμοσύνης, προκαλώντας καθυστέρηση στο χρονοδιάγραμμα πραγματοποίησης μιας έκτρωσης.

Η ολοκληρωτικά απαγορευτική της άμβλωσης ρύθμιση, καθίσταται έτσι όχι μόνο ατελέσφορη ως προς τον οποιοδήποτε σκοπό στόχευσε να υπηρετήσει εν τη γενέσει της, αλλά συνδράμει στη δημιουργία ενός παράνομου δικτύου παροχής υπηρεσιών που λειτουργεί αυθαίρετα και ανεξέλεγκτα. Η ποινικοποίηση της άμβλωσης δεν εκμηδενίζει το φαινόμενο, αλλά αντιθέτως καθιστά τη διαδικασία λιγότερο ασφαλή. Η συχνότητα των επικίνδυνων αμβλώσεων επηρεάζεται από τις νομικές διατάξεις που διέπουν την πρόσβαση σε ασφαλείς αμβλώσεις καθώς και από τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των νόμιμων υπηρεσιών αμβλώσεων.

Η περιοριστική νομοθεσία συνδέεται με την υψηλή συχνότητα τέλεσης μη ασφαλών αμβλώσεων. Το ποσοστό των επιπλοκών της μη ασφαλούς έκτρωσης τελεί σε άμεση συνάρτηση με τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών μετά την άμβλωση. Επομένως, η αμεσότερη συνέπεια των νομικών περιορισμών είναι η αδυναμία πρόσβασης της γυναίκας σε ασφαλή διαδικασία τερματισμού της κύησης και κατ' επέκταση η διακινδύνευση της ζωής και της υγείας της, με αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών των μητρικών θανάτων.[696] Ως εκ τούτου, η νομοθεσία γίνεται πιο ελαστική και απομακρύνεται από την πλήρη απαγόρευση προκειμένου να λειτουργεί πιο αποτελεσματικά, στοχεύοντας όχι στην εξάλειψη μιας κατάστασης, αυτής της ανάγκης για τέλεση άμβλωσης, αλλά στην θεσμοποίησή της με την καθιέρωση των όρων υπό τους οποίους αυτή εξυπηρετεί θεμιτούς, βάσει του δικαίου, σκοπούς. Η δυνατότητα εφαρμογής ασφαλών τεχνικών άμβλωσης αναμφισβήτητα επιδρά στη διαμόρφωση της νομοθεσίας, καθόσον η ασφάλεια της διαδικασίας αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που προσμετρά ο νομοθέτης προς την κατεύθυνση μερικής αποποινικοποίησης της τεχνητής διακοπής της κύησης. Οι νόμοι περί αμβλώσεων μπορεί να είναι σύνθετοι και ποικίλλουν, ενώ ενδέχεται να υπάρχουν αποκλίσεις μεταξύ της ακριβούς διατύπωσης του νόμου και της εφαρμογής του[697], πράγμα που σημαίνει ότι η κοινή πρακτική μπορεί να συνεπικουρήσει ή να εμποδίσει τη νόμιμη άμβλωση. Ταυτόχρονα, είναι πιθανό να υπάρχουν πρόσθετες απαιτήσεις σχετικά με τη συναίνεση και την παροχή συμβουλών κ.λπ. και οι χώρες συχνά επιβάλλουν ένα όριο στην περίοδο κατά την οποία οι γυναίκες μπορούν να έχουν πρόσβαση στη συνολική διαδικασία.[698] Σε κάθε περίπτωση όμως, η άμβλωση συνιστά πλέον ασφαλή διαδικασία, η οποία είναι εναρμονισμένη με το πνεύμα της νομοθεσίας για την προστασία της ζωής και υγείας της γυναίκας, καθιστώντας αλυσιτελή την συλλογιστική για περιορισμό από το νομοθέτη της δυνατότητας πρόσβασης σε αυτή.

[696] *Jacobson, Jodi* L. The Global Politics of Abortion. Worldwatch Paper 97. Worldwatch Inst., Washington, D.C., 1990, Η περίπτωση της Ρουμανίας, επίσης βλ. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, σσ.1-35

[697] Χαρακτηριστικό παράδειγμα διερεύνησης της σχέσης μεταξύ ενός νομικού πλαισίου που επιτρέπει την άμβλωση για διάφορους λόγους, τις ηθικές και πολιτικές διαμάχες γύρω από τις άμβλωση και την πρόσβαση σε υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας αποτελεί η Ζάμπια.βλ. *Haaland MES, Haukanes H, Zulu, JM, Moland KM, Michelo C, Munakampe MN, Blystad A*, Shaping the abortion policy - competing discourses on the Zambian termination of pregnancy act, Int J Equity Health. 2019, τομ.28, τεύχ.18(1), σ.20

[698] Ό.π. World Health Organization σσ. 1-35, επίσης βλ. Rahman A, Katzive L, Henshaw SK, A global review of laws on induced abortion, 1985-1997, Int Fam Plann Persp. 1998 Jun;24(2) σσ. 56-64

7.5. Συμπέρασμα

Το κριτήριο ασφάλειας μιας ιατρικής μεθόδου σε σχέση με την υγεία των ασθενών αποτελεί ίσως την πιο σημαντική έμμεση παράμετρο ποινικοποίησης των αμβλώσεων. Καθίσταται εύλογο πως μία ιατρική διαδικασία που δεν παρέχει επαρκείς εγγυήσεις ως προς τη διασφάλιση της υγείας του ασθενούς, αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη από την ιατρική κοινότητα και συνακόλουθα από το νομοθέτη. Η άμβλωση δεν αποτελεί εξαίρεση. Ένας από τους κυριότερους λόγους που η τεχνητή διακοπή της κύησης αποτελούσε ποινικό αδίκημα σύμφωνα με τα προϊσχύσαντα νομοθετήματα, είναι η έλλειψη δυνατότητας, από μέρους της ιατρικής επιστήμης, ασφαλούς τέλεσης άμβλωσης, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία και κατ' επέκταση η ζωή της γυναίκας. Ωστόσο, εμπειρικά, έχει αποδειχθεί πως τόσο η επικινδυνότητα μιας άμβλωσης όσο και η αυστηρή απαγόρευσή της μέσω της ποινικοποίησής της δεν αποτρέπουν τις αμβλώσεις. Αντιθέτως, στις περιπτώσεις αυτές, οι γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη καταφεύγουν σε μη ασφαλή άμβλωση, καθιστώντας αλυσιτελή, στην πράξη, μόνη την τιμώρηση της άμβλωσης, ως μέσο αποτροπής της.

Χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής πρακτικής, η μείωση των απειλητικών -για την υγεία της γυναίκας- κινδύνων που θα μπορούσαν να προκύψουν από την τεχνητή διακοπή της κύησης αποδυνάμωσαν το επιχείρημα υπέρ της ποινικοποίησης των αμβλώσεων που στηριζόταν αποκλειστικά στην επικινδυνότητά τους. Η αισθητή βελτίωση των ποσοστών ασφαλείας μιας χειρουργικής επέμβασης, όπως η άμβλωση, διαμέσου της εκτέλεσής της υπό καλύτερες συνθήκες (με την εφαρμογή των τεχνικών και των εργαλείων που παρέχουν οι εξελίξεις στον τομέα της αναισθησίας, της ενδεχόμενης αντιβιοτικής κάλυψης κ.λπ.) δικαιολογημένα έχει συντελέσει στην υπό όρους αποποινικοποίησή της, στη διεύρυνση των ενδείξεων και συνεπακόλουθα, στην αύξηση του ποσοστού των αμβλώσεων που τελούνται στη βάση των εν λόγω ασφαλών ενδείξεων. Παρόλο που επουδενί η εν λόγω αύξηση, λόγω και της ασφαλέστερης διεξαγωγής των αμβλώσεων, δεν μπορεί να θεωρηθεί «βήμα προόδου», εντούτοις καταδεικνύει, έστω και έμμεσα, το συσχετισμό της ισχυροποίησης της ασφάλειας μιας ιατρικής πράξης με τη διεύρυνση των ενδείξεων που μπορεί να οδηγήσουν στην τέλεσή της, γεγονός που αναπόδραστα επηρεάζει τη νομοθετική[699] και νομολογιακή αντιμετώπισή της. Η άμβλωση, ως ασφαλής πλέον ιατρική διαδικασία,[700] μπορεί να συνιστά νόμιμη επιλογή και οι προϋποθέσεις που θεσπίζονται είναι θεμιτό να σχετίζονται με τη διασφάλιση της τήρησης των απαραίτητων ιατρικών όρων για την προστασία της ζωής και της υγείας της γυναίκας.

[699] Gelaye et al.: Magnitude and risk factors of abortion among regular female students in Wolaita Sodo University, Ethiopia. BMC Women's Health 2014 14:50.

[700] *Raymond EG, Grossman D, Weaver MA*, et al. : Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States.*Contraception.* 2014;90(5),σσ.476–9.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την παρουσίαση που προηγήθηκε, είναι έκδηλο πως ο κεντρικός προβληματισμός της παρούσας εργασίας περιστρέφεται γύρω από τις βάσεις στις οποίες στηρίζεται ο νομοθέτης προκειμένου να διαμορφώσει το περιεχόμενο του νόμου. Παρόλο που μία νομική ρύθμιση περιέχει δεοντικές επιταγές και δεν επιδιώκει να αναπαράγει την υπάρχουσα πραγματικότητα, ωστόσο το περιεχόμενο των νομικών επιταγών είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις συνθήκες στις οποίες αναφέρεται ο εκάστοτε κανόνας, ειδάλλως ελλοχεύει ο κίνδυνος να στερηθεί ο νόμος εφαρμοσιμότητας και να καταστεί απλό κείμενο άνευ πρακτικής σημασίας/ χρησιμότητας. Ο ρόλος της ιατρικής επιστήμης στη διαμόρφωση της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή της κύησης αναδεικνύει το γεγονός ότι η ιατρική επιστήμη, η συνεχιζόμενη εξέλιξη της έρευνας και της τεχνολογίας και οι νέες μέθοδοι αντιμετώπισης των ασθενειών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταβολή της νομοθεσίας σε σχέση με την προστασία των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων. Ο καθορισμός του περιεχομένου των κανόνων δικαίου, τόσο όταν επιδιώκεται η ρύθμιση της επιστημονικής πρακτικής όσο και όταν τα επιστημονικά δεδομένα εμπλέκονται με ένα υπό ρύθμιση ζήτημα, είναι άμεσα συνυφασμένος με την επίδραση που ασκούν οι επιστημονικές αλήθειες, χωρίς ωστόσο ο νομοθέτης να δεσμεύεται a priori από αυτές. Ο κανόνας δικαίου αποκτά, έτσι, μία τεχνοκρατική πλευρά, δίχως η τελευταία να αποτελεί τη μοναδική νομοθετική συνιστώσα. Αντιθέτως, ο νομοθέτης έχει τη δυνατότητα να συγκεράσει τις επιστημονικές αλήθειες με τις νομικές αξιολογικές κρίσεις, ενώ παράλληλα, όπως και στο υπό εξέταση ζήτημα της άμβλωσης, το περιεχόμενο ενός νόμου διαμορφώνεται από πληθώρα κοινωνικών, ηθικών, πολιτικών, πολιτιστικών, οικονομικών και γεωγραφικών παραγόντων.

Η σύνδεση των νομικών ρυθμίσεων με τις ισχύουσες -κατά τον χρόνο διαμόρφωσής τους- συνθήκες συνεπάγεται τη διαρκή και αδιάκοπη ανάγκη για τακτική ανασκόπηση της ισχύουσας νομοθεσίας, ούτως ώστε να διαπιστώνεται αν αυτή ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινωνίας, αν εντοπίζονται κενά δικαίου στα οποία ο νόμος πρέπει να παρέμβει ή αν υφίστανται κανόνες που χρήζουν αναθεώρησης. Ειδικά σε ζητήματα που σχετίζονται με την επιστημονική πρακτική, η πρόοδος και η εξέλιξη που επιτυγχάνεται στους τομείς των επιστημών δημιουργεί την ανάγκη συμμόρφωσης του Δικαίου με τις εξελίξεις. Ως προς την τεχνητή διακοπή της κύησης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η προσέγγιση των χρονικών ορίων που έχει θεσπίσει ο νομοθέτης. Λαμβάνοντας υπόψη τα χρονικά όρια που υιοθετούνται ως προς το επιτρεπτό της διακοπής της κύησης, πολλές φορές ανακύπτει απόκλιση ανάμεσα στην ημερολογιακή και την υπερηχογραφική ηλικία της κύησης. Για παράδειγμα, στις πρώτες εβδομάδες της κύησης, με τον υπερηχογραφικό έλεγχο, η ηλικία του εμβρύου προσδιορίζεται με βάση τη διάμετρο του σάκου κύησης. Επίσης η εκτίμηση της ηλικίας κύησης πραγματοποιείται με μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους (CRL) του εμβρύου. Το κεφαλουραίο μήκος είναι ο πιο ακριβής δείκτης της ηλικίας κύησης. Πράγματι, αν η μέτρηση του κεφαλουραίου μήκους διεξαχθεί ενδελεχώς/προσεκτικά, μπορεί να υπάρξει μια διακύμανση ημερολογιακής απόκλισης 3 έως 5 ημερών. Η υπερηχογραφική ηλικία κύησης, που καθορίστηκε τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να συσχετίζεται με την ημερολογιακή ηλικία κύησης και σε περίπτωση ασυμφωνίας, τότε πρέπει να αναζητούνται τα πιθανά αίτια της διαφοράς. Δημιουργείται, έτσι, το καίριο ερώτημα αναφορικά με το ποιά από τις

δύο ενδείξεις πρέπει να αποτελέσει τη βάση της νομικής εκτίμησης, ιδιαίτερα όταν αφορά οριακές καταστάσεις. Αξίζει να σημειωθεί πως μία αποτελεσματική λύση στον συγκεκριμένο προβληματισμό θα συνιστούσε η εισαγωγή στην ποινική νομοθεσία όχι αυστηρών χρονικών ορίων αλλά σχετικών χρονικών διαστημάτων που εξασφαλίζουν μεγαλύτερη διακριτική ευχέρεια στην εξισορρόπηση τυχόν αποκλίσεων ανάμεσα στην ημερολογιακή και στην υπερηχογραφική εικόνα του εμβρύου, παρέχοντας στην ιατρική κοινότητα το προβάδισμα να κρίνει βάσει των ιατρικών πορισμάτων κατά περίπτωση, με την προϋπόθεση της αντίστοιχης αιτιολόγησης.

Έπειτα, αξίζει να εξετασθεί το χρονικό όριο στην περίπτωση της «ηθικής ένδειξης». Στο ελληνικό δίκαιο αναφέρεται στο άρθρο 304, παρ.4 εδ.δ, ΠΚ, ότι δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού, αποπλάνησης ανήλικης, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί και εφόσον δεν έχουν συμπληρωθεί δεκαεννέα εβδομάδες εγκυμοσύνης. Στις περιπτώσεις αυτές, το χρονικό όριο των δεκαεννέα εβδομάδων μπορεί να χαρακτηρισθεί κατά κάποιο τρόπο αυθαίρετο με μόνη την αιτιολόγηση ότι έως αυτό το χρονικό διάστημα η ύπαρξη εγκυμοσύνης μπορεί να γίνει αντιληπτή από τη γυναίκα επειδή γίνονται πλέον αισθητές οι κινήσεις του εμβρύου. Προκύπτει ο προβληματισμός σχετικά με την ανάγκη επέκτασης των ορίων και εναρμόνισης της διάταξης αυτής με τη γενικότερη συλλογιστική και το πνεύμα της νομοθεσίας περί αμβλώσεων, λαμβάνοντας υπόψη ένα σύνολο παραγόντων που οδηγούν σε καθυστέρηση ως προς την προσφυγή σε άμβλωση στην περίπτωση ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης που προέρχεται από σεξουαλική βία. Σύμφωνα με μελέτες, οι οικογενειακές σχέσεις και πεποιθήσεις, οι νεότερες ηλικίες και η ψυχική ασθένεια είναι μερικές καταστάσεις κάτω από τις οποίες τα θύματα βιασμού δεν καταλαβαίνουν τι ακριβώς συνέβη με άμεσο επακόλουθο την πλήρη άγνοια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον τα θύματα βιασμού ή αιμομιξίας καθυστερούν την αποκάλυψη της κύησης και την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας λόγω εκφοβισμού ή εγγύτητας με τον επιτιθέμενο με σημαντικές επιπτώσεις όσον αφορά τόσο στη δυνατότητα έγκρισης αιτήματος τερματισμού της κύησης όσο και τη μέθοδο εκτέλεσης.[701] Επίσης στις περιπτώσεις αιμομιξίας στην εφηβική ηλικία, είναι πιο συχνή η καθυστερημένη αποκάλυψη κυοφορίας διότι οι έφηβοι μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε πράξεις εξαναγκασμού, απειλές, ψυχολογική κακοποίηση, φόβο ή ακόμη και να είναι επηρεασμένοι από τον σεβασμό πιθανώς προνομιακής θέσης του επιτιθέμενου στην οικογένεια.[702]

Πιθανώς οι ιδιάζουσες αυτές καταστάσεις να είναι προτιμότερο να ενταχθούν στην περίπτωση της προστασίας της σωματικής και ψυχικής υγείας της γυναίκας, όπως λαμβάνει χώρα στη γερμανική νομοθεσία στον ποινικό κώδικα άρθρο 218α -27/07/1992. Στην παρ. 2 αναφέρεται ότι ο τερματισμός της εγκυμοσύνης που πραγματοποιείται από ιατρό με τη συγκατάθεση της εγκύου γυναίκας δεν είναι παράνομος εάν, αφού ληφθούν υπόψη οι τρέχουσες και μελλοντικές συνθήκες της εγκύου, ενδείκνυται ιατρικά για να αποτρέψει τον κίνδυνο για τη ζωή της εγκύου γυναίκας ή να αποτρέψει τον κίνδυνο σοβαρού τραυματισμού στη σωματική ή ψυχική της υγεία και ο κίνδυνος δεν μπορεί να αποφευχθεί με οποιονδήποτε άλλο τρόπο που θα ήταν λογικός και ανεκτός

[701] *Blake Márcia de Toledo, Drezett Jefferson et all,* Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape, International Archives of Medicine Section: Global Health

[702] *Moura Bessa Maria Misrelma/ Drezett Jefferson et al,* Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor, Medicina (Kaunas), Medicina (Kaunas) , 2019 ,τ.55 τ.8,σ. 474.

από την έγκυο γυναίκα.[703] Δεδομένου ότι η ηθική ένδειξη σχετίζεται με την προσβολή τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής ακεραιότητας της γυναίκας, η προστασία της θα ήταν πληρέστερη αν η οριοθέτηση που χαρακτηρίζει το δικαίωμα της γυναίκας προς άμβλωση εναρμονιζόταν με το πνεύμα της ρύθμισης για την τεχνητή διακοπή της κύησης και αποστασιοποιούνταν από την υιοθέτηση ενός αυθαίρετου χρονικού ορίου όπως αυτό των δεκαεννέα εβδομάδων.

Καταληκτικά, πρέπει να σημειωθεί πως και μετά την πρόσφατη αναθεώρηση του Ν. 4619/2019, η ρύθμιση της νομοθεσίας για την τεχνητή διακοπή της κύησης αντανακλά τη σύγχρονη ιατρική πρακτική και τα τρέχοντα επιστημονικά δεδομένα, ενώ ως νομική διάταξη αποτελεί ορόσημο και σημείο αναφοράς για τον επαγγελματία υγείας και την έγκυο γυναίκα που ενδέχεται να εμπλακούν σε μία άμβλωση. Η επίτευξη της απαλοιφής από το κείμενο του νόμου αναχρονιστικών ηθικοκοινωνικών αντιλήψεων και ο περιορισμός της ρύθμισης σε επιταγές πρακτικά εφαρμόσιμες που απηχούν την επιστημονική πρακτική, δεν καταλείπουν σημαντικά περιθώρια αναθεώρησης σε σχέση με αυτά που προαναφέρθησαν, με την επιφύλαξη των αλλαγών που δύναται να επιφέρει με το πέρασμα του χρόνου η ιατρική και η γενικότερη κοινωνικοπολιτική πρόοδος.

[703] *Dettmeyer Reinhard/ Lang Juliane/ Axt-Fliedner Roland/ Birngruber Christoph/ Tinneberg Hans-Rudolf, Degenhardt Jan*, Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code – Real-life Data from the "Gießen Model", Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017 ,τ.77(4),σσ. 352–357

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η τεχνητή διακοπή της κύησης παραμένει, παγκοσμίως, ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα, τόσο σε επιστημονικό όσο και σε ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο, εξακολουθώντας να αποτελεί αντικείμενο διαλόγου και σύγκρουσης. Η ρύθμιση του ζητήματος των αμβλώσεων, αναμφίβολα, αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό έργο, το οποίο δεν δύναται να ολοκληρωθεί από το νομοθέτη χωρίς την προσμέτρηση των επιμέρους ιατρικών, ηθικών και κοινωνικών δεδομένων. Η άμβλωση, ως ιατρική διαδικασία που σχετίζεται άρρηκτα με την κυοφόρο και το έμβρυο, αποτελεί για το νομοθέτη πρόκληση, καθώς αναδεινκύεται σε ζήτημα με πολλαπλές ηθικές, οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές προεκτάσεις, κατά τρόπο ώστε να εκδηλώνονται πολλαπλές και εν μέρει αντιφατικές προσεγγίσεις.

Ιατρική θεωρία και πράξη συνεπιδρούν με πολλαπλούς τρόπους στη νομοθετική και κατ' επέκταση νομολογιακή αντιμετώπιση των αμβλώσεων. Οι επιρροές που δέχεται η νομοθετική ρύθμιση του εν λόγω ζητήματος διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες. Όσον αφορά τις άμεσες επιδράσεις, το κριτήριο της βιωσιμότητας, το οποίο διαμορφώνεται σύμφωνα με τα ιατρικά δεδομένα της Εμβρυολογίας, κατευθύνει το σύνολο της νομοθεσίας γύρω από το ζήτημα της άμβλωσης, επιδρώντας άλλοτε πιο άμεσα και άλλοτε εμμέσως, κατ' ερμηνευτική προσέγγιση της συλλογιστικής του νομοθέτη. Στο κριτήριο αυτό ανατρέχει η νομοθετική επιλογή σε απάντηση του ουσιαστικού ερωτήματος που ανακύπτει γύρω από την έκταση της έννομης προστασίας που αναλογεί στο κυοφορούμενο, σε σχέση πάντοτε με την έννομη προστασία που αναγνωρίζεται εν γένει στον άνθρωπο και στην ανθρώπινη ζωή, εξετάζοντας κατά περίπτωση αν και κατά πόσον η διακοπή της κύησης συνιστά ή όχι αφαίρεση ανθρώπινης ζωής, κατά τρόπο που κρίνεται ή όχι καταδικαστέα. Ο κύριος άξονας προβληματισμού του νομοθέτη γύρω από το επιτρεπτό της άμβλωσης περιστρέφεται γύρω από το αν η ζωή του εμβρύου μπορεί σε κάθε στάδιο της κύησης να εξομοιωθεί ή όχι με την ανθρώπινη ζωή, δεδομένου ότι η τελευταία προστατεύεται ευθέως από το Σύνταγμα (άρθρο 5§2Σ) και οποιαδήποτε προσβολή της απαγορεύεται ρητά.

Κατά το ισχύον δίκαιο, το χρονικό σημείο έναρξης της ανθρώπινης ζωής προσδιορίζεται βάσει αξιολογικών κρίσεων και τοποθετείται στην έναρξη του τοκετού, καθώς η ιδιότητα του ανθρώπου προϋποθέτει την εξατομίκευση και την αυτόνομη οντολογική υπόσταση. Οι ιδιότητες αυτές αποκτώνται μόνο μετά τη γέννηση και δεν αναγνωρίζονται εκ των προτέρων στο έμβρυο, οπότε και το τελευταίο δεν μπορεί να αξιώσει προηγουμένως έννομη προστασία ανάλογη με αυτή που αναγνωρίζεται στην εν γένει ανθρώπινη ζωή. Ωστόσο, ο νομοθέτης, σε μία ουσιαστική προσπάθεια εξισορρόπησης των αλληλοσυγκρουόμενων συμφερόντων εγκύου και εμβρύου, αξιοποιεί τα πορίσματα της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης, επιχειρώντας να προσδιορίσει το χρονικό σημείο της κύησης, κατά το οποίο το έμβρυο μπορεί να θεωρηθεί ότι προσεγγίζει στο μέγιστο βαθμό την ανάπτυξη του νεογνού, προκειμένου να αναγνωρισθεί σε αυτό ανάλογη προστασία, καθιστώντας την άμβλωση -υπό προϋποθέσεις- αποδοκιμαστέα από το Δίκαιο.

Ως εκ τούτου, η πρώιμη εμβρυϊκή ανάπτυξη, κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, αποτελεί βασικό παράγοντα εκμηδένισης της έννομης προστασίας της εμβρυϊκής ζωής, οδηγώντας στην πλήρη νομιμοποίηση, χωρίς πρόσθετους περιορισμούς, της δυνατότητας τέλεσης άμβλωσης, έως και τη συμπλήρωση του πρώτου τριμήνου της κύησης (αρθρ. 304 παρ.4 εδ.α ΠΚ). Στις περιπτώσεις αυτές η νομοθετική ρύθμιση λαμβάνει υπόψη παράγοντες που έχουν σχέση περισσότερο με το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και την επιλογή της γυναίκας να τερματίσει την εγκυμοσύνη για λόγους που

δεν σχετίζονται με την ιατρική. Όμως παρόλα αυτά, οι εφαρμογές της ιατρικής τεχνολογίας και των ιατρικών πορισμάτων που αποτυπώνουν μορφολογικά την ανάπτυξη του εμβρύου, διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στην επιλογή του νομοθέτη να ορίσει ως χρονικό σημείο τις δώδεκα εβδομάδες πριν τη παρέλευση του οποίου η τέλεση άμβλωσης είναι ελεύθερη χωρίς να απαιτείται η συνδρομή επιπρόσθετων ενδείξεων.

Ωστόσο, από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, οπότε και η ανάπτυξη του εμβρύου εξελίσσεται κατά τρόπο που αυξάνεται η προσδοκία βιωσιμότητάς του, η διακοπή της κύησης, απαγορεύεται και ποινικοποιείται, με τις εξαιρέσεις που ορίζονται εκ του Νόμου. Το κριτήριο της βιωσιμότητας και τα δεδομένα της εμβρυϊκής ανάπτυξης αποτελούν τον γνώμονα βάσει του οποίου ο ποινικός νομοθέτης χαράσσει τη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην επιτρεπτή και μη επιτρεπτή άμβλωση. Ο νομοθέτης, αξιοποιώντας το σύνολο των δεδομένων της Εμβρυολογίας, επιλέγει ως σημαντικότερο το χαρακτηριστικό της βιωσιμότητας του κυοφορούμενου, ιδιότητα που του αποδίδεται από την έναρξη του τρίτου τριμήνου της κύησης, οπότε και η σωματική-οργανική και μορφολογική ανάπτυξη του εμβρύου προσεγγίζει αυτή του νεογνού, δυνάμενου να επιβιώσει αυτόνομα έξω από το ανθρώπινο σώμα. Με βάση το κριτήριο αυτό διαμορφώνεται η νομική προστασία που αποδίδεται στο έμβρυο και κατ' επέκταση η απαξία που ενδέχεται να προσδίδεται στην πράξη της άμβλωσης.

Ακολούθως, τα δεδομένα της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης επιδρούν σημαντικά και στον καθορισμό των εξαιρέσεων που εισάγονται ως προς την απαγόρευση της άμβλωσης, καθιστώντας την τελευταία επιτρεπτή, χωρίς κανέναν χρονικό περιορισμό, για λόγους έκτακτης ανάγκης, οπότε και προέχει η διασφάλιση της ζωής ή της υγείας της γυναίκας, αλλά και στην περίπτωση του παθολογικού εμβρύου, όπου ματαιώνεται η προσδοκία γέννησης ενός υγιούς τέκνου, με προεκτάσεις που αφορούν και στην ποιότητα ζωής του ίδιου του τέκνου. Η ιατρική πρακτική συμβάλλει τα μέγιστα στην αποκρυστάλλωση των δύο αυτών εξαιρέσεων στον Ποινικό Κώδικα. Ειδικότερα, ο προγεννητικός έλεγχος συμβάλλει σημαντικά στην ανεύρεση ένδειξης παθολογικού εμβρύου και η επιρροή που ασκεί στη νομοθετική αντιμετώπιση του ζητήματος της άμβλωσης είναι τόσο καθοριστική, ώστε στην παράγραφο 4 εδ. γ του άρθρου 304 ΠΚ, γίνεται άμεση αναφορά στις διαδικασίες του προγεννητικού ελέγχου.

Η ευγονική ένδειξη αποτελεί απόρροια των δυνατοτήτων που προσέφερε στην ιατρική επιστήμη η εφαρμογή της προγεννητικής διάγνωσης και συνδέεται με την προσδοκία κάθε ανθρώπου για την ανατροφή υγιών απογόνων. Κατ' αυτήν την έννοια πρόσφατα με το Ν .4619/2019 στον νέο Ποινικό Κώδικα, αναγνωρίζεται στην ευγονική ένδειξη το χρονικά απεριόριστο στην επιλογή διακοπής της κύησης όταν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρής βλάβης του εμβρύου. Παρατηρείται δηλαδή μία νομοθετική μεταβολή, η οποία προήλθε ως αποτέλεσμα της αδυναμίας σε κάποιες περιπτώσεις έγκαιρης διάγνωσης ορισμένων σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικού ελέγχου που οδηγούσε στον περιορισμό λήψης απόφασης .

Από την άλλη πλευρά, η θεραπευτική άμβλωση ενσωματώνεται στην ιατρική ένδειξη και αποτυπώνει την ιατρική πρακτική, όταν τίθεται σε κίνδυνο η ζωή ή η υγεία της κυοφόρου. Η ζωή και η υγεία της τελευταίας, σε περίπτωση που επαπειλούνται, προέχουν τόσο για την ιατρική κοινότητα όσο και για τον νομοθέτη, καθόσον η γυναίκα, ως αδιαμφισβήτητος φορέας δικαιωμάτων, αποτελεί αυτόνομη και ολοκληρωμένη προσωπικότητα σε σχέση με το κυοφορούμενο, που δεν είναι ακόμη πρόσωπο-φορέας δικαιωμάτων. Η ζωή και η υγεία της

γυναίκας αποτελούν θεμελιώδη έννομα αγαθά, η διασφάλιση των οποίων δεν οριοθετείται από το κριτήριο βιωσιμότητας του εμβρύου. Ο νομοθέτης, στις περιπτώσεις της ιατρικής ένδειξης, δεν διαθέτει μεγάλη ευχέρεια ρύθμισης του ζητήματος σύμφωνα με αξιολογικές του κρίσεις, αλλά περιορίζεται στη νομιμοποίηση της ιατρικής πρακτικής που συνιστά παρέκκλιση από τον νομικό κανόνα της προστασίας της εξελισσόμενης ζωής.

Παράλληλα, η επίδραση των πορισμάτων της ιατρικής επιστήμης στη νομοθεσία περί αμβλώσεων είναι πολυεπίπεδη, καθώς στο υπόστρωμα της νομοθετικής ρύθμισης επενεργούν όχι μόνο οι πρακτικές που αφορούν τη σωματική υγεία της γυναίκας αλλά και εκείνες που σχετίζονται με τη διασφάλιση της ψυχικής της υγείας. Ο σεβασμός εν γένει της υγείας της εγκύου αποτελεί άξονα της συλλογιστικής βάσης των νομοθετικών ρυθμίσεων που αφορούν στην άμβλωση, ως προς την ευρύτερη προστασία της γυναικείας οντότητας, αφής στιγμής έχει διαγνωσθεί ότι θέματα που άπτονται του οικογενειακού προγραμματισμού και της ανεπιθύμητης κύησης ενδέχεται να έχουν εξαιρετικά δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της γυναίκας. Οι επιδράσεις των πορισμάτων της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμης για την τελευταία εντοπίζονται στη συλλογιστική που αφορά στην εκλεκτική άμβλωση, στην ευγονική και στην ηθική-κοινωνική ένδειξη. Η ψυχική ακεραιότητα είναι απαρασάλευτη και αποτελεί αναντικατάστατο συστατικό στοιχείο της ανθρώπινης ελευθερίας, όπως αυτή κατοχυρώνεται εν συνόλω συνταγματικώς, αποτελώντας βασική προϋπόθεση της ελεύθερης βούλησης και της ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας. Κατά συνέπεια, η δυνατότητα διακοπής της κύησης πρέπει να αποτελεί συνειδητή και επιτρεπτή -έως κάποιο βαθμό- επιλογή, ειδικά σε περιπτώσεις που η συνέχιση της κύησης μπορεί να επιβαρύνει υπέρμετρα την ψυχική υγεία της γυναίκας, όπως ειδικότερα παρατηρείται κατά την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, την κυοφορία διαγνωσμένου παθολογικού εμβρύου και την κύηση μετά από βιασμό.

Εκτός από τις προαναφερθείσες άμεσες επιδράσεις που δέχεται η νομοθεσία από την ιατρική επιστήμη σχετικά με την άμβλωση, διαφαίνεται η αλληλεπίδρασή τους και σε λιγότερο εμφανές επίπεδο. Οι έμμεσες επιδράσεις δεν καταγράφονται ρητά στη νομοθεσία, αλλά επιτελούν παρασκηνιακή λειτουργία προς την κατεύθυνση διαμόρφωσης της νομοθετικής συλλογιστικής. Χαρακτηριστική είναι η επιρροή της εφαρμογής της Φαρμακολογίας, η οποία λειτουργεί διττά. Από τη μία πλευρά, συνδέεται με τις επιβλαβείς παρενέργειες μιας φαρμακευτικής ουσίας στην πορεία της κύησης, με ενδεχόμενη την πρόκληση παθολογίας του εμβρύου και κατ' επέκταση την ανάγκη για τέλεση άμβλωσης. Από την άλλη πλευρά, όταν οι φαρμακευτικές παρενέργειες είναι αμελητέες ή εν πάση περιπτώσει αντιμετωπίσιμες, η χρήση των φαρμάκων απλοποιεί τις ιατρικές διαδικασίες που σχετίζονται με την άμβλωση, διαψεύδοντας το ισχυρότερο επιχείρημα κατά της τέλεσης αυτής, που εδράζεται στον κίνδυνο που η τελευταία εγκυμονεί, ως ιατρική διαδικασία, για την υγεία της εγκύου, λόγω της επεμβατικότητάς της. Ομοίως, στη νομοθεσία της άμβλωσης επιδρούν θετικά και οι τεχνικές εξελίξεις που εξασφαλίζουν την τέλεση ασφαλούς άμβλωσης, περιορίζοντας σημαντικά τους κινδύνους που σχετίζονται με την υγεία και τη ζωή της εγκύου. Οι ως άνω έμμεσες επιδράσεις της ιατρικής επιστήμης στη νομοθετική και νομολογιακή αντιμετώπιση των αμβλώσεων σχετίζονται με την αμφιβολία νομιμοποίησης της εν λόγω ιατρικής διαδικασίας, λόγω της επικινδυνότητας που συνεπάγετο παλαιότερα για την υγεία και τη ζωή της γυναίκας, αμφιβολία η οποία άρθηκε με την πάροδο του χρόνου και τη συνακόλουθη τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη. Προοδευτικά, η άμβλωση κατέστη ασφαλής ιατρική διαδικασία, αποστερώντας στους υποστηρικτές της ανωτέρω επιχειρηματολογίας τη δυνατότητα

αμφισβήτησης της νομιμοποίησής της, που στηριζόταν στην επικινδυνότητα της διαδικασίας καθαυτής.

Εκ των ανωτέρω, παρατηρείται ότι η ρύθμιση του Ποινικού Κώδικα γύρω από το ζήτημα της άμβλωσης είναι πολυσήμαντη, καθώς αφενός μεν διαμορφώνεται από τα ιατρικά πορίσματα, στοχεύοντας στη διασφάλιση της προστασίας βασικών έννομων αγαθών, αφετέρου, δε, διαμορφώνει την ιατρική πρακτική γύρω από την τεχνητή διακοπή της κύησης. Χαρακτηριστική είναι η επιλογή του νομοθέτη να απέχει από απόλυτες και αφοριστικές τοποθετήσεις που δίδουν, εκ των προτέρων, το προβάδισμα στη μία ή στην άλλη πλευρά. Αντιθέτως, η νομοθετική και νομολογιακή αντιμετώπιση των αμβλώσεων διαπνέεται από την τάση εναρμόνισης της παρεχόμενης προστασίας, τόσο της γυναίκας όσο και του εμβρύου, με το συμφέρον κάθε πλευράς να υποχωρεί αμοιβαία, κατόπιν ενδελεχούς αξιολόγησης, ad hoc, του είδους και της ποιότητας των συνθηκών στις οποίες εντάσσεται κάθε περιστατικό. Στην αξιολογική αυτή κρίση, καταλυτικός είναι ο ρόλος που επιτελεί η ιατρική πραγματικότητα και οι ιατρικές επιστημονικές θέσεις. Ο νομοθέτης δεν μπορεί να ρυθμίσει λυσιτελώς συμπεριφορές που άπτονται της ιατρικής πρακτικής προκειμένου να προστατεύσει επαρκώς τα έννομα συμφέροντα των εμπλεκομένων υποκειμένων και τα θεμελιώδη συνταγματικά αγαθά που διακυβεύονται, αν δεν προσμετρήσει στην τελική του επιλογή τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι επιστήμονες-γιατροί τοποθετούνται στα προβλήματα που καλούνται να επιλύσουν εμπράκτως, εφαρμόζοντας τα ιατρικά πορίσματα που σχετίζονται με το εκάστοτε ανακύψαν ζήτημα. Ομοίως, και στην τεχνητή διακοπή της κύησης, η έννομη τάξη συνταιριάζει τις προαπαιτούμενες αξιολογικές εκτιμήσεις με τα αντίστοιχα ιατρικά δεδομένα προκειμένου να καταλήξει στην τελική ρυθμιστική επιλογή. Σε κάθε περίπτωση, θεμιτή καθίσταται η μη παράβλεψη του επιπλέον παράγοντα της δυνατότητας εφαρμογής της νομοθετικής διάταξης, προκειμένου να μην καταλείπεται ανενεργή η νομοθεσία, λαμβάνοντας τη μορφή ενός τυπικού και πρακτικά ανεφάρμοστου κειμένου. Για τον λόγο αυτό, η ίδια η πραγματικότητα, η οποία συμπορεύεται με την εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας, καθιστά αναγκαία τη διαρκή επανεξέταση, αξιολόγηση και ενδεχομένως αναθεώρηση των νομοθετικών επιλογών.

Ειδικά ως προς το ζήτημα της άμβλωσης, παραμένει ενεργός ο προβληματισμός γύρω από το θεμιτό ή μη της υιοθέτησης ρηξικέλευθων επιλογών, που να απεικονίζουν ακριβέστερα την υπάρχουσα πραγματικότητα, απομακρυσμένες από απόλυτες θέσεις. Η μετάβαση από την πλήρη αποδοκιμασία της άμβλωσης στην υπό όρους αποδοχή και νομιμοποίησή της συνεπάγεται τον εξορθολογισμό του ζητήματος μέσω επιλογών που μπορούν να ανταποκριθούν στις ουσιαστικές ανάγκες του ατόμου, παροτρύνοντας το τελευταίο να κινείται μέσα στα πλαίσια που θέτει ο νόμος, όχι τιμωρητικά αλλά επιβοηθητικά. Το δίλημμα που παραμένει συνδέεται με τα περιθώριο επιπρόσθετης απαλοιφής περιορισμών επιτρεπτού της άμβλωσης, δίδοντας το προβάδισμα στην ευέλικτη διαχείριση των ζητημάτων που κατά περίπτωση ανακύπτουν, μέσα από τη διαλλακτική συνεργασία γιατρού και ασθενούς.

Δέον όπως καταστεί σαφές ότι η άμβλωση αποτελεί μεγίστης σημασίας ιατρικό εργαλείο, το οποίο δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως μέθοδος αντισύλληψης, αλλά ως μέθοδος αντιμετώπισης έκτακτων καταστάσεων, όπερ αποτελεί και τον κύριο λόγο εκ του οποίου η αδιάκριτη ποινικοποίηση κρίνεται αλυσιτελής και παραβιάζει τον πυρήνα συνταγματικά κατοχυρωμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αυτά της ζωής, της ελευθερίας, της ασφάλειας και της υγείας. Η απόφαση της γυναίκας σχετικά με την άμβλωση δεν αφορά μόνο το σώμα της, αλλά εμπίπτει στην

ευρύτερη σφαίρα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ως αυτά εντάσσονται στα πλαίσια προστασίας της προσωπικότητας, της αξιοπρέπειας και της ευρύτερα εννοούμενης ιδιωτικής ζωής του ατόμου. Η απόφαση τέλεσης άμβλωσης θα πρέπει να ανήκει αποκλειστικά στη γυναίκα ή και στο σύντροφο της, χωρίς την παρέμβαση του κράτους και εξωγενών επεμβατικών φορέων. Εμπράκτως έχει αποδειχθεί ότι περιοριστικοί νόμοι στο ζήτημα των αμβλώσεων δεν συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά αμβλώσεων. Αντιθέτως, εξαναγκάζουν τις γυναίκες να καταφεύγουν σε παράνομες και επικίνδυνες για την υγεία τους πρακτικές, θέτοντας σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή τους. Ως εκ τούτου, κρίνεται μείζονος σημασίας η ορθή και έγκαιρη, από την προεφηβική και εφηβική ηλικία, σεξουαλική και αναπαραγωγική διαπαιδαγώγηση, η οποία μπορεί να συμβάλλει σε ουσιαστική μείωση του αριθμού των αμβλώσεων, στοχεύοντας στην πρόληψη του προβλήματος και όχι στη θεραπεία του.[704] Τα μέτρα που αποσκοπούν στην ελάττωση της συχνότητας εμφάνισης μιας ανεπιθύμητης κύησης και κατ' επέκταση των μη ασφαλών αμβλώσεων, σε συνδυασμό με την επένδυση σε υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού και ασφαλούς διαδικασίας τέλεσης άμβλωσης, αποτελούν αποφασιστικά βήματα προκειμένου να επιτευχθούν οι αναπτυξιακοί στόχοι της χιλιετίας. Η αύξηση των ποσοστών γεννήσεων στην εφηβεία, των εκτρώσεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων(ΣΜΝ) συνήθως συνδέεται με ελλιπή ή ανεπαρκή σεξουαλική αγωγή. Τα τρέχοντα δεδομένα της ΕΕ συνάδουν με το ανωτέρω επιχείρημα, όπως φαίνεται από τα υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων και εκτρώσεων από έφηβες ,στα κράτη μέλη της Ανατολικής Ευρώπης. [705] Ως εκ τούτου, κάθε κυβέρνηση καλείται όπως μεριμνήσει για τη λήψη των απαραίτητων προληπτικών μέτρων σε συνδυασμό με τη διασφάλιση έγκαιρης και οικονομικά προσβάσιμης διόδου σε ασφαλή άμβλωση, παράλληλα με τη σφαιρική ενημέρωση και την προσανατολισμένη συμβουλευτική γύρω από την αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία.[706]

Ουσιώδης παράγοντας που συντελεί στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του ζητήματος της άμβλωσης, αποτελεί ο υγιής οικογενειακός προγραμματισμός μέσο κατάλληλων τεκμηριωμένων στρατηγικών και πολιτικών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας διασφαλίζοντας συνεχείς βελτιώσεις και επέκταση της πληροφόρησης , προς ενημέρωση και υποστήριξη όχι μόνο της γυναίκας αλλά και του συντρόφου της. Προγραμματισμός του επιθυμητού αριθμού τέκνων και της χρονικής απόστασης μεταξύ τους ,μείωση του αριθμού των ανεπιθύμητων κυήσεων, συμβουλευτική και καθοδήγηση σε θέματα ευγονικής καθώς και προστασία σε προβλήματα γονιμότητας , βελτίωση της περιγεννητικής, νεογνικής φροντίδας σε συνδυασμό με την εξέλιξη της επιστημονικής έρευνας και της ιατρικής διάγνωσης. Στα πλαίσια ενός κοινωνικού κράτους δικαίου, μπορεί να παρασχεθεί ουσιαστικότερη προστασία του περιβάλλοντος της γυναίκας από βλαπτικούς παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν δυσμενώς την ίδια και το έμβρυο καθώς και ουσιαστική -υπό προϋποθέσεις- οικονομική ενίσχυση της γυναίκας και του/της συντρόφου

[704] Σε μελέτη μεταξύ 2018 -2019, φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική μείωση των ποσοστών έκτρωσης από εφήβους παρόλα αυτά όμως οι επαγόμενες αμβλώσεις αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες για την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης σχετικά με την αποτελεσματική αντισύλληψη και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis*T,* Trends in Induced Abortions in Greece: A Cross-sectional Study, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2020, τ. 33, τ.2, σσ.149-152

[705] Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (Ιούνιος 2012). Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010 (Σεξουαλικά Μεταδιδόμενες Λοιμώξεις στην Ευρώπη 1990-2010).

[706] Αιτιολογική Έκθεση σχετικά με την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα συναφή δικαιώματα 2013/2040 (ΙΝΙ) Επιτροπή Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ισότητας των Φύλων,2013,σ.18

της, που δεν θα περιορίζεται μόνο κατά το περιορισμένο χρονικό διάστημα της κύησης και του τοκετού, αλλά θα επεκτείνεται κατά τη διάρκεια της ζωής του τέκνου, όταν κρίνεται αναγκαίο, προκειμένου αφενός η ανέχεια μίας γυναίκας (ή ενός ζευγαριού) να μην αποτελέσει μοναδικός λόγος ώθησης στην τελική επιλογή της άμβλωσης και αφετέρου να μην καταλήξει η τεκνοποίηση να επιδοτείται κρατικά πριν από την επέλευσή της, γεννώντας τον κίνδυνο απομάκρυνσης της τελευταίας από τον πηγαίο «ιερό» πρωταρχικό της στόχο. Προς αυτήν την κατεύθυνση, το Κράτος μπορεί να παράσχει στη γυναίκα -και πάλι υπό προϋποθέσεις- εργασιακές διευκολύνσεις τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και μετά τον τοκετό, προκειμένου η κυοφόρος να μην εγκλωβίζεται συγκυριακά στη λήψη μιας μη αναστρέψιμης απόφασης. Προς την ουσιαστική κατεύθυνση ενίσχυσης των μέσων που θα επιτρέψουν την αποτελεσματικότερη ιατρική πρόβλεψη και θα οδηγήσουν στην ως άνω αρμονική συνύπαρξη Επιστήμης και Δικαίου στο φλέγον ζήτημα της άμβλωσης, δέον όπως προβλεφθεί κρατική οικονομική ενίσχυση, με σκοπό την πιο αποτελεσματική οργάνωση του συστήματος υγείας και τη διεύρυνση παροχής ιατρικής βοήθειας απαλλαγμένης από οικονομικά, φυλετικά και κοινωνικά κριτήρια διάκρισης σε ό,τι αφορά στο πανανθρώπινο ζήτημα της κύησης και της άμβλωσης, αναγόμενο σε κρατική ανάγκη και όχι υποχρέωση. Μέσω ενίσχυσης της επιστημονικής έρευνας για ακόμη πιο αποτελεσματικό προγεννητικό έλεγχο, θα επιτευχθεί ταχύτερη και εγκυρότερη διάγνωση και ως εκ τούτου ταχύτερη αντιμετώπιση των ασθενειών της γυναίκας και του παθολογικού εμβρύου, όπερ ομοίως μπορεί να επιτευχθεί με την ενίσχυση της κρατικής πρωτοβουλίας για κατάρτιση και διαρκή επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας καθώς και με την προσφορά εμβολίων.

Αποτελεί γεγονός ότι η επιστημονική πρόοδος παραμένει εν εξελίξει θέτοντας αντίστοιχη πρόκληση και για το Δίκαιο. Όταν Επιστήμη και Δίκαιο αλληλεπιδρούν, δίχως να αλληλοσυγκρούονται ή να αποστασιοποιούνται, συμπορεύονται ουσιαστικά με κοινή κατεύθυνση προς τον πρωταρχικό τους σκοπό, να υπηρετούν τον άνθρωπο και να τον εξυψώνουν, ως κοινωνικοπολιτικά ελεύθερη οντότητα.

Το Κράτος, στο ιατρικώς εξειδικευμένο ζήτημα της άμβλωσης, οφείλει να επικουρεί την ιατρική επιστήμη προκειμένου να βρίσκεται σε θέση να παράσχει ασφαλή πορίσματα και εξελιγμένες ιατρικές μεθόδους ώστε να επιτευχθεί μία όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη νομοθετική ρύθμιση που θα οδηγήσει σε κοινωνική ευρυθμία και ισορροπία. Από την άλλη, ο νομοθέτης αφουγκράζεται τις ανάγκες της κοινωνίας και επηρεάζεται από την ιατρική επιστήμη, η οποία επίσης προσανατολίζεται προς την κατεύθυνση εξυπηρέτησης των συμφερόντων του ατόμου, με κυριότερο τη διασφάλιση της προστασίας της υγείας και της ζωής του. Καθίσταται σαφές ότι Δίκαιο και Επιστήμη επιτελούν, με διαφορετικά μέσα και εργαλεία, τον ίδιο ανώτατο σκοπό. Ο νομοθέτης στέκεται αρωγός της ιατρικής επιστήμης, επιχειρώντας να εξαλείψει έκνομα φαινόμενα που είτε θα οδηγούσαν σε μη ασφαλή άμβλωση με αυξημένη επικινδυνότητα είτε θα εκμηδένιζε την αξία του οικογενειακού προγραμματισμού και των μέτρων πρόληψης. Βάσει έγκυρων επιστημονικών στατιστικών στοιχείων που θα απεικονίζουν την πραγματικότητα, όπερ εξασφαλίζεται μόνο όταν δεν υπάρχει υπέρμετρη περιοριστική απαγόρευση που οδηγεί σε παράνομη και ως εκ τούτου μη δηλωμένη έκτρωση, ο νομοθέτης θα εναρμονίσει τον Νόμο με τα πορίσματα αυτά, επιβάλλοντας όρια που δεν περιορίζουν αλλά διασφαλίζουν τις ατομικές ελευθερίες. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στο επίμαχο ζήτημα της άμβλωσης, ο νομοθέτης δεν διέπεται από χαρακτήρα τιμωρητικό, αλλά έχοντας συνεκτιμήσει εμπεριστατωμένα όλα τα δεδομένα που του παρέχει η ιατρική και μαιευτική επιστήμη, τα διδάγματα του κοινού νου και της

κοινής πείρας και πρακτικής, δρα ανθρωπιστικά, ούτως ώστε Επιστήμη και Δίκαιο αλληλεπιδρούν και συμπράττουν, υπηρετώντας έναν ανώτατο σκοπό, τον Άνθρωπο.

Η αναζήτηση των σημείων τομής του νομοθετικού έργου και των επιστημονικών δεδομένων αναδεικνύει το γεγονός ότι η επιλογή της νομοθετικής ρύθμισης στο ζήτημα της άμβλωσης δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται αυθαίρετα, αλλά κατόπιν πρωτίστως της συστηματικής αξιολόγησης του συνόλου των πορισμάτων της ιατρικής και μαιευτικής επιστήμη και επιπρόσθετα των κοινωνικοπολιτικών παραγόντων. Ειδικά σε ζητήματα που σχετίζονται άρρηκτα με την επιστημονική πρακτική, και, ως εν προκειμένω, με την ιατρική επιστήμη, κατά την εφαρμογή της οποίας διακυβεύονται τα θεμελιώδη έννομα αγαθά της ζωής και της υγείας του ανθρώπου, Δίκαιο και Επιστήμη αλληλεπιδρούν, τελώντας σε διαλεκτική σχέση. Ο Νόμος δεν μπορεί να ρυθμίσει αυτόνομα το άκρως εξειδικευμένο και αμιγώς ιατρικό ζήτημα της άμβλωσης, χωρίς να συμπράξει με την επιστημονική πραγματικότητα. Σε εκείνη ανευρίσκει τα στοιχεία που θα αποτελέσουν συνισταμένες της τελικής νομοθετικής επιλογής. Η τελευταία δεν στοχεύει μονομερώς στην απλή απεικόνιση της υφιστάμενης κατάστασης, αντιθέτως αποσκοπεί στην ανακατεύθυνση της συμπεριφοράς των εμπλεκομένων υποκειμένων, προκειμένου να διασφαλίζονται έμπρακτα τα έννομα συμφέροντα που επιδιώκει να προστατεύσει ο νομοθέτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αθανασοπούλου Χ., Η ιατρική ευθύνη κατά τον προγεννητικό έλεγχο- Ανακύπτοντα νομικά ζητήματα, ΧρΙΔ ΙΒ/2012

Ακριβοπούλου Χ./ Ανθόπουλος Χ, Εισαγωγή στο Δίκαιο και στους Συνταγματικούς Θεσμούς, εκδ. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Αθήνα, 2015

Ακριβοπούλου Χ., Η ιδιωτικότητα του προσώπου μέσα από τη συνθετική αντίθεση δημόσιου-ιδιωτικού, *σε* Επιστήμη και Κοινωνία, 2011

Αλιπράντης Νικήτας, Η. Kelsen, Κ. Τσάτσος και διορθωτική συμπλήρωση της κλιμακωτής δομής του λόγου σε: Κωνσταντίνος Τσάτσος, Φιλόσοφος, συγγραφέας, πολιτικός, Πρακτικά Διεθνούς Επιστημονικού Συνεδρίου. Αθήνα, 6-8 Νοεμβρίου 2009, Γρανάδα – Αθήνα, 2010

Ανδρουλάκης Νικόλαος, «Ποιινικόν Δίκαιον», Ειδικόν Μέρος, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 1974

Αντωνίου Δ. Θεοδώρα, Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975, εκδ. Σάκκουλας, 2010

Βαθιώτης Κ., Τραγικά διλήμματα στην εποχή του «πολέμου κατά της τρομοκρατίας», εκδ. Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα 2010

Βαλσάμη Σ. Οι εκτρώσεις στην εφηβική ηλικία και οι αιτίες του «κακού», Αρθρ. στην εφημ. Ελεύθερος τύπος, 4 Φεβρουαρίου, 2017

Βάρκα-Αδάμη Αλεξάνδρα, Βιοηθική και δίκαιο, Ελληνική Δικαιοσύνη, εκδ. Σάκκουλα Α. Αθήνα-Κομοτηνή, 2002

Βασιλείου Μ. / Σαρδέλη Χ. ,Η συναίνεση της ανήλικης στην τεχνητή διακοπή της κύησης, Βιοηθικά , 2015.

Βασιλόγιαννης Φ. The intrinsic value of human life according to Ronald Dworkin: an exemplar of reflective equilibrium, Bioethica, 2015.

Βενιζέλος Ε., Το αναθεωρητικό κεκτημένο. Το συνταγματικό φαινόμενο στον 21ο αιώνα και η εισφορά της αναθεώρησης του, , Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα –Κομοτηνή, 2002

Βιδάλης Τ. /Καρπατζιάνη Χ. /Κοντάκος Η. /Κυριακάκη Ειρ./ Μάλλιος Ε./ Παπαχρίστου Θ./ Ραβδάς Π./ Σολδάτος Π./ Φυτράκης Ευτ., Ιατρική δεοντολογία, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα, 2013.

Βιδάλης Τ. Το Βιοδίκαιο, Εκδ. Σάκκουλα, ,Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2007

Βιδάλης Τ., Συνθετική βιολογία: είναι έτοιμο το Δίκαιο; *σε Δεληβογιατζής Σ./ Καλοκαιρινού Ε.(επιμ.)*, Εισαγωγή στη Βιοηθική, Εκδ. Σύγχρονη Παιδεία, Αθήνα,2014

Βιδάλης Τ.,, Μανωλάκου Κ. Εισηγητές: σε Έκθεση για τη συλλογή και διαχείριση των γενετικών δεδομένων ,http://www.bioethics.gr/

Βιδάλης Τ., Η συνταγματική διάσταση της εξουσίας στο γάμο και στην οικογένεια. Ατομικές ελευθερίες και θεσμικοί μετασχηματισμοί, εκδ. Σάκκουλας Α.,1996

Βλαχόπουλος Σ., Η δυναμική ερμηνεία του Συντάγματος, Εκδ. Ευρασία, Αθήνα, 2014

Βλαχόπουλος Σ., Θεμελιώδη Δικαιώματα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017

Βλαχόπουλος Σ., Προγεννητικός έλεγχος και ατομικά δικαιώματα, Δικαιώματα του Ανθρώπου, ΔτΑ Ν14/2002

Βούλτσος Π., Τσούγκας Μ., Ο αυτοκαθορισμός του αρρώστου και ο ιατρικός πατερναλισμός στη σύγχρονη ιατρική, Εκδόσεις, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος Οκτώβριος-Νοέμβριος , 2007

Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων, Τεύχος παρουσίασης των ανασταλτικών παραγόντων νομικού και θεσμικού πλαισίου για την πλήρη και δωρεάν πρόσβαση των ανδρών και γυναικών σε υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, 2013

Γκότσης Γ.,Κορτέζη Ζ.,Η σύγχρονη οικονομική ανάλυση των αμβλώσεων, ΔτΑ N^0 38/ 2008

Δαγτόγλου Π., Ατομικά Δικαιώματα, Εκδόσεις Σάκκουλας Αντ. Ν., Αθήνα-Κομοτηνή, 2005

Δαγτόγλου Π.Δ, Συνταγματικό Δίκαιο-Ατομικά Δικαιώματα, 1991

Δαγτόγλου Π.Δ., Συνταγματικό Δίκαιο-Ατομικά Δικαιώματα, Εκδόσεις, Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2010

Δημητρόπουλος *Α.*, Συνταγματικά Δικαιώματα, Εκδ. Σάκκουλα, 2008

Δραγώνα Μονάχου Μ., Αυτονομία-πατερναλισμός και η Ιπποκρατική ιατρική ηθική, *σε* Δεληβογιατζής Σ./ Καλοκαιρινού Ε.(επιμ.), Εκδ. Σύγχρονη Παιδεία, Αθήνα,2014
Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων και η Ειδική Μόνιμη Επιτροπή Ισότητας, Νεολαίας και Δικαιωμάτων του Ανθρώπου με θέμα τη ρύθμιση των σύγχρονων εφαρμογών της Γενετικής στον άνθρωπο στη Βουλή των Ελλήνων στο πρακτικό (Άρθρο 40 παρ. 1 Κ.τ.Β.) /29 Νοεμβρίου 2016

Θεοδώρου Πάνος, Εισαγωγή στη Φιλοσοφία των Αξιών, ΣΕΑΒ Αθήνα, 2015

Ιατράκης Γ. Οικογενειακός Προγραμματισμός-Σεξουαλική Αγωγή. Εκδόσεις Ζεβελεκάκη, 2018

Ιατράκης Γ..Φαρμακευτική έκτρωση. Στο: Οικογενειακός Προγραμματισμός. Εκδόσεις Δεσμός, 2015

Ιατράκης Γ. [Μετάφραση-Επιμέλεια-Σχόλια], Μαιευτικοί Κλινικοί Αλγόριθμοι: Αντιμετώπιση και Τεκμηρίωση., Εκδόσεις Παρισιάνος, 2011

Ιατράκης Γεώργιος, Το Υπερηχογράφημα στη Μαιευτική. Στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Εκδόσεις Desmos Digital, 2018

Καλζάρης Χ.,Το ανθρώπινο έμβρυο in vitro σε Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα, Δέκα χρόνια της Σύμβασης του Οβιέδο, Οι γενετικές εξετάσεις, Πρακτικά ημερίδας, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 2010

Καναβάκης Εμμ., Η χρήση της μοριακής διάγνωσης στην καθημερινή ιατρική πράξη, σε Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα. Δέκα χρόνια της Σύμβασης του Οβιέδο, Οι γενετικές εξετάσεις, Πρακτικά ημερίδας, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 2010

Κανγκιλέμ Ζ., Το κανονικό και το παθολογικό, Εκδ. Νήσος, Αθήνα, 2007

Κανελλοπούλου-Μπότη Μ., Αξίωση αποζημίωσης για πλημμελή παροχή γενετικής πληροφορίας και γέννηση παιδιού με γενετική ασθένεια- Το ερώτημα του αγώγιμου της αξίωσης, ΙΕΔ 5/2005

Κανελοπούλου Μαρία -Μπότη/ Παναγοπούλου Κουτνατζή Φερενίκη (επιμ.), Ιατρική Ευθύνη και Βιοηθική, Σύγχρονες προσεγγίσεις και προοπτικές του μέλλοντος, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2014

Κανονισμός του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 15ης Ιουλίου 2003, σχετικά με τη στήριξη των πολιτικών και των δράσεων που αφορούν την αναπαραγωγή και τη σεξουαλική ζωή και τα συναφή δικαιώματα στις αναπτυσσόμενες χώρες,(ΕΚ) αριθ. 1567/2003

Καραβιτάκης Ε. Μ. / Φρυσίρα Ε., Επιπολασμός, αιτιολογία και ταξινόμηση των συγγενών ανωμαλιών, Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών , 2009

Καραγιάννης Β., Μητρική θνησιμότητα. αίτια και πρόληψη, Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας, 2010

Καράκωστας Ι., Ιατρική ευθύνη, Εκ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2008

Κατρούγκαλος Γ., Τ ο δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, εκδ. Α. Σάκκουλα, 1993

Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) Γραφείο HIV λοίμωξης & σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων Κατευθυντήριες οδηγίες χορήγησης αντιρετροϊκής αγωγής και θεραπείας καιροσκοπικών λοιμώξεων σε ενήλικες και εφήβους με HIV λοίμωξη. https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2018/12/antiretroiki-agogi-2017.pdf

Κοτζαμάνης, Β. ,Η αναπαραγωγή των Ελλήνων: μύθοι και πραγματικότητα (ΙΙ. η πορεία της έγγαμης γονιμότητας στη μεταπολεμική περίοδο: τάσεις, προοπτικές και ερωτήματα που ανακύπτουν από τα κυρίαρχα ερμηνευτικά σχήματα της πτωτικής της πορεία). Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1988, τεύχος 71:55. Προσπελάστηκε 03/01/2020

Κοτζάμπαση Αθηνά, Ισότητα των φύλων και ιδιωτική αυτονομία στις οικογενειακές σχέσεις, Εκδ. Σάκκουλα, 2011

Κοτζάμπαση Α., Η άρνηση του γιατρού να επιτελέσει το έργο του για λόγους συνείδησης με βάση το άρθρο 2&5 και 31 ΚΙΔ, Αρμ. 2008

Κουδουμά Ιουλία,Wrongful Life:Βιοηθικές και Νομικές προεκτάσεις,2018

Κουμάντος Γ. Προβλήματα βιοηθικής, Πόλις ,2003

Κουνουγέρη -Μανωλεδάκη, *Ο* νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, βασικές ρυθμίσεις, 2006

Κονταξής Α., Ποινικός Κώδικας, Γ έκδοση, Αθήνα, 2000

Κουράκης Νέστωρ ,Έμφυλη Εγκληματικότητα, Ποινική και εγκληματολογική προσέγγιση του φύλου , Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2009

Κοτρογιάννος, Δ. Φυσικό δίκαιο και ανθρώπινα δικαιώματα, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1989

Κουνουγέρη–Μανωλεδάκη Έφη, "Οικογενειακό Δίκαιο ΙΙ", Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα-Θεσσαλονίκη , 2012

Κρεμάλης Κ., Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, Εκδόσεις (χ.ο.), Αθήνα, 1987

Κριάρη-Κατράνη Ισμήνη, Βιοιατρικές εξελίξεις και συνταγματικό δίκαιο, Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1994

Κυριακάκη Ε., Οι αξιώσεις για wrongful life – Σκέψεις με αφορμή την ΑΠ 154/ 2011, ΧρΙΔ ΙΒ/ 2012

Λαλιώτη Β., Ψηφιακή επιτέλεση και μεταανθρωπιστική ανθρωπολογία, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 2018, , προσπελάστηκε 31/12/2019

Λιούρδη Α.,Ιατρική ποινική ευθύνη, Γενικές έννοιες και Ειδικά ζητήματα, Κεφάλαιο Η,Ιατρική ποινική ευθύνη στη γυναικολογία και μαιευτική, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2014

Λυκερίδου Α. Κανόνες ηθικής και Δεοντολογίας,Νομοθεσία Μαιών-Μαιευτών, εκδ. Λαγός Δ.,Αθήνα 2011

Μαγκάκης Γ.Α., Η σύγκρουση καθηκόντων ως οριακή κατάσταση του ποινικού δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα 1980

Μαθιού Ε. , Περίληψη απόφασης της 20.03.2007 του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων επί της υποθέσεως Tysiac κατά Πολωνίας, Το Βήμα Των Δικαιωμάτων Του Ανθρώπου , Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2008

Μαλανδρή Μ., Η αρχή και το τέλος της ζωής: ηθικά, ιατρικά και νομικά προβλήματα, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2015

Μάλλιος Ευάγγελος, Δικαιώματα του Ανθρώπου, Κεφάλαιο Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύου, Νο 13/2017

Μάλλιος Ευ., Κύηση, Συγκρούσεις δικαιωμάτων μεταξύ προσώπων και εμβρύων, , ΔτΑ Νο 73/2017

Μαμόπουλος Μ. Rh – Ανοσοποίηση. Κύηση υψηλού κινδύνου. Αθήνα. 1998

Μάνεσης Αρ. *Ι*, Συνταγματικά Δικαιώματα. Ατομιικές ελευθερίες, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, εκδόσεις, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1982

Μάνεσης Αρ. / Μανιτάκης Αντ ,Κρατικός Παρεμβατισμός Και Σύνταγμα, Γνωμοδότηση,'' Νομικό Βήμα'', τεύχος 10/1981

Μανιτάκης Αν., Το υποκείμενο των συνταγματικών δικαιωμάτων, Εκδ. Σάκκουλας, 1981

Μανιτάκης Αντ., Η νομοθετική απαγόρευση της κλωνοποίησης και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή, σε Εταιρία Νομικών Βορείου Ελλάδος, Τεχνητή γονιμοποίηση και γενετική τεχνολογία, Η ηθικονομική διάσταση, Εκδ. Σάκκουλας, 2003

Μαντζούφας Π., Συνταγματική προστασία των δικαιωμάτων στην κοινωνία της διακινδύνευσης, Εκδ. Σάκκουλας, 2006

Μανωλεδάκης Ιωάννης , Ποινικό Δίκαιο, Γενική θεωρία, εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2004

Μανωλεδάκης Ιωάννης, "Η παιδική ηλικία ως αυτοτελές έννομο αγαθό στο Ποινικό Κώδικα", NoB, 1984

Μητροσύλη Μ., Δίκαιο της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, 2009

Μπαλτάς Σωτήριος, Η έναρξη της ζωής ως διαχρονικό πρόβλημα του ποινικού δικαίου: αμφισβήτηση της σημασίας της διάταξης της παιδοκτονίας (άρ. 303 ΠΚ) για τον προσδιορισμό της, παρατηρήσεις σε ΑΠ 1033/2016΄΄, ΠοινΔικ 4/2018

Μπαμπινιώτης Γ., «Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας», Εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1998

Μπέκας Γιάννης., Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, εκδ. Σάκκουλας, 2004

Μπέκας Γιάννης, Εγκλήματα κατά της ζωής και της υγείας, εκδ. Σάκκουλας, Δίκαιο & Οικονομία, 2002

Μπεσίλα-Μακρίδη Ε. Η συνταγματική προβληματική της άμβλωσης. Αντ. Ν. Σάκκουλας 1992

Ναλπαντίδου Σ./ Χατζής Α., Η θεωρία της ρύθμισης, σε Επιθεώρηση Διοικητικής Επιστήμης, 2010

Νικολαϊδης Κύπρος , Σούκα Αθηνά., Σκέντου Χαρά ,Εισαγωγή σε: Το Υπερηχογράφημα 11–13+6 εβδομάδων, , Fetal Medicine Foundation, London, 2004

Νικολαΐδης, Πέτρος, Ιατρική Γενετική, Εκδόσεις Ζεβελεκάκη, Αθήνα, 2019

Νικολόπουλος Π., Ζημιογόνος τεκνοποίηση (Wrongful birth) και προσβολή της προσωπικότητας των γονέων. «Ενοχικός» ατομοκεντρισμός ή οικογενειακός κοινοτισμός, ΕφΑΔ, 2011

Παναγοπούλου Κουτνατζή Φ, Η θεσμική διαδρομή της άμβλωσης, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2016

Πανάγος Θ., Κρατική παρέμβαση και ρυθμιστική διοίκηση, Εκδ. Σάκκουλας, Αθήνα, 2017

Πανούσης Γ., Εν αρχή ην ο φόβος; σε Το Βήμα του Ασκληπιού, 2003

Παιονίδης Φ., Υπέρ του Δέοντος, Εκδόσεις Εκκρεμές, 2007

Παπαδοπούλου Δώρα, Ειδικά Θέματα Βοηθητικής, ΣΕΑΒ, 2015

Παπαζήση Θεοφανώ, Αστική Ευθύνη και HIV/AIDS Νόσος, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη ,2003

Παπαρηγοπούλου Π., Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017

Παπαχρίστου, Α., Οικογενειακό δίκαιο και κοινωνική αλλαγή. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1975

Παπαχρήστου Θ., Βιδάλη Τ., Ιατρική δεοντολογία, εκδ Σάκκουλα, 2013

Παυλόπουλος Προκόπης, Συνταγματικές όψεις του δικαιώματος αναπαραγωγής, Δικαιώματα του Ανθρώπου, ΔτΑ Νο 23/2004

Παυλόπουλος Π. ΠτΔ, Η αξία του ανθρώπου ως θεμέλιο του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του Συντάγματος, Οι θεσμικές επιπτώσεις στο πεδίο της Βιοηθικής, άρθρο στο Αθηναϊκό Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων ,14-06-2019

Πολίτης Χ., Ιατρικό Δίκαιο, εκδ. Hartling 1999

Πολίτης Χ., Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας – Ερμηνεία – Σχόλια, έκδ. Π.Ι.Σ., Αθήνα, 2006

Πόρισμα Εθνικής Επιτροπή Βιοηθικής (Άρθρο 4 § 6 Ν. 3094/2003, Άρθρο 5 § 5 ΠΔ 273/1999) , Άρνηση αναισθησιολόγων του Γενικού Νοσοκομείου Σάμου να συμμετέχουν σε επεμβάσεις τεχνητής διακοπής κύησης, 2017, http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/1699-2017-06-30-07-22-38

Πόρισμα Εθνικής Επιτροπή Βιοηθικής, Σύσταση ή Συμμετοχή Μαιών-Μαιευτών σε τεχνική διακοπή της εγκυμοσύνης, http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/275-2013-10-09-07-06-28

Ράικος Αθ.., Συνταγματικό Δίκαιο- Θεμελιώδη δικαιώματα, Εκδ. Σάκκουλας Αντ., Αθήνα-Κομοτηνή, 2008

Ράικος Αθ. Παραδόσεις συνταγματικού Δικαίου, Τα θεμελιώδη δικαιώματα, ΙΙ, εκδ. γ΄, 1986

Ρήγος Ιωάννης, Μπάσιος Γεώργιος, Σαλαμαλέκης Γεώργιος, Βράντζα Τερέζα, Συριστατίδης Συνδυασμός τραυματισμού ενδομητρίου και της στρατηγικής κατάψυξης όλων των εμβρύων., Εφηβική Γυναικολογία-Αναπαραγωγή και Εμμηνόπαυση , 2017

Ρούσσος Κ., Ιατρική ευθύνη από μη διάγνωση λόγων ενδεδειγμένης διακοπής της κύησης (Σκέψεις με αφορμή την υπ' αριθμ. 10/2013 απόφαση του Αρείου Πάγου), ΧρΙΔ ΙΓ/2013

Σαλάκος και συν, Διακοπή κυήσεως με κολπική χρήση μισοπροστήλης 800MG σε εξωτερικούς ασθενείς στο ιατρείο οικογενειακού προγραμματισμού, Θέματα Μαιευτικής- Γυναικολογίας, 2007

Σαρειδάκης Ε.,Βιοηθική, Ηθικά προβλήματα των νέων βιοιατρικών τεχνολογιών ,εκδ. Παπαζήση, 2008

Σερελέα, *Γ.* ,Οι τάσεις της γονιμότητας του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο 1956-76 και οι δείκτες μετρήσεως της. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 1979

Σούρλας Παύλος, Μια εισαγωγή στην επιστήμη του δικαίου, Justi atque injusti scientia, εκδ. Σάκκουλας, 1995

Σούρλας Π, Θεμελιώδη ζητήματα της μεθοδολογίας του δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, 1986

Σπερδόκλη Έλλη , «Ιατρική ευθύνη στις περιπτώσεις “wrongful life” (με αφορμή την απόφαση Perruche)» , Το Βήμα Των Δικαιωμάτων Του Ανθρώπου , Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2008

Σταθόπουλος Μ., Αποζημίωση και προστασία της προσωπικότητας του ανάπηρου παιδιού, ΧρΙΔ Θ/2009

Σταμάτης Κ.,.Τάκης Α, Εισαγωγή στην επιστήμη του Δικαίου, , εκδ. Σάκκουλας, 2018

Σταμάτης Κ., Μεθοδολογία του Δικαίου, Η διάκριση ανάμεσα σε νομικό και πραγματικό ζήτημα, εκδ. Σάκκουλας,, 2016

Στέφος Θεόδωρος, Προγεννητικός Έλεγχος, Ελευθώ, 2002

Στυλιανού Α., Κανόνες και Κανονιστικότητα, Φουκώ και Κανγκιλέμ, Εκδ. Νέα Εστία, Αθήνα, 2011

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, Νομική Βιβλιοθήκη, 2006

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ελ., Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου, Εκδ. Σάκκουλας, 1984

Συμεωνίδου-Καστανίδου, Η απόφαση του Ομοσπονδιακού Δικαστηρίου της Γερμανίας της 28/05/1993, σχετικά με τη συνταγματικότητα της νομικής ρύθμισης για τη διακοπή της κύησης, Υπεράσπιση, 1993

Σφακιωτάκη Μ. - Σηφάκης Σ., «Γενετική Βάση Πρόωρου Τοκετού», Περιγεννητική Ιατρική & Νεογνολογία, 2012

Τσαούση- Χατζή Α., Το δικαίωμα στην άμβλωση στις ΗΠΑ,ΔτΑ,2005

Τραγάκη Αλεξάνδρα / Μπάγκαβος Χρήστος / Ντούνας Δημήτρης, Περί Δημογραφίας και Πληθυσμιακών Εξελίξεων, ΣΕΑΒ, 2015

Τροκάνας Θ. Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, Η ιδιωτική αυτονομία και τα όριά της, εκδ. Σάκκουλας, 2011

Τροκάνας Δ. Θεόδωρος, Μ./ Καιφάρη,Ε./ Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε./ Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ανθρώπινη Αναπαραγωγή, η ιδιωτική αυτονομία και τα όρια της, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2011

Τσίρου Δ., Ιατρική ευθύνη: αποζημίωση παιδιού που γεννήθηκε ανάπηρο λόγω του ιατρικού σφάλματος που εμπόδισε τη μητέρα να διακόψει την κύηση, Ελλ.Δικ ,2004

Υπουργείο Εσωτερικών,Γενική Γραμματεία Ισότητας των φύλων, «Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες» ,2013

Φίλιος Π., Φιλοσοφία του δικαίου, εκδ. Σάκκουλας, 2011

Φουντεδάκη Κ., Θέματα αστικής ιατρικής ευθύνης σε περίπτωση γέννησης ατόμου με σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία (wrongful life), Digesta, 2004

Φραγκουδάκη Ε. Η νομική μεταχείριση των εφαρμογών της βιογενετικής ιδίως από πλευράς ιδιωτικού δικαίου, Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2008

Χαραλαμπάκης Αρ., Ιατρική Ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές προεκτάσεις, Εκδ. Π.Ν. Σάκκουλα, 2016

Χριστακάκου-Φωτιάδη Καλλιόπη, Άμβλωση στις ανήλικες κυοφόρους και ιδιωτική αυτονομία,Χρονικά Αστικού Δικαίου ΙΖ/2017

Χρυσόγονος Κ., Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα, Εκδόσεις, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006

Χρυσοσπάθη Σ./ Γκαράνη-Παπαδάτου Τ., Ανθρώπινα Δικαιώματα, Υγεία και Νοσηλευτική, Νοσηλευτική, 2006

Ψαρούλης Δ./Βούλτσος Π, Ιατρικό Δίκαιο - Στοιχεία Βιοηθικής, Εκδ. Univercity Press, Αθήνα, 2010

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Abboud, J. Carolina, Webster v. Reproductive Health Services (1989), The Embryo Project Encyclopedia (https://embryo.asu.edu)

Abboud J. Carolina, Planned Parenthood v. Danforth (1976) στο *Embryo Project Encyclopedia,2017*

Abortion Statistics, England and Wales: 2013 https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health/series/abortion statistics-for-england-and-wales#statistical-data-sets

Abuhamad & Chaoui, First Trimester Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormalities, 1st Edition, Wolters Kluwer, 2018

Adams MS, Neel JV. Children of incest. Pediatrics, 1967

Adler Alma J./ Filippi Véronique/ Thomas Sara L./ Ronsmans Carine, Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: Magnitude in hospital-based studies and methodological issues", International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2012

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin, Invasive prenatal testing for aneuploidy. Obstet Gynecol., 2007

Altfeld S/ Handler A/Burton D/ Berman L, Wantedness of pregnancy and prenatal health behaviors. Women Health. , 1997

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 88, Invasive prenatal testing for aneuploidy. Obstet Gynecol., 2007

Amnesty International Ltd, She is not a criminal the impact of ireland's abortion law ,The protection of life during pregnancy act (pldpa) and accompanying guidance , 2015

Anand K.J.S. / Hickey P.R., Pain and its effects in the human neonate and fetus, special article, The New England journal of medicine, 1987

Arnott G / Sheehy /G, Chinthakanan O, and Foster A. M., Exploring Legal Restrictions, Regulatory Reform, and Geographic Disparities in Abortion Access in Thailand Health and Human Rights Journal, 2017

Appleton Susan Frelich, The Forgotten Family Law of Eisenstadt v. Baird, Yale Journal of Law and Feminism , 2016

Atrash H K , Cheek T G, Hogue C J, Legal Abortion Mortality and General Anesthesia, Am J Obstet Gynecol, 1988

Atukunda Esther C /Siedner Mark J., et al, Sublingual Misoprostol versus Intramuscular Oxytocin for Prevention of Postpartum Hemorrhage in Uganda: A Double-Blind Randomized Non-Inferiority Trial, 2014

Baertschi Bernard, The question of the embryo's moral status Bioethica Forum, 2008

Bahk Jinwook et al, Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC), BMC Pregnancy and Childbirth, 2015

Barmpouti, A., Eugenics and Induced Abortions in post-war Greece, Oxford Brookes University, 2015

Bakalianou K, Iatrakis G, et al, The side effects of the economic crisis on the number of abortions. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2012

Barmpouti, A ., Eugenics and Induced Abortions in post-war Greece, Acta hist. med. stom. Pharm. med. vet., 2015

Berer Marge, Abortion Law and Policy Around the World in Search of Decriminalization, Health Hum Rights, 2017

Beller Fritz K, When does human life begin? International Federation of Gynecology and Obstetrics, Int J Gynecol Obstet, 1991

Beller Fritz K. / Zlatnik Gail P., The beginning of human life, Journal of Assisted Reproduction and Genetics , 1995

Berry SM/ Stone J/ Norton ME/ Johnson D/ Berghella V, Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM),. Fetal blood sampling. Am J Obstet Gynecol., 2013

Bessel A. van der Kolk /Rita Fisler, Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study, Journal of Traumatic Stress, 1995

Bissati El et al., Emerging Microbes & Infections Global initiative for congenital toxoplasmosis: an observational and international comparative clinical analysis, 2018

Blake Márcia de Toledo, Drezett Jefferson et all, Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape, International Archives of Medicine Section: Global Health & Health Policy, 2015

Bridges Khiara M. When pregnancy is an injury: rape, law, and culture, Stanford law review, 2013

Botsch Elisabeth, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs, The Policy on Gender Equality in Germany, European Parliament,2015

Bourdieu P., Η δύναμη του δικαίου: στοιχεία για μια κοινωνιολογία του νομικού πεδίου, μεταφρ. Παναγιωτόπουλος Ν / Δημητρακόπουλος Μ., Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών , 1989, https://ejournals.epublishing.ekt.gr

Brown Sarah S. / Eisenberg Leon, The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families Committee on Unintended Pregnancy, Institute of Medicine,1995

Brown HL/ Small MJ. Approaches to reduction of maternal mortality in resource-limited settings. UpToDate , 2016

Bull. Civ., No 9 - της Ολομέλειας του γαλλικού Αρείου Πάγου, ΕλλΔνη 45 ,2004

Cameron S, Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion, 2018

Carbonell JL/ Garcia R, Gonzalez A/ Breto A/ Sanchez C. Mifepristone 5 mg versus 10 mg for emergency contraception: double-blind randomized clinical trial. Int J Womens Health, 2015

Carbonell Esteve et al, Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical priming in first trimester abortion: a randomized trial, Contraception, 2006

Calhoun B. The Maternal Mortality Myth in the Context of Legalized Abortion. Linacre Q, 2013

Carroll PS. Resolving Post-Abortion Health Issues Using Available Statistical Data. Linacre Q 2012

Cates Willard, Jr. Grimes David A. et al The Public Health Impact of Legal Abortion: 30 Years Later, American Journal of Preventive Medicine, 2000

CDC, 2013 Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance-United States, 2010.” Morbidity and Mortality Weekly Report, 2013

Chavkin W/ Swerdlow L/ Fifield J.στο Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study. Health Hum Rights, 2017

Chiassoni Pierluigi, Kelsen on Natural Law theory, Sorting out Natural Law from Positive Law, Revus Journal for Constitutional Theory and Philosophy of Law, 2014

Christophorou L, Emerging Dynamics: Science, Energy, Society and Values, Εκδ. Springer, 2018

Christianson RE/ Van den Berg BJ/ Milkovich I./Oechsli FW. Incidence of congenital anomalies among white and black líve births with long-term followup. Am J Public Health, 1981

Cicero S/ Bindra R/ Rembouskos G/ Spencer K/ Nicolaides KH, Integrated ultrasound and biochemical screening for trisomy 21 at 11 to 14 weeks. Prenat Diagn , 2003

Cleland K/ Peipert JF/ Westhoff C/ Spear S/ Trussell J. Family planning as a cost-saving preventive health service. N Engl J Med. 2011

Colthart G, (2009) Abortion law, House of Commons, SN/SES/4309. (Science and Environment Section) A brief outline of the law regulating abortion in the UK. A list of Bills related to abortion is provided in Standard Note PC/03657 and abortion statistics can be found in Standard Note SG/4418.

Cohen, Regulating intimacy, a new legal paradigm, Εκδ. Princeton University Press,, 2004

Connor E M / Sperling R S/ Gelber R/ Kiselev P/ Scott G/ O'Sullivan M J/ VanDyke R,/ Bey M, et al., Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 With Zidovudine Treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group, N Engl J Med, 1994

Cook Michael UK report on prenatal testing calls for ban on sex disclosure, Bioenge,04/03/2017

Grimes David A. / Brandon Linda G., Every Third Woman in America: How Legal Abortion Transformed Our Nation,Daymark, North Carolina, 2014

Daffos Fernand/ Capella-Pavlovsky Martine/ Forestier François, Fetal blood sampling via the umbilical cord using a needle guided by ultrasound report of 66 cases, Prenatal Diagnosis, 1983

Dally Ann, Thalidomide: was the tragedy preventable? Lancet, 1998

Daulaire N et al., Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World, Washington, DC: Global Health Council, 2002

David H and Wright N, Abortion Legislation: The Romanian Experience, Studies in Family Planning, 1971

De Zordo, Silvia. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2016

Deligeoroglou E./ Christopoulos P./Creatsas G., Pregnancy and abortion in greek adolescent gynecologic clinics., Akush Ginekol (Sofiia), 2004

Delvaux Thérèse / Nöstlinger Christiana ,Reproductive Choice for Women and Men Living With HIV: Contraception, Abortion and Fertility, Reprod Health Matters, 2007

Dettmeyer Reinhard/ Lang Juliane/Axt-Fliedner Roland/ Birngruber Christoph/ Tinneberg Hans-Rudolf, Degenhardt Jan,Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code – Real-life Data from the "Gießen Model", Geburtshilfe Frauenheilkd, 2017

Deutscher Ethikrat, Preimplantation genetic diagnosis, opinion, Published by the German Ethics Council, 2011

Dimoula Y/ Iordani M / Konstantinou M / Kamenidou D / Zirilios K / Katsaouni M/ Galiatsatos G / Tsamoudaki S / Kabisiouli E, Attitudes towards abortion, Health Science Journal, 2007

Diniz Debora, Medeiros Marcelo, Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras, Ciência & saúde coletiva, (Διαδρομές και μέθοδοι παράνομης έκτρωσης σε πέντε πρωτεύουσες της Βραζιλίας), 2012
.

Dooley, D., Dalla-Vorgia, P., Garanis-Papadatos, T., McCarthy, J., The ethics of new reproductive technologies, Cases and Questions, Hb Published, 2002

Dowben Carla, Heartwell Stephen F, Legal Implications of Sterilization of the Mentally Retarded, Am J Dis Child. , 1979

Downs Karen M. Controversies in Science, Embryological Origins of the Human Individual DNA and cell biology ,2008 Liebert Mary Ann, Inc.

Dworkin G., Paternalism, The Monist, 1972

Dworkin Ronald, Η Επικράτεια της ζωής, αμβλώσεις, ευθανασία και ατομική ελευθερία, επιμ Σούρλας Π. εκδ. Αρσενίδη ,2013

Duprat D., Le Biodroit, un phénomène global sans principe unifivateur ? JIB, 2004

Ellsberg Mary / Jansen Henrica et al, WHO Multi- Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team, Intimate Partner Violence and Women's Physical and Mental Health in the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence: An Observational Study, Lancet, 2008

Emerton Robyn/ Adams Kirstine/Byrnes Andrew/ Connors Jane, International Women's Rights Cases, εκδ. Routledge, 2016

Faúndes A.' et al, The Closer You Are, the Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy, Reprod Health Matters, 2004

Faúndes A/ Barzelatto J, El drama del aborto : en busca d'un consenso, Buenos Aires, Paidós, 2011

Fernandez Maria M./ Coeytaux Francine /Gomez Ponce de Leon Rodolfo/ Harrison Denise L./ Assessing the global availability of misoprostol, International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2009

Findlay JK/Gear ML/ Illingworth PJ/ Junk SM/ Kay G/ Mackerras AH/Pope A,/Rothenfluh HS/ Wilton L./ Human embryo: a biological definition Hum Reprod., 2007

Finer L, Fine J, Abortion Law Around the World: Progress and Pushback, Am J Public Health, 2013

Fiol Verónica et al, The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2016

Flower M, Neuromaturation of human fetus, Journal of medicine and philosophy, Med Philos, 1985

Fowlie A. Termination of pregnancy. In: Arulkumaran S, Symonds IM, Fowlie A (eds). Oxford Hand book of Obstetrics and Gynaecology. Oxford, Oxford University Press ,2004

Freeman et al, Law and Global Health, Current Legal Issues, , Oxford University Press, 2014

Friedman JM. Legal implications of amniocentesis. Univ PA Law Rev., 1974

Ganatra Bela / Gerdts Caitlin/ Rossier Clémentine, et al., "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model", The Lancet, 2017

Ganatra Bela /Tunçalp Özge / Bart Johnston Heidi, et al., , "From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion", Bulletin of the World Health Organization, 2014

Geister Krista A. / Camper Sally A., Advances in Skeletal Dysplasia Genetics, Annual Review of Genomics and Human Genetics, 2015

Gelaye et al.: Magnitude and risk factors of abortion among regular female students in Wolaita Sodo University, Ethiopia. BMC Women's Health 2014

Gipson Jessica D/ Hirz Alanna E/ Avila Josephine L , Perceptions and Practices of Illegal Abortion Among Urban Young Adults in the Philippines: A Qualitative Study, Stud Fam Plann, 2011

Gold Rachel Benson, Legal Status of Abortion Throughout American History σε Lessons from Before Roe: Will Past be Prologue? The Guttmacher Report on Public Policy 2003

Goldberg Deborah L., Developments in German Abortion Law: A U.S. Perspective, Ucla Women's Law Journal , 1995

Goldenring John M, The brain-life theory: towards a consistent biological definition of humanness, Journal ofmedical ethics, 1985

Goldberg M S, Four Countries Liberalize Abortion Laws, Plan Parent Rev , 1984

Gomperts RJ/ Jelinska K/ Davies S/ Gemzell-Danielsson K/ Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. BJOG. 2008

Gorby John /Jonas Robert , West German Abortion Decision: A Contrast to Roe v. Wade: Preface,The John Marshall Journal of Practice and Procedure ,1976

Greek Ray, Shanks Niall, Rice Mark J., The Journal of Philosophy, Science & Law, 2011

Guilbert et al, First-trimester medical abortion practices in Canada, Can Fam Physician, 2016

Guillaume Agnès / Rossier Clémentine, Abortion Around the World. An Overview of Legislation, Measures, Trends, and Consequences, Translated by Paul Reeve, 2018

Haaland MES, Haukanes H, Zulu, JM, Moland KM, Michelo C, Munakampe MN, Blystad A, Shaping the abortion policy - competing discourses on the Zambian termination of pregnancy act, Int J Equity Health. 2019

Harris S , et al, Screening for fetal chromosomal and subchromosomal disorders, Semin Fetal Neonatal Med. 2018 .

Harper Peter S, A Short History of Medical Genetics, Oxford University Press , 2008

Harting Donald, Abortion Techniques and Services: A Review And Critique, A.J.P.H., 1971

Heath David S., The Review Psychiatry and Abortion, Canadia.N Psychiatric Association Journal, 1971

Hellsten, S. K. «The meaning of life» during a transition from modernity to transhumanism and posthumanity. Journal of Anthropology, 2012

Hendriks, Manya J, At the Beginning and the End: End of Life Decision-Making for Extremely Preterm Infants, University of Zurich, 2017

Henk A. /Michèle S. Jean, The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights Background, principles and application, Published by the United Nations Educational, 2009

Henshaw SK/ Morrow E., Induced abortion. A world reviews. Fam Plann Perspect ,1990

Henshaw SK/ O'Reilly K, Characteristics of abortion patients in the United States, 1979 and 1980. Fam Plann Perspect. , 1983

Hervey T, Sheldon S. Abortion by telemedicine in Northern Ireland: patient and professional rights to free movement across borders. Northern Ireland Law Quarterly , 2017

Hicks Stephen C., The Right to Life in Law: The Embryo and Fetus, the Body and Soul, the Family and Society, Florida state university law review, 1992

Hill M/ Barrett A/ Choolani M/ Lewis C/ Fisher J/ Chitty LS. Has noninvasive prenatal testing impacted termination of pregnancy and live birth rates of infants with Down syndrome? Prenat Diagn., 2017

Hoffman et al, Williams Gynecology, Second Edition, The McGraw-Hill Companies, 2012

Humphrey Tryphena, Function of the Nervous System During Prenatal Life , U. Stave (ed.), Perinatal Physiology 1978

Imamura M/ Tucker J/ Hannaford P/ Silva MO/Astin /Wyness L / Bloemenkamp KWM/ Jahn A/Karro H/ Olsen J, Temmerman M. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. Eur J Pub Health, 2007

Ioannidi-Kapolou Elizabeth, Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review, Reproductive Health Matters, 2004

Jacobson, Jodi L. The Global Politics of Abortion. Worldwatch Paper 97. Worldwatch Inst., Washington, D.C., 1990

Jatlaoui TC/ Ewing A/ Mandel MG et al. Abortion Surveillance — United States, 2013. MMWR Surveill Summaries, 2016

Jones Gareth στο Brain birth and personal identity, Journal of Medical Ethics, 1989

Joyce T/ Kaestner R/ Korenman S. στο The effect of pregnancy intention on child development. Demography ,2000

Kacprzak M/Chrzanowska M/ Skoczylas B /Moczulska H /Borowiec M / Sieroszewski P/ Genetic causes of recurrent miscarriages, Ginekologia Polska ,2016

Kalter H/ Warkany J, Medical progress. Congenital malformations: etiologic factors and their role ίη prevention (fırst of two parts). N Engl J Med, 1993

Kanavakis E,/ Traeger-Synodinos J,/ Vrettou C/, Maragoudaki E,/ Tzetis M, /Kattamis C. Prenatal diagnosis of the thalassaemia syndromes by rapid DNA analytical methods., Molecular Human Reproduction**,** 1997

Kassebaum N. J/ Bertozzi-Villa A/ Coggeshall M. S., et al. "Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013" Lancet. 2014

Kaunitz AM,/ Rovira EZ,/ Grimes DA,/ Schulz KF., Abortions that fail, Obstet Gynecol. ,1985

Kendall Tamil/ Albert Claire, Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America, J int AIDS Soc, 2015

Klouwer Femke C. , Berendse Kevin , Ferdinandusse Sacha , Wanders Ronald J. A. , Engelen Marc , Tien Bwee , Zellweger spectrum disorders: clinical overview and management approach Orphanet Journal of Rare Diseases, 2015

Konkel Lindsey, The Brain before Birth: Using fMRI to Explore the Secrets of Fetal Neurodevelopment, Environmental Health Perspectives, 2018

Kost K/ Landry DJ/ Darroch JE, The effects of pregnancy planning status on birth outcomes and infant care, Family Planning Perspectives, 1998

Kost K/ Landry DJ/ Darroch JE, Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter? Fam Plann Perspect., 1998

Kourtis AP, Ellington S, Pazol K, Flowers L, Haddad L, Jamieson DJ. Complications of cesarean deliveries among HIV-infected women in the United States. AIDS. 2014 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/25574961.

Kumar A/, Hessini L/Mitchell E, 'Conceptualising abortion stigma', culture, health & sexuality, 2009

Kurjak A. et al, The ethical concept of the fetus as a patient and the beginning of human life, Periodicum Biologorum, 2009

Lathrop Anthony, Pregnancy Resulting from Rape, Jogn n principles & practice, 1998

Lawson HW et al., Abortion mortality, United States, 1972 through 1987, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1994

Lee S. /Ralston H. /Drey E. /Colin P. /Rosen M., Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence, JAMA, 2005

Letterie Gerard / Fox William, Legal aspects of involuntary sterilization in Fertility and Sterility by Wallach Edward E. , Elsevier ,1990

Levy B,/ Stosic M,Traditional Prenatal Diagnosis: Past to Present. Methods Mol Biol, 2019

Lewit S, D & E Midtrimester Abortion: A Medical Innovation, Women Health, 1982

Löwy I. Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2017

Macfarlane A / Greenhalgh T, Sodium valproate in pregnancy: what are the risks and should we use a shared decision-making approach? BMC Pregnancy Childbirth, 2018

Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. Lancet, 1987

Macherey Pierre «από τον Κανγκιλεμ στον Φουκώ, Η δύναμη των κανόνων», μετάφραση: Μπέτζελος Τάσος, Πλεθρον, 2010.

Mackenzie & Yeo, Pregnancy interruption using mifepristone (RU-486). A new choice for women in the USA. J Nurse Midwifery, 1997.

Macklin, Ethics and global health, research, policy and practice, Oxford University Press, 2014
Marmo, Andrei, "The Pure Theory of Law", The Stanford Encyclopedia of Philosophy εκδ. Spring ,2016

Mavroforou Anna , Koumantakis Evgenios, Michalodimitrakis Emmanuel,Do Men Have Rights in Abortion? The Greek View, Med Law, 2010

Mehlan, K. H. Legal abortions in Romania. Journal of Sex Research, 1965.

Millard Colin/ Brhlikova Petra/ Pollock Allyson, 'social networks and health policy: the case of misoprostol and the who model essential medicine list', social science & medicine, 2015.

Mittal S, Sehgal R, Aggarwal S, et al: Cervical priming with misoprostol before manual vacuum aspiration versus electric vacuum aspiration for first-trimester surgical abortion. Int J Gynaecol Obstet ,2011.

Moazzam et all, 2017, A study protocol for facility assessment and follow-up evaluations of the barriers to access, availability, utilization and readiness of contraception, abortion and postabortion services in Zika affected area, Reprod Health, 2017.

Moura Bessa Maria Misrelma/ Drezett Jefferson et al, στο Characterization of Adolescent Pregnancy and Legal Abortion in Situations Involving Incest or Sexual Violence by an Unknown Aggressor, Medicina (Kaunas), Medicina (Kaunas) , 2019.

Nalbandian G, Notes on juripsrudence, Early Legal Positivism: Bentham & Austin Elise , Mizan Law Rev,2008.

Naziri D, The Triviality of Abortion in Greece, Plan Parent Eur, 1991.

Naziri Despina, Le recours répétitif à l'avortement en Grèce : comportement « marginal » ou étape du devenir-femme ? In: Sciences sociales et santé, 1990.

Numhauser-Henning Ann, Policy Department C: Citizens' Rights and Constitutional Affairs , The Policy on Gender Equality in Sweden, European Parliament, 2015.

Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC), Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, up-to-date guideline 2020, https://aidsinfo.nih.gov/guidelines

Oates John, / Wood Clare & Grayson Andrew, Psychological Development and Early Childhood, Blackwell, 2005.

Oats & Abraham, Llewellyn-Jones, Fundamentals of Obstetrics and Gynecology, Elsevier Mosby, 2005,8th Edition.

Pazol K, Creanga AA, Burley KD, et al: Abortion surveillance–United States, 2011

Pakseresht Sedigheh / Rasekh Pegah / Leili Ehsan Kazemnejad, Physical Health and Maternal-Fetal Attachment among Women: Planned Versus Unplanned Pregnancy, International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences , 2018

Palomaki GE, Lambert-Messerlian GM, Haddow JE. Ανίχνευση DNA χωρίς ορό έναντι κυττάρων. Am J Obstet Gynecol, 2016

Paul et al, Unintended pregnancy and abortion in the USA: Epidemiology and public health impact, 2009

Parliamentary Assembly, Access to safe and legal abortion in Europe- Resolution 1607 (2008),Origin - Assembly debate on 16 April 2008 (15th Sitting) (see Doc. 11537 rev., report of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men, rapporteur: Mrs Gisela Wurm; and Doc. 11576, opinion of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mrs Christine Mc Cafferty. , 2008 (15th Sitting).

Pergament Deborah / Ilijic Katie, The Legal Past, Present and Future of Prenatal Genetic Testing: Professional Liability and Other Legal Challenges Affecting Patient Access to Services, J. Clin. Med, 2014

Phillips. S. /Swift, S. Therapeutic abortion counseling and provision: Are Canadian family physicians opting out? ,Can Fam Physician, 2016

Pierson & Bloomer, Macro- and Micro-Political Vernaculizations of Rights: Human Rights and Abortion Discourses in Northern Ireland, Health and Human Rights Journal, June 2017

Polifka Janine E. and J.M. Friedman, Medical genetics: 1. Clinical teratology in the age of genomics, CMAJ, 2002

Popinchalk A/ Sedgh G, Trends in the method and gestational age of abortion in high-income countries, BMJ Sex Reprod Health, 2019

Prusa A. / Kasper David C/ Sawers L, Walter E/ Hayde Michael/ Stillwaggon E, Congenital toxoplasmosis in Austria: Prenatal screening for prevention is cost-saving, 2017

Puppinck, Gregor, Abortion and the European Convention on Human Rights, Irish Journal of Legal Studies, 2013

Raghavan Sheila/ Abbas Dina/ Winikoff Beverly, 'Misoprostol for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: What do we know? What is next?', International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2012.

Rachel K. Jones / Jerman Jenna , Abortion Incidence and Service Availability in the United States,' 2011, Perspectives on Sexual and Reproductive Health , 2014

Rashid, Sabina Faiz, Quality of care and pregnancy terminations for adolescent women in urban slums, Bangladesh, in Whittaker Andrea (ed.), Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics, New York, Berghahn Books, 2010

Raul Artal-Mittelmark ,Conception and Prenatal Development , Merck manual Professional Version, 2019

Raymond EG, Grossman D, Weaver MA, et al.: Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States.*Contraception*, 2014

Reagan, Leslie J. When Abortion Was a Crime, Women, Medicine, and Law in the United States, 1867-1973, University of California Press, 1997

Rosano A, Botto LO, Botting B, Mastroiacovo P. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: an international perspective. J Epidemiol Community Health ,2000

Rosenfield Allan, The Difficult Issue of Second-Trimester Abortion, N Engl J Med ,1994

Rocca CH, Schwarz EB, Stewart FH, Darney PD, Raine TR, Harper CC. Beyond access: Acceptability, use, and nonuse of emergency contraception among young women. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2007

Rudan I/ Rudan D. et al, Inbreeding and risk of late onset complex disease, J Med Genet 2003

Roukas K. Sexual intercourse and induced abortions of students in Athens. Athens: Laboratory of hygiene and epidemiology, University of Athens; 1979

Royal College of Surgeons in Ireland, *A review of abortion in Ireland,* Student Medical Journal, 2011

Salakos N, Kountouris A, Botsis D, Rizos D, Gregoriou O, Detsis G, Creatsas G. First-trimester pregnancy termination with 800 microg of vaginal misoprostol every 12 h. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2005

Sankalp Jain, Importance of Judicial Law Making: Perspectives of Bentham & Austin ,2013 SSRN: https://ssrn.com/abstract=2371697 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2371697

Satterfield-Nash A, et al, Health and Development at Age 19–24 Months of 19 Children Who Were Born with Microcephaly and Laboratory Evidence of Congenital Zika Virus Infection During the 2015 Zika Virus Outbreak, Brazil, 2017

Schattman GL, Xu K. Preimplantation genetic testing. UpToDate 2018

Scott R. 'Risks, Reasons, and Rights: The European Convention on Human Rights and English Abortion Law' Med L Rev,2015

Sedgh, S. Singh, and R, Hussain, "Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends," Studies in Family Planning ,2014.

Seyed Mohammad Azin/ Maede Sadat Kia, PGD Vs. Abortion: A Deep View on "Authority" and "Necessity" in Cases of Predictable Fetal Abnormality, Advanced Techniques in Biology & Medicine,2018

Shaha Iqbal/ Åhmana Elisabeth/ Ortaylib Nuriye, Access to Safe Abortion: Progress and Challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), 2014.

Sheldon S.στο The Decriminalisation of Abortion: An Argument for Modernisation, Oxford Journal of Legal Studies, 2016.

Shui Lam Mak Annisa and Kwok Yin Leung, Prenatal ultrasonography of craniofacial abnormalities, Ultrasonography, 2019

Singh et al, Abortion worldwide, Uneven progress and unequal access, Guttmacher Institute, 2018

Smidt-Jensen S/ Hahnemann N/ Jensen PKA, et al: Experience with find needle biopsy in the first trimester-an alternative to amniocentesis. Clin Genet, 1984

Snyder PJ. Management of lactotroph adenoma (prolactinoma) during pregnancy. UpToDate 2018

Steinbock Bonnie, The Oxford Handbook Of Bioethics,(Jennings Bruce, chapter 3,Autonomy and the Success of Bioethics), εκδ. Oxford University Press Inc., New York ,2007

Stillwaggon Eileen et al, Maternal Serologic Screening to Prevent Congenital Toxoplasmosis: A Decision-Analytic Economic Model, 2011

Studdiford William Emery, The Common Medical Indications for Therapeutic Abortion, Bull N Y Acad Med. 1950

Telman Jeremy, Abortion and women's legal personhood in Germany: a contribution to the feminist theory of the state, 1998

Temmerman M/ Foster LB/ Hannaford P/ Cattaneo A/ Olsen J, Bloemenkamp KWM, Jahn A, Silva MO. Reproductive health indicators in the European Union: The PROROSTAT project. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol , 2006

Templeton A, Grimes D: A request or abortion. N Engl J Med, 2011

Tsakiridis Ioannis ISUOG guidelines, Ultrasound Obstet Gynecol , Published by John Wiley & Sons Ltd. 2019 https://www.isuog.org/uploads/assets/uploaded

Tsakiridis I., Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T., Trends in Induced Abortions in Greece: A Cross-sectional Study, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2020

Torres A, Forrest JD.Why do women have abortions? Fam Plann Perspect. 1988

Uludag S/ Aydin Y/ Ibrahimova F, Madazli R/ Sen C./ Comparison of complications in second trimester amniocentesis performed with 20G, 21G and 22G needles. J Perinat Med 2010

United Nations, Universal Declaration of Human Rights, 1948 http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk

United Nations Human Rights, United Nations, Abortion Policies and Reproductive Health around the World, 2014, ST/ESA/SER.A/343, United Nations Publication Sales NO. E.14.XIV.5 ISBN 978-92-1-154206-6

Valaoras GV, /Polychronopoulou A/ Trichopoulos D, Control of family size in Greece: the results of a field survey. Population Studies, 1965

Van Eerden L, et al Subsequent pregnancy outcome after mid-trimester termination of pregnancy for preeclampsia. Aust NZJ Obstet Gynaecol., 2018

Vekemans Marcel / Upeka de Silva, HIV-Positive women and their right to choose, σε Lazdane Gunta, Abortion In Europe, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health ,2005

Verhagen, E./ Janvier A., How Babies Die and Why this is Important to Clinicians, Researchers and Parents. Ethical Dilemma's for Critically Ill Babies. E. Springer , 2016

Weiner H. Merle ,Roe v Wade Case (ΗΠΑ), Oxford University Press, 2015

Weiss M. Louis. et al/ International Journal for Parasitology, 2009

Weström L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialised countries, American journal of Obstetrics and Gynecology, 1980

WHAA-Ch 6 Maternal Mortality-revisedjune06.br2.rtf The de Veber Institute for Bioethics and Social Research , 2009
Wiebe ER. Use of telemedicine for providing medical abortion. Int Jo Gynecol Obstet. 2014

Workicho A/ Belachew T et al, Adolescent pregnancy and linear growth of infants: a birth cohort study in rural Ethiopia, Nutrition Journal, 2019

World Health Organization, Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality 4η εκδ.2000.

World Health Organization, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2η εκδ. Geneva, 2013

Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment, Geneva, WHO, 1995

World Health Organization, Post – abortion family planning: a practical guide for program managers, WHO 1997

Yousuf S /Akhter N/ Arzoo S, Ferdous B.,Efficacy and Safety of Intravaginal Misoprostol for Mid-trimester Medical Termination of Pregnancy**,** Mymensingh Med J. 2018

Υποθέσεις

Τρ.Πλημ.Αθ. 1963/2013 ΠοινΧρ 2013 και Τρ. Πλημ. Θεσ. 2089/ 2000

Τρ.Πλημ.Καλαμ 1270/2015

Συμβ.Πλημ.Ροδ. 132/2007

Vo κατά Γαλλίας, 8.7.2004,

Tysiac κατά Πολωνίας, 20.3.2007

X κατά Νορβηγίας, 19.5.1992.

X vs Govt Of Nct Of Delhi & Anr on 6 December, 2013, Delhi High Court

Υπόθεση 496, Griswold v Connecticut, 381 u. S. 479 (1965) πληροφορίες στην αγγλική από την επίσημη ιστοσελίδα της Επιτροπής Βιοηθικής, προσπελάστηκε Οκτώβριος 2018

Υπόθεση Gonzales v Carhart, 2007, πληροφορίες στην αγγλική από την επίσημη ιστοσελίδα της Επιτροπής Βιοηθικής, προσπελάστηκε Οκτώβριος 2018

United States Supreme Court, Roe v. Wade(1973), No 70-18, 22-01-1973

ΕΔΔΑ, D κατά Ιρλανδίας, 28.6.2006, αρ. προσφυγής 26499/02

ΕΔΔΑ, R.R. κατά Πολωνίας, 26.5.2011, αρ. προσφυγής 27617/04

ΕΔΔΑ, Tysiac κατά Πολωνίας, 20.3.2007, αρ. προσφυγής 5410/03

Ν. 821/1978 ΦΕΚ Α 173-14.10.1978

Ν. 1036/1980, ΦΕΚ 66.Α' /21-3-1980

Ν. 1609/1986ΦΕΚ 86/ Α/3.7.1986

Ν. 2619/1998, ΦΕΚ Α'132, Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική

Ν. 4619/2019 ΦΕΚ 95/Α/11-6-2019

Αποφ.1845/2006, Αρείου Πάγου, Ποινική Δικαιοσύνη 2007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΝΟΜΟΣ 1609/1986 (ΦΕΚ Α΄ 86)

ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 1

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

2. Με υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των άλλων συναρμόδιων υπουργών ρυθμίζονται τα θέματα, που αφορούν:

α) την ενημέρωση για την απόκτηση επιθυμητών παιδιών και την αποφυγή ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με επιστημονικώς κατάλληλα μέσα καθώς και για τις συνέπειες της διακοπής της εγκυμοσύνης.

β) την περίθαλψη της γυναίκας σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τις προδιαγραφές λειτουργίας των μονάδων αυτών, το χρόνο αποχής της γυναίκας από την εργασία και ό,τι άλλο απαιτείται για την αποκατάσταση και προστασία της υγείας της και

γ) τον τρόπο της προγεννητικής διάγνωσης στην περίπτωση β' της παραγράφου 4 του άρθρου 304 του Ποινικού Κώδικα.

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

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 τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα - γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία 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 τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

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

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 Π.Κ. τροποποιούνται ως εξής: "Τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης

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

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

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

3. Έγκυος που διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ένα έτος".

Άρθρο 4. Στον Ποινικό Κώδικα προστίθεται το ακόλουθο άρθρο με αριθμό 304 Α. "Άρθρο 304 Α Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού Όποιος επενεργεί παράνομα στην έγκυο με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας τιμωρείται κατά τις διατάξεις του άρθρου 310".

Άρθρο 5. Το άρθρο 305 του Ποινικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής: "Άρθρο 305 Διαφήμιση μέσων τεχνητής διακοπής της εγκυμοσύνης

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

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Ποινικός Κώδικας

11 Ιουνίου 2019 ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ Αρ. Φύλλου 95

(Νόμος 4619/2019)

Κύρωση του Ποινικού Κώδικα

ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΓΚΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

II. ΠΡΟΣΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Άρθρο 304

Διακοπή της κύησης

1. Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την κύησή της τιμωρείται με κάθειρξη έως δέκα έτη.

2. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου ή των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα ή επιμέλειά της αν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή και αν ενεργεί κατ' επάγγελμα, με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών και χρηματική ποινή. Με την ίδια ποινή, μειωμένη κατά το μέτρο του άρθρου 83, τιμωρείται και όποιος προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα για τη διακοπή της εγκυμοσύνης της, εφόσον έγινε τουλάχιστον απόπειρα αυτής.

3. Έγκυος που μετά την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της κύησης διακόπτει την εγκυμοσύνη της ή επιτρέπει σε άλλον να την διακόψει τιμωρείται με φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή.

4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται από την έγκυο ή με τη συναίνεση των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 από γιατρό μαιευτήρα γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις:

α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης.

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

γ) Έχουν διαπιστωθεί, με τα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της σωματικής ή ψυχικής υγείας της. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται σχετική βεβαίωση και του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

5. Με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο, προκαλεί με αμέλεια διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του νεογνού.

Άρθρο 304Α

Σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού

1. Όποιος βιαιοπραγεί σε βάρος εγκύου ή της χορηγεί φάρμακα ή άλλες ουσίες, με αποτέλεσμα να προκληθεί βαριά βλάβη στο έμβρυο ή να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους. Επιβάλλεται φυλάκιση έως ένα έτος ή χρηματική ποινή αν ο υπαίτιος έχει αμέλεια ως προς το αποτέλεσμα αυτό της πράξης του.

2. Με φυλάκιση έως δύο έτη ή χρηματική ποινή τιμωρείται όποιος κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την εικοστή εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον εξωτερικό κόσμο προκαλεί από αμέλειά του βαριά βλάβη στο έμβρυο ή γίνεται υπαίτιος στο να εμφανίσει το νεογνό βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιάς του. Άρθρο 305 (Καταργείται)

Κώδικας ιατρικής Δεοντολογίας Ν.3418/2005

(ΦΕΚ Α΄287/28.11.2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο 31

Τεχνητή διακοπή κύησης

1.Ο ιατρός μπορεί να επικαλεσθεί τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησής του και να αρνηθεί να εφαρμόσει ή να συμπράξει στη διαδικασία τεχνητής διακοπής της κύησης,εκτός εάν υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της υγείας της. Στην περίπτωση αυτή,απαιτείται σύμφωνη και αιτιολογημένη γνώμη του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

2.Ο ιατρός οφείλει να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στην διακοπή της κύησης.