



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**«Άμβλωση: οι απόψεις, οι θέσεις, οι στάσεις και οι επιπτώσεις για την άμβλωση. Ο ρόλος της μαίας».**



**Φοιτήτρια: ΣΟΦΙΑ ΒΑΛΟΔΗΜΟΥ**

**A.M: MA01369**

**Εισηγήτρια: ΕΛΠΙΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ**

**ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ 2022**

# **THESIS**

**“Abortion: views, positions, effects and attitudes about abortion. The role of the Midwife”.**



**STUDENT: SOFIA VALODIMOU**

**RN: MA01369**

**PTOLEMAIDA 2022**

## Δήλωση περί μη λογοκλοπής

Δηλώνω ότι είμαι ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας με τίτλο «**Άμβλωση: οι απόψεις, οι θέσεις και οι στάσεις για την άμβλωση, και ο ρόλος της Μαίας**». που συντάχθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και παραδόθηκε το μήνα Μάιο. Η αναφερόμενη εργασία δεν αποτελεί αντιγραφή ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται σαφώς στη βιβλιογραφία και στο κείμενο ενώ κάθε εξωτερική βοήθεια, αν υπήρξε, αναγνωρίζεται ρητά

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

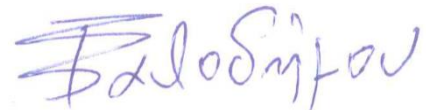
ΑΜ

Υπογραφή:

ΣΟΦΙΑ ΒΑΛΟΔΗΜΟΥ

ΜΑ01369

Ημερομηνία: 04/05/2022



## Περιεχόμενα

|  |    |
|--|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....   | 5  |
| ABSTRACT .....   | 7  |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....   | 8  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ .....   | 10 |
| 1.1 Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας της γυναίκας .....  | 10 |
| 1.2 Η έννοια της σεξουαλικής υγείας.....   | 12 |
| 1.3 Επισκόπηση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών .....  | 13 |
| 2.4 Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο .....  | 15 |
| 1.5 Εμπόδια στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες ενημέρωσης της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής των γυναικών ..... | 16 |
| 1.6 Το βάρος της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών διεθνώς ....                                     | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ.....   | 21 |
| 2.1 Αίγυπτος.....  | 21 |
| 2.2 Αρχαία Ελλάδα .....  | 21 |
| 2.3 Αρχαία Ρώμη.....   | 22 |
| 2.4 Σε άλλους λαούς.....   | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΜΒΛΩΣΗ .....  | 24 |
| 3.1 Ορισμός της άμβλωσης.....  | 24 |
| 3.2 Αιτίες της άμβλωσης.....   | 24 |
| 3.3 Ιατρικοί λόγοι έκτρωσης.....   | 25 |
| 3.3.1 Λόγοι της μητέρας.....   | 25 |
| 3.3.2 Λόγοι του εμβρύου.....   | 25 |
| 3.4 Επιδημιολογικά στοιχεία για τις αμβλώσεις ανήλικων κοριτσιών και γυναικών διεθνώς .....                          | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΜΒΛΩΣΗΣ .....  | 30 |
| 4.1 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....  | 30 |
| 4.2 Ποσοστά νομιμότητας .....  | 32 |
| 4.3 Τεχνικές άμβλωσης.....   | 32 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ .....  | 37 |
| 5.1 Η άμβλωση σήμερα: από τις παραδοσιακές στις σύγχρονες μεθόδους.....  | 37 |
| 5.1.1 Παραδοσιακές μέθοδοι.....  | 37 |
| 5.1.2 Χειρουργικές και ιατρικές μέθοδοι .....  | 39 |

|  |  |    |
|--|--|----|
| 5.2  | Νομοθεσία για τις αμβλώσεις σε όλο τον κόσμο .....                           | 43 |
| 5.3  | Η ασφαλής άμβλωση.....   | 52 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ..... |  | 56 |
| 6.1  | Στη Σωματική Υγεία της γυναίκας .....  | 56 |
| 6.2  | Στην Ψυχική Υγεία της Γυναίκας .....   | 57 |
| 6.3  | Μετεκρωτικό Σύνδρομο .....   | 58 |
| 6.4  | Αίσθημα άγχους ή ενοχής γύρω από άλλα μωρά .....                             | 59 |
| 6.5  | Το άγχος της επετείου .....  | 59 |
| 6.6  | Η σχέση του ζευγαριού μετά την άμβλωση.....                                  | 60 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ .....        |  | 61 |
| 7.1  | Απόψεις της θρησκείας για την άμβλωση.....                                   | 61 |
| 7.1.1  | Ο Χριστιανισμός.....   | 61 |
| 7.1.2  | Ινδουισμός.....  | 62 |
| 7.1.3  | Ιουδαϊσμός .....   | 62 |
| 7.1.4  | Βουδισμός .....  | 62 |
| 7.1.5  | Ο Ισλαμισμός .....   | 63 |
| 7.2  | Η στάση της κοινωνίας για την έκτρωση .....                                  | 64 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ .....         |  | 67 |
| 8.1  | Ο ρόλος της μαίας στη φροντίδα των αμβλώσεων.....                            | 67 |
| 8.1.1  | Ιστορία της μαιευτικής στη φροντίδα των εκτρώσεων .....                      | 67 |
| 8.2  | Φροντίδα κατά την άμβλωση και μετά από τις μαίες σε όλο τον κόσμο .....      | 68 |
| 8.2.1  | Ο ρόλος της μαίας στην ιατρική άμβλωση .....                                 | 69 |
| 8.3  | Φροντίδα μετά την άμβλωση .....  | 73 |
| 8.4  | Ο ρόλος της/του μαίας/ μαιευτή στην παροχή φροντίδας στις γυναίκες.....      | 73 |
| 8.5  | Ο ρόλος της/του μαίας/ μαιευτή στη διαπαιδαγώγηση και στήριξη των νέων ..... | 76 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....                |  | 78 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....                       |  | 81 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....                           |  | 82 |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δεν είναι δύσκολο να καταλάβει κανείς γιατί η άμβλωση είναι ένα θέμα που συζητείται έντονα. Οποιαδήποτε συζήτηση που περιλαμβάνει το τέλος μιας ζωής, μιας ζωής που ποτέ δεν ζήτησε να συλληφθεί εξαρχής, αφήνει τη γυναίκα με το πρόβλημα να αποφασίσει πότε είναι σωστό να συνεχίσει ή να τερματίσει αυτόν τον κύκλο ζωής. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η άμβλωση θέτει ένα ηθικό δίλημμα για τις περισσότερες γυναίκες. Λόγοι, όπως θρησκευτικές πεποιθήσεις ή ιατρικές ανησυχίες, επιλύονται εύκολα από τη λογική και την ανάγκη. Ενώ άλλες περιπτώσεις, όπως οι εγκυμοσύνες που προκύπτουν από εγκληματικές πράξεις, συζητούνται συχνότερα και θεωρούνται ηθικό δίλημμα.

Η πρακτική της άμβλωσης, ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτέλεση ή την απόπειρα άμβλωσης, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης αμβλώσιμων βοτάνων, τη χρήση αιχμηρών εργαλείων, την εφαρμογή κοιλιακής πίεσης και άλλων τεχνικών. Στον όρκο του Ιπποκράτη εκφράζεται ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή ακόμα και στην εν δυνάμει και απαγορεύεται η χρήση εκτρωτικού φαρμάκου σε κυοφορούσα για την πρόκληση αποβολής. Η έκτρωση είναι αποδεκτή μόνο σε περίπτωση σοβαρού ιατρικού λόγου. Κατά τον Αριστοτέλη η τεχνητή διακοπή της κύησης θεωρείται έγκλημα, εφόσον υπάρχει κινητικότητα του εμβρύου. Αντίθετα ο Πλάτων πίστευε ότι το έμβρυο μόνο μετά τη γέννηση του θεωρείται έμψυχο ον.

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι ένα πολύ προσωπικό ζήτημα. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγήσει ως έναν βαθμό τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι, όσον αφορά στην αναζήτηση και εύρεση ακριβών πληροφοριών επί του θέματος. Αυτό μπορεί επίσης να εξηγήσει γιατί αυτά τα ζητήματα δεν αντιμετωπίζονται ακόμη ανοιχτά και οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς, κατακερματισμένες και εχθρικές σε ορισμένες χώρες. Συχνή είναι η έλλειψη κατάλληλων φορέων και δομών, όπου οι γυναίκες μπορούν να απευθυνθούν και να μιλήσουν για τους λόγους που τις οδηγούν στην έκτρωση ή για τα συναισθήματά που τις διακατέχουν μετά από αυτή - χωρίς να κριθούν. Παρόλο που η άμβλωση είναι η πιο συνηθισμένη χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται στις γυναίκες, είναι επίσης αυτή που τις στιγματίζει περισσότερο.

Ο ρόλος της μαίας είναι ιδιαίτερος σημαντικός. Ως πάροχοι φροντίδας σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, το πεδίο πρακτικής των μαιών περιλαμβάνει όλο το φάσμα των υπηρεσιών φροντίδας για τις αμβλώσεις, ανεξάρτητα από την άμεση συμμετοχή τους στην παροχή αμβλώσεων.

Λέξεις - κλειδιά: άμβλωση, έκτρωση, νομικό πλαίσιο, μαία

## ABSTRACT

It is not difficult to understand why abortion is a hotly debated topic. Any discussion that involves the end of a life, a life that never asked to be conceived from the beginning, leaves the woman with the problem deciding when it is right to continue or end this life cycle. There are many reasons why abortion poses a moral dilemma for most women. Reasons, such as religious beliefs or medical concerns, are easily resolved by reason and need. While other cases, such as pregnancies resulting from criminal acts, are discussed more often and are considered a moral dilemma.

The practice of abortion has been known since antiquity. Various methods have been used to perform or attempt abortion, including the administration of abortifacient herbs, the use of sharp tools, the application of abdominal pressure, and other techniques. In the oath of Hippocrates it is expressed respect for human life even in potential life and is prohibited the use of an abortion drug in a pregnant woman to induce a miscarriage. Abortion is acceptable only in case of serious medical reason. According to Aristotle, abortion is considered a crime, as long as there is fetal mobility. On the contrary, Plato believed that the fetus is considered a living being only after its birth.

Sexual & Reproductive Health is a very personal matter for people, so they may have difficulty finding or asking for accurate information on the subject. This may also explain why these issues are not yet openly addressed and services are inadequate, fragmented and hostile in some European countries. There is often a lack of appropriate bodies and structures where women can address and talk about the reasons that lead to abortion or the emotions that follow them - without being judged. Although abortion is the most common surgery performed on women, it is also the one that stigmatizes them the most.

The role of the midwife is particularly important. As sexual and reproductive health care providers, the field of midwifery practice includes the full range of abortion care services, regardless of their direct involvement in the provision of abortions.

Keywords: abortion, abortion, legal framework, midwifery



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην ιατρική ως έκτρωση, άμβλωση ή τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης καλείται, η βίαιη διακοπή της κύησης πριν γίνει βιώσιμο το έμβρυο και αποβλέπει στην έξοδο ανεπιθύμητου κυήματος από την ενδομήτρια κοιλότητα είτε για ιατρικούς είτε για κοινωνικούς λόγους (Λυκερίδου, 2003). Το θέμα της άμβλωσης και του ελέγχου των γεννήσεων απασχολούν την κοινωνία από τα αρχαία χρόνια. Οι άνθρωποι είχαν ανακαλύψει μεθόδους και φυτικά κυρίως φάρμακα για τη διακοπή της κύησης που εξελίχθηκαν με την πάροδο του χρόνου.

Το θέμα της άμβλωσης απασχολεί πολλές επιστήμες, όπως την ιατρική, τη νομική, την ψυχολογία, τη θεολογία και την κοινωνιολογία. Σημειώνονται σημαντικές διαφορές στην προσέγγιση της κάθε επιστήμης, ενώ υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες, όπως οικονομικοί, γεωγραφικοί και κοινωνικοί που σχετίζονται με την εκάστοτε χώρα, καθώς και τα πιστεύω των πολιτών της. Οι γυναίκες οδηγούνται στην άμβλωση για πολλούς διαφορετικούς λόγους. Μερικές φορές υπάρχει ξεκάθαρη ιατρική ανάγκη για το τερματισμό της εγκυμοσύνης, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις, οι λόγοι είναι πιο περίπλοκοι. Η έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, την κοινωνία, τη θρησκεία, καθώς και η οικονομική κατάσταση μίας γυναίκας, δύνανται να καθορίσουν την επιλογή της (Λυκερίδου, 2003).

Υπάρχει μεγάλος διχασμός από την κοινή γνώμη για την άμβλωση. Οι υποστηρικτές της ισχυρίζονται ότι είναι δικαίωμά της γυναίκας, και μόνο, να αποφασίσει για το πότε και αν θέλει να κάνει παιδιά. Οι υπερασπιστές της αντίθετης άποψης θεωρούν ότι ένα έμβρυο είναι ένα ον, το οποίο δικαιούται προστασία από τη στιγμή της σύλληψης και έχει δικαίωμα στη ζωή (Λυκερίδου, 2003).

Η τεχνητή διακοπή της κύησης, κρύβει πολλούς κινδύνους τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Το κάθε άτομο λειτουργεί με διαφορετικό τρόπο σε έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, συνεπώς η συναισθηματική αντίδραση μιας γυναίκας στην έκτρωση μπορεί να διαφέρει από εκείνη μιας άλλης. Μετά από μία έκτρωση, μία γυναίκα μπορεί να έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά συναισθήματα. Βάσει των ανωτέρω λοιπόν, η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως στόχο να μελετήσει τις διάφορες απόψεις, θέσεις και στάσεις που αφορούν την άμβλωση, κυρίως, όμως στοχεύει να εξετάσει το ρόλο της μαιίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο μελετώνται οι έννοιες της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας. Τονίζεται η σημασία της διαπαιδαγώγησης, αλλά και τα εμπόδια στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες ενημέρωσης της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής των γυναικών διεθνώς, καθώς και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις στις γυναίκες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία ιστορική αναδρομή των αμβλώσεων.

Το τρίτο κεφάλαιο παραθέτει έναν ενδελεχή ορισμό της άμβλωσης και εστιάζει στις κύριες αιτίες και τους ιατρικούς λόγους που οδηγούν στη διακοπή της κύησης. Συγχρόνως μελετώνται επιδημιολογικά στοιχεία για τις αμβλώσεις ανήλικων κοριτσιών και γυναικών διεθνώς.

Στο τέταρτο κεφάλαιο εξετάζεται το νομικό πλαίσιο για την άμβλωση στην Ελλάδα, τα ποσοστά νομιμότητας, καθώς και οι τεχνικές άμβλωσης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις μεθόδους και στη νομοθεσία περί αμβλώσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς και η σημασία της ασφαλούς άμβλωσης.

Στο έκτο κεφάλαιο εξετάζονται οι επιπτώσεις της άμβλωσης στη σωματική και ψυχική υγεία της γυναίκας, αλλά και στη σχέση του ζευγαριού.

Στο έβδομο κεφάλαιο μελετώνται θρησκευτικές και κοινωνικές απόψεις και στάσεις για την άμβλωση.

Στο όγδοο κεφάλαιο εξετάζεται ο ρόλος της μαίας / του μαιευτή τόσο στην άμβλωση όσο και στην παροχή φροντίδας στις γυναίκες και στη διαπαιδαγώγηση και στήριξη των νέων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

### 1.1 Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας της γυναίκας

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία (Sexual & Reproductive Health) είναι ένα πολύ προσωπικό ζήτημα των ανθρώπων, οπότε οι ίδιοι μπορεί να δυσκολεύονται να βρουν ή να ζητούν ακριβείς πληροφορίες γι' αυτό. Αυτό μπορεί επίσης να εξηγήσει γιατί αυτά τα ζητήματα δεν αντιμετωπίζονται ακόμη ανοιχτά και οι υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς, κατακερματισμένες και εχθρικές σε ορισμένες χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας (Aaro, et al., 2014).

Οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού, οι μη ασφαλείς αμβλώσεις, οι λοιμώξεις του αναπαραγωγικού συστήματος, η σεξουαλική βία και ο θάνατος γυναικών από μορφές καρκίνου που μπορούν να αποφευχθούν, είναι μόνο μερικά από τα προβλήματα στον τομέα αυτό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην Ευρώπη βοηθά τις χώρες να αξιολογήσουν τις καταστάσεις τους και να επιλέξουν τον βέλτιστο τρόπο βελτίωσής τους (Chandra-Mouli et al., 2015).

Οι άνθρωποι είναι σεξουαλικά όντα σε όλη τους τη ζωή. Σκοπός της υγιούς σεξουαλικής ζωής πρέπει να είναι η ενίσχυση των προσωπικών σχέσεων και όχι απλώς η παροχή συμβουλών και φροντίδας που σχετίζονται με την αναπαραγωγή ή τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες. Η αναπαραγωγική υγεία υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι μπορούν να έχουν μια υπεύθυνη, ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή, καθώς και την ικανότητα να αποκτήσουν παιδιά και την ελευθερία να αποφασίζουν αν, πότε και πόσο συχνά θα τα αποκτήσουν.

Οι άνδρες και οι γυναίκες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, προσιτές και αποδεκτές μεθόδους ρύθμισης της γονιμότητας, οι οποίες θα είναι της επιλογής τους, καθώς και σε κατάλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που θα επιτρέπουν στις γυναίκες ασφαλή πρόσβαση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και θα παρέχουν στα ζευγάρια τις καλύτερες πιθανότητες για υγιή βρέφη (Aaro, et al., 2014).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει σημειωθεί κάποια πρόοδος όσον αφορά τη χρήση σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων, με το ποσοστό αντισύλληψης να αυξάνεται

από 55,6% το 2000 σε 61,2% το 2015. Ωστόσο, σε αυτήν την εποχή, πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να μην έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες, όπως για παράδειγμα η σεξουαλικότητα, ο οικογενειακός προγραμματισμός, η εγκυμοσύνη και ο τοκετός, οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, η στειρότητα, η πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η εμμηνόπαυση. Οι εθνικές και περιφερειακές πολιτικές και τα επιμέρους υγειονομικά προγράμματα εφιστούν την προσοχή τους όλο και περισσότερο στην επίτευξη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (Chandra-Mouli, et al., 2015).

Ο υψηλός επιπολασμός του HIV, η εφηβική εγκυμοσύνη και οι μη ασφαλείς εκτρώσεις, είναι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες, ιδίως στην αφρικανική ήπειρο. Η υποσαχάρια Αφρική αντιπροσωπεύει το 68% του συνόλου των ασθενών από τον ιό HIV και είναι μια περιοχή, όπου οι νέοι που αποτελούν το ένα τρίτο του πληθυσμού είναι μεταξύ 10-24 ετών πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από προβλήματα υγείας (Aaro et al., 2014).

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι πολλά από τα προβλήματα υγείας που προκύπτουν στο πεδίο της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, οφείλονται στην έλλειψη γενικής βασικής κατανόησης για την «αναπαραγωγική βιολογία και τις μεθόδους πρόληψης» (Aaro et al., 2014). Η νεολαία είναι συνήθως σε καλύτερη γενική κατάσταση υγείας σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες, ωστόσο, όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, όσοι εμπίπτουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα είναι πιο ευάλωτοι και ορισμένα από τα θέματα αυτά θα μπορούσαν να έχουν μακρόχρονη αρνητική επίδραση αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά (Chandra-Mouli κ.ά., 2015).

Η συμμετοχή σε ανοιχτές συζητήσεις σχετικά με θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας δεν είναι πάντα καρποφόρα, λόγω κοινωνικών και πολιτισμικών φραγμών. Παρ' όλα αυτά, αναγνωρίστηκε όλο και περισσότερο η αντιμετώπιση αυτών των θεμάτων ως μέθοδος πρόληψης προβλημάτων υγείας (Dessie et al., 2015).

Η έννοια της Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας (SRH) πρωτοεμφανίστηκε το 1994 κατά τη διάρκεια της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη. Πρόκειται για μία κατάσταση πλήρους σωματικής,

πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απόκρυψη ασθενειών ή πληροφοριών, σε όλα τα θέματα που σχετίζονται με το αναπαραγωγικό σύστημα, τις λειτουργίες και τις διαδικασίες του. Ο ορισμός για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι πολύπλοκος και διεπιστημονικός και συνδέεται με διάφορους τομείς, όπως ο γάμος, η εγκυμοσύνη, η οικονομία και η εκπαίδευση (Lee-Rife et al., 2012).

Η εστίαση στην παγκόσμια ανάπτυξη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, είναι σημαντική από πολλές απόψεις, ιδιαίτερα από κοινωνική και οικονομική άποψη. Περισσότερο από ένα εκατομμύριο θάνατοι ετησίως μεταξύ των νέων σχετίζονται με θέματα υγείας, όπως ο HIV, η εφηβική εγκυμοσύνη και η αυτοκτονία, συνεπώς, η εξεύρεση προληπτικών μεθόδων θα εξασφάλιζε έναν πιο υγιή πληθυσμό νέων. Από οικονομικής απόψεως, είναι αποδοτικό να υπάρχει μεγάλος πληθυσμός ικανός προς εργασία. Όπως και στην περίπτωση των υποσαχάρων περιοχών, όπου ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού είναι νεαρής ηλικίας, η νεολαία ως εργατικό δυναμικό θα μπορούσε να ενισχύσει την αγορά εργασίας και, κατ' επέκταση, την οικονομία της χώρας (Chandra-Mouli et.al., 2015).

## 1.2 Η έννοια της σεξουαλικής υγείας

Η σεξουαλική υγεία είναι μια κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα. Δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αναπηρίας. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και σεβαστή προσέγγιση της σεξουαλικότητας και των σεξουαλικών σχέσεων, καθώς και τη δυνατότητα να παρέχει ευχαρίστηση και σεξουαλικές εμπειρίες, χωρίς εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία. Προκειμένου να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η σεξουαλική υγεία, τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των ατόμων πρέπει να γίνονται σεβαστά, να προστατεύονται και να πληρούνται. (WHO, 2006).

Τα βασικά εννοιολογικά στοιχεία της σεξουαλικής υγείας, είναι τα εξής (Chandra-Mouli, et al., 2015)

- Η σεξουαλική υγεία αφορά την ευημερία, όχι μόνο την απουσία ασθένειας.
- Η σεξουαλική υγεία συνεπάγεται σεβασμό, ασφάλεια και αποφυγή διακρίσεων και βίας.
- Η σεξουαλική υγεία εξαρτάται από την εκπλήρωση ορισμένων ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

- Η σεξουαλική υγεία αφορά όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου, όχι μόνο τους αναπαραγωγικούς χρόνους.
- Η σεξουαλική υγεία εκφράζεται με ποικίλες σεξουαλικότητες και μορφές σεξουαλικής έκφρασης.
- Η σεξουαλική υγεία επηρεάζεται αποφασιστικά από τους κανόνες, τους ρόλους, τις προσδοκίες και το φύλο (WHO, 2014).

Πολλές σημαντικές διεθνείς διασκέψεις έχουν δώσει έμφαση στη σημασία της σεξουαλικής υγείας των γυναικών:

- ✓ Η Διεθνής Διάσκεψη για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη, 1994.
- ✓ Η Δήλωση και Πλατφόρμα Δράσης του Πεκίνου.
- ✓ Οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας, 2000.

Ενώ οι ανωτέρω διασκέψεις, καθώς και άλλες έχουν αντιμετωπίσει την ευρεία σημασία της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής των γυναικών, μια λεπτομερής συζήτηση των στόχων και των συμπερασμάτων τους καθενός θα ήταν πέρα από το πεδίο αυτής της μελέτης. Αντ' αυτού, οι ακόλουθες ενότητες εξετάζουν τα ζητήματα της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής των γυναικών, παρουσιάζοντας μερικά ενδεικτικά παραδείγματα, που προσφέρουν ένα σύντομο πλαίσιο των μελετών και ανασκοπήσεων που έθιξαν τα θέματα και τα προβλήματα των γυναικών από διαφορετικές οπτικές γωνίες (Kaidaetal., 2015).

### **1.3 Επισκόπηση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2014) προειδοποιεί ότι όταν οι νέοι δεν είναι σε θέση να αποκτήσουν την εκπαίδευση Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας που χρειάζονται στο σχολείο και στις κοινότητές τους, το αποτέλεσμα είναι οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, οι ανασφαλείς εκτρώσεις, συμπεριλαμβανομένης της λοίμωξης από τον HIV (Kumaretal., 2015). Η αναπαραγωγική υγεία σχετίζεται με τις αναπαραγωγικές διαδικασίες και τις λειτουργίες σε όλα τα στάδια της ζωής. Ως εκ τούτου, η αναπαραγωγική υγεία συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι μπορούν να έχουν μια υπεύθυνη, ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή και ότι έχουν την ικανότητα

αναπαραγωγής και την ελευθερία να αποφασίζουν σχετικά με αυτήν (Kumar et al., 2015).

Αυτός ο ορισμός αναφέρεται σε ορισμένες θετικές πτυχές της αναπαραγωγικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έμφασης που δίνει στις μορφές ασφάλειας και αποδοχής στις σεξουαλικές σχέσεις και στην ελευθερία αναπαραγωγής, πράγμα που σημαίνει ότι οι γυναίκες μπορούν να αποφασίσουν πότε θα αποκτήσουν παιδιά χωρίς πίεση από τους συντρόφους ή την ευρύτερη οικογένεια. Προτείνει επίσης το δικαίωμα των γυναικών στην αντισύλληψη τόσο για την αποφυγή εγκυμοσύνης όσο και για την προστασία της υγείας τους (Aaro et al., 2014).

Η άλλη διάσταση αυτού του ορισμού σχετίζεται με την προσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα, που σημαίνει ότι κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες αναπαραγωγής, όταν τις χρειάζεται. Ο λόγος που επικεντρώνεται στην αναπαραγωγική και την γενικότερη υγεία των γυναικών είναι οι ειδικές υγειονομικές τους ανάγκες, όπως η εγκυμοσύνη και ο τοκετός. Πρόκειται για φυσιολογικές διαδικασίες που, όμως, ενέχουν κινδύνους για την υγεία και που απαιτούν υγειονομική περίθαλψη.

Ως εκ τούτου, η βελτίωση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας θεωρείται ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους προώθησης της ισότητας και της αειφόρου ανάπτυξης για την επίτευξη των Στόχων Ανάπτυξης Χιλιετίας (United Nations, 2018), όπως ορίζεται παρακάτω:

Τα δικαιώματα αναπαραγωγής περιλαμβάνουν ορισμένα ανθρώπινα δικαιώματα που αναγνωρίζονται ήδη από τους εθνικούς νόμους, τα διεθνή έγγραφα για τα ανθρώπινα δικαιώματα και άλλα συναφή έγγραφα του ΟΗΕ. Βασίζονται στην αναγνώριση του βασικού δικαιώματος όλων των ζευγαριών και των ατόμων να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και το χρονοδιάγραμμα των παιδιών τους και να διαθέτουν τις πληροφορίες και τα μέσα για να το πράξουν, καθώς και το δικαίωμα να επιτύχουν τα υψηλότερα πρότυπα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Περιλαμβάνουν επίσης το δικαίωμα όλων να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγή χωρίς διακρίσεις, εξαναγκασμό και βία. Πρέπει να δοθεί πλήρης προσοχή στην προώθηση αμοιβαίως σεβαστών και δίκαιων σχέσεων μεταξύ των δύο

φύλων και ειδικότερα στην ικανοποίηση των εκπαιδευτικών αναγκών των εφήβων, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν θετικά και υπεύθυνα τη σεξουαλικότητά τους (Kaida et al., 2015).

Ωστόσο, σε μια συντηρητική κοινωνία, υπάρχουν ορισμένα προβλήματα. Πρωταρχικό είναι ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θεωρείται δυνητική απειλή, επειδή μπορεί να υπονομεύσει τα βασικά καθιερωμένα πρότυπα ή τους κοινωνικούς κανόνες, ειδικά για τις γυναίκες. Στη Σαουδική Αραβία για παράδειγμα, η έννοια της διδασκαλίας θεμάτων, όπως η σεξουαλική συμπεριφορά και το αναπαραγωγικό σύστημα δεν είναι συνήθη.

Ο Shaw (2009) ισχυρίζεται ότι η εκπαίδευση στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, επιβάλλει γνώση της φυσιολογίας, υγιείς εκφράσεις σεξουαλικότητας, κατανόηση των συνεπειών των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών συμπεριφορών, καθώς και δεξιότητες επικοινωνίας που βοηθούν τους ανθρώπους να λαμβάνουν τεκμηριωμένες και υπεύθυνες αποφάσεις. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες που παρέχουν αντισύλληψη, ασφαλή άμβλωση, φροντίδα εγκυμοσύνης, διάγνωση και θεραπεία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, είναι κρίσιμη (Kumar et al., 2015).

#### **2.4 Σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο**

Ο ΠΟΥ (2014) αναφέρει ότι τα προβλήματα αναπαραγωγής και σεξουαλικής υγείας αντιπροσωπεύουν περίπου το 20% του συνολικού βάρους της νόσου για τις γυναίκες και περίπου 14% για τους άνδρες. Αυτό δείχνει την ανάγκη ανάληψης δράσης για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ιός HIV θεωρείται η κύρια αιτία θανάτου των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν σε θάνατο και αναπηρία στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, είναι η ανεπαρκής διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα στην αντισύλληψη και η έλλειψη ασφαλών υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα των ανεπαρκών υπηρεσιών είναι η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, οι μη ασφαλείς άμβλώσεις, οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και ο ιός HIV (WHO, 2014).

Παρά την ανάπτυξη και τους πόρους που διατίθενται στις περισσότερες αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες, περισσότερες από 120 εκατομμύρια



γυναίκες κάθε χρόνο, έχουν ανάγκη για αντισύλληψη, 80 εκατομμύρια γυναίκες έχουν απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη και 45 000 γυναίκες πεθαίνουν ως αποτέλεσμα μη ασφαλών αμβλώσεων. Περισσότερο από μισό εκατομμύριο γυναίκες πεθαίνουν ετησίως από τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης ή του τοκετού, εκτός από τα προβλήματα μετά τον τοκετό. Οι Glasier et al., (2006) ανέφεραν ότι, σε παγκόσμιο επίπεδο, 340 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μολύνσεις από γονόρροια, σύφιλη και χλαμύδια.

Η περίπτωση της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής, όπως αναφέρεται παραπάνω, αποτελεί βασική αιτία ανησυχίας για τις γυναίκες. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, οι υπηρεσίες της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής, είτε απουσιάζουν είτε είναι χαμηλής ποιότητας και μερικές φορές δεν χρησιμοποιούνται επαρκώς από τις γυναίκες, είτε λόγω έλλειψης συνειδητοποίησης και γνώσης, είτε λόγω πολιτιστικής ευαισθησίας σε αυτό το θέμα σε ορισμένες χώρες.

Ωστόσο, δεν είναι αποδεκτό σήμερα, στην εποχή της πληροφόρησης, μια γυναίκα να πεθαίνει κατά τον τοκετό ή κάποιος να μολύνεται από τον ιό HIV λόγω έλλειψης πληροφόρησης ή εκπαίδευσης ή πόρων. Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, κυρίως, όμως, στις αναπτυσσόμενες χώρες, χρειάζεται επειγόντως περισσότερη προσοχή και χρηματοδότηση για την ανάπτυξη υπηρεσιών και την παροχή καλύτερης προσβασιμότητας (Dessie et al., 2015).

Σε όλο τον κόσμο, μια ανησυχία που εκφράζεται συχνά είναι ότι η παροχή σεξουαλικής εκπαίδευσης και πληροφόρησης στους νέους θα προωθήσει την σεξουαλική δραστηριότητα, όμως, η παρεμπόδιση της πληροφόρησης της γνώσης δεν είναι μόνο ηθικά λανθασμένη, αλλά αποτελεί αδυναμία αναγνώρισης της πραγματικότητας, κάτι που θα έχει δυνητικά καταστροφικά αποτελέσματα, σε ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών (Shaw, 2009).

## **1.5 Εμπόδια στην εκπαίδευση και στις υπηρεσίες ενημέρωσης της σεξουαλικής υγείας και αναπαραγωγής των γυναικών**

Σύμφωνα με τους DeJong et al. (2007), οι νέοι από τις χώρες της Μέσης Ανατολής και Σαουδικής Αραβίας, δεν έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες για ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, οι οποίες θα πρέπει να παρέχονται σε όλους, είτε σεξουαλικά ενεργούς είτε όχι, καθώς όλοι οι νέοι

χρειάζονται πληροφορίες και γνώσεις για να μπορούν να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τα ζητήματα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής τους υγείας, τις σχέσεις τους και την τεκνοποίηση.

Σε μια έκθεση που υποστηρίζεται από το περιφερειακό γραφείο της UNICEF, με τίτλο «*Breaking the Silence and Saving Lives: Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των νέων στο Αραβικά κράτη και το Ιράν*», οι Shepard και DeJong (2005) αναθεωρούν την παροχή σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας για τους νέους στις χώρες αυτές. Αυτό θεωρείται σημαντική πρόοδος στην κάλυψη αυτού του θέματος ταμπού στην περιοχή, αποκαλύπτοντας πόσο λείπει και είναι άγνωστο σχετικά με τις ανάγκες των νέων στις αραβικές χώρες. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η κυβέρνηση θα πρέπει να αρχίσει να αντιμετωπίζει τις ανάγκες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των νέων και να καλύπτει τα κενά στις πληροφορίες και τις γνώσεις τους ως ένα σημαντικό βήμα προς το σπάσιμο της σιωπής και του ταμπού γύρω από το ζήτημα αυτό στην περιοχή (Chandra-Mouli, et al., 2015).

Οι υπηρεσίες σε ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας στις χώρες της Μέσης Ανατολής και Σαουδικής Αραβίας, χαρακτηρίζονται ως περιορισμένες και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των νέων. Εάν υπάρχουν τέτοιες υπηρεσίες, δεν διαθέτουν προσωπικό ή δεν βρίσκονται σε προσβάσιμη τοποθεσία. Επιπλέον, υπάρχουν κοινωνικά και πολιτιστικά εμπόδια στις νέες γυναίκες που χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες, που επιδεινώνονται από την έλλειψη εμπιστευτικότητας, ιδίως για τις άγαμες γυναίκες, οι οποίες θεωρούν ότι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας συχνά κρίνουν και αρνούνται να παρέχουν υπηρεσίες. Ένα πολύ ενδιαφέρον και πρωτοποριακό παράδειγμα είναι το Ιράν, όπου η κυβέρνηση ανέθεσε στους παρόχους πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών να μην ρωτούν πληροφορίες για την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που ζητούν αντισυλληπτικά, μια πρωτοβουλία που οδήγησε σε αύξηση της ζήτησης για προφυλακτικά κατά 20% (Aaro et al., 2014).

## **1.6 Το βάρος της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών διεθνώς**

Παρά τις προαναφερθείσες προσπάθειες ορισμένων χωρών να παράσχουν βελτιωμένες υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας στις γυναίκες, δεν

φαίνεται να έχουν διεξαχθεί αξιόπιστες έρευνες που να βασίζονται στον πληθυσμό για την εκτίμηση τους (Dessie et al., 2015). Επιπλέον, οι νέοι διεθνώς δεν διαθέτουν επαρκή πληροφόρηση και εκπαίδευση σχετικά με τα θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών. Πρόσφατες αναφορές δείχνουν ότι μόνο μερικές χώρες έχουν συμπεριλάβει την αναπαραγωγή του ανθρώπου στα σχολικά προγράμματα σπουδών τους (Lee-Rife, et al., 2012).

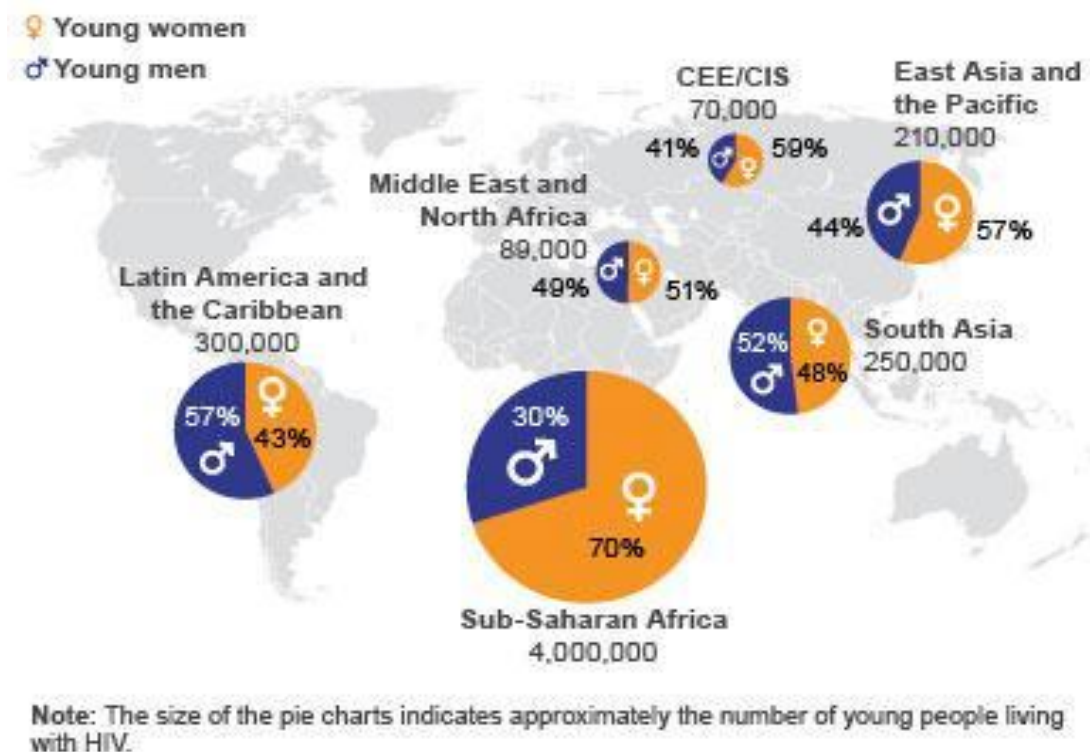
### **1.6.1 Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις και HIV στις γυναίκες**

Ένα άλλο εμπόδιο για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης σε ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας στις γυναίκες διεθνώς, είναι η άρνηση από τις αρχές της κάθε χώρας, συμπεριλαμβανομένων των εθνικών κυβερνήσεων, να δεχτούν ότι οι νέοι ενδέχεται να είναι σεξουαλικά ενεργοί και ότι άνδρες και γυναίκες μπορούν να συνάψουν ομοφυλοφιλικές σχέσεις. Αυτή η αδυναμία αναγνώρισης των γεγονότων, καθιστά την πρόληψη και τον έλεγχο του HIV / AIDS ιδιαίτερα δύσκολο (Lee-Rife, et al., 2012). Επιπλέον, οι DeJong et al. (2007) αναφέρουν ότι παρόλο που οι άνθρωποι σε κάποιες χώρες είχαν πληροφόρηση για το HIV / AIDS, πολλοί δεν γνώριζαν τους διάφορους τρόπους μετάδοσης, ενώ άλλοι αγνοούσαν εντελώς τις διάφορες μορφές του ιού.

Ένας άλλος παράγοντας που παρεμποδίζει την πρόοδο διεθνώς σε ζητήματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας στις γυναίκες, είναι η ανεπαρκής διαθεσιμότητα δεδομένων, τα οποία μπορεί να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην παροχή υπηρεσιών. Οι ειδικοί απαριθμούν αρκετούς λόγους για την έλλειψη τέτοιων δεδομένων: το στίγμα που σχετίζεται με τον ιό HIV, την υποεκτέλεση περιπτώσεων από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τους ίδιους τους ασθενείς και την έλλειψη ερευνητικών μελετών επί του θέματος.

Η εικόνα 1 δείχνει μια μεταγενέστερη εκτίμηση των ποσοστών μόλυνσης από τον ιό HIV στους νέους. Λόγω της μεγάλης άρνησης της δημόσιας πολιτικής στην περιοχή, τέτοιες εκθέσεις δείχνουν σχετικά λίγους ασθενείς με HIV στην κάθε περιοχή σε σύγκριση με άλλες χώρες, αν και αυξάνονται οι αριθμοί (7). Η παροχή ακριβών δεδομένων φαίνεται να απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή από κυβερνήσεις και άλλους

οργανισμούς.



Εικ. 1: Εκτιμώμενος αριθμός και ποσοστό των νέων ηλικίας 15-24 ετών που ζουν με HIV ανά περιφέρεια, 2018 -

Πηγή: UNAIDS, ενημέρωση για την επιδημία του AIDS, 2019

Ως προς την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών που ζουν με τον ιό HIV, σημειώνετε πως τα τελευταία 20 χρόνια έχουν υπάρξει τεράστια πρόοδος. Αυτό αποδεικνύεται από τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας σε ποσοστό άνω του 40% μεταξύ 1990 και 2012 και αύξηση κατά 58% στη χρήση σύγχρονων αντισυλληπτικών μεθόδων. Ο αριθμός των γεννήσεων σε εφήβους μειώθηκε επίσης σε όλο τον κόσμο (Lee-Rife, et al., 2012).

Όταν εξετάζουμε την κατάσταση των γυναικών που ζουν με τον ιό HIV σε σχέση με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, το σενάριο παραμένει ζοφερό. Το 2013, σχεδόν το 60% όλων των νέων μολύνσεων από τον ιό HIV στους νέους ηλικίας 15-24 ετών παρατηρήθηκε μεταξύ των κοριτσιών και των νέων γυναικών. Στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, η φυματίωση συνδέεται συχνά με τη μόλυνση από τον ιό HIV και συγκαταλέγεται στις κύριες αιτίες θανάτου των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και των ηλικιών 20-59 ετών (Kaida et al., 2015).

Τα διαρκή εμπόδια στα συστήματα υγείας για την υλοποίηση των στόχων των διεθνών δηλώσεων και συμβάσεων, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης δεδομένων που έχουν ταξινομηθεί βάσει φύλων, έχουν ως αποτέλεσμα υπηρεσίες υγείας που δεν λαμβάνουν υπόψη τις ειδικές ανάγκες και τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας των γυναικών. Οι γυναίκες, ιδίως εκείνες που ζουν με τον ιό HIV, εξακολουθούν να έχουν ελλιπή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καλής ποιότητας σε πολλές χώρες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ

Η πρακτική της άμβλωσης ήταν γνωστή από την αρχαιότητα. Διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτέλεση ή την απόπειρα άμβλωσης, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης αμβλώσιμων βοτάνων, τη χρήση αιχμηρών εργαλείων, την εφαρμογή κοιλιακής πίεσης και άλλων τεχνικών (Λυκερίδου, 2003).

### 2.1 Αίγυπτος

Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι ασκούσαν τον έλεγχο των γεννήσεων και τις αμβλώσεις και είχαν μακρύ ιατρικό ιστορικό. Οι τεχνικές αμβλώσεων που χρησιμοποιούσαν οι Αιγύπτιοι Φαραώ τεκμηριώθηκαν στον αρχαίο Πάπυρο Ebers που χρονολογείται περίπου στο 1550 π.Χ. (Jütte, 1993). Σύμφωνα με τον Πάπυρο Ebers, μια έκτρωση θα μπορούσε να προκληθεί με τη χρήση ενός ταμπόν φυτικών ινών επικαλυμμένο με μια ένωση που περιελάμβανε μέλι και χουρμάδες. Τα επόμενα φυτικά εκτρωτικά περιελάμβαναν το από καιρό εξαφανισμένο σίλφιον και το φλισκούνι, που ήταν τα πιο πολύτιμα φαρμακευτικά φυτά του αρχαίου κόσμου. Όπως υποδηλώνει το έγγραφο του παπύρου, απροσδιόριστες ποσότητες από κόμμα ακακίας, χουρμάδες και ένα απροσδιόριστο φυτό, αναμιγνύονταν με φυτικές ίνες και μέλι και διαμορφώνονταν σε κολπικό υπόθετο.

### 2.2 Αρχαία Ελλάδα

Στον όρκο του Ιπποκράτη αναφέρεται *ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω*. Με αυτά τα λόγια εκφράζεται ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή ακόμα και την εν δυνάμει και απαγορεύεται η χρήση εκτρωτικού φαρμάκου σε κυοφορούσα για την πρόκληση αποβολής. Η έκτρωση είναι αποδεκτή μόνο σε περίπτωση σοβαρού ιατρικού λόγου. Κατά τον Αριστοτέλη η τεχνητή διακοπή της κύησης θεωρείται έγκλημα, εφόσον υπάρχει κινητικότητα του εμβρύου. Αντίθετα ο Πλάτων πίστευε ότι το έμβρυο μόνο μετά τη γέννηση του θεωρείται έμψυχο ον (Λυκερίδου, 2003).

Αν και η γονιμότητα εκτιμήθηκε ιδιαίτερα στην Αρχαία Ελλάδα –ιδιαίτερα όταν οδηγούσε στην απόκτηση άρρενα διαδόχου – οι πολύτεκνες οικογένειες δεν

θεωρούνταν πάντα ιδανικές, είτε κοινωνικά είτε από άποψη πληθυσμιακής πολιτικής. Οι αμβλώσεις γενικά γίνονταν κατά κύριο λόγο από μαιέες παρά από γιατρούς(Jütte, 1993). Ο Ιπποκράτης συνέστησε τρεις κατηγορίες μεθόδων αμβλώσης:

- Εσωτερικές μέθοδοι, όπως καθαρτικά και εμετικά.
- Μέθοδοι που ασκούν άμεση πίεση στη μήτρα, όπως κολπικά υπόθετα.
- Μηχανικές επιδράσεις που προκαλούνται από την πίεση στο σώμα (μεταφορά βαριών φορτίων) ή από το τίναγμα του σώματος (άλμα και πηδήματα).

## 2.3 Αρχαία Ρώμη

Η στάση των Ρωμαίων ήταν παρόμοια με αυτή των Ελλήνων: η διαδοχή ήταν επιθυμητή, εφόσον εξασφάλιζε την κληρονομιά και τη φροντίδα στα γεράματα. Ωστόσο, η απόκτηση πολλών παιδιών θεωρούνταν συχνά κοινωνικό πρόβλημα, καθώς η ανατροφή τους μπορούσε για παράδειγμα να κρατήσει τα μέλη των ανώτερων τάξεων μακριά από τα συμπόσια και τις θεατρικές τους παραστάσεις.

Οι Ρωμαίοι γιατροί διέθεταν ήδη μια τεράστια και ποικίλη γνώση που μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν για να καλύψουν την τεράστια ζήτηση για έκτρωση. Ήταν ήδη γνωστά περισσότερα από διακόσια εκτρωτικά, από τα οποία περίπου το 90% ήταν πραγματικά αποτελεσματικά. Τα ακριβή ονόματα των ουσιών που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την αποβολή μιας εγκυμοσύνης δίνουν στα γραπτά τους γιατροί, όπως ο Διοσκουρίδης ή ο Σορανός της Εφέσου(Jütte,1993).

Οι λεγόμενες μέθοδοι εξώθησης προκαλούσαν αιμορραγία από τη μήτρα και συσπάσεις. Περιλάμβαναν ελλέβορο και καστόριο. Άλλα φάρμακα που περιείχαν αιθέρια έλαια ή πικρές ουσίες υποτίθεται ότι προκαλούσαν θνησιγένεια. Οι κατάλληλες προετοιμασίες γίνονταν πριν από την κατάποση: οι θεραπείες της πείνας και η αιμορραγία υποτίθεται ότι εξασθενούσαν το σώμα και τα λουτρά στόχευαν στον τραυματισμό της βλεννογόνου μεμβράνης του κόλπου (Jütte, 1993).

## 2.4 Σε άλλους λαούς

Στο έπος Ramayana, υπάρχει περιγραφή ότι η άμβλωση γινόταν από χειρουργούς οι κουρείς εκείνων των ημερών. Οι μόνες αποδείξεις ότι η θανατική ποινή έχει επιβληθεί για τους αρχαίους νόμους βρίσκεται στο Ασσυριακό δίκαιο, τον κώδικα της Ασούρα, 1075 π.Χ. Αυτό επιβάλλεται μόνο σε μία γυναίκα που προβαίνει σε άμβλωση παρά τις επιθυμίες του συζύγου της. Τα πρώτα καταγεγραμμένα στοιχεία για επαγόμενη άμβλωση προέρχονται από τον Αιγυπτιακό πάπυρο Ebers το 1550 π.Χ.

Οι αρχαιολογικές ανακαλύψεις υποδεικνύουν πρώιμες χειρουργικές προσπάθειες εξαγωγής εμβρύου. Ωστόσο, τέτοιες μέθοδοι δεν θεωρείται ότι ήταν συνηθισμένες, δεδομένης της σπανιότητας με την οποία αναφέρονται στα αρχαία ιατρικά κείμενα. Ένα σανσκριτικό κείμενο του 8ου αιώνα δίνει οδηγίες στις γυναίκες που επιθυμούν να προκαλέσουν μία έκτρωση να καθίσουν πάνω σε μία κατσαρόλα με ατμό ή ψημένα κρεμμύδια.

Η τεχνική της έκτρωσης μασάζ που περιλαμβάνει την άσκηση της πίεσης στην κοιλιά της εγκύου, εφαρμόζεται στη νοτιοανατολική Ασία εδώ και αιώνες. Ένα από τα ανάγλυφα που διακοσμούν το ναό του Αγκόρ Γουάτ στην Καμπότζη, απεικονίζει έναν δαίμονα που επιχειρεί άμβλωση σε μία γυναίκα που έχει σταλεί στον κάτω κόσμο. Οι ιθαγενείς Μαορί της αποικίας της νέας Ζηλανδίας τερμάτιζαν τις εγκυμοσύνες με φάρμακα που προκαλούν άμβλωση, τελετουργικές μεθόδους και με περιοριστική ζώνη της κοιλιάς. Μία άλλη πηγή ισχυρίζεται ότι ο λαός στην Μαορί δεν έκανε άμβλωση, φοβούμενος τον Μακούτου, αλλά προσπάθησε να κάνει άμβλωση μέσω της τεχνικής πρόκλησης πρόωρου τοκετού (Λυκερίδου, 2003).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΜΒΛΩΣΗ

### 3.1 Ορισμός της άμβλωσης

Οι ορισμοί της άμβλωσης μπορεί να ποικίλλουν και συχνά υπάρχει σχετική διαμάχη. Οι ορισμοί της άμβλωσης συχνά αντικατοπτρίζουν όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις, αλλά κοινωνικές και πολιτικές απόψεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την έκτρωση ως τη διακοπή της εγκυμοσύνης πριν από την 20η εβδομάδα κύησης (World Health Organization, 2003). Γενικά, η άμβλωση είναι ένας όρος που αναφέρεται στη διακοπή μιας εγκυμοσύνης, είτε συμβαίνει με ιατρική παρέμβαση, όπως φάρμακα ή χειρουργικές επεμβάσεις, είτε συμβαίνει από μόνη της, όπως μια αποβολή.

### 3.2 Αιτίες της άμβλωσης

Οι γυναίκες δεν έχουν πολλά μέρη που μπορούν να μιλήσουν για τους λόγους που τους οδηγούν στην έκτρωση ή για τα συναισθήματά τους μετά από αυτή - χωρίς να κριθούν. Παρόλο που η άμβλωση είναι η πιο συνηθισμένη χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται στις γυναίκες, είναι επίσης αυτή που τους στιγματίζει περισσότερο. Η επιλογή της άμβλωσης αποφασίζεται γενικά για πολλούς λόγους. Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι οι γυναίκες επικαλούνται παρόμοιους λόγους (Λυκερίδου, 2003):

- ❖ Προσωπικοί λόγοι που αφορούν τη γυναίκα. όπως η νεαρή ηλικία, καθώς δεν είναι συναισθηματικά ή διανοητικά προετοιμασμένες, ώστε να γίνουν μητέρες και έχουν άλλες προτεραιότητες, όπως σπουδές, καριέρα.
- ❖ Λόγοι που σχετίζονται με τον πατέρα σύντροφο. Δεν είναι σωστή η σχέση ή δεν μπορεί να προσφέρει ένα σταθερό οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης, πολλές γυναίκες δεν θέλουν να μεγαλώσουν ένα παιδί χωρίς πατέρα.
- ❖ Λόγοι που αφορούν την οικονομική της κατάσταση. Στην έκτρωση συνήθως οδηγείτε μία γυναίκα που δεν διαθέτει τις κατάλληλες οικονομικές συνθήκες για να προσφέρει στο παιδί της την ζωή που του αξίζει.
- ❖ Κοινωνικοί λόγοι. Τις περισσότερες φορές γυναίκες καταφεύγουν στην άμβλωση φοβούμενες το στιγματισμό από την κοινωνία ως ανύπαντρες μητέρες ή ότι είναι σεξουαλικά ενεργές.

### 3.3 Ιατρικοί λόγοι έκτρωσης

#### 3.3.1 Λόγοι της μητέρας

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι εκτρώσεις που γίνονται όταν απειλείται η ζωή της μητέρας. Μερικοί από αυτούς τους λόγους είναι (Λυκερίδου, 2003):

- ✓ Σοβαρού βαθμού καρδιοπάθεια
- ✓ Έκδηλη φυματίωση
- ✓ Ερυθρά στους τέσσερις πρώτους μήνες
- ✓ Νεφρίτιδα
- ✓ Καρκίνος – Λευχαιμία
- ✓ Ψυχικές παθήσεις
- ✓ Διάφορες σοβαρές παθολογικές καταστάσεις

#### 3.3.2 Λόγοι του εμβρύου

Όταν διαπιστωθεί στον προγεννητικό έλεγχο ανωμαλία του εμβρύου. Όπως είναι: (Λυκερίδου, 2003):

- ✓ Οι κρανιακές ανωμαλίες
- ✓ Οι ανωμαλίες σπονδυλικής στήλης
- ✓ Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες
- ✓ Οι σκελετικές ανωμαλίες
- ✓ Η προσβολή της μητέρας από τη νόσο της ερυθράς κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού της κύησης
- ✓ Η προσβολή της μητέρας από σύφιλη

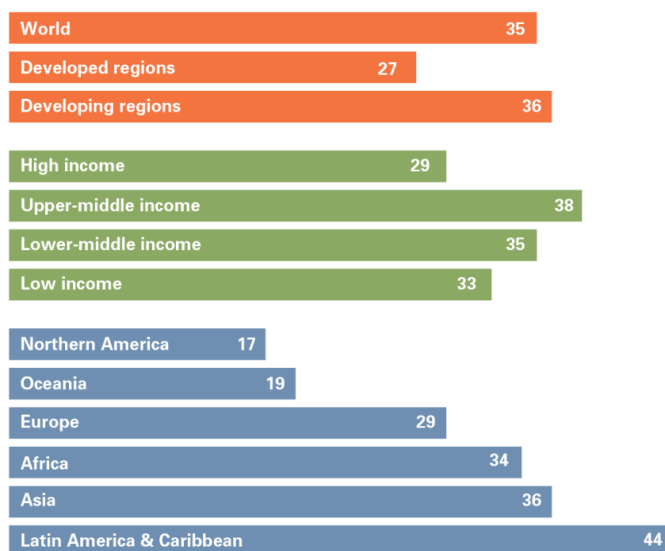
### 3.4 Επιδημιολογικά στοιχεία για τις αμβλώσεις ανήλικων κοριτσιών και γυναικών διεθνώς

Αναφερόμενοι στα επιδημιολογικά στοιχεία για την περίπτωση των αμβλώσεων ανήλικων κοριτσιών, θα λέγαμε πως από το 2010 έως το 2014, υπολογίζεται ότι συμβαίνουν 36 αμβλώσεις κάθε χρόνο ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15 – 44 ετών στις αναπτυσσόμενες περιοχές (Ganchimeg et al., 2014). Το ποσοστό των αμβλώσεων είχε μειωθεί σημαντικά στις ανεπτυγμένες περιοχές πριν από μια

δεκαετία, από το 1990–1994, ωστόσο, δεν σημειώθηκε σημαντική αλλαγή στις αναπτυσσόμενες περιοχές (Ganchimeg et al., 2014).

Όσον αφορά τις ηλικίες 15-18 ετών, με διαφορά, η πιο απότομη μείωση των ποσοστών αμβλώσεων σημειώθηκε στην Ανατολική Ευρώπη, όπου η χρήση αποτελεσματικών αντισυλληπτικών αυξήθηκε σημαντικά, ενώ το ποσοστό αμβλώσεων μειώθηκε επίσης σημαντικά στην αναπτυσσόμενη υποπεριοχή της Κεντρικής Ασίας (World Bank, 2019). Και οι δύο υποπεριφέρειες αποτελούνται από κράτη του πρώην Σοβιετικού Μπλοκ, όπου η διαθεσιμότητα σύγχρονων αντισυλληπτικών αυξήθηκε απότομα μετά την πολιτική ανεξαρτησία - αποδεικνύοντας πώς μειώνονται οι αμβλώσεις όταν αυξάνεται η χρήση αποτελεσματικών αντισυλληπτικών μεθόδων στις ηλικίες 15-18 ετών (World Bank, 2019).

Τα ποσοστά αμβλώσεων των εφήβων σε των αναπτυγμένες χώρες είναι αρκετά χαμηλά (π.χ. 3–16 ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15–19 ετών) και μειώνονται σταθερά σε πολλές από αυτές τις χώρες. Συγκριτικά δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα για τις αναπτυσσόμενες περιοχές. Η συντριπτική πλειοψηφία των αμβλώσεων οφείλεται σε ακούσιες εγκυμοσύνες. Τα εκτιμώμενα ποσοστά ακούσιας εγκυμοσύνης σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες περιοχές είναι 45 και 65 ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15–44 ετών, αντίστοιχα, από το 2010–2014. Και οι δύο τιμές αντιπροσωπεύουν σημαντικές μειώσεις από το 1990–1994. Τα τρέχοντα ποσοστά είναι τα υψηλότερα στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (96 ανά 1.000) και την Αφρική (89 ανά 1.000) (Ganchimeg et al., 2014).



Εικόνα 2: Αριθμός αμβλώσεων ανά 1.000 άτομα για κορίτσια ηλικίας 15-44 ετών.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, παγκοσμίως, το 56% των ακούσιων κηρύσεων καταλήγουν σε επαγόμενη άμβλωση. Σε περιφερειακό επίπεδο, το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 36% στη Βόρεια Αμερική έως 70% στην Ευρώπη στις ηλικίες 15-18 ετών. Για να ενεργήσουν σύμφωνα με τις αυξανόμενες προτιμήσεις τους για μικρότερες οικογένειες και για καλύτερο έλεγχο του χρόνου των τοκετών τους, οι γυναίκες χρειάζονται βελτιωμένη πρόσβαση στα σύγχρονα αντισυλληπτικά (World Bank, 2019).

Τα επίπεδα ανικανοποίητης ανάγκης για σύγχρονη αντισύλληψη είναι πολύ υψηλότερα στις ανύπαντρες, σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, επειδή το στίγμα εξακολουθεί να εμποδίζει τις ανύπαντρες γυναίκες -ιδιαίτερα τις εφήβους- να λαμβάνουν συμβουλές και υπηρεσίες αντισύλληψης.

Επίσης, η συχνότητα των αμβλώσεων ποικίλλει ελάχιστα ανάλογα με τις οικονομικές συνθήκες των χωρών, όπου τα ποσοστά είναι παρόμοια μεταξύ των τεσσάρων εισοδηματικών ομάδων της Παγκόσμιας Τράπεζας - οι ομάδες με το υψηλότερο και το χαμηλότερο εισόδημα κυμαίνονται σε κοινά ποσοστά (ποσοστά 29 και 32 ανά 1.000 γυναίκες, αντίστοιχα). Επιπλέον, οι γυναίκες στις ηλικίες 15-18 ετών που ζουν σύμφωνα με πιο περιοριστικούς νόμους (δηλαδή, όπου η άμβλωση απαγορεύεται εντελώς ή επιτρέπεται μόνο για να σωθεί η ζωή μιας γυναίκας) προβαίνουν σε αμβλώσεις περίπου με τον ίδιο ρυθμό με εκείνες που ζουν όπου η διαδικασία είναι διαθέσιμη χωρίς περιορισμούς λόγων (37 και 34) αμβλώσεις ανά 1.000, αντίστοιχα (Kozuki, Lee, Silveira, et al. 2015).

Περιφερειακά, το υψηλότερο εκτιμώμενο ποσοστό αμβλώσεων στις ηλικίες 15-18 ετών, είναι στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (44 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες) και τα χαμηλότερα ποσοστά είναι στη Βόρεια Αμερική και την Ωκεανία (17 και 19 ανά 1.000, αντίστοιχα). Τα ποσοστά στην Αφρική και την Ασία είναι πολύ κοντά στον παγκόσμιο μέσο όρο (34 και 36 ανά 1.000). Σε υποπεριφερειακό επίπεδο, τα ποσοστά είναι αρκετά ομοιογενή εντός της Αφρικής και της Ασίας. Ωστόσο, ποικίλλουν ευρέως εντός της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής (από 33 ανά 1.000 στην Κεντρική Αμερική σε 59 ανά 1.000 στην Καραϊβική) και εντός της Ευρώπης (από 16 ανά 1.000 στη Δυτική Ευρώπη σε 42 ανά 1.000 στην Ανατολική Ευρώπη) (Neal, Matthews, Frost, et al., 2017).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο εκτιμώμενος ετήσιος αριθμός αμβλώσεων αυξήθηκε κατά 5,7 εκατομμύρια - ή 11% - μεταξύ 1990–1994 και 2010–2014, από 50,2 εκατομμύρια σε 55,9 εκατομμύρια στις ηλικίες 15-18 ετών. Ο αριθμός των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία αυξήθηκε πολύ περισσότερο (40% παγκοσμίως), γεγονός που δείχνει ότι η αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων αντανακλά κυρίως την αύξηση του πληθυσμού των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία. Η χρήση σύγχρονων αντισυλληπτικών αυξήθηκε επίσης αυτή την περίοδο, αλλά προφανώς όχι αρκετά για να καλύψει τη ζήτηση που δημιουργείται από τον αυξανόμενο αριθμό γυναικών που χρειάζονται αντισύλληψη (Ganchimeg, et al., 2014).

Οι χρονικές τάσεις στον αριθμό των αμβλώσεων για τις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες περιοχές, ήταν σε αντίθετες κατευθύνσεις. Ο ετήσιος αριθμός αυξήθηκε κατά 28% στις αναπτυσσόμενες περιοχές (από 38,4 εκατομμύρια σε 49,3 εκατομμύρια), αλλά μειώθηκε κατά 44% στις ανεπτυγμένες περιοχές, από 11,8 εκατομμύρια σε 6,6 εκατομμύρια, κυρίως λόγω των αλλαγών στην Ανατολική Ευρώπη στις ηλικίες 15-18 ετών (World Bank, 2019).

Οι τάσεις στα ποσοστά αμβλώσεων παρέχουν καλύτερη μέτρηση της αλλαγής, επειδή τα ποσοστά λαμβάνουν υπόψη την αύξηση του πληθυσμού στις ηλικίες 15-18 ετών. Αν και το παγκόσμιο ποσοστό μειώθηκε σημαντικά μεταξύ 1990-1994 και 2010-2014, η πτώση ήταν σχετικά μικρή σε απόλυτες τιμές (από 40 σε 35 αμβλώσεις ανά 1.000 γυναίκες). Ωστόσο, μια μεγάλη και στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού σημειώθηκε στις ανεπτυγμένες περιοχές (από 46 σε 27 ανά 1.000). Το ποσοστό στις αναπτυσσόμενες περιφέρειες παρέμεινε βασικά αμετάβλητο (36–39 ανά 1.000).

Όσον αφορά τα δεδομένα του 2020, περίπου 12 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών και τουλάχιστον 777.000 κορίτσια κάτω των 15 ετών γεννούν κάθε χρόνο σε αναπτυσσόμενες περιοχές (WHO, 2020). Τουλάχιστον 10 εκατομμύρια ακούσιες εγκυμοσύνες συμβαίνουν κάθε χρόνο μεταξύ των εφήβων κοριτσιών ηλικίας 15-19 ετών στον αναπτυσσόμενο κόσμο (WHO, 2020). Οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι η κύρια αιτία θανάτου για κορίτσια 15-19 ετών παγκοσμίως (WHO, 2020).

Από τις εκτιμώμενες 5,6 εκατομμύρια αμβλώσεις που συμβαίνουν κάθε χρόνο μεταξύ των εφήβων κοριτσιών ηλικίας 15-19 ετών, 3,9 εκατομμύρια πρόκειται για μη ασφαλείς, συμβάλλοντας στη μητρική θνησιμότητα, τη νοσηρότητα και τα διαρκή

προβλήματα υγείας (WHO, 2020). Οι έφηβες μητέρες (ηλικίας 10-19 ετών) αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους εκλαμψίας, επιλόχειας ενδομητρίτιδας και συστηματικών λοιμώξεων από τις γυναίκες ηλικίας 20 έως 24 ετών και τα μωρά έφηβων μητέρων αντιμετωπίζουν υψηλότερους κινδύνους χαμηλού βάρους γέννησης, πρόωρου τοκετού και σοβαρών νεογνικών παθήσεων (WHO, 2020).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

### 4.1 Νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Οι νόμοι για τις αμβλώσεις και η υποβολή τους κυμάνθηκαν σε διάφορες εποχές. Σε πολλές δυτικές χώρες κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα τα κινήματα για τα δικαιώματα των αμβλώσεων πέτυχαν την κατάργηση της απαγόρευσης τους. Ενώ η άμβλωση παραμένει νόμιμη στο μεγαλύτερο μέρος της Δύσης, αυτή η νομιμότητα αμφισβητείται τακτικά από ομάδες εναντίων της. Σύμφωνα με τον Ποινικό κώδικα του άρθρου 304 (Νόμος 4619/ 2019) που τέθηκε σε ισχύ την 1 Ιουλίου 2019 για τη διακοπή της κύησης:

1. Όποιος διακόψει την κύηση, χωρίς τη συγκατάθεση της εγκύου τιμωρείται με φυλάκιση έως δέκα έτη.
2. Όποιος διακόπτει την εγκυμοσύνη, με τη συναίνεση της εγκύου ή των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα η επιμέλεια της, αν αυτή είναι ανίκανη να συναινέσει, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή και αν το κάνει κάτ' επάγγελμα, με φυλάκιση το λιγότερο δύο έτη και χρηματική ποινή. Όποιος προμηθεύει σε έγκυο τα μέσα για τη διακοπή της κύησης της, εφόσον έγινε τουλάχιστον απόπειρα αυτής, τιμωρείται με την ίδια ποινή μειωμένη κατά το μέτρο του άρθρου 83.
3. Με φυλάκιση έως έξι μήνες ή χρηματική ποινή τιμωρείται η έγκυος που μετά την 24η εβδομάδα της κύησης διακόπτει την εγκυμοσύνη της η επιτρέπει σε άλλον να τη διακόψει.
4. Ατιμώρητη παραμένει η άμβλωση που γίνεται από γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, με τη συγκατάθεση της εγκύου ή των προσώπων που έχουν τη γονική μέριμνα αυτής, όταν ισχύει κάτι από τα ακόλουθα:

- i. Δεν έχει συμπληρωθεί η 12η εβδομάδα κύησης.
- ii. Όταν η εγκυμοσύνη είναι προϊόν βιασμού, αποπλάνησης ανηλίκου, αιμομιξίας ή κατάχρησης γυναίκας ανίκανης να αντισταθεί. Πριν τη 19η εβδομάδα κύησης.
- iii. Όταν από τον προγεννητικό έλεγχο προκύψουν ενδείξεις για σοβαρή ανωμαλία του εμβρύου που έχουν ως αποτέλεσμα τη γέννηση παθολογικού νεογνού ή υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή κίνδυνος σοβαρής και διαρκούς βλάβης της ψυχικής ή σωματικής της υγείας και δεν ξεπερνά τις 24

εβδομάδες της κύησης. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται σχετική βεβαίωση του κατά περίπτωση αρμόδιου γιατρού.

5. Όποιος με αμέλεια προκαλεί διακοπή της κύησης ή βαριά βλάβη στο έμβρυο, που έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του νεογνού κατά την πραγματοποίηση προγεννητικού ελέγχου μετά την 20η εβδομάδα της κύησης ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν από την εμφάνιση του παιδιού στον έξω κόσμο, τιμωρείται με φυλάκιση έως τρία έτη ή χρηματική ποινή.

Η υπουργική απόφαση 1799/25-8-87 των υπουργών εργασίας, υγείας, πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων- εργασίας, έχει σαν σκοπό την προστασία της υγείας της γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε τεχνητή διακοπή της κύησης. Στο άρθρο 2 αναφέρεται:

Διακοπή της εγκυμοσύνης πριν τη 12η εβδομάδα της κύησης.

1. Η άμβλωση πριν τις 12 εβδομάδες κύησης (άρθρο 2, παράγραφος 4 α. ν. 1609/86) πραγματοποιείται σε νοσοκομεία (Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.) ή ιδιωτικές κλινικές με τις εξής προϋποθέσεις:

2. Η επέμβαση πρέπει να γίνεται από γιατρό μαιευτήρα- γυναικολόγο και την παρουσία αναισθησιολόγου που θα είναι υπεύθυνος για την αναισθησία η αναλγησία που θα χορηγηθεί.

Πριν την επέμβαση:

1. Γίνεται ενημέρωση στην έγκυο για τις επιπτώσεις της επέμβασης, καθώς και για τη βοήθεια μητέρας-παιδιού από την Πολιτεία, καθώς και σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού από κατάλληλους φορείς.

2. Ελέγχεται η υγεία της εγκύου με εξετάσεις αίματος, προσδιορισμό ομάδα αίματος και ρέζους, εξετάσεις ούρων και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ο γιατρός θα αποφασίσει αν χρειάζονται επιπλέον εξετάσεις ανάλογα με τα αποτελέσματα και το ιστορικό της κάθε γυναίκας.

Τα νοσοκομεία ή οι ιδιωτικές κλινικές που πραγματοποιείται η άμβλωση θα πρέπει να έχουν:

1. Χειρουργείο με εγκατάσταση δικτύου αναισθησιολογικών αερίων, όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό όπως φάρμακα, εργαλεία καθώς και τουλάχιστον δύο μαίες και νοσηλευτικό προσωπικό.

2. Οργανωμένη τράπεζα αίματος.



Το άρθρο 3 του Ν.Κ. για τη διακοπή της κύησης μετά τη 12η εβδομάδα αναφέρει ότι :

*Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης μετά τη συμπλήρωση της 12ης εβδομάδας στις περιπτώσεις που περιοριστικά ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του νόμου 1609/ 86 γίνεται αποκλειστικά σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, πανεπιστημιακά και των Ενόπλων Δυνάμεων, με τήρηση των όσων ορίζονται στις παραγράφους 2,3 και 4 του προηγούμενου άρθρου (Λυκερίδου 2011).*

## **4.2 Ποσοστά νομιμότητας**

Οι εκτρώσεις είναι νόμιμες σε μεγάλο μέρος του κόσμου αλλά οι νόμοι διαφέρουν.

- 61 χώρες, συμπεριλαμβανομένου του μεγαλύτερου μέρους της Ευρώπης, επιτρέπουν την άμβλωση χωρίς περιορισμούς.
- 26 χώρες απαγορεύουν εντελώς τις αμβλώσεις, χωρίς εξαιρέσεις.
- Οι υπόλοιπες χώρες επιτρέπουν τις αμβλώσεις με περιορισμούς, όπως για να σώσω τη ζωή της μητέρας ή να προστατεύσουν την υγεία της (Watson, 2018).

## **4.3 Τεχνικές άμβλωσης**

Όταν στη σάλπιγγα της γυναίκας ένα ώριμο ωάριο συναντήσει ένα σπερματοζωάριο και ενωθούν τα δυο τους είναι η στιγμή που αρχίζει μία νέα ζωή. Ο καινούργιος οργανισμός που σχηματίζεται θα έχει τα δικά του ξεχωριστά γνωρίσματα. Καθορίζεται εκείνη τη στιγμή το φίλο του (αγόρι ή κορίτσι), η ομάδα αίματος του, το χρώμα των ματιών, τα χαρακτηριστικά ενός ανεξάρτητου οργανισμού.

Το γονιμοποιημένο κύτταρο αρχίζει να πολλαπλασιάζεται από το πρώτο εικοσιτετράωρο, ώστε την τρίτη ημέρα να αποτελείται από 12- 16 κύτταρα (στάδιο μοριδίου). Σε λίγες μέρες μία κοιλότητα γεμάτη υγρό σχηματίζεται στο εσωτερικό του μοριδίου (στάδιο βλαστοκύστης). Σε 5-6 μέρες έχει περάσει από τη σάλπιγγα στην μητρική κοιλότητα, όπου εμφυτεύεται και αναπτύσσεται. Τα κύτταρα που βρίσκονται στην εξωτερική στιβάδα συγκροτούν την τροφοβλάστη (πλακούντα) και στην εσωτερική την εμβρυοβλάστη.

Τα κύτταρα της εσωτερικής στιβάδας είναι αυτά που θα σχηματίσουν τους ιστούς και τα όργανα. Έως την 10η-12η εβδομάδα Έχει ολοκληρωθεί η οργανογένεση

στο εξής και μέχρι τον τοκετό τα όργανα ωριμάζουν. Την τέταρτη εβδομάδα και αφού έχουν ήδη σχηματιστεί το κεφάλι, η σπονδυλική στήλη, το έντερο, το στομάχι, οι πνεύμονες, τα νεφρά, μπορεί να βεβαιωθεί και η λειτουργία της καρδιάς. Αυτή η διαδικασία ανάπτυξης της νέας ζωής ανακόπτεται κάποιες φορές βίαια με απόφαση της ίδιας της γυναίκας.

Η άμβλωση είναι μία ιατρική διαδικασία που τελειώνει μία εγκυμοσύνη. Είναι η τεχνητή διαστολή του τραχήλου με σκοπό την απομάκρυνση του κυήματος πριν το έμβρυο να είναι βιώσιμο (Ιατράκης, 2018). Η επιλογή της μεθόδου της άμβλωσης εξαρτάται από το στάδιο της εγκυμοσύνης και άλλους παράγοντες της ασθενούς. Όσο πιο προχωρημένο το στάδιο της εγκυμοσύνης, τόσο πιο περίπλοκη και δύσκολη η μέθοδος της. Μία έκτρωση μπορεί να επιτευχθεί χειρουργικά ή φαρμακευτικά. Πρέπει να επισημανθεί ότι η άμβλωση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης, κάτι που συμβαίνει σε πολλές χώρες, καθώς και στη χώρα μας, όπως μαρτυρά το μεγάλο ποσοστό εκτρώσεων που πραγματοποιούνται ετησίως. (Ιατράκης, 2018).

#### **4.3.1 Φαρμακευτική άμβλωση**

Μία φαρμακευτική έκτρωση πραγματοποιείται με τη λήψη δύο φαρμάκων σε μορφή χαπιού: τη μifeπριστόνη (Mifeprex) και τη μισοπροστόλη (Cytotec). Αυτά τα δύο φάρμακα συνεργάζονται για να τερματιστεί η εγκυμοσύνη. Αυτή η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέχρι τη 10η εβδομάδα της κύησης, ωστόσο, πρέπει να αποφευχθεί αν:

- Είναι έκτοπη η κύηση.
- Υπάρχει αλλεργία σε μία από τις δύο ουσίες.
- Υπάρχουν αιμορραγίες ή γίνεται χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων.
- Υπάρχει σοβαρή νόσος του ήπατος, των νεφρών ή των πνευμόνων.
- Γίνεται χρήση κορτικοστεροειδών φαρμάκων για μεγάλο διάστημα.
- Υπάρχει τοποθετημένο ενδομήτριο σπείραμα (IUD)

Ο γιατρός χορηγεί μifeπριστόνη στο ιατρείο ή την κλινική. Αυτό το φάρμακο εμποδίζει την ορμόνη προγεστερόνη, την οποία το έμβρυο χρειάζεται για να εμφυτευτεί στη μήτρα και να αναπτυχθεί. Η λήψη της μισοπροστόλης γίνεται στο σπίτι λίγες ώρες έως και 4 ημέρες μετά το πρώτο χάπι. Η λήψη γίνεται από το στόμα ή

ενδοκοιλικά. Η μισοπροστόλη κάνει τη μήτρα να συστέλλεται για να σπρώξει το κύημα, μία με τέσσερις ώρες μετά τη λήψη της μισοπροστόλη αρχίζει η αιμορραγία. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι (Λυκερίδου, 2003):

- Θρόμβωση.
- Ναυτία και έμετος.
- Διάρροια.
- Κόπωση.
- Πονοκέφαλος.
- Ιδρώτας.
- Ζάλη.

Η μεθοτρεξάτη και η μισοπροστόλη είναι μία μέθοδος έκτρωσης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις πρώτες επτά εβδομάδες της κύησης. Η μεθοτρεξάτη είναι φάρμακο για τον καρκίνο. Ακριβώς όπως σταματά τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων, έτσι εμποδίζει και τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων στο έμβryo. Στη συνέχεια η μισοπροστόλη συστέλλει τη μήτρα για να απελευθερώσει το περιεχόμενό της. Αυτή η μέθοδος διαρκεί περισσότερο από την προηγούμενη και σπάνια χρησιμοποιείται. Οι γιατροί τη χρησιμοποιούν κυρίως σε γυναίκες με έκτοπη κύηση (Ιατράκης, 2018). Η μέθοδος αυτή δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί αν:

- Υπάρχει ηπατική νεφρική ή φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.
- Υπάρχουν συχνές επιληπτικές κρίσεις.
- Γίνεται χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων.
- Υπάρχει αλλεργία σε μία από τις δύο ουσίες.
- Υπάρχει πρόβλημα πήξης του αίματος.
- Υπάρχει σοβαρή αναιμία.
- Υπάρχει σπιράλ.

Η μεθοτρεξάτη λαμβάνεται στο ιατρείο από το στόμα. Η μισοπροστόλη χορηγείται τέσσερις έως έξι μέρες αργότερα, στο σπίτι από το στόμα ή ενδοκοιλικά. Η άμβλωση θα ξεκινήσει σε 1 έως 12 ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου. Στη συνέχεια εμφανίζεται αιμορραγία η οποία μπορεί να είναι πιο έντονη για 4 έως 6 ώρες. Η διαδικασία της άμβλωσης μπορεί να διαρκέσει μερικές μέρες ή εβδομάδες για να ολοκληρωθεί (Watson, 2018).

Για να επιβεβαιωθεί ότι έχει γίνει πλήρη έκτρωση θα πρέπει μαζί με τη λήψη ιστορικού να γίνει γυναικολογική εξέταση, καθώς και υπερηχογράφημα. Αν έχουν μείνει υπολείμματα του κυήματος θα πρέπει να γίνει χειρουργική εκκένωση της μήτρας. (Ιατράκης,2018).

#### **4.3.2 Ηλεκτρική Αναρρόφηση**

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Την 7<sup>η</sup> έως την 12<sup>η</sup> εβδομάδα. Γίνεται διαστολή του τραχήλου με κηρία Hegar και η απομάκρυνση γίνεται με αναρρόφηση. Συνήθως εφαρμόζεται γενική αναισθησία ή παρατραχηλικός αποκλεισμός. Επίσης μπορεί να γίνει προετοιμασία του τραχήλου με προσταγλανδίνες (Cytotec). Προτιμάται η κοιλική χορήγηση για την αποφυγή παρενεργειών από την υπογλώσσια λήψη.

Στη συνέχεια ο τράχηλος διαστέλλεται, ένας σωλήνας προσαρτημένος σε μία μηχανή αναρρόφησης τοποθετείται στη μήτρα, η οποία αδειάζει με αναρρόφηση. Συνήθως συνδυάζεται με την απόξεση της ενδομήτριας κοιλότητας με μεταλλικά ξέστρα για να εκκενωθεί πλήρως η μήτρα. Μητροσπαστικό σκεύασμα χορηγείται για τη μείωση της αιμορραγίας και για την αποφυγή του κινδύνου διάτρησης της μήτρας. Επιπλέον μετά την επέμβαση συνηθίζεται η χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης για αποφυγή ενδομητρίτιδας (Ιατράκης, 2018).

#### **4.3.3 Αναρρόφηση - Απόξεση**

Στις πρώτες εβδομάδες του δεύτερου τριμήνου μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος αναρρόφησης - απόξεσης με μεγαλύτερη διαστολή του τραχήλου και απομάκρυνση τμημάτων του εμβρύου με λαβίδα (Ιατράκης, 2018). Σε αυτή την περίπτωση λόγω του μεγαλύτερου μεγέθους του εμβρύου και του πλακούντα και του λεπτότερο τοιχώματος της μήτρας, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος τραυματισμού του τραχήλου, διάτρησης της μήτρας και μητρορραγίας. Ο τραχηλικός τραυματισμός μπορεί να μειωθεί με τη χρήση ειδικών υγροσκοπικών κηρίων που βοηθούν στην αργή διαστολή του τραχήλου.

#### **4.3.4 Διάτρηση με άλας**

Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Ο γιατρός εισάγει στη μήτρα της μητέρας μία μακριά βελόνα που περιέχει ένα διάλυμα άλατος, το οποίο στη συνέχεια εκχέεται στο αμνιακό υγρό που

περιβάλλει το μωρό. Το άλας δηλητηριάζει το παιδί και καίει το δέρμα και τους πνεύμονες του. Χρειάζεται περίπου μία ώρα για να πεθάνει. Η μητέρα αρχίζει τον τοκετό 24- 48 ώρες αργότερα και γέννα ένα νεκρό βρέφος. Η έκτρωση με άλας χρησιμοποιείται πολύ σπάνια, διότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα επιπλοκών μετά τον τοκετό. Επίσης, πολλά έμβρυα είναι πιο ανθεκτικά με αποτέλεσμα να γεννηθούν μετά από κάποιο διάστημα ζωντανά και με προβλήματα.

#### **4.3.5 Υστερεκτομή**

Σε σπάνιες περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι προηγούμενες μέθοδοι λόγω προχωρημένης κύησης (μετά τις 24 εβδομάδες) χρησιμοποιείται μία χειρουργική μέθοδος που ονομάζεται υστερεκτομή. Η τομή της μήτρας και η αφαίρεση του εμβρύου είναι παρόμοια με της καισαρικής τομής και έχει τους ίδιους κινδύνους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΜΒΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

### 5.1 Η άμβλωση σήμερα: από τις παραδοσιακές στις σύγχρονες μεθόδους

Ιστορικά στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες έκαναν πάντα εκτρώσεις χρησιμοποιώντας ένα ευρύ φάσμα μεθόδων, που μεταβιβάζονταν από γενιά σε γενιά, ακόμα κι αν η αποτελεσματικότητά τους δεν είχε αποδειχθεί (McLaren, 1990). Σήμερα, η μέθοδος που χρησιμοποιείται εξαρτάται από το νομικό καθεστώς της άμβλωσης, τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τη διαθέσιμη τεχνολογία, καθώς και από τους οικονομικούς πόρους της γυναίκας και την πρόσβαση στους παρόχους υγείας. Εξαρτάται επίσης από τα προσόντα του επαγγελματία που πρόκειται να πραγματοποιήσει την άμβλωση και από το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (ιατρικό ή μη).

Οι μέθοδοι αμβλώσεων κατηγοριοποιούνται σε δύο βασικούς τύπους: παραδοσιακές μεθόδους και ιατρικές/χειρουργικές μεθόδους.

#### 5.1.1 Παραδοσιακές μέθοδοι

Οι παραδοσιακές μέθοδοι βασίζονται στη λαϊκή γνώση και έχουν ποικίλη αποτελεσματικότητα. Συνίστανται στη χρήση της παραδοσιακής φαρμακοποιίας, βιομηχανοποιημένων ή φαρμακευτικών προϊόντων που δεν προορίζονταν αρχικά για έκτρωση, καθώς και φυσικών και πνευματικών μεθόδων (Guillaume, 2004; Singh and Wulf, 1994). Χρησιμοποιούνται κυρίως όταν οι γυναίκες δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρική/χειρουργική άμβλωση επειδή είναι παράνομη στη χώρα τους ή επειδή αντιμετωπίζουν εμπόδια που σχετίζονται με την οικονομική τους κατάσταση, την ηλικία ή τις οικογενειακές τους συνθήκες.

Στην παραδοσιακή φαρμακοποιία, τα φυτά είναι γνωστά για τις υποτιθέμενες αντισυλληπτικές ή εκτρωτικές τους ιδιότητες ή για την ικανότητά τους να προκαλούν καθυστερημένη έμμηνο ρύση (Van de Walle και Renne, 2001). Μπορεί κάποιος να τα προμηθευτεί στην αγορά ή συνταγογραφούνται από παραδοσιακούς θεραπευτές και

παρασκευάζονται είτε ως τσάι ή έγγχυμα για κατανάλωση ή για χρήση ως κλύσμα ή με τη μορφή κολπικού υπόθετου (Ciganda και Laborde, 2003).

Ορισμένα «κατασκευασμένα» προϊόντα χρησιμοποιούνται επίσης για τις υποτιθέμενες εκτρωτικές τους ιδιότητες. Αυτά περιλαμβάνουν χημικές ουσίες, όξινες ουσίες, όπως το ξύδι και καυστικούς παράγοντες, όπως χλωρίνη, υπερμαγγανικό κάλιο κ.λπ. Ποτά που είναι αλκοολούχα (π.χ. κρασί, μύρα), καυτά, καθαρτικά, πικάντικα ή γλυκά (κόλα), που λαμβάνονται μόνα τους ή αναμειγμένα με άλλα προϊόντα σε υψηλές δόσεις, θεωρείται επίσης ότι έχουν εκτρωτικές ιδιότητες. Λαμβάνονται από το στόμα ή κολπικά (Guillaume και Lerner, 2007).

Ορισμένα φαρμακευτικά προϊόντα είναι επίσης γνωστά για τις εκτρωτικές τους ιδιότητες. Πρόκειται κυρίως για προϊόντα που γενικά αντενδείκνυνται σε περίπτωση εγκυμοσύνης, όπως ανθελονοσιακά (χλωροκίνη, κινίνη), ορμόνες (Synergon, Crinex, Metrigen κ.λπ.), ασπιρίνη ή παρακεταμόλη, αντιβιοτικά, καθαρτικά κ.λπ. Γενικά λαμβάνονται σε υπερβολική δόση και μερικές φορές σε συνδυασμό για μεγαλύτερη «αποτελεσματικότητα» και μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες.

Μεταξύ των φυσικών μεθόδων, μια κοινή τεχνική είναι η εισαγωγή συμπαγών, αμβλέων αντικειμένων στη μήτρα με σκοπό τη ρήξη της μεμβράνης που περιβάλλει το έμβρυο. Αυτά μπορεί να είναι μίσχοι ή ρίζες φυτών, μεταλλικά ή πλαστικά αντικείμενα, όπως ακτίνες ποδηλάτου, καθετήρες, βελόνες πλεξίματος, κουτάλια, μολύβια, πόρπες, κρεμάστρες ρούχων, νευρώσεις ομπρέλας κ.λπ. (Puri et al., 2007). Οι πρόσθετες τεχνικές περιλαμβάνουν μασάζ ή χειρισμό της μήτρας, ακραία σωματική καταπόνηση, χτυπήματα και πτώσεις (Espinoza and López Carrillo, 2003). Οι γυναίκες χρησιμοποιούν επίσης προσευχές και τελετουργικά φυλαχτά που είναι σίγουρα λιγότερο επικίνδυνα για την υγεία τους.

Η νομιμότητα αυτών των παραδοσιακών μεθόδων βασίζεται στη γνώση και τις πεποιθήσεις που μεταδίδονται ανώνυμα, συλλογικά ή από τη λαϊκή φήμη (Sansevierio, 2003). Μπορούν να χρησιμοποιηθούν απευθείας από τις ίδιες τις γυναίκες, κατόπιν συμβουλής της οικογένειας ή των φίλων (Grossman et al., 2010) ή να συνταγογραφηθούν από επαγγελματίες υγείας ή από παρόχους, ειδικευμένους ή άλλους, όπως παραδοσιακούς θεραπευτές (φυσικοπαθητικούς, θεραπευτές, μάντιες κ.λπ.).

Τέτοιες μέθοδοι εγκυμονούν συχνά κινδύνους για την υγεία των γυναικών, ειδικά εκείνες που αφορούν χημικά προϊόντα, υπερβολικές δόσεις φαρμάκων ή φυτών ή την εισαγωγή αντικειμένων στον κόλπο. Η χρήση τους συνήθως οδηγεί σε

αποτυχημένες ή ημιτελείς αμβλώσεις και επιπλοκές, με τις κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούσες γυναίκες – οι κύριες χρήστες αυτών των μεθόδων χαμηλού κόστους σε χώρες, όπου η άμβλωση είναι παράνομη – να πληρώνουν το βαρύτερο τίμημα (Espinoza και López Carrillo, 2003).

### **5.1.2 Χειρουργικές και ιατρικές μέθοδοι**

Οι σύγχρονες μέθοδοι αποβολής μπορεί να είναι χειρουργικές (διαστολή και απόξεση, αναρρόφηση κενού) ή φαρμακευτικές. Χρησιμοποιούνται τόσο για νόμιμες όσο και για παράνομες αμβλώσεις, αλλά οι διαφορές στην πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών, όσον αφορά τις επαγγελματικές δεξιότητες και την κατάρτιση, είναι πολύ μεγάλες μεταξύ των χωρών, όπου η άμβλωση είναι νόμιμη και εκείνων, όπου η πρόσβαση είναι περιορισμένη (Rashid, 2010)

#### **5.1.2.1 Χειρουργικές μέθοδοι**

Οι χειρουργικές μέθοδοι συνήθως εφαρμόζονται με τοπική ή γενική αναισθησία. Βασίζονται στη διαστολή του τραχήλου της μήτρας και στην εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας, είτε με απόξεση είτε με αναρρόφηση. Η επιλογή της τεχνικής εξαρτάται από την ηλικία κύησης και από τις τεχνικές και επαγγελματικές δυνατότητες του τοπικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η διαστολή και η απόξεση πραγματοποιείται στο νοσοκομείο υπό αναισθησία με τη χρήση μηχανικών οργάνων. Απαιτεί κατάλληλη τεχνική υποδομή και δεξιότητες. Αυτή η μέθοδος ενέχει κινδύνους επιπλοκών, όταν εφαρμόζεται από ανειδίκευτο προσωπικό, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων μόλυνσης, αιμορραγίας, ακόμη και δευτερογενούς στειρότητας. Για πολλά χρόνια, ήταν η κύρια μέθοδος άμβλωσης και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ευρέως σε ορισμένες χώρες, όπως η Μαλαισία και το Σουδάν, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς της άμβλωσης (Abdullah και Wong, 2010). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) θεωρεί αυτή τη μέθοδο «απαρχαιωμένη» και συνιστά την αντικατάστασή της από αναρρόφηση ή/και ιατρική άμβλωση (WHO, 2013), αν και αυτές οι τεχνικές δεν είναι ακόμη διαθέσιμες παντού.

Οι μέθοδοι αναρρόφησης κενού που συνίστανται σε ηλεκτρική αναρρόφηση κενού ή χειροκίνητη αναρρόφηση κενού, γενικά συνιστώνται έως τις 12-14 εβδομάδες κύησης (WHO, 2013). Αυτές οι ευρέως χρησιμοποιούμενες μέθοδοι εφαρμόζονται επίσης σε προγράμματα φροντίδας μετά την έκτρωση για την αντιμετώπιση επιπλοκών



ή ημιτελών αμβλώσεων. Σταδιακά αντικαθιστούν την διαστολή και η απόξεση σε πολλές χώρες, όπως η Νιγηρία και η Αιθιοπία (Prata et al., 2013).

#### **5.1.2.2 Ιατρικές μέθοδοι**

Οι μέθοδοι στις οποίες χρησιμοποιείται φαρμακευτική αγωγή για την άμβλωση αναφέρονται ως «ιατρικές αμβλώσεις» ή μερικές φορές «μη χειρουργικές αμβλώσεις» (WHO, 2013). Χρησιμοποιούνται τόσο για αμβλώσεις όσο και για φροντίδα μετά την έκτρωση. Δύο τύποι φαρμάκων χρησιμοποιούνται γενικά: η μισοπροστόλη, μια προσταγλανδίνη (ορμόνη) που πωλείται κυρίως με την εμπορική ονομασία Cytotec και η μifeπριστόνη, ένα αντιπρογεσταγόνο, γνωστό με την εμπορική ονομασία RU486. Χρησιμοποιούνται είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό, ανάλογα με τα πρωτόκολλα που υπάρχουν σε κάθε χώρα και τη διαθεσιμότητά τους. Ξεκινώντας από τη δεκαετία του 2000, ο ΠΟΥ συμπεριέλαβε τη συσχέτιση της μισοπροστόλης και της μifeπριστόνης στον Κατάλογο των Απαραίτητων Φαρμάκων για την άμβλωση και της μισοπροστόλης για τη θεραπεία της ατελούς άμβλωσης και της αιμορραγίας μετά τον τοκετό (Millard et al., 2015).

Αλλά δεν ακολουθούν όλες οι χώρες αυτές τις οδηγίες του ΠΟΥ. Σε χώρες με περιοριστικούς νόμους, η μισοπροστόλη περιλαμβάνεται συχνά στον Κατάλογο Βασικών Φαρμάκων μόνο για συνταγογράφηση στη γαστρεντερολογία (Raghavan et al., 2012). Το εγχειρίδιο του ΠΟΥ (2013) για συστήματα υγείας σχετικά με την ασφαλή έκτρωση, περιγράφει τον τύπο του προϊόντος που πρέπει να χρησιμοποιείται (μifeπριστόνη και/ή μισοπροστόλη), προσδιορίζοντας τις δοσολογίες και τις οδούς χορήγησης, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία κύησης.

Η χρήση των φαρμακευτικών αμβλώσεων έχει επεκταθεί σημαντικά από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, σε χώρες τόσο με νόμιμη, όσο και χωρίς νόμιμη άμβλωση. Οι συνθήκες για την παροχή και τη χρήση των φαρμάκων ποικίλλουν, με συνέπειες για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου (Fernandez et al., 2009). Σε χώρες, όπου η πρόσβαση στην άμβλωση είναι περιορισμένη, η χρήση της ιατρικής άμβλωσης έχει εξαπλωθεί τα τελευταία 30 χρόνια. Συγκεκριμένα, η μισοπροστόλη έχει αποκτήσει μια ορισμένη «φήμη» για τις εκτρωτικές της ιδιότητες, είτε χορηγείται από το στόμα, είτε κολπικά (Barbosa και Arilha, 1993). Ακόμη και όταν δεν αναγνωρίζεται επίσημα από τις υγειονομικές αρχές ή δεν διατίθεται μέσω υπηρεσιών υγειονομικής

περίθαλψης, οι γυναίκες τη λαμβάνουν μέσω άτυπων δικτύων ή σε φαρμακεία, όπου πωλείται για άλλες ενδείξεις.

Η Βραζιλία είναι ένα καλό παράδειγμα της άτυπης χρήσης της μισοπροστόλης για την άμβλωση. Μετά την άφιξή του στην αγορά το 1986, η ζήτηση για Cytotec (εμπορική ονομασία μισοπροστόλης) εκτοξεύτηκε στα ύψη (Coelho et al., 1993). Στην πόλη Goiânia, για παράδειγμα, οι πωλήσεις τριπλασιάστηκαν μεταξύ 1987 και 1989 (Costa, 1998). Ωστόσο, αρχής γενομένης από το 1988, το γεγονός ότι χρησιμοποιήθηκε ευρύτερα για τις αμβλώσεις παρά για τη θεραπεία των ελκών (η κύρια ένδειξη του) πυροδότησε διαμάχες. Ενώ ορισμένοι γυναικολόγοι υποστήριζαν ότι η μισοπροστόλη θα πρέπει να είναι διαθέσιμη για τη θεραπεία των ημιτελών αμβλώσεων, άλλοι υποστήριζαν ότι θα έπρεπε να ελέγχεται για να αποτραπεί η αύξηση του αριθμού των αμβλώσεων (Barbosa και Agilha, 1993). Ξεκινώντας το 1991, η κυβέρνηση της Βραζιλίας περιόρισε την πώλησή του για να μειώσει τη χρήση του ως εκτρωτικού, με περιορισμούς ποικίλης σοβαρότητας σε διαφορετικές πολιτείες (πώληση μόνο με ιατρική συνταγή, χρήση περιορισμένη σε νοσοκομεία ή ορισμένες εξουσιοδοτημένες τοποθεσίες). Αυτό μείωσε τις επίσημες πωλήσεις της Cytotec, αλλά ενίσχυσε επίσης τις πωλήσεις σε διογκωμένες τιμές στην παράλληλη αγορά (Coelho et al., 1993). Εξακολουθεί να είναι η κύρια μέθοδος άμβλωσης στη Βραζιλία (Diniz and Medeiros, 2012).

Η χρήση του έχει γίνει ευρέως διαδεδομένη σε άλλες χώρες της Λατινικής Αμερικής, όπου ο νόμος περιορίζει την πρόσβαση στην άμβλωση (Zamberlin et al., 2012) και έχει συμβάλει στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας (Shah and Weinberger, 2012). Σήμερα, η μισοπροστόλη χρησιμοποιείται επίσης ευρέως σε ασιατικές χώρες με περιοριστική νομοθεσία, όπως οι Φιλιππίνες (Gipson et al., 2011). Στην Αφρική είναι λιγότερο κοινή, αλλά η χρήση της αυξάνεται σε ορισμένες χώρες, όπως η Ουγκάντα, η Γκαμπόν και η Νιγηρία (Okonofua et al., 2014). Έχει, επίσης, κερδίσει έδαφος στην Ισπανία και την Ιταλία μέσω των λατινοαμερικανών μεταναστών που έχουν διαδώσει τη φήμη για τις εκτρωτικές της ιδιότητες (De Zordo, 2016).

Σε περιβάλλοντα, όπου η άμβλωση είναι νόμιμη, όπως η Ουρουγουάη, η Πόλη του Μεξικού, η Γαλλία κ.λπ., η ιατρική άμβλωση αντικαθιστά τις μεθόδους που βασίζονται στην αναρρόφηση και είναι πλέον η κύρια μέθοδος που χρησιμοποιείται (Fiol et al., 2016). Αντιπροσωπεύει σημαντική πρόοδο για τις γυναίκες και τους παρόχους υγείας. Παρέχει στις γυναίκες μεγαλύτερη αυτονομία στη διαχείριση της

άμβλωσης και μπορεί να πραγματοποιηθεί στο σπίτι (Wainwright et al., 2016), ενδεχομένως με τον σύντροφο παρόντα (Iyengar et al., 2016). Σε ορισμένες χώρες, όπως η Γαλλία, η ιατρική άμβλωση τελεί υπό τον αυστηρό έλεγχο των επαγγελματιών υγείας, με δύο ιατρικά ραντεβού που απαιτούνται για τη λήψη του φαρμάκου, ενώ σε άλλες χώρες η πρακτική είναι λιγότερο αυστηρά ρυθμισμένη.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι γενικά λιγότερο απρόθυμοι να κάνουν ιατρικές αμβλώσεις, επειδή είναι πιο ουδέτερες ιατρικές πράξεις, με λιγότερη προσωπική εμπλοκή και σχετικό στίγμα. Δεδομένου ότι αυτός ο τύπος έκτρωσης λαμβάνει χώρα εκτός κέντρων υγείας, οι επαγγελματίες βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόσταση από την πράξη από ό,τι στην περίπτωση της αναρρόφησης και της απόξεσης (Fiol et al., 2016). Αυτή η μέθοδος επιτρέπει επίσης τη μεταφορά δεξιοτήτων μεταξύ επαγγελματιών υγείας, επειδή μπορεί να συνταγογραφηθεί από νοσηλεύτριες και μαίες, σε αντίθεση με τις άλλες μεθόδους που συνήθως εφαρμόζουν μόνο οι γιατροί (Puri et al., 2015).

Σε περιβάλλοντα, όπου η άμβλωση είναι πλημμέλημα, η ιατρική μέθοδος ενέχει λιγότερο κίνδυνο για την υγεία των γυναικών, ενώ οι πιθανές επιπλοκές είναι λιγότερο σοβαρές και ορατές από τις παραδοσιακές μεθόδους. Μοιάζουν περισσότερο με μια αποβολή παρά με μια προκαλούμενη άμβλωση.

### **5.1.2.3 Ρύθμιση εμμήνου ρύσεως**

Η ρύθμιση της εμμήνου ρύσεως είναι μια άλλη μορφή αποβολής. Συνίσταται στην εκκένωση της μήτρας χωρίς προηγούμενη ιατρική επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, σε γυναίκες που αναφέρουν πρόσφατη καθυστερημένη έμμηνο ρύση (WHO, 2013). Αυτή η πρόιμη μορφή αποβολής, πραγματοποιείται τόσο με παραδοσιακές μεθόδους (Van de Walle και Renne, 2001) όσο και με αναρρόφηση ή φαρμακευτική αγωγή 8 έως 14 εβδομάδες το πολύ μετά την τελευταία έμμηνο ρύση, ανάλογα με τη μέθοδο και το προσωπικό που είναι επιφορτισμένο με την πραγματοποίησή της. Ασκείται τόσο, όπου η άμβλωση είναι νόμιμη, όσο και αλλού. Αυτή η μέθοδος μπορεί να φαίνεται πιο αποδεκτή σε ένα πλαίσιο, όπου η άμβλωση απορρίπτεται κοινωνικά για ηθικούς, θρησκευτικούς ή πολιτιστικούς λόγους ή όπου υπάρχει περιοριστική νομοθεσία. Οι γυναίκες θα το θεωρήσουν ως απλή ρύθμιση της καθυστερημένης εμμήνου ρύσεως και όχι ως επαγόμενη άμβλωση (Faúndes και Barzelatto, 2011).

Αυτή η μέθοδος είναι ευρέως διαδεδομένη στην Ασία. Στο Μπαγκλαντές, οι υπηρεσίες ρύθμισης της εμμήνου ρύσεως εισήχθησαν τη δεκαετία του 1970 (Dixon-Mueller, 1988) ως μέρος του προγράμματος οικογενειακού προγραμματισμού, παρά τον εξαιρετικά περιοριστικό νόμο για τις αμβλώσεις. Είναι επίσης κοινή στην Ινδία και το Νεπάλ (Tamang et al., 2014). Υπολογίζεται ότι το 45-60% των αμβλώσεων στο Βιετνάμ τη δεκαετία του 1990 πραγματοποιήθηκαν με αυτόν τον τρόπο (Goodkind, 1994). Με βάση τα αποτελέσματα της Δημογραφικής Έρευνας Υγείας του 2002, ο Becquet (2015) αναφέρει ότι «το 77% των αμβλώσεων είναι πρώιμες αμβλώσεις που πραγματοποιούνται σε λιγότερο από έξι εβδομάδες κύησης, οι οποίες επομένως αναφέρονται ως «ρύθμιση εμμήνου ρύσεως». Στην Κούβα, όπου η άμβλωση είναι νόμιμη από τη δεκαετία του 1950, η ρύθμιση της εμμήνου ρύσεως, που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1980, αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο ποσοστό όλων των αμβλώσεων (Bélanger και Flynn, 2009).

## 5.2 Νομοθεσία για τις αμβλώσεις σε όλο τον κόσμο

Η νομοθεσία για τις αμβλώσεις παγκοσμίως βρίσκεται τακτικά στο επίκεντρο ερευνών και άλλων δημοσιεύσεων. Τα Ηνωμένα Έθνη δημοσιεύουν περιοδικές εκθέσεις για τις Παγκόσμιες Πολιτικές Αμβλώσεων, η πιο πρόσφατη από τις οποίες δημοσιεύτηκε το 2013 (United Nations, 2013) και το 2014 συντάχθηκε μια έκθεση σχετικά με τους νόμους για την αναπαραγωγική υγεία (United Nations, 2014). Μια πολύ εξαντλητική βάση δεδομένων για τις πολιτικές αμβλώσεων, η βάση δεδομένων Global Abortion Policies, δημιουργήθηκε επίσης πρόσφατα από τον ΠΟΥ και τα Ηνωμένα Έθνη (WHO, 2017). Ορισμένες μη κυβερνητικές οργανώσεις συμβάλλουν επίσης σε αυτήν την ερευνητική προσπάθεια: αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, το Κέντρο για τα Αναπαραγωγικά Δικαιώματα, το οποίο παράγει τακτικά χάρτες για την πολιτική κατάσταση σε όλο τον κόσμο και το Ινστιτούτο Guttmacher, που παρουσιάζει επισκοπήσεις της κατάστασης, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο, όσο και σε μεμονωμένες χώρες ή περιοχές (Guttmacher Institute, 2015).

Η γνώση του νομικού πλαισίου που διέπει τις αμβλώσεις είναι ζωτικής σημασίας, καθώς είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την παροχή υπηρεσιών και τα δικαιώματα των γυναικών και την υγεία τους. Σε όλο τον κόσμο, η νομοθεσία συχνά ταλαντεύεται μεταξύ περιόδων χαλάρωσης και αυστηροποίησης των

περιορισμών, για ηθικούς, θρησκευτικούς, υγειονομικούς, δεοντολογικούς ή νομικούς λόγους. Οι καταστάσεις κυμαίνονται από την πλήρη απαγόρευση των αμβλώσεων έως την απεριόριστη πρόσβαση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας. Μεταξύ αυτών των δύο άκρων, η πρόσβαση στην άμβλωση επιτρέπεται υπό ορισμένες προϋποθέσεις: προστασία της ζωής των γυναικών ή της σωματικής και/ή ψυχικής τους υγείας, εμβρυϊκή βλάβη, βιασμός ή αιμομιξία, οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους ή ορισμένες άλλες ειδικές αιτίες σε ορισμένες χώρες.

### **5.2.1 Ένα περιορισμένο δικαίωμα**

Η πρόσβαση στην άμβλωση υπόκειται πάντα σε κάποια όρια, όσον αφορά την ηλικία κύησης ή τις εβδομάδες αμηνόρροιας. Αυτά τα όρια μπορούν να παραταθούν ή να αρθούν, εάν η ζωή ή η υγεία της γυναίκας βρίσκεται σε κίνδυνο και σε ορισμένες άλλες καταστάσεις (βιασμός, δυσπλασία, κ.λπ.) (WHO, 2017). Οι περισσότερες χώρες επιτρέπουν την έκτρωση έως και 12 εβδομάδες κύησης, ενώ ορισμένες την επιτρέπουν έως και 18 εβδομάδες (Σουηδία), 22 εβδομάδες (Ολλανδία) ή 24 εβδομάδες (Ηνωμένο Βασίλειο) (Hassoun, 2011).

Μερικές φορές απαιτούνται άδειες για νόμιμη άμβλωση. Σε 25 ευρωπαϊκές χώρες απαιτείται η συγκατάθεση ενός γονέα ή κηδεμόνα για μια γυναίκα που δεν έχει συμπληρώσει την ηλικία της ενηλικίωσης (WHO, 2017). Στη Γαλλία, μετά τη μεταρρύθμιση του νόμου για τις αμβλώσεις το 2001, εάν μια γυναίκα κάτω των 18 ετών δεν μπορεί να λάβει τέτοια συγκατάθεση, ένας άλλος ενήλικας μπορεί να αντικαταστήσει τη γονική αρχή. Σε άλλες χώρες (Ιταλία, Δανία, Νορβηγία, Ισπανία), αυτόν τον ρόλο παίζει μια επιτροπή (Hassoun, 2011). Σε 37 πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών, οι γυναίκες κάτω των 18 ετών χρειάζονται τη συγκατάθεση τουλάχιστον ενός από τους δύο γονείς τους (σε ορισμένες περιπτώσεις και των δύο γονέων) και/ή οι γονείς πρέπει να ειδοποιηθούν. Αυτό απαιτείται επίσης σε τέσσερις χώρες στη Λατινική Αμερική, εννέα στην Αφρική και 17 στην Ασία. Όταν μια γυναίκα είναι παντρεμένη, απαιτείται η συγκατάθεση του συζύγου σε ορισμένες αφρικανικές και ασιατικές χώρες (WHO, 2017).

Για να τερματιστεί μια εγκυμοσύνη για λόγους υγείας, μπορεί να απαιτείται ιατρική έγκριση (και ενίοτε ένορκη πιστοποίηση), ιδίως από έναν ή περισσότερους γιατρούς ή από ψυχίατρο, σε περίπτωση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η άμβλωση

μετά από βιασμό ή αιμομιξία συχνά απαιτεί νόμιμη άδεια από εισαγγελέα ή δικαστή και μερικές φορές αστυνομική ή ιατρική έκθεση. Αυτά τα εμπόδια πρόσβασης επηρεάζουν ιδιαίτερα τις νεαρές γυναίκες και συχνά έχουν ως αποτέλεσμα να τους στερείται το δικαίωμα στην άμβλωση. Ορισμένες νομοθεσίες ορίζουν επίσης περίοδο αναμονής πολλών ημερών ή εβδομάδων πριν από τη χορήγηση της άδειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό ισχύει μόνο για ανήλικες γυναίκες. Αν και δεν απαιτείται τέτοια περίοδος αναμονής στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών, υπάρχει σε εννέα χώρες και κυμαίνεται από τρεις έως επτά ημέρες (Nisand et al., 2012). Στη Γαλλία, η περίοδος αναμονής των επτά ημερών καταργήθηκε το 2017.

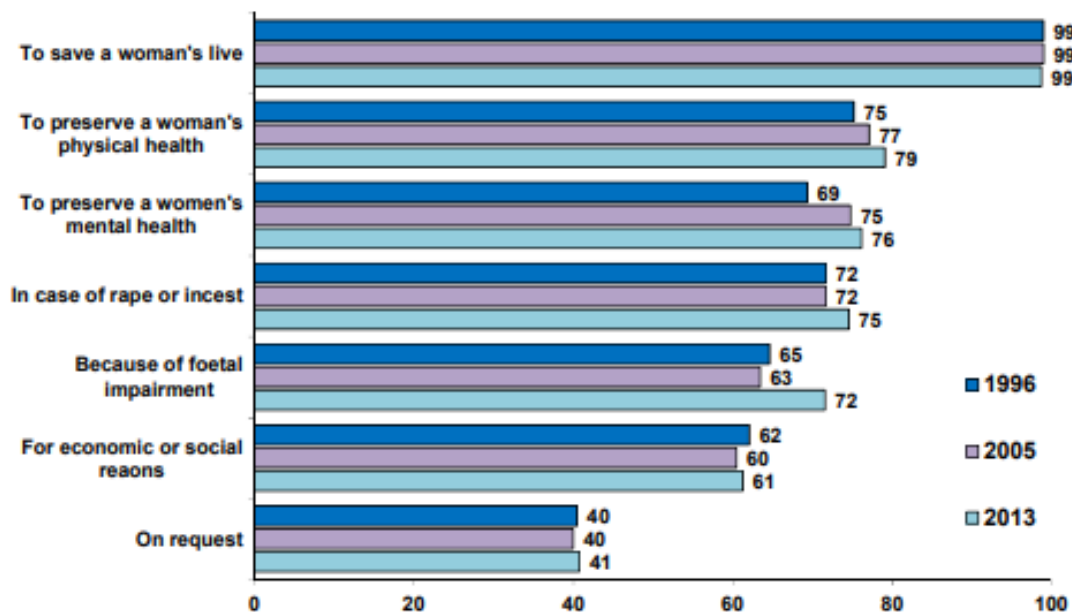
Η αντίρρηση συνείδησης για ηθικούς, θρησκευτικούς ή φιλοσοφικούς λόγους (Rehnström Loi et al., 2015) εμποδίζει επίσης την πρόσβαση στην άμβλωση. Οι επαγγελματίες υγείας μερικές φορές επικαλούνται τη ρήτρα συνείδησης για να αποφύγουν την εκτέλεση αμβλώσεων ή τη θεραπεία γυναικών με επιπλοκές. Οι ασκούμενοι μπορούν να επικαλεστούν το δικαίωμα στην ελευθερία της συνείδησης, εάν θεωρούν ότι η άμβλωση παραβιάζει την επαγγελματική ηθική δέσμευσή τους για το σεβασμό της ζωής (Fiala and Arthur, 2014). Αυτό το δικαίωμα κατοχυρώνεται στη νομοθεσία σε ορισμένες χώρες και ακόμα και όπου δεν υπάρχει, πολλοί επαγγελματίες αρνούνται να κάνουν αμβλώσεις στην Ευρώπη (Heino et al., 2013), ιδίως στην Ισπανία, την Ιταλία και την Πορτογαλία (De Zordo, 2017), στην Αφρική (Lema, 2012), ιδίως στη Νότια Αφρική (Harrises et al., 2014), στη Λατινική Αμερική (Casas, 2009) και στις Ηνωμένες Πολιτείες (Harris et al., 2011). Ωστόσο, ακόμη και όταν αυτό το δικαίωμα στην αντίρρηση συνείδησης αναγνωρίζεται νομικά, οι επαγγελματίες υγείας έχουν υποχρεώσεις, όπως η παραπομπή ασθενών σε ιατρούς που δεν αντιτίθενται ή η θεραπεία γυναικών σε κρίσιμη κατάσταση (Cook et al., 2009).

### **5.2.2 Νομοθεσία - περιοριστική και φιλελεύθερη**

Συνολικά, οι νόμοι για τις αμβλώσεις είναι πιο ανεκτικοί στις πιο ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων επτά στις δέκα -κυρίως στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική- επιτρέπουν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (Εικ. 3). Το χάσμα διευρύνεται με τις αυξανόμενες διαφορές στο επίπεδο ανάπτυξης: το 16% των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών έχουν φιλελεύθερη νομοθεσία, σε σύγκριση με μόνο το 4% των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών (United Nations, 2014).

Ο μόνος λόγος που γίνεται αποδεκτή η άμβλωση σε όλο τον κόσμο, είναι να σωθεί η ζωή της μητέρας, αν και οι γυναίκες δεν έχουν πάντα πρόσβαση στην άμβλωση, ακόμη και όταν η ζωή τους βρίσκεται σε κίνδυνο. Τα επίπεδα αποδοχής της άμβλωσης για άλλους λόγους ποικίλλουν και πάλι ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης: σχεδόν το 90% των ανεπτυγμένων χωρών επιτρέπουν την άμβλωση για την προστασία της σωματικής ή ψυχικής υγείας της γυναίκας, σε σύγκριση με το 50-60% των άλλων χωρών.

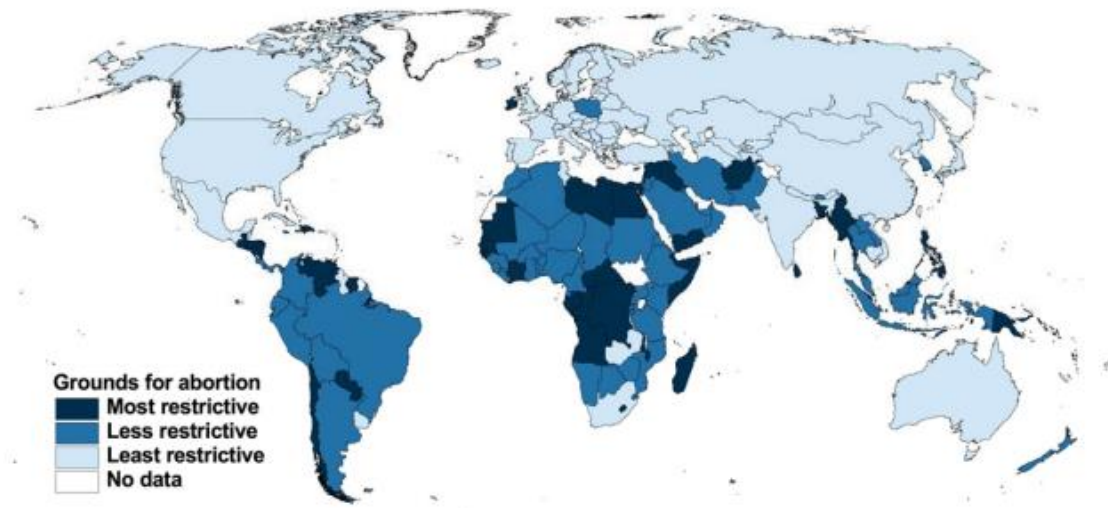
Οι διαφορές μεταξύ των περιοχών είναι ακόμη πιο έντονες για λόγους, όπως ο βιασμός, η αιμομιξία και η εμβρυϊκή ανεπάρκεια: διπλάσιες ανεπτυγμένες χώρες (86%) από λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (41%) επιτρέπουν την άμβλωση για αυτούς τους λόγους, σε σύγκριση με λιγότερο από 30% των ελάχιστα ανεπτυγμένων χωρών. Η έγκριση των αμβλώσεων για οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους είναι επίσης πολύ πιο διαδεδομένη στις ανεπτυγμένες χώρες: το 82% το επιτρέπει σε αυτή την περίπτωση, σε σύγκριση με το 20% των λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών και το 6% των ακόμα λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών.



Εικ. 3: Κατανομή (%) των χωρών με βάση τους νομικούς λόγους για τις αμβλώσεις και το επίπεδο ανάπτυξης. Πηγή: United Nations, (2014).

Εκτός από αυτές τις διαφορές ανά επίπεδο ανάπτυξης, αντικρουόμενες νομικές καταστάσεις εντοπίζονται μεταξύ χωρών εντός συγκεκριμένων περιοχών του κόσμου

(Εικ.4). Η άμβλωση απαγορεύεται πλήρως σε 21 χώρες, αλλά υπάρχουν ρήτρες εξαιρέσεως σε ορισμένες από αυτές. Αντίθετα, σε ορισμένες χώρες, μια νομικά αναγνωρισμένη προϋπόθεση μπορεί να ερμηνεύεται με περιοριστικό τρόπο. Για παράδειγμα, το δικαίωμα σε άμβλωση μπορεί να προσκρούσει σε άρνηση σε περίπτωση βιασμού, με την αιτιολογία ότι το δικαίωμα στη ζωή που ξεκινά από τη σύλληψη είναι ανώτερο από το δικαίωμα της γυναίκας.



Εικ.4: Νομικό καθεστώς των αμβλώσεων σε όλο τον κόσμο.

Πηγή: United Nations, (2014).

#### **5.2.2.1 Νομοθεσία στην Αφρική**

Οι αφρικανικές χώρες κληρονόμησαν το περιοριστικό νομικό πλαίσιο των αποικιακών δυνάμεων, των οποίων οι νόμοι και ο ποινικός κώδικας καθόρισαν τους όρους πρόσβασης στην άμβλωση και τις σχετικές κυρώσεις. Στις γαλλόφωνες αφρικανικές χώρες, η άμβλωση ήταν παράνομη σύμφωνα με τον γαλλικό ποινικό κώδικα του 1810 και ρυθμιζόταν από τον γαλλικό νόμο του 1920 που απαγόρευε την υποκίνηση σε άμβλωση και την προπαγάνδα κατά της σύλληψης. Οι αγγλόφωνες χώρες υπόκειντο στον νόμο του 1861 για τα βρετανικά αδικήματα κατά του ατόμου. Σε χώρες υπό πορτογαλική κυριαρχία, εφαρμόστηκε ο πορτογαλικός ποινικός κώδικας του 1886, στις βελγικές αποικίες ο βελγικός νόμος του 1867, ενώ χώρες, όπως η Ζιμπάμπουε και η Νότια Αφρική, υπάγονταν στο ρωμαιο-ολλανδικό δίκαιο (United Nations, 2001a, 2001b, 2002). Σήμερα, η νομοθεσία στην Αφρική είναι κατασταλτική



(με την άμβλωση εντελώς απαγορευμένη ή επιτρέπεται μόνο για την προστασία της ζωής της μητέρας), με ελάχιστες αλλαγές από την ανεξαρτησία. Μόνο λίγες χώρες έχουν χαλαρώσει τους νομικούς περιορισμούς στις αμβλώσεις. Και όμως στο Πρωτόκολλο του Μαπούτο, που επικυρώθηκε το 2003 από 36 αφρικανικά κράτη, το άρθρο 14 για τα δικαιώματα υγείας και αναπαραγωγής ορίζει ότι οι υπογράφωντες «προστατεύουν τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών επιτρέποντας την ιατρική άμβλωση σε περιπτώσεις σεξουαλικής επίθεσης, βιασμού, αιμομιξίας και, όπου η συνέχιση της εγκυμοσύνης θέτει σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική υγεία της μητέρας ή τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου.

Το 2017, μόνο έξι από τις 53 αφρικανικές χώρες, που αντιπροσωπεύουν το 11% των Αφρικανών γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Αυτές οι χώρες ήταν το Πράσινο Ακρωτήριο, η Νότια Αφρική, η Τυνησία, η Μοζαμβίκη, το Σάο Τομέ και Πρίνσιπε και η Αγκόλα έως 10 εβδομάδες κύησης. Το 1973, η Τυνησία έγινε η πρώτη αφρικανική χώρα και η πρώτη μουσουλμανική χώρα που νομιμοποίησε τις αμβλώσεις κατόπιν αιτήματος. Στη Νότια Αφρική, ο νόμος θεσπίστηκε το 1996 στο πλαίσιο των νομοθετικών αλλαγών μετά το Απαρτχάιντ (Ηνωμένα Έθνη, 2002), αν και η πρόσβαση στην άμβλωση εξακολουθεί να είναι περιορισμένη λόγω της έλλειψης εγκαταστάσεων άμβλωσης, φραγμών που αποδίδονται στους επαγγελματίες υγείας, όπως η αντίρρηση συνείδησης, αιτήματα για ιατρικές εξετάσεις που δεν απαιτούνται από το νόμο και στιγματισμός ανύπαντρων γυναικών (Harries et al., 2014). Στη Μοζαμβίκη, το Σάο Τομέ και Πρίνσιπε και την Αγκόλα, οι αμβλώσεις αποποινικοποιήθηκαν τη δεκαετία του 2010.

#### **5.2.2.2 Νομοθεσία στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική**

Όπως και στην Αφρική, οι νόμοι για τις αμβλώσεις στη Λατινική Αμερική είναι περιοριστικοί, αν και υπάρχει επίσης ένα ισχυρό κίνημα υπέρ της νομιμοποίησης, ιδιαίτερα μεταξύ των φεμινιστικών ομάδων (Kulczycki, 2011). Η επιρροή της Καθολικής Εκκλησίας και η ισχυρή πατριαρχική κουλτούρα αποτελούν εμπόδια στη νομοθετική αλλαγή (Guillaume και Lerner, 2007). Από τη δεκαετία του 2000, οι νόμοι για τις αμβλώσεις σε ορισμένες χώρες ταλαντεύονται μεταξύ της απελευθέρωσης και του περιορισμού, με τα προηγούμενα δικαιώματα να αμφισβητούνται μερικές φορές μέσω αλλαγών στον ποινικό κώδικα ή στο σύνταγμα (Kulczycki, 2011).

Το 2017, η άμβλωση απαγορεύτηκε εντελώς σε έξι από τις 34 χώρες, αντιπροσωπεύοντας το 7% του γυναικείου πληθυσμού στην περιοχή: Δομινικανή Δημοκρατία, Ελ Σαλβαδόρ, Αϊτή, Ονδούρα, Νικαράγουα και Σουρινάμ. Μόνο τρεις χώρες και μια επικράτεια των ΗΠΑ, που αντιπροσωπεύουν το 3% του πληθυσμού των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία στην περιοχή, επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας: Κούβα, Γουιάνα, Πουέρτο Ρίκο και Ουρουγουάη. Το Μεξικό είναι μια συγκεκριμένη περίπτωση, καθώς, ως ομοσπονδιακή χώρα, καθεμία από τις 32 πολιτείες του έχει τη δική της νομοθεσία: η άμβλωση είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήματος από το 2007 μόνο σε μία πολιτεία, στην Πόλη του Μεξικού, με όριο κύησης τις 12 εβδομάδες. Όλες οι άλλες πολιτείες επιτρέπουν την άμβλωση, τουλάχιστον σε περίπτωση βιασμού. Η Κούβα ήταν η πρώτη χώρα στην περιοχή που αποποινικοποίησε τις αμβλώσεις, το 1965 (Kulczycki, 2011). Διατίθεται κατόπιν αιτήματος, εφαρμόζεται συνήθως, αν και η αντισύλληψη χρησιμοποιείται επίσης ευρέως. Στην Ουρουγουάη, ένας νόμος του 2012 επιτρέπει την άμβλωση χωρίς περιορισμό έως τις 12 εβδομάδες κύησης (Wood et al., 2016).

### **5.2.2.3 Νομοθεσία στην Ασία**

Αντίθετα, το νομοθετικό τοπίο για τις αμβλώσεις στην Ασία είναι πιο ποικιλόμορφο και ανεκτικό από ότι στην Αφρική και τη Λατινική Αμερική. Το ένα τρίτο των χωρών επιτρέπει την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (καλύπτοντας το 44% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία). Η μόνη χώρα, όπου απαγορεύεται εντελώς είναι οι Φιλιππίνες. Όλες οι χώρες στην Ασία επιτρέπουν την άμβλωση για να σωθεί η ζωή της γυναίκας, η πλειοψηφία για λόγους υγείας και 14 σε περιπτώσεις βιασμού, αιμομιξίας ή εμβρυϊκής βλάβης.

Το Βιετνάμ ήταν πρωτοπόρος, νομιμοποιώντας τις αμβλώσεις το 1945. Και σε άλλες κομμουνιστικές χώρες, όπως η Κούβα, οι πρώην σοβιετικές χώρες και η Κίνα, η άμβλωση χρησιμοποιήθηκε ευρέως αντί της σύγχρονης αντισύλληψης, η οποία ήταν δύσκολο να επιτευχθεί και παραμένει κοινή σήμερα (Goodkind, 1994). Η Κίνα απελευθέρωσε την άμβλωση το 1957 και μπορεί να γίνει χωρίς περιορισμούς, σε οποιαδήποτε ηλικία κύησης και μερικές φορές επιβάλλεται καταναγκαστικά στις έγκυες γυναίκες ανεξάρτητα από τις ποσοτώσεις που ορίζονται από την επίσημη πολιτική ελέγχου των γεννήσεων (Attané and Barbieri, 2009). Η Ινδία νομιμοποίησε τις αμβλώσεις στις αρχές της δεκαετίας του 1970 ως απάντηση στα υψηλά επίπεδα

μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και σε υψηλό ποσοστό γεννήσεων, επιτρέποντας τη διαδικασία για κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους, για τη διατήρηση της υγείας και της ζωής της γυναίκας, σε περιπτώσεις βιασμού, αιμομιξίας, βλάβη εμβρύου και αποτυχία αντισύλληψης. Παρά αυτόν τον νόμο, η πλειονότητα των ινδών γυναικών δεν είναι σε θέση να κάνει άμβλωση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές) λόγω έλλειψης επαρκών υπηρεσιών και παραμένουν σημαντικές διαφορές στην πρόσβαση μεταξύ των κρατών (Ramachandar and Pelto, 2010).

#### **5.2.2.4 Νομοθεσία στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Ωκεανία**

Στην Ευρώπη, οι νόμοι για τις αμβλώσεις έχουν εξελιχθεί σύμφωνα με πολύ διαφορετικά χρονοδιαγράμματα σε διαφορετικές χώρες. Η Ρωσία πρωτοστάτησε στη νομιμοποίηση των αμβλώσεων το 1920 (David, 1992). Υπό την επιρροή της, άλλες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης ακολούθησαν το παράδειγμά στη δεκαετία του 1950 (Blayo, 1991). Σε αυτές τις χώρες, η άμβλωση ήταν το κύριο μέσο ελέγχου των γεννήσεων για πολλά χρόνια, καθώς η πρόσβαση στη σύγχρονη αντισύλληψη ήταν περιορισμένη και η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση ήταν φτωχή (Sobotka, 2003). Αλλά αυτοί οι νόμοι κινούνταν συνεχώς μεταξύ περιόδων χαλάρωσης και αυστηροποίησης των περιορισμών. Η Ρουμανία, η οποία είχε νομιμοποιήσει τις αμβλώσεις το 1956, αντέστρεψε δραστικά αυτή την κίνηση το 1966 με την υιοθέτηση από την κυβέρνηση Τσαουσέσκου μιας προναταλιστικής πολιτικής (Hord et al., 1991). Αυτή η ανατροπή οδήγησε σε σημαντική αύξηση της μητρικής θνησιμότητας λόγω της αύξησης των παράνομων αμβλώσεων (David, 1992). Με την πτώση του Τσαουσέσκου το 1989, αυτή η πολιτική εγκαταλείφθηκε, οι αμβλώσεις έγιναν ξανά νόμιμες και η θνησιμότητα που σχετίζεται με τις αμβλώσεις μειώθηκε (Hord et al., 1991). Μια άλλη ανατροπή συνέβη στην Πολωνία, η οποία είχε φιλελεύθερη νομοθεσία μέχρι το 1993. Μετά από μια σειρά νομοθετικών αλλαγών, η άμβλωση επιτρέπεται πλέον μόνο για λόγους υγείας, εμβρυϊκής βλάβης ή βιασμού. Μια προσπάθεια να επιβληθεί πλήρης απαγόρευση απέτυχε το 2016 μετά από μαζικές διαδηλώσεις στη χώρα και σε ολόκληρη την Ευρώπη.

Το 2017, μεταξύ των 43 χωρών της Ευρώπης, 29 επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος της γυναίκας (καλύπτοντας το 72% των ευρωπαϊκών γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας) και τέσσερις την επέτρεψαν για κοινωνικούς και

οικονομικούς λόγους. Η πλειονότητα των χωρών αναθεώρησε τη νομοθεσία τις δεκαετίες του 1970 και του 1980. Η πρόσβαση στην άμβλωση παραμένει περιορισμένη στις άλλες χώρες. Απαγορεύεται εντελώς στην Ανδόρα, τη Μάλτα, τον Άγιο Μαρίνο και το Βατικανό. Στην Ιρλανδία, είναι νόμιμη από το 2013 σε περίπτωση κινδύνου για τη ζωή της γυναίκας, ενώ η περίπτωση της εμβρυϊκής βλάβης απορρίφθηκε. Η απελευθέρωση των νόμων της Ιρλανδίας για τις αμβλώσεις τέθηκε σε δημοψήφισμα τον Μάιο του 2018, όπου η πλειοψηφία των ψηφοφόρων ψήφισε υπέρ της μεταρρύθμισης.

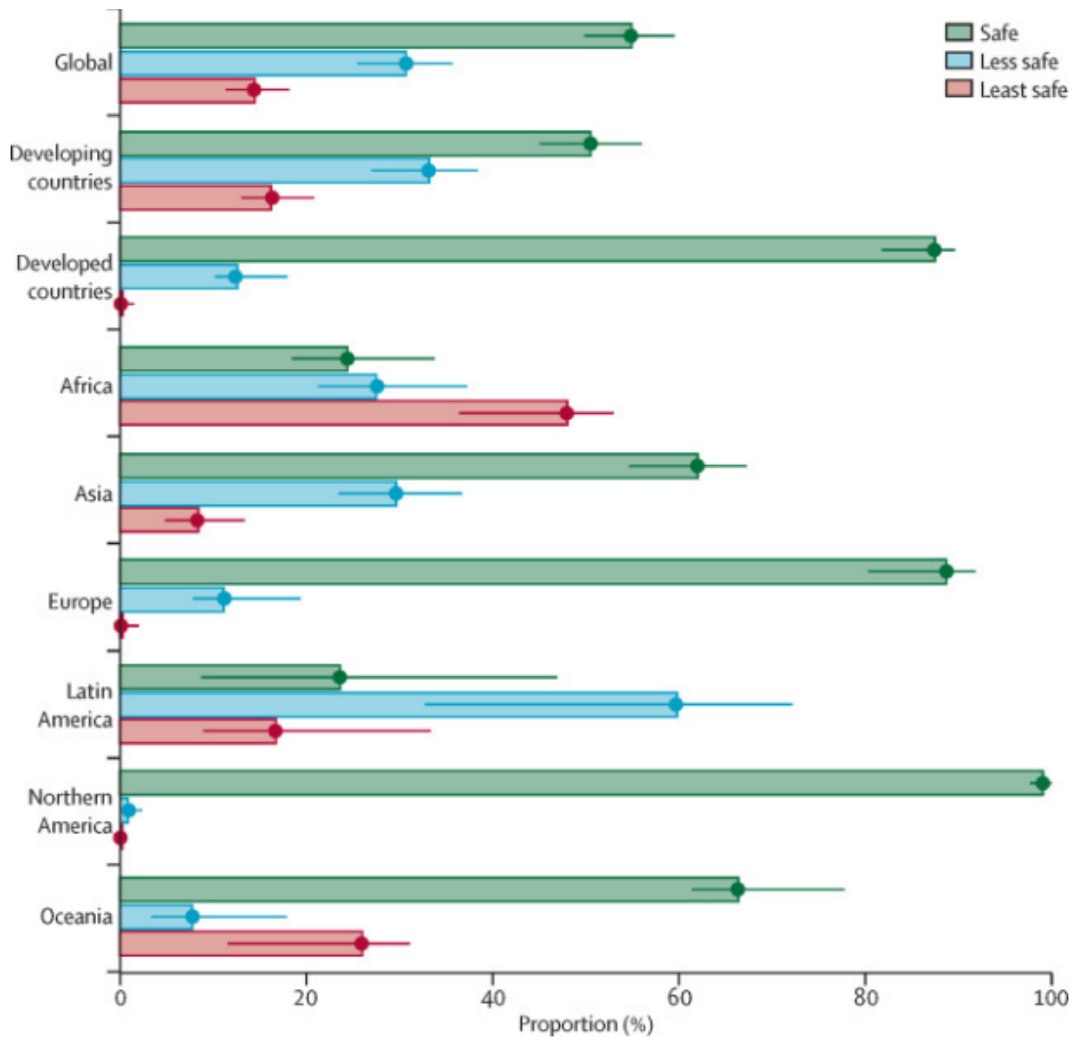
Οι νομικοί περιορισμοί έχουν επίσης χαλαρώσει τις τελευταίες δεκαετίες σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, η Αλβανία, η Εσθονία, το Λουξεμβούργο, η Πορτογαλία, η Ισπανία και η Ελβετία επέτρεψαν την άμβλωση κατόπιν αιτήματος. Από το 2009, έχει εγκριθεί στο Μονακό σε περιπτώσεις εμβρυϊκής βλάβης, βιασμού ή αιμομιξίας και για τη διατήρηση της ζωής ή της υγείας της γυναίκας. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν υπάρχουν κοινές οδηγίες σχετικά με τις αμβλώσεις. Ωστόσο, ένα ψήφισμα του Συμβουλίου της Ευρώπης του 2008 καλεί τα κράτη μέλη να αποποινικοποιήσουν την άμβλωση εντός λογικών ορίων κήσης, εάν δεν το έχουν ήδη κάνει, να εγγυηθούν την αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος πρόσβασής των γυναικών σε μια ασφαλή και νόμιμη άμβλωση και άρση των περιορισμών που εμποδίζουν, *de facto* ή *de jure*, την πρόσβαση σε ασφαλή έκτρωση (Parliamentary Assembly, 2008).

Στην Ωκεανία, οι αμβλώσεις μπορούν να γίνουν νόμιμα κατόπιν αιτήματος της γυναίκας μόνο στην Αυστραλία και στη Νέα Καληδονία. Σε άλλες χώρες, η πρόσβαση περιορίζεται σε καταστάσεις, όπου η ζωή ή η υγεία της γυναίκας βρίσκεται σε κίνδυνο. Στον Καναδά και τις Ηνωμένες Πολιτείες, οι αμβλώσεις επιτρέπονται κατόπιν αιτήματος. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η άμβλωση είναι συνταγματικό δικαίωμα, αλλά κάθε πολιτεία μπορεί να θέσει τους δικούς της κανονισμούς για το θέμα και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να γίνουν αυστηρότεροι οι περιορισμοί. Το 2017, περισσότερες από τις μισές πολιτείες περιόρισαν περαιτέρω την πρόσβαση στην άμβλωση επιβάλλοντας νέους κανόνες: ειδικούς κανονισμούς για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που πραγματοποιούν αμβλώσεις, υποχρεωτική συμβουλευτική και περίοδος αναμονής για την άμβλωση, την απαίτηση να είναι παρών ένας γονέας, εάν η γυναίκα είναι κάτω των 18 ετών, και απαγορεύσεις για τη χρήση των δημοσίων πόρων για τις αμβλώσεις.

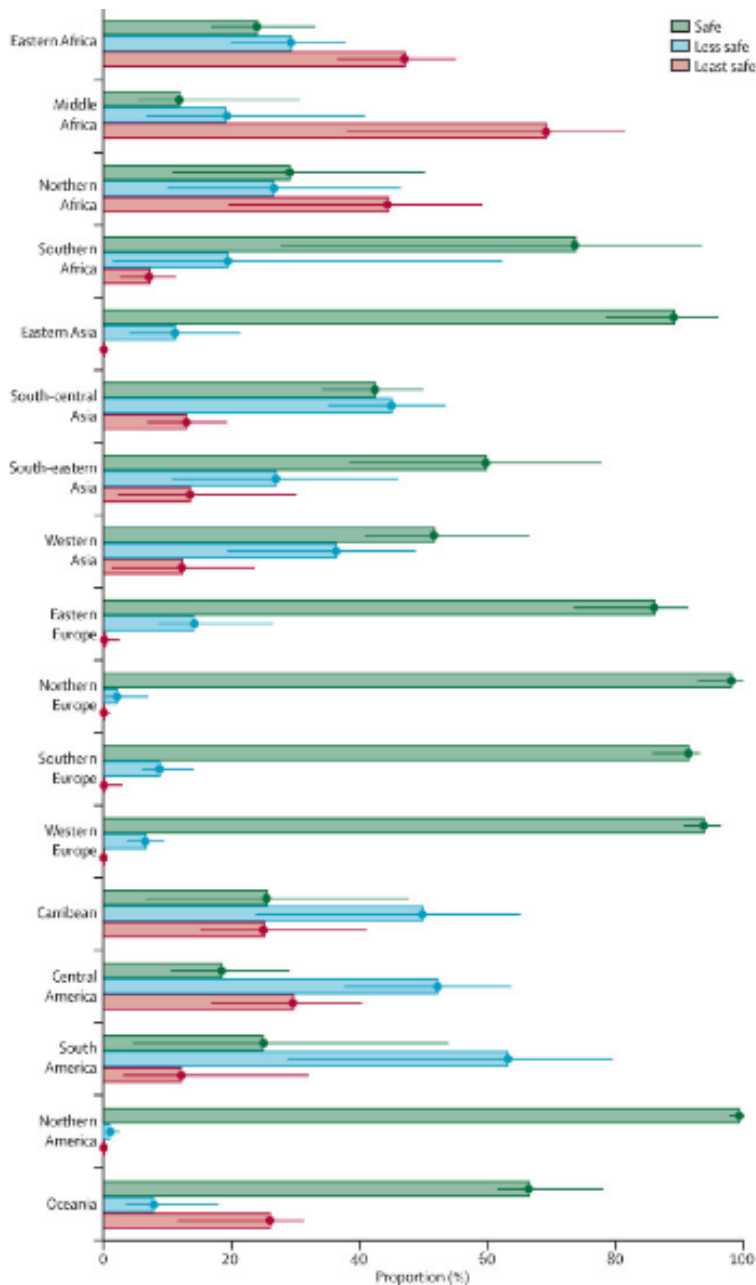
Αυτοί οι περιορισμοί αντιπροσωπεύουν εμπόδια στην άμβλωση και έχουν μειώσει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών σε ορισμένες πολιτείες (Jones and Jerman, 2017). Η θέση που έλαβε η κυβέρνηση Τραμπ μόλις ανέλαβε τα καθήκοντά της, με την επαναφορά του «παγκόσμιου κανόνα φίμωσης», οδήγησε σε απαγόρευση κάθε χρηματοδότησης μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων ομάδων με προγράμματα που παρέχουν υπηρεσίες άμβλώσεων ή πληροφορίες για τις άμβλώσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες (Starrs, 2017).

### 5.3 Η ασφαλής άμβλωση

Παρά την πολυετή επιστημονική πρόοδο, η μη ασφαλής άμβλωση εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική αιτία μητρικής θνησιμότητας. Οι σύγχρονες μέθοδοι άμβλωσης είναι αποτελεσματικές και ασφαλείς, αλλά οι γυναίκες σε πολλές χώρες, είτε λόγω της νομοθεσίας που επικρατεί είτε λόγω των ανεπαρκών υγειονομικών δομών, δεν έχουν πάντα πρόσβαση σε ασφαλείς μεθόδους άμβλωσης και θεραπείες, όταν χρειάζεται (Εικ.5 και 6).



Εικ. 5: Κατανομή των κατηγοριών ασφάλειας των αμβλώσεων παγκοσμίως και ανά περιοχή. Πηγή: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)



Εικ.6: Κατανομή κατηγοριών ασφάλειας αμβλώσεων ανά υποπεριφέρεια. Πηγή:  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)

Το δικαίωμα στην υγεία απαιτεί από τις κυβερνήσεις να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα και να εξασφαλίσουν ότι οι γυναίκες έχουν τις απαραίτητες πληροφορίες και την ικανότητα να λαμβάνουν κρίσιμες αποφάσεις σχετικά την αναπαραγωγική τους ζωή, όπως να αποφασίσουν εάν θα συνεχίσουν ή όχι μια εγκυμοσύνη. Επίσης, να εγγυάται ότι οι γυναίκες δεν εκτίθενται στους κινδύνους της μη ασφαλούς αμβλώσεως, η οποία μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες και επιπτώσεις στην υγεία τους, οδηγώντας σε μακροχρόνιες αναπηρίες, όπως διάτρηση της μήτρας, χρόνιας πυελικός

πόνος ή φλεγμονώδης νόσος της πυέλου. Τέτοια μέτρα περιλαμβάνουν την άρση των φραγμών που παρεμβαίνουν και εμποδίζουν την πρόσβαση των γυναικών σε υπηρεσίες υγείας, όπως νομικοί περιορισμοί στην άμβλωση, και διασφάλιση πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας πληροφορίες και υπηρεσίες για τις αμβλώσεις..



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣΜΙΑΣ ΑΜΒΛΩΣΗΣ

### 6.1 Στη Σωματική Υγεία της γυναίκας

Η έκτρωση του πρώτου τριμήνου θεωρείται μικρή επέμβαση. Ο κίνδυνος επιπλοκών για τη γυναίκα αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας της κύησης.

- ✓ Λοίμωξη. Βακτήρια από τον κόλπο ή τον τράχηλο μπορεί να εισχωρήσουν στη μήτρα και να προκαλέσουν μόλυνση. Η χορήγηση αντιβιοτικών είναι συνήθως αρκετή για την αντιμετώπιση τέτοιων λοιμώξεων. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση. Οι πιο σοβαρές λοιμώξεις μπορεί να καταλήξουν σε υπογονιμότητα.
- ✓ Αιμορραγία. Μερικές γυναίκες αιμορραγούν περισσότερο από το φυσιολογικό μετά από μία έκτρωση. Η αιμορραγία σε αυτή την περίπτωση οφείλεται συχνά σε λοίμωξη που αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη απώλεια αίματος.
- ✓ Κατακράτηση προϊόντων της κύησης. Μέρη του εμβρύου και της κύησης υπάρχει περίπτωση να μην απομακρυνθούν πλήρως από τη μήτρα, απαιτώντας νέα επέμβαση. Η ατελής έκτρωση μπορεί να προκαλέσει μόλυνση και αιμορραγία.
- ✓ Διάτρηση του τοιχώματος της μήτρας. Ένα ιατρικό όργανο μπορεί να διαπεράσει το τοίχωμα της μήτρας. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της διάτρησης, μπορεί να προκληθεί μόλυνση ή και βαριά αιμορραγία. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του ιστού της μήτρας, ενώ σε σοβαρότερες καταστάσεις μπορεί να χρειαστεί υστερεκτομή.
- ✓ Τραυματισμός του τραχήλου. Καθώς τεντώνεται και συγκρατείται ο τράχηλος από τα ιατρικά εργαλεία μπορεί να τραυματιστεί. Αναλόγως τη βλάβη μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου.
- ✓ Θρόμβοι αίματος στη μήτρα. Προκαλούν σοβαρές κράμπες και η αφαίρεση τους γίνεται με αναρρόφηση.
- ✓ Rhesus Ευαισθητοποίηση. Οι Rh Αρνητικές γυναίκες θα πρέπει να λάβουν αντί-D σφαιρίνη τις πρώτες 72 ώρες για να αποτραπεί η ανάπτυξη αντισωμάτων που θα έθεταν σε κίνδυνο τις μελλοντικές εγκυμοσύνες.
- ✓ Ρήξη μήτρας σε επόμενη κύηση. Έπειτα από πολλές αποξέσεις, σε επόμενη εγκυμοσύνη σπάνια μπορεί να γίνει ρήξη της μήτρας λόγω ιστολογικής αλλοίωσης των τοιχωμάτων.

- ✓ Μελλοντική τεκνοποίηση. Οι επιπλοκές που σχετίζονται με μία έκτρωση ή με πολλές μπορεί να δυσκολέψουν την απόκτηση παιδιών στο μέλλον.
- ✓ Θάνατος. Μικρότερος είναι ο κίνδυνος θανάτου τους πρώτους δύο μήνες της κύησης ενώ αυξάνεται όσο προχωράει η κύηση (Ιατράκης, 2018)

## 6.2 Στην Ψυχική Υγεία της Γυναίκας

Υπάρχει μεγάλη συζήτηση σχετικά με τα ψυχικά και συναισθηματικά αποτελέσματα των αμβλώσεων σε γυναίκες και άντρες. Πολλές από τις γυναίκες που οδηγούνται στην άμβλωση είναι ήδη μητέρες, οπότε η διαδικασία πιθανότατα επηρεάζει όχι μόνο την ίδια, αλλά και τον σύντροφό ή σύζυγό της και τα άλλα παιδιά της. Οι αλλαγές στην ψυχική υγεία που προκύπτουν από την άμβλωση, συνδέονται πιθανώς με το μέγεθος της υποστήριξης που λαμβάνει μία γυναίκα στο σπίτι, στη δουλειά ή την κοινότητα της για την επιλογή της. Μία γυναίκα που βιώνει την άμβλωση μπορεί να αντιμετωπίσει τόσο σωματικές όσο και ψυχικές παρενέργειες (AAC, 2020).

Οποιαδήποτε απώλεια εγκυμοσύνης θα οδηγήσει σε διακοπή του ορμονικού κύκλου. Τα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζονται μετά από μία προγραμματισμένη διακοπή μπορεί να οφείλονται εν μέρει σε ορμονικές διαταραχές, οι οποίες είναι παρόμοιες με εκείνες που εμφανίζονται μετά από μία απρογραμμάτιστη απώλεια εγκυμοσύνης (MacGill, 2018).

Η απόφαση να τερματιστεί μία εγκυμοσύνη είναι σπάνια εύκολη και δεν είναι πάντα η προτιμώμενη επιλογή του ατόμου. Είτε επιλέξουν τον τερματισμό της κύησης ελεύθερα, είτε όχι, μπορεί να έχουν ανάμεικτα συναισθήματα μετά το τέλος της διαδικασίας. Ανεξάρτητα από τον λόγο, η συναισθηματική απόκριση σε έναν τερματισμό μπορεί να κυμαίνεται από ανακούφιση, ηρεμία και ευτυχία έως λύπη, θλίψη, απώλεια ή πένθος, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου (MacGill, 2018).

Οι αρνητικές στάσεις απέναντι στην άμβλωση, η ανεπαρκής υποστήριξη από την κοινότητα ή το σπίτι και η πίεση από το σύντροφο να προβεί στη διαδικασία, θα επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο μία γυναίκα ανταποκρίνεται μετά την έκτρωση. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, τα προβλήματα σχέσεων και το κοινωνικό στίγμα, μπορεί να κάνουν πιο δύσκολη την αντιμετώπιση, ειδικά αν αυτά σημαίνουν ότι το άτομο δεν έχει σε κανέναν να μιλήσει για αυτό που του έχει συμβεί. Στις περισσότερες

περιπτώσεις, όσο περνάει ο καιρός, αυτά τα αρνητικά συναισθήματα θα υποχωρήσουν. Ωστόσο, εάν υπάρχουν επιπλέον ζητήματα, όπως η αίσθηση της απομόνωσης ή προηγούμενο ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρότερες καταστάσεις, όπως είναι η κατάθλιψη (MacGill, 2018).

### 6.3 Μετεκτρωτικό Σύνδρομο

Το σύνδρομο στρες μετά την έκτρωση (μετεκτρωτικό σύνδρομο), είναι ο υπολειπόμενος πόνος στις αμβλώσεις που νιώθει μία γυναίκα μέσα από συναισθήματα θλίψης, θυμού, ντροπής, ενοχής ή αλλιώς ψυχικής ή σωματικής αναταραχής. Πολλοί άνθρωποι βιώνουν κατάθλιψη, άγχος, θυμό και εγκατάλειψη μέσα από μία έκτρωση και αυτά τα συναισθήματα μπορεί να συνεχιστούν για μήνες ή και χρόνια μετά. Τα συμπτώματα που περιγράφονται είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Πολλές γυναίκες αλλά και άνδρες βιώνουν αυξημένα συναισθήματα κατάθλιψης ή άγχους στους επετειακούς μήνες είτε της διαδικασίας της άμβλωσης είτε της προτεινόμενης ημερομηνίας γέννησης του παιδιού. Επιπλέον συμπτώματα είναι (Λυκερίδου, 2003):

- Κρίσεις κλάματος.
- Κατάθλιψη.
- Ένοχη.
- Αδυναμία να συγχωρέσει τον εαυτό της.
- Έντονη θλίψη.
- Πένθος.
- Θυμός/ οργή.
- Συναισθηματικό μούδιασμα.
- Σεξουαλικά προβλήματα.
- Διατροφικές διαταραχές.
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση.
- Κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ.
- Εφιάλτες και διαταραχές ύπνου.
- Αυτοκτονικές τάσεις.
- Δυσκολία στις σχέσεις.
- Άγχος και κρίσεις πανικού.
- Δυσφορία γύρω από μωρά οι έγκυες γυναίκες.(H3helpline, 2021)

## 6.4 Αίσθημα άγχους ή ενοχής γύρω από άλλα μωρά

Είναι σύνηθες μία γυναίκα να αισθάνεται ήσυχη με την απόφαση της να κάνει έκτρωση και στη συνέχεια να βρεθεί να βιώνει αισθήματα άγχους ή ένοχη για την επιλογή της. Μπορεί να διαπιστώσει ότι ορισμένες καταστάσεις, όπως το να βλέπει μία μητέρα ή έναν πατέρα με ένα νεογέννητο μωρό ή να επισκέπτεται φίλους που έχουν παιδιά, μπορεί να προκαλέσει ένα αίσθημα λύπης ή θυμού.

## 6.5 Το άγχος της επετείου

Το άγχος της επετείου δεν είναι πάντα το πιο εύκολο σύμπτωμα για να αντιμετωπιστεί, αλλά είναι πολύ συχνό. Όταν πρόκειται για την επέτειο ενός τραυματικού γεγονότος, τείνουμε να προσπαθούμε να καταστείλουμε τυχόν αρνητικά συναισθήματα και να προσποιούμαστε ότι είναι απλώς ακόμη μία συνηθισμένη μέρα. Δυστυχώς, το μυαλό μας δεν λειτουργεί έτσι. Είτε το συνειδητοποιεί, είτε όχι, το υποσυνείδητο εξακολουθεί να επεξεργάζεται αυτό που συνέβη και μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα άγχους χωρίς να το συνειδητοποιεί.

Ο συναισθηματικός πόνος μετά από μία έκτρωση μπορεί να είναι τεράστιος και σε πολλές περιπτώσεις, το αποτέλεσμα της καταστολής του τραύματος μπορεί να προκαλέσει περισσότερο πόνο και ζημιά από την αντιμετώπιση του.

Μερικοί από τους κινδύνους καταστολή του τραύματος είναι:

### 1. Κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ.

Όταν αντιμετωπίζει τη θλίψη μία γυναίκα, είναι σύνηθες να θέλει να ξεφύγει από τον πραγματικό κόσμο και να χαθεί στην κατάχρηση ναρκωτικών ή/και αλκοόλ. Το τελικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι μόνιμη βλάβη στο σώμα της ή/και τυχαία υπερβολική δόση.

### 2. Σεξουαλική απόδραση.

Ένας άλλος μηχανισμός αντιμετώπισης μπορεί να λάβει τη μορφή χρήσης σεξ για να καταστείλει τη θλίψη της ή για να βρει μία στιγμή ανακούφισης από το συναισθηματικό πόνο που αισθάνεται. Η χρήση του σεξ ως διαφυγή μπορεί να είναι συνηθισμένη, αλλά οδηγεί στον κίνδυνο να μολυνθεί από ΣΜΝ ή μπορεί να οδηγήσει σε μία απρογραμματίστη εγκυμοσύνη.

### 3. Αυτοτραυματισμός.

Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νοσηλεία και τυχαία αυτοκτονία.

#### 4. Διατροφικές διαταραχές.

Μπορεί συχνά να προκύψουν από τραυματικά γεγονότα ή από θλίψη. Στις διατροφικές διαταραχές ανήκουν η βουλιμία, η ανορεξία και η υπερφαγία.

Όλες αυτές οι καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε μία ζωή με μεγαλύτερη κατάθλιψη και άγχος. Ένας από τους καλύτερους τρόπους θεραπείας είναι να μπορεί να επεξεργαστεί την εμπειρία της με άλλους που γνωρίζουν τον πόνο που περνάει και μπορούν να προσφέρουν τις γνώσεις και την υποστήριξη τους. Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρήσουν καλό θα ήταν να απευθυνθεί σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

### 6.6 Η σχέση του ζευγαριού μετά την άμβλωση

Μερικές φορές οι γυναίκες καταφεύγουν στην άμβλωση από φόβο ότι θα τις εγκαταλείψει ο σύντροφός τους αν δεν το κάνουν. Δυστυχώς παρατηρείται πως όταν η άμβλωση γίνεται για να «σωθεί μία σχέση» δεν έχει συνήθως το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πολλά ζευγάρια χωρίζουν λίγο μετά ή αλλά παραμένουν μαζί επειδή το κοινό πένθος τους δένει. Η άμβλωση μπορεί να συνδέεται με αγανάκτηση, πίκρα και θυμό προς το σύντροφο που δεν στήριξε ή αδιαφόρησε για την επιθυμία του άλλου να συνεχιστεί η εγκυμοσύνη. Μία άμβλωση, όπως επηρεάζει τη γυναίκα με τον ίδιο τρόπο μπορεί να επηρεάσει και τον άνδρα. Αναφέρεται ότι πολλοί άνδρες μετά την έκτρωση παρουσιάζουν απελπισία, ενοχή, θλίψη, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλική δυσλειτουργία, έλλειψη αυτοπεποίθησής και εμπιστοσύνης στις σχέσεις, αλλά και κατάθλιψη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ

### 7.1 Απόψεις της θρησκείας για την άμβλωση

Η άμβλωση εξακολουθεί να είναι ένα δύσκολο, επίμαχο και ακόμη άλυτο ζήτημα για ορισμένες θρησκευτικές ομάδες. Οι περισσότερες, αν όχι όλες οι θρησκείες, θεωρούν την πρακτική της άμβλωσης ως ένα κακό που έχει επιβληθεί σε εκατομμύρια αθώα μωρά και που θα απειλήσει άλλα τόσα τα επόμενα χρόνια. Η άμβλωση είναι μία ηθικά απαράδεκτη εναλλακτική λύση για τον έλεγχο των γεννήσεων, τον έλεγχο του πληθυσμού, την επιλογή του φύλου και την εξάλειψη των ατόμων με σωματικές και πνευματικές αναπηρίες. Ορισμένα κράτη ήδη αντιμετωπίζουν σοβαρές πληθυσμιακές ανισοροπίες ως αποτέλεσμα των συστηματικών εκτρώσεων.

Υπάρχουν θρησκευτικές ομάδες που δεν έχουν δημόσια θέση για τις αμβλώσεις. Για παράδειγμα στο Ισλάμ υπάρχει μία σειρά απόψεων μεταξύ των μελετητών σχετικά με το πότε αρχίζει η ζωή και, επομένως, πότε η άμβλωση είναι ηθικά αποδεκτή. Ο εβραϊκός νόμος πάλι δεν συμμαρτίζει την κοινή πεποίθηση μεταξύ των πολέμιων της άμβλωσης ότι η ζωή ξεκινά με τη σύλληψη, ούτε θεωρεί νομικά ότι το έμβryo είναι ένα πλήρες ον που αξίζει προστασίας ίσης με αυτή που παρέχεται στους ανθρώπους. Σύμφωνα με τον εβραϊκό νόμο, ένα έμβryo αποκτά την ιδιότητα του πλήρους ατόμου μόνο κατά τη γέννηση του.

Ακόμα και όταν μία θρησκευτική ομάδα έχει μία ξεκάθαρη πολιτική για τις αμβλώσεις, τα μέλη της μπορεί να μη συμφωνούν πάντα. Για παράδειγμα οι μισοί από τους καθολικούς των ΗΠΑ (48 %) λένε ότι η άμβλωση πρέπει να είναι νόμιμη σε όλες ή στις περισσότερες περιπτώσεις, παρά την έντονη αντίθεση της Καθολικής Εκκλησίας.

#### 7.1.1 Ο Χριστιανισμός

Ο Χριστιανισμός έχει μία συγκεκριμένη επίσημη και σκοπούμενη στάση απέναντι στις αμβλώσεις. Καταδικάζει όλες τις ενέργειες που αποσκοπούν στην αποβολή του εμβρύου με χειρουργικά ή χημικά μέσα. Η Ορθόδοξη άλλα και η Καθολική Εκκλησία χαρακτηρίζει την άμβλωση ως φόνο, δηλαδή ως προμελετημένο τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Μοναδική εξαίρεση που θα αποδεχτεί την άμβλωση, απρόθυμα βέβαια είναι όταν η υπεροχή της ιατρικής γνώμης καθορίζει ότι

αν το έμβρυο δεν αποβληθεί, κινδυνεύει η ζωή της μητέρας. Οι αποφάσεις του ανώτατου δικαστηρίου και πολιτειακών νομοθετικών οργάνων με τις οποίες επιτρέπεται η άμβλωση, με ή χωρίς περιορισμούς, πρέπει να θεωρούνται από τους ασκούμενους χριστιανούς ως προσβολή των πεποιθήσεων τους για την ιερότητα της ζωής.

### **7.1.2 Ινδουισμός**

Οι Ινδουιστές θεωρούν τα παιδιά δώρο από το θεό. Η σύλληψη, η ανάπτυξη και η γέννηση ενός παιδιού είναι ιερά γεγονότα, που τιμούνται με μία τελετή τη «σαμσκάρα» που σηματοδοτεί αυτές τις τελετές μετάβασης. Η σημερινή ιατρική τεχνολογία έχει αναπτύξει πολλά μέσα για τη σύλληψη παιδιών. Οι Ινδουιστές έχουν μία γενική απροθυμία να παρέμβουν στη φύση και μία ιδιαίτερη απέχθεια για την άμβλωση, με βάση την πίστη στη μετενσάρκωση και την ιερότητα του γάμου. Η ινδουιστική γραφή και παράδοση σαφώς απαγορεύουν την άμβλωση, εκτός από την περίπτωση που απαιτείται για να σωθεί η ζωή της μητέρας. Οι πολλαπλές γεννήσεις είναι σπάνιες, εκτός από τις περιπτώσεις που ένα ζευγάρι υποβάλλεται σε θεραπεία γονιμότητας, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε πολλαπλά έμβρυα, δημιουργώντας μία δυνητικά επικίνδυνη κατάσταση για τη μητέρα.

### **7.1.3 Ιουδαϊσμός**

Ενώ ο Ιουδαϊσμός υιοθετεί μία πολύ λιγότερο αυστηρή προσέγγιση για την άμβλωση, παρέχει ρητές εξαιρέσεις για απειλές για τη ζωή της μητέρας και μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις δικαιολογείται μία άμβλωση, όπως όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα αιμομιξίας, βιασμού, όταν η ζωή ή η υγεία της μητέρας κρίνεται από την αρμόδια ιατρική αρχή ότι διατρέχει σοβαρό κίνδυνο ή όταν το έμβρυο είναι γνωστό ότι έχει σοβαρά ελαττώματα που δεν θα του επιτρέψουν να επιβιώσει μετά τη γέννηση. Όσοι αντιμετωπίζουν τέτοιες συνθήκες θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο της άμβλωσης, μόνο όταν συμβουλευτούν τους τοπικούς ηγέτες της εκκλησίας.

### **7.1.4 Βουδισμός**

Ο Βουδισμός θεωρεί ότι η άμβλωση είναι αφαίρεση ανθρώπινης ζωής. Οι Βουδιστές γενικά είναι απρόθυμοι να παρεμβαίνουν στην προσωπική απόφαση μιας γυναίκας να τερματίσει μία εγκυμοσύνη. Μπορεί να αποθαρρύνει την άμβλωση, αλλά επίσης αποθαρρύνει και την επιβολή ηθικών απολύτων. Στην κουλτούρα τους, πολλοί

πιστεύουν ότι αν κάτι είναι ηθικά λάθος θα πρέπει να απαγορευτεί. Ωστόσο, η βουδιστική άποψη είναι ότι η αυστηρή τήρηση των κανόνων δεν είναι αυτό που μας κάνει ηθικούς. Η μοναχή βουδίστρια Κάρα Λέκσε γράφει:

*«Στο τέλος οι περισσότεροι Βουδιστές αναγνωρίζουν την ασυμφωνία που υπάρχει μεταξύ της ηθικής θεωρίας και πράξης και ενώ δεν εγκρίνουν την αφαίρεση της ζωής υποστηρίζουν την κατανόηση και τη συμπόνια προς όλα τα έμβια όντα. Μία στοργική καλοσύνη που δεν επικρίνει και σέβεται το δικαίωμα και την ελευθερία των ανθρώπινων όντων να κάνουν τις δικές τους επιλογές».*

Γενικά όλες οι μεγάλες θρησκείες εκφράζουν δογματική αποδοκιμασία της άμβλωσης. Πιστεύουν ότι το θέμα περιλαμβάνει βαθιά ζητήματα της ζωής και του θανάτου, του σωστού και του λάθους, των ανθρώπινων σχέσεων και της φύσης της κοινωνίας, που το καθιστούν σημαντικό θρησκευτικό ενδιαφέρον. Τα άτομα που εμπλέκονται σε μία έκτρωση επηρεάζονται συνήθως πολύ βαθιά, όχι μόνο συναισθηματικά αλλά και πνευματικά. Συχνά στρέφονται στην πίστη τους για συμβουλές και παρηγοριά, για εξήγηση των συναισθημάτων τους και για να αναζητήσουν εξιλέωση και έναν τρόπο να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα της ενοχής τους.

Επειδή η άμβλωση επηρεάζει την ψυχή, καθώς και το μυαλό και επειδή περιλαμβάνει ζωή και θάνατο, πολλοί άνθρωποι βρίσκουν ότι αυτό το καθαρά διανοητικό επιχείρημα σχετικά με αυτήν δεν είναι τελικά ικανοποιητικό. Για αυτούς δεν είναι απλώς ένα θέμα που αφορά έναν άνθρωπο και τη συνείδηση του, αλλά κάτι που αφορά έναν άνθρωπο και το Θεό του.

### **7.1.5 Ο Ισλαμισμός**

Οι μουσουλμανικές απόψεις για την άμβλωση διαμορφώνονται κυρίως από τις απόψεις νομικών και θρησκευτικών μελετητών και σχολιαστών. Το Κοράνι δεν αναφέρεται άμεσα στις σκόπιμες αμβλώσεις, αφήνοντας μεγαλύτερη διακριτική ευχέρεια στους νόμους των επιμέρους χωρών. Αν και οι απόψεις μεταξύ των ισλαμικών μελετητών δίστανται σχετικά με το πότε μπορεί να τερματιστεί μια εγκυμοσύνη, δεν υπάρχουν ρητές απαγορεύσεις για το δικαίωμα μιας γυναίκας να κάνει έκτρωση στο Ισλάμ (Molina, 2021; Hatuqa, 2022). Στο Ισλάμ, το έμβρυο πιστεύεται ότι γίνεται ζωντανή ψυχή μετά από 120 ημέρες κύησης και η άμβλωση



μετά από αυτό το σημείο θεωρείται ανεπίτρεπτη. Ο Αμερικανός ακαδημαϊκός Azizah Y. al-Hibri σημειώνει ότι «η πλειονότητα των ισλαμικών μελετητών επιτρέπει την άμβλωση, αν και διαφέρουν στο στάδιο της εμβρυϊκής ανάπτυξης πέρα από το οποίο απαγορεύεται ρητά.» (Sherman, 2006).

Στην πράξη, η πραγματοποίηση μιας άμβλωσης διαφέρει πολύ μεταξύ των χωρών με μουσουλμανική πλειοψηφία. Σε χώρες όπως η Τουρκία και η Τυνησία, οι αμβλώσεις είναι άνευ όρων νόμιμες κατόπιν αιτήματος. Οι λόγοι όπου επιτρέπεται η άμβλωση είναι :

- η διατήρηση της σωματικής ή ψυχικής υγείας της γυναίκας,
- η εμβρυϊκή ανεπάρκεια,
- οι περιπτώσεις αιμομιξίας ή βιασμού
- κοινωνικοί ή οικονομικοί λόγοι.

Από την άλλη πλευρά, σε χώρες όπως το Ιράκ, η Αίγυπτος και η Ινδονησία, η άμβλωση επιτρέπεται νόμιμα μόνο εάν η ζωή της μητέρας απειλείται ( Shapiro, 2014).

## 7.2 Η στάση της κοινωνίας για την έκτρωση

Η άμβλωση είναι απόλυτα συνδεδεμένη με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική περίθαλψη, ωστόσο η κοινωνικοί (ή άγραφοι) κανόνες και το στίγμα επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων των γυναικών και δημιουργούν εμπόδια στην ασφαλή φροντίδα των αμβλώσεων. Πολλές γυναίκες δεν αποκαλύπτουν την άμβλωση τους για να αποφύγουν την κρίση, ιδιαίτερα αν είναι νεότερες ή ανύπαντρες γυναίκες.

Ως προς την ηθική στην περίπτωση των αμβλώσεων, θα μπορούσε να σημειωθεί πως η επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης συνοδεύεται από απόφαση αμβλώσεως - αποβολής ή συνέχισης του τερματισμού της κύησης (Amo-Adjei, Darteh, 2017). Αυτή η απόφαση επηρεάζεται από τα συναισθήματα της εγκύου για την συνέχιση ή μη της εγκυμοσύνης, τους κοινωνικο-πολιτιστικούς κανόνες και προσδοκίες, καθώς και από τα κοινωνικά δίκτυα, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας και των φίλων (Bankoleetal., 2008).

Δεδομένης της ευπάθειας της κατάστασής τους, οι έγκυες έφηβες είναι πιο πιθανό να δυσκολεύονται να καταλήξουν σε μια απόφαση σχετικά με ακούσιες εγκυμοσύνες. Προηγούμενες μελέτες έχουν προσδιορίσει τις μητέρες των εφήβων ως τους περισσότερο εμπλεκόμενους παράγοντες στη λήψη αποφάσεων για άμβλωση ή μη. Η εμπλοκή των ανδρών συντρόφων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων έχει επίσης ευρέως αναφερθεί στη βιβλιογραφία (Amo-Adjei, Darteh, 2017).

Οι Schwandt et al, (2021) για παράδειγμα, αναφέρουν ότι στην Αφρική, η συμμετοχή των ανδρών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για ακούσιες εγκυμοσύνες, έχει τη μορφή έγκυρων «εντολών», υπογραμμίζοντας τον ρόλο της ανισότητας των φύλων. Οι Bankole et al, (2008) από την άλλη πλευρά, υπογραμμίζουν πώς η άρνηση του άνδρα να αναλάβει την ευθύνη της εγκύου εφήβου, παίζει κεντρικό ρόλο στην ώθησή τους να επιλέξει τις αμβλώσεις, οι οποίες μερικές φορές δεν είναι ασφαλείς. Οι ανήλικοι θα μπορούσαν επίσης να είναι επιλεκτικοί ως προς το ποιον εμπλέκουν στη λήψη των αποφάσεών τους, ειδικά όταν υπάρχει ιστορικό οικογενειακής βίας και επιθυμία να διατηρήσουν στενές σχέσεις με τους γονείς τους. Η κατανόηση του βαθμού αυτονομίας και των παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων μεταξύ των εγκύων εφήβων, είναι καθοριστικής σημασίας για τον προσεκτικό εντοπισμό των αναγκών τους και την παροχή συμβουλών και φροντίδας με σεβασμό (Amo-Adjei και Darteh, 2017).

Η πολιτική και η στρατηγική των υπηρεσιών υγείας των εφήβων για την Αφρική (2016–2020), υπογραμμίζει την ανάγκη ενίσχυσης της πρώιμης ολοκληρωμένης σεξουαλικής εκπαίδευσης μεταξύ των εφήβων. Για παράδειγμα, το ένα πέμπτο (1/5) των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας γεννούν πριν από την ηλικία των 18 ετών. Τα υψηλά ποσοστά ευαισθητοποίησης των σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης δεν συνάδουν με τη χρήση και το στίγμα που σχετίζεται με την άμβλωση παραμένει υψηλό παρά τη σχετικά φιλελεύθερη φύση του νόμου για τις αμβλώσεις διεθνώς.

Ο στιγματισμός της άμβλωσης είναι κοινός σε όλο τον κόσμο αν και οι εκδηλώσεις του μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα με κοινωνικά, νομικά, θρησκευτικά και πολιτισμικά πλαίσια, καθώς και σε σχέση με άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η θρησκεία. Οι κοινωνικοί κανόνες και το στίγμα μπορεί να εκδηλωθούν με διάφορους τρόπους που μπορεί να περιορίσουν την πρόσβαση σε

ασφαλή έκτρωση. Το κοινωνικό κομμάτι που καταδικάζει την άμβλωση, μπορεί να κάνει μία γυναίκα να ανησυχεί μήπως αποκαλυφθεί η άμβλωση της ή περιμένει αρνητικές αντιδράσεις, όπως αποκλεισμό ή κριτική από την οικογένεια ή τα μέλη της κοινότητας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ**

### **8.1 Ο ρόλος της μαιίας στη φροντίδα των αμβλώσεων**

Η φροντίδα για την άμβλωση αποτελεί μέρος της ολοκληρωμένης φροντίδας για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, μια κατηγορία που περιλαμβάνει την πρόληψη της εγκυμοσύνης, όπως η αντισύλληψη και η συμβουλευτική, καθώς και η αξιολόγηση μετά την έκτρωση και η υποστηρικτική παρακολούθηση. Ως πάροχοι φροντίδας σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, το πεδίο πρακτικής των μαιών περιλαμβάνει όλο το φάσμα των υπηρεσιών φροντίδας για τις αμβλώσεις, ανεξάρτητα από την άμεση συμμετοχή τους στην παροχή αμβλώσεων. Η φροντίδα για την άμβλωση περιλαμβάνει επιβεβαίωση εγκυμοσύνης, διαβούλευση, παραπομπή και αξιολόγηση μετά την έκτρωση και οδηγίες έκτακτης ανάγκης εκτός από την άμβλωση. Η παροχή αμβλώσεων, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής και των υπηρεσιών αμβλώσεων αναρρόφησης, είναι μόνο μία πτυχή της φροντίδας για τις αμβλώσεις.

#### **8.1.1 Ιστορία της μαιευτικής στη φροντίδα των εκτρώσεων**

Η σχέση της μαιευτικής με τη φροντίδα των αμβλώσεων εκτείνεται σε πολλούς αιώνες. Η ικανότητα και η γνώση των μαιών που τις επέτρεψαν να τερματίσουν τις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, συνέβαλαν στο να καούν στην πυρά ως μάγισσες κατά τους μεσαιωνικούς χρόνους (Ehrenreich και English, 1972). Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας, η φροντίδα των αναγκών αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών περιελάμβανε τερματισμό της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ανεξάρτητα από το αν αυτό επιτρεπόταν από κυβερνητικούς ή θρησκευτικούς θεσμούς. Οι μαιές παρείχαν συχνά αυτή τη φροντίδα, που αποτελούσε μέρος της γνωστικής τους βάσης, τόσο, όσο και η διαχείριση του τοκετού και η συμμετοχή κατά τη γέννηση (Dayton. 1991).

## 8.2 Φροντίδα κατά την άμβλωση και μετά από τις μαίες σε όλο τον κόσμο

Οι μαίες στην παγκόσμια κοινότητα υγείας θεωρούνται ευρέως ως ειδικοί τόσο σε θέματα τεκνοποίησης, όσο και αναπαραγωγικής υγείας (UNFPA, 2011). Μια έρευνα για τις μαίες που συμμετείχαν στο 25ο Τριετές Συνέδριο της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών (ICM) στη Μανίλα των Φιλιππίνων το 1999, έδειξε ότι το 63% των ερωτηθέντων προσέφερε φροντίδα μετά την έκτρωση, αν και μόνο το 30% χρησιμοποιούσε χειροκίνητη αναρρόφηση κενού για φροντίδα μετά την έκτρωση. Όταν ερωτήθηκαν, εάν θα χρησιμοποιούσαν ή όχι χειροκίνητη αναρρόφηση κενού σε περίπτωση διαθεσιμότητας, το 60% δήλωσε προθυμία να το κάνει, αν και πολλοί παρατήρησαν ότι θα προέκυπτε ανησυχία από την πλευρά των θρησκευτικών ηγετών και των ανώτατων υγειονομικών λειτουργών αναφορικά με τη χρήση της για τη διακοπή της εγκυμοσύνης, και όχι μόνο για τη φροντίδα μετά την έκτρωση (Miller, 2002).

Στο Τριετές Συνέδριο της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών το 2008 στη Γλασκώβη της Σκωτίας, το Γενικό Συμβούλιο της ICM υιοθέτησε μια δήλωση θέσης σχετικά με την «Παροχή Υπηρεσιών που σχετίζονται με τις Αμβλώσεις από Μαίες», η οποία εξέφραζε την δήλωση πεποίθησης: «ότι η γυναίκα που αναζητά ή χρειάζεται υπηρεσίες που σχετίζονται με την άμβλωση δικαιούται να της παρέχονται τέτοιες υπηρεσίες από μαίες» (International Confederation of Midwives, 2008). Η δήλωση θέσης συνεχίζει λέγοντας ότι η μαιευτική παιδεία πρέπει να περιλαμβάνει εκπαίδευση στις δεξιότητες που σχετίζονται με την άμβλωση και διασφαλίζουν την ασφάλεια και την ευημερία των γυναικών. Καθώς η μη ασφαλής άμβλωση είναι η τέταρτη μεγαλύτερη αιτία μητρικής θνησιμότητας παγκοσμίως, η παροχή ασφαλών αμβλώσεων και φροντίδας μετά την έκτρωση είναι κρίσιμες δεξιότητες για τις μαίες σε περιοχές, όπου η μητρική θνησιμότητα προκαλεί μεγάλη ανησυχία (Khan et al., 2006).

Πρόσφατα, ο ρόλος των μαιών και άλλων παρόχων μεσαίου επιπέδου ως παρόχων αμβλώσεων αγκαλιάζεται ευρέως ως απάντηση στην ανάγκη για ασφαλή άμβλωση και φροντίδα μετά την έκτρωση παγκοσμίως (Chong και Tan, 2011). Η ασφάλεια της παροχής αμβλώσεων από παρόχους μεσαίου επιπέδου έχει πρόσφατα αποδειχθεί ως ισοδύναμη με την ιατρική φροντίδα σε τυχαιοποιημένες δοκιμές τόσο για

φαρμακευτική άμβλωση όσο και για αμβλώσεις με αναρρόφηση κενού (Yarnall et al., 2009).

### 8.2.1 Ο ρόλος της μαίας στην ιατρική άμβλωση

Η ιατρική άμβλωση με συνδυασμένη χρήση των φαρμάκων μιφεπριστόνη και μισοπροστόλη, τα οποία περιλαμβάνονται στον συμπληρωματικό Κατάλογο Απαραίτητων Φαρμάκων του ΠΟΥ από το 2005 (World Health Organization, 2005), έχει αλλάξει τόσο τον τρόπο παροχής της άμβλωσης, όσο και τον τρόπο με τον οποίο την βιώνουν οι γυναίκες. Ωστόσο, οι νόμοι και οι πολιτικές για τις αμβλώσεις έχουν καθυστερήσει, όσον αφορά την αναγνώριση και την ανταπόκριση σε αυτές τις αλλαγές. Εδώ και πολλά χρόνια, από τότε που οι τεχνικές αμβλώσεων του πρώτου τριμήνου έχουν γίνει τόσο απλές, είναι τεχνικά εφικτό για επαγγελματίες υγείας, εκτός από γιατρούς, να πραγματοποιήσουν αμβλώσεις αναρρόφησης πρώτου τριμήνου, να παρέχουν φαρμακευτική αγωγή σε γυναίκες για ιατρική και να παρακολουθούν τη διαδικασία μέχρι ένα ασφαλές τέλος. Ωστόσο, στις περισσότερες χώρες, οι γιατροί είναι οι μόνοι επαγγελματίες υγείας που επιτρέπεται να προβαίνουν σε αμβλώσεις, με την υποστήριξη μαιών και νοσηλευτών.

Το 2003, η καθοδήγηση του ΠΟΥ (WHO, 2003) για την ασφαλή άμβλωση συνέστησε να παρέχονται οι υπηρεσίες αμβλώσεων στο χαμηλότερο κατάλληλο επίπεδο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Δηλώνει ότι η αναρρόφηση με κενό μπορεί να παρέχεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης έως και τις 12 ολοκληρωμένες εβδομάδες κύησης και η ιατρική άμβλωση έως και τις 9 συμπληρωμένες εβδομάδες κύησης και ότι οι επαγγελματίες μεσαίου επιπέδου στον τομέα της υγείας, όπως μαίες και νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδευτούν, ώστε να παρέχουν ασφαλή, πρώιμη άμβλωση χωρίς να διακυβεύεται η ασφάλεια. Η εκπαίδευση περιλαμβάνει αμφίχειρη πυελική εξέταση για τον προσδιορισμό της εγκυμοσύνης και της θέσης της μήτρας, τον ήχο της μήτρας, τις διατραχηλικές επεμβάσεις, την παροχή αποβολής και τις δεξιότητες για την αναγνώριση και τη διαχείριση των επιπλοκών.

### **8.2.1.1 Ευρώπη**

Σύμφωνα με τον Σουηδικό νόμο περί αμβλώσεων του 1974, οι αμβλώσεις πρέπει να γίνονται σε δημόσιο νοσοκομείο από εξειδικευμένο ιατρό. Σήμερα, όμως, πολλά έχουν αλλάξει. Από το 2001, ο κύριος ρόλος των γιατρών στη Σουηδία για την παροχή ιατρικών αμβλώσεων είναι να εκτιμούν τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με υπερηχογράφημα και να λειτουργούν ως σύμβουλοι και επόπτες. Οι μαιές είναι υπεύθυνες για την παροχή συμβουλευτικής στις γυναίκες και τη χορήγηση των ιατρικών φαρμάκων για την άμβλωση. Για πολλά χρόνια, οι μαιές-μαιευτές με ειδική εκπαίδευση στη Σουηδία είναι επίσης οι κύριοι πάροχοι υπηρεσιών αντισύλληψης, με την δικαιοδοσία να συνταγογραφούν από του στόματος αντισυλληπτικά και να εισάγουν ενδομήτριες συσκευές. Πολλοί εργάζονται επίσης ως εκπαιδευτές για τη σεξουαλικότητα, τον έλεγχο των γεννήσεων και τις αμβλώσεις στην κοινότητα, π.χ. σε σχολεία. Αν και βάσει νόμου μόνο οι γιατροί δικαιούνται να προβούν σε άμβλωση, οι ευθύνες των μαιών για συμβουλευτική και φροντίδα κατά τη διάρκεια ιατρικών αμβλώσεων έχουν αυξηθεί σταθερά (Jonsson et al., 2001).

Στη Γαλλία και τη Μεγάλη Βρετανία, τόσο οι ιατρικές όσο και οι χειρουργικές αμβλώσεις πρέπει να γίνονται από γιατρό. Ωστόσο, στη Γαλλία, όπως και στη Σουηδία, η πρακτική έχει αναπτυχθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να ελαχιστοποιείται η συμμετοχή των γιατρών στις ιατρικές αμβλώσεις, μειώνοντας έτσι το κόστος του προσωπικού. Οι κανονισμοί στη Μεγάλη Βρετανία ερμηνεύονται ήδη, ώστε να επιτρέπουν στις μαιές να χορηγούν φάρμακα για την άμβλωση - εφόσον τα συνταγογραφεί ο γιατρός. Ως αποτέλεσμα, οι υπηρεσίες ιατρικών αμβλώσεων εποπτεύονται σε μεγάλο βαθμό από μαιές, με γιατρούς διαθέσιμους, εάν χρειαστεί. Στη Γαλλία, οι γιατροί επιβεβαιώνουν την εγκυμοσύνη και πραγματοποιούν την επίσκεψη παρακολούθησης, αλλά οι μαιές είναι συχνά υπεύθυνες για όλες τις άλλες διαδικασίες που εμπλέκονται στην ιατρική άμβλωση (Hassoun, 2001).

### **8.2.1.2 Ηνωμένες Πολιτείες**

Κατά τη δεκαετία του 1990, εμπνευσμένα από τη δυνατότητα της πρώιμης ιατρικής άμβλωσης για τη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες αμβλώσεων στις Η.Π.Α., μια σειρά άρθρων συζητούσε τη δυνατότητα να αναλάβουν αυτόν τον ρόλο οι πάροχοι

μεσαίου επιπέδου (McKee και Adams, 1994). Τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος των κλινικών ιατρών στις ΗΠΑ – συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, των βοηθών γιατρών και των μαιών – διευρύνεται στην παροχή άμβλωσης του πρώτου τριμήνου. Ένα μεγάλο ποσοστό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα παρέχεται από αυτούς τους επαγγελματίες και η συμμετοχή τους στη φροντίδα των αμβλώσεων είναι ζωτικής σημασίας, δεδομένης της σοβαρής έλλειψης παρόχων γιατρών σε πολλές πολιτείες (Donovan, 1992).

### **8.2.1.3 Νότια Αφρική και Βιετνάμ**

Η Νότια Αφρική και το Βιετνάμ ήταν, μέχρι σχετικά πρόσφατα, οι μόνες δύο αναπτυσσόμενες χώρες, όπου είναι νόμιμο για παρόχους μεσαίου επιπέδου να πραγματοποιούν εκτρώσεις αναρρόφησης. Οι μαιες και οι βοηθοί ιατρών έχουν άδεια να παρέχουν υπηρεσίες αμβλώσεων πρώτου τριμήνου στο Βιετνάμ από το 1945 και στη Νότια Αφρική από το 1997 (Warriner, 2006). Η Νότια Αφρική ενημέρωσε πρόσφατα τους κανονισμούς της για τις αμβλώσεις για να επιτρέψει σε εκπαιδευμένους παρόχους μεσαίου επιπέδου να διαχειρίζονται επίσης ολόκληρη τη διαδικασία ιατρικής άμβλωσης. Ένας αυξανόμενος αριθμός άλλων χωρών αναθεωρούν επίσης τώρα τις κατευθυντήριες γραμμές τους για να επιτρέψουν σε εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες-μαιές να πραγματοποιούν εκτρώσεις.

Στη Νότια Αφρική, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα για την εκπαίδευση εγγεγραμμένων μαιών σε όλη τη χώρα για την παροχή υπηρεσιών άμβλωσης σε εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας. Για παράδειγμα, ο Sibuyi (2004) διαπίστωσε ότι η συμμετοχή παρόχων μεσαίου επιπέδου είχε σημαντικό αντίκτυπο στην επέκταση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας ασφαλών, νόμιμων αμβλώσεων. Όπως απαιτείται από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο της Νότιας Αφρικής, οι μαιές εξετάζονται για πιστοποίηση στη φροντίδα των αμβλώσεων, αφού συμπληρώσουν 160 ώρες εκπαίδευσης: 80 ώρες θεωρητική εκπαίδευση και 80 ώρες κλινική εκπαίδευση υπό την επίβλεψη έμπειρων ιατρών σε διαπιστευμένα νοσοκομεία. Η κλινική εκπαίδευση πρέπει να ολοκληρωθεί εντός 3 μηνών από τη θεωρητική εκπαίδευση. Από τον Οκτώβριο του 1999 έως τον Ιανουάριο του 2000, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση σε 27 δημόσιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης σε εννέα επαρχίες της Νότιας Αφρικής για να αξιολογηθεί η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από μαιές που



είχαν εκπαιδευτεί και πιστοποιηθεί να παρέχουν υπηρεσίες άμβλωσης. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με παρατήρηση διαδικασιών άμβλωσης και συμβουλευτικές συνεδρίες, αναθεώρηση κλινικών αρχείων και διαγραμμάτων ασθενών και συνεντεύξεις ασθενών και πιστοποιημένων μαιών. Οι γιατροί που έκαναν την αξιολόγηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μαιές έδειξαν καλές κλινικές δεξιότητες στο 75% των διαδικασιών. Ο μόνος τομέας που προσδιορίστηκε ότι χρήζει σημαντικής βελτίωσης ήταν η χορήγηση αντιβιοτικών.

#### **8.2.1.4 Μπαγκλαντές Μοζαμβίκη Καμπότζη**

Το 2001, ο διεθνής, μη κυβερνητικός οργανισμός Ipas και το Τμήμα Διεθνούς Υγείας του ινστιτούτου Karolinska στη Στοκχόλμη (IHCAR) διοργάνωσαν ένα διεθνές συνέδριο για την επέκταση του ρόλου των παρόχων μεσαίου επιπέδου στην ασφαλή φροντίδα αμβλώσεων. Οι εκθέσεις αποκάλυψαν ότι ο νόμος για τις αμβλώσεις στην Καμπότζη θεσπίζει τα δικαιώματα των γυναικών για έκτρωση πρώτου τριμήνου για οποιονδήποτε λόγο, που εκτελείται από εξειδικευμένο γιατρό, βοηθό ιατρού ή μαιά σε δημόσιες ή ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγείας με άδεια από το Υπουργείο Υγείας (Long, 2001).

Στο Μπαγκλαντές, η κυβέρνηση συνεργάζεται με μη κυβερνητικές οργανώσεις για να εκπαιδεύσει γυναίκες παραϊατρούς που ονομάζονται «επισκέπτες της οικογενειακής ευημερίας», ώστε να εκτελούν «ρύθμιση εμμήνου ρύσεως» με χειροκίνητη αναρρόφηση κενού έως και τις 10 εβδομάδες εγκυμοσύνης. Το 2001, σχεδόν 7000 εκπαιδευμένοι παραϊατρικοί παρείχαν ρύθμιση της εμμήνου ρύσεως σε κρατικές κλινικές, ενώ πολλοί περισσότεροι σε ιδιωτικό ιατρείο (Akhter, 2001).

Στη Μοζαμβίκη, η αξιολόγηση της απόδοσης των παρόχων μεσαίου επιπέδου με 3ετή εντατική εκπαίδευση στις χειρουργικές επεμβάσεις κατέγραψε επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση στο 90% των 7080 επείγουσών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν από αυτούς τους παρόχους σε αγροτικά νοσοκομεία. Η επείγουσα εκκένωση της μήτρας μετά από μη ασφαλείς αμβλώσεις αντιπροσώπευε το 26% των επεμβάσεων. Στην πραγματικότητα, αυτοί οι επαγγελματίες πραγματοποίησαν με επιτυχία πολλές γυναικολογικές επεμβάσεις που ήταν πολύ πιο περίπλοκες από την άμβλωση με αναρρόφηση κενού, συμπεριλαμβανομένων καισαρικών τομών και υστερεκτομής (Vazetal., 1999).

### 8.3 Φροντίδα μετά την άμβλωση

Οι μαίες έχουν επίσης εκπαιδευτεί επιτυχώς για να διεξάγουν φροντίδα μετά την έκτρωση για επιπλοκές ατελούς έκτρωσης χρησιμοποιώντας χειροκίνητη αναρρόφηση. Για παράδειγμα, στην Κένυα, το Πρόγραμμα PRIMEII συνεργάστηκε με το Υπουργείο Υγείας της Κένυας, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο της Κένυας, την Εθνική Νοσηλευτική Ένωση της Κένυας και άλλους φορείς για να εκπαιδεύσει μαίες ιδιωτικών και μη κυβερνητικών οργανισμών στη φροντίδα μετά την έκτρωση σε 44 εγκαταστάσεις του ιδιωτικού τομέα σε έξι περιφέρειες, που εξυπηρετούν αστικούς και αγροτικούς πληθυσμούς, ξεκινώντας με ένα πιλοτικό πρόγραμμα το 1999, το οποίο κλιμακώθηκε το 2004 (IntraHealth International, 2005). Στην Ουγκάντα, ως μέρος του ίδιου προγράμματος PRIME, 24 μαίες από 13 εγκαταστάσεις του δημόσιου τομέα σε εννέα περιφέρειες έλαβαν εκπαίδευση, ακολουθούμενη από εποπτικές επισκέψεις για διασφάλιση της ποιότητας και παρακολούθηση της απόδοσης μετά την εκπαίδευση (Yumkella, 1999).

### 8.4 Ο ρόλος της/του μαίας/ μαιευτή στην παροχή φροντίδας στις γυναίκες

Κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, οι γυναίκες χρειάζονται προσοχή και κοινωνική και ψυχολογική στήριξη από τις μαίες με σκοπό την εκμάθηση και εκπαίδευση στην ορθή αντισύλληψη (Entezarietal., 2010). Επιπλέον, οι μαίες αναμένεται να τις στηρίζουν για να προσαρμοστούν στις αλλαγές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της μητρότητας και να τις παρακολουθήσουν σε μελλοντική περίοδο.

Η κοινωνική υποστήριξη των μαιών, έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των βρεφών, όσον αφορά τις σωματικές και ψυχικές πτυχές. Εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τα κοινωνικά προβλήματα και τις συναισθηματικές, σωματικές και κοινωνικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν την εγκυμοσύνη, δεν μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα.

Το επάγγελμα των μαιών έχει τις ρίζες της στη δημόσια υγεία και έχει χαρακτήρα κοινότητας (Keramat et al., 2012).

Οι μαιές βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία με τις γυναίκες, στοιχείο που αντιπροσωπεύει το μαιευτικό επάγγελμα. Είναι, επίσης, σημαντική η κατανόηση της κοινότητας μέσα από τους κανόνες. Σε αυτό το επάγγελμα, όπως και σε άλλες επιστήμες της υγείας, είναι απαραίτητη η γνώση των κοινωνικών και συμπεριφορικών επιστημών (McEven και Wills, 2010). Καθώς η σεξουαλική συμπεριφορά και η αναπαραγωγή, έχουν τόσο βιολογική όσο και κοινωνικοπολιτισμική προέλευση, είναι σημαντική η συμβολή των κοινωνικών επιστημών, μέσω της κατανόησης των ανθρώπινων παραγόντων που σχετίζονται με τη σεξουαλική υγεία, τη γονιμότητα και με τη διερεύνηση των αποτελεσμάτων της αναπαραγωγικής υγείας (Entezarietal., 2010).

Επομένως, πάντα υπογραμμίζεται η κοινωνική προσέγγιση της θεραπείας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών που έχουν κοινωνική συνιστώσα. Σύμφωνα με την Επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών για τους Κοινωνικούς Παράγοντες Υγείας, οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, έχουν 50% συνεισφορά. Στην πραγματικότητα, αυτοί οι παράγοντες είναι η αιτία της αδικίας στα συστήματα και τις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας (Prasad & Dasgupta, 2010). Με βάση αυτές τις έρευνες και τις προχωρημένες πρακτικές νοσηλευτικής και μαιευτικής, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι επιδράσεις των κοινωνικών παραγόντων και τα ζητήματα μεταξύ ανασταλτικών παραγόντων που διαμορφώνουν συμπεριφορές υγείας. Οι κοινωνικές τάσεις και οι αναμενόμενες ανάγκες του συστήματος υγείας έδειξαν ότι υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για επαγγελματίες υγείας που μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις ανάγκες της κοινωνικής υγείας και της κοινωνίας (Keramat et al., 2012).

Οι οικονομικές, κοινωνικές και δημογραφικές αλλαγές οδηγούν σε διαφορετικές προκλήσεις σε σύγκριση με το παρελθόν και δείχνουν την ανάγκη για επαγγελματίες υγείας με όραμα που βασίζεται στην κοινότητα. Θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να αξιολόγησης της κοινότητας, να αναγνωρίζουν τις βασικές της ανάγκες, να σχεδιάζουν παρεμβάσεις και να τις εφαρμόζουν σε διάφορες κοινωνικές ομάδες..

Η κοινωνιολογία παρέχει ένα πλαίσιο για τη φροντίδα των εγκύων γυναικών και το κοινωνικό τους πλαίσιο. Οι κοινωνιολογικές εξηγήσεις για τις αντιληπτές

ανισότητες, τη φτώχεια και τη στέρηση, βοηθούν τις μαίες να κατανοήσουν καλύτερα το περιεχόμενο της φροντίδας, να δεχθούν τη ζωή των ανθρώπων χωρίς κρίση, να παράσχουν ειδική περίθαλψη.

Οι αλλαγές στην κοινωνικο-οικονομική δομή της κοινωνίας, ο ρόλος των γυναικών στο χώρο εργασίας και η αλλαγή στις προσδοκίες γέννησης συνδέονται με τη νέα κοινωνική έννοια της εγκυμοσύνης (Robertson, 2004). Επομένως, η αναζήτηση των κοινωνικών εννοιών της μαιευτικής πρέπει να γίνει έτσι ώστε οι μαίες να μπορούν να αναλύσουν τις προοπτικές τους στην πράξη (McEven και Wills, 2010). Οι περισσότεροι από αυτούς τους ρόλους καταδεικνύουν τη συμβολή της μαίας στις κοινότητες. Οι μαίες στη κοινότητα, κατά την εκτέλεση της αποστολής τις, πρέπει να έχουν πλήρη κατανόηση της κοινωνίας και να λαμβάνουν μέτρα, όσον αφορά το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Πρέπει να προσδιορίσουν τα εμπόδια που μειώνουν τα οφέλη των υπηρεσιών για τις γυναίκες.

Σύμφωνα με τις αλλαγές της κοινωνίας, οι μαίες πρέπει να έχουν μια ολιστική άποψη της υγείας των γυναικών και να γνωρίζουν τους κινδύνους που απειλούν τη νοητική, σωματική και πνευματική υγεία των μητέρων με σκοπό την εκμάθηση και εκπαίδευση στην ορθή αντισύλληψη (Entezari, et al., 2010). Θα πρέπει να είναι καταρτισμένες σε αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας και συμβουλών, να έχουν γνώση των κοινωνικών και συμπεριφορικών επιστημών και να εντοπίζουν τα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με την περιγεννητική υγεία, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε αρνητικές συνέπειες για τη μητέρα, το μωρό και την οικογένεια.

Στη μελέτη των Keramat et al. για τις μαίες στη κοινότητα με σκοπό την εκμάθηση και εκπαίδευση στην ορθή αντισύλληψη, καταγράφονται στοιχεία και δεδομένα για τις επικοινωνιακές δεξιότητες, την κριτική σκέψη, την πρωτοβουλία, τη βελτίωση των δεξιοτήτων διαχείρισης, την ηγεσία και την παροχή συμβουλών. Οι δεξιότητες επικοινωνίας, η κριτική σκέψη και η πρωτοβουλία ήταν συνεπείς με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης. Οι εμπειρίες των μαιών σχετικά με την ευαισθησία των γυναικών και τα προβλήματα που σχετίζονται με την αναπαραγωγική υγεία, την κατανόηση των οικονομικών προβλημάτων και τη μείωση της κοινωνικής και νομικής υποστήριξης είχαν κάνει τους συμμετέχοντες στη μελέτη να έχουν φεμινιστική άποψη. Τα περισσότερα από τα προβλήματα και τις δυσκολίες της μαίας της κοινότητας που

τέθηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν τοποθετημένα σε κοινωνικά ζητήματα. Παρ' όλα αυτά, οι συμμετέχουσες μαίες, παρά την πλήρη επίγνωση του θέματος, δεν αγνοούσαν τη σημασία του ρόλου τους (Robertson, 2004).

Τέλος, σημειώνεται πως οι δεξιότητες επικοινωνίας έχουν μεγάλη σημασία για τους φροντιστές της υγείας, προκειμένου να συμβουλεύουν τις γυναίκες που έχουν συγκρούσεις σχετικά με την άμβλωση και τον οικογενειακό προγραμματισμό λόγω των πολιτιστικών και θρησκευτικών απόψεών τους. Η τέχνη της αποτελεσματικής και ουσιαστικής επικοινωνίας με τις γυναίκες είναι μια από τις στρατηγικές που προάγουν την υγεία των μητέρων και των παιδιών (Liljestrand, Sambath, 2012).

## **8.5 Ο ρόλος της/του μαίας/ μαιευτή στη διαπαιδαγώγηση και στήριξη των νέων**

Αναφερόμενοι σχετικά στο ρόλο της μαίας στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων γυναικών και σε θέματα εγκυμοσύνης στις μέρες μας, θα λέγαμε πως υπάρχουν ορισμένες εσωτερικές δυνάμεις και ευκαιρίες όπως και εξωτερικές αδυναμίες και περιορισμοί για το νέο ρόλο της μαίας στο πεδίο αυτό. Οι εσωτερικές δυνάμεις των μαιών, είναι οι γνώσεις, οι αρχές και η πρακτική εμπειρία της μαίας σε θέματα εγκυμοσύνης και γέννησης, καθώς και η ικανότητα των μαιών να συσχετίζονται με διαφορετικές ομάδες ανθρώπων. Οι εσωτερικές αδυναμίες αφορούν κυρίως τις διδακτικές ικανότητες και την πίεση εργασίας.

Το σχολείο είναι ένα σημαντικό περιβάλλον για την εκπαίδευση σεξουαλικής υγείας. Αποτελεί πρόκληση για τα σχολεία η ποιοτική βελτίωση της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, για παράδειγμα με την ενσωμάτωση σχετικών μαθημάτων ως μέρος του αναλυτικού προγράμματος. Για να αξιοποιήσει λοιπόν μια χώρα στο έπακρο αυτές τις ευκαιρίες, σημαίνει επίσης την αντιμετώπιση των περιορισμών στο επάγγελμα της μαίας και της χρήσης αυτής στην εφαρμογή της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης.

Η διαπαιδαγώγηση αναφορικά με τη σεξουαλική ζωή και την εγκυμοσύνη από τις μαίες, είναι μια νέα προσπάθεια. Συνάδει με τις αρμοδιότητες των μαιών και έχει πρόσθετη αξία. Ο νέος ρόλος των μαίας είναι μια ευκαιρία για την προώθηση της σεξουαλικής υγείας των νέων. Το σχολείο είναι ένα προσφιλέσ περιβάλλον για το σκοπό αυτό. Για τα μαθήματα στα σχολεία, συνιστάται οι μαίες:

- Να εκπαιδεύονται σε διδακτικές δεξιότητες για τους νέους
- Να προετοιμάζουν τα μαθήματα σε συνεργασία με τα σχολεία
- Να συνδέονται με τις ανάγκες των σχολείων και των μαθητών
- Να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή αντίθεση στα σχολεία
- Να σκέφτονται τη θέση του μαθήματος στο σχολείο ή εκτός σχολείου
- Να έχουν διαθέσιμο διδακτικό υλικό
- Να έρχονται σε επαφή με σχολεία και άλλους οργανισμούς
- Να αξιολογούν το μάθημα με απλό τρόπο (ποιοτικά και ποσοτικά)

Οι βέλτιστες πρακτικές στη διαπαιδαγώγηση των νέων περιλαμβάνουν την παρέμβαση εκπαιδευμένων επαγγελματιών σε μια ολιστική προσέγγιση. Αυτό σημαίνει ότι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση πρέπει να διδάσκει ολοκληρωμένες, ειλικρινείς και ποικίλες πληροφορίες που αναμειγνύουν φυσιολογικές και σχεσιακές πτυχές της σεξουαλικότητας. Η υψηλότερη ποιότητα μιας σχολικής εκπαίδευσης στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, συνδέεται με την υποχρεωτική διάσταση των μαθημάτων και με ένα επίσημο πρόγραμμα που περιλαμβάνεται στο πλαίσιο του σχολικού προγράμματος σπουδών.

Επειδή το θέμα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης εγκυμοσύνη είναι αρκετά δύσκολο και απαιτεί σωστή ενημέρωση και σεβασμό, οι εκπαιδευτικοί που θα αναλάβουν αυτό το ρόλο θα πρέπει να αποστασιοποιηθούν από τα προσωπικά τους βιώματα και να είναι συναισθηματικά ώριμοι, να προσεγγίζουν τα θέματα επιστημονικά, να σέβονται τις αντιλήψεις και επιλογές των άλλων και το βασικότερο να ξεφεύγουν από την παραδοσιακή σχέση δασκάλου-διδασκόμενου και να προσεγγίζουν το κάθε παιδί σαν μοναδική και ανεπανάληπτη οντότητα. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η όλη προσπάθεια επιβάλλεται να γίνει σε συνεργασία με τους γονείς των παιδιών, καθώς και σε συνεργασία με άλλες εξωσχολικές υποδομές π.χ. Κέντρα Υγείας, Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού κ.τ.λ.

Η εκπαίδευση παρέχει στα παιδιά, τους εφήβους και τους νέους ενήλικες, πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα, επίσης με σκοπό να προστατεύονται από μια επικίνδυνη συμπεριφορά και κακές συνέπειες. Τέλος, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τις μαιές στις σχολές, είναι μια νέα και προκλητική προσπάθεια. Συνάδει με τις αρμοδιότητες των μαιών και έχει πρόσθετη αξία. Ο νέος ρόλος της μαιίας είναι μια ευκαιρία για την προώθηση της σεξουαλικής υγείας των νέων.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν, θα λέγαμε πως οι λόγοι που οδηγούν στην άμβλωση είναι πολλοί. Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι οι γυναίκες επικαλούνται παρόμοιους λόγους στο ερώτημα γιατί επέλεξαν την έκτρωση.

Αναφερόμενοι στα επιδημιολογικά στοιχεία αναφορικά με τις αμβλώσεις ανήλικων κοριτσιών, θα λέγαμε πως από το 2010 έως το 2014, υπολογίζεται ότι συμβαίνουν 36 αμβλώσεις κάθε χρόνο ανά 1.000 γυναίκες ηλικίας 15 – 44 ετών στις αναπτυσσόμενες περιοχές. Ωστόσο, το ποσοστό των αμβλώσεων είχε μειωθεί σημαντικά στις ανεπτυγμένες περιοχές την αντίστοιχη περίοδο πριν από μια δεκαετία, από το 1990–1994. Ωστόσο, δεν σημειώθηκε σημαντική αλλαγή στις αναπτυσσόμενες περιοχές.

Οι νόμοι για τις αμβλώσεις και η υποβολή τους κυμάνθηκαν σε διάφορες εποχές. Σε πολλές δυτικές χώρες κατά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα τα κινήματα για τα δικαιώματα των αμβλώσεων πέτυχαν την κατάργηση της απαγόρευσης τους. Ενώ η άμβλωση παραμένει νόμιμη στο μεγαλύτερο μέρος της Δύσης, αυτή η νομιμότητα αμφισβητείται τακτικά από ομάδες εναντίων της.

Η άμβλωση είναι μία ιατρική διαδικασία που τελειώνει μία εγκυμοσύνη. Είναι η τεχνητή διαστολή του τραχήλου με σκοπό την απομάκρυνση του κυήματος πριν το έμβryo να είναι βιώσιμο. Η επιλογή της μεθόδου της άμβλωσης εξαρτάται από το στάδιο της εγκυμοσύνης και άλλους παράγοντες του ασθενούς. Όσο πιο προχωρημένο το στάδιο της εγκυμοσύνης τόσο πιο περίπλοκη και δύσκολη η μέθοδος της. Μία έκτρωση μπορεί να επιτευχθεί χειρουργικά ή φαρμακευτικά. Πρέπει να επισημανθεί ότι η άμβλωση δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης, όπως γίνεται σε πολλές χώρες, καθώς και στη χώρα μας, όπως μαρτυρά το μεγάλο ποσοστό εκτρώσεων που πραγματοποιούνται ετησίως.

Μεγάλη είναι η συζήτηση σχετικά με τα ψυχικά και συναισθηματικά αποτελέσματα των αμβλώσεων σε γυναίκες και άντρες. Πολλές από τις γυναίκες που οδηγούνται στην άμβλωση είναι ήδη μητέρες, οπότε η διαδικασία πιθανότατα επηρεάζει όχι μόνο την ίδια, αλλά και τον σύντροφό ή σύζυγό της και τα άλλα παιδιά της. Οι αλλαγές στην ψυχική υγεία που προκύπτουν από την άμβλωση συνδέονται πιθανώς με το μέγεθος της υποστήριξης που λαμβάνει μία γυναίκα στο σπίτι, στη

δουλειά ή την κοινότητα της για την επιλογή της. Μία γυναίκα που βιώνει την άμβλωση μπορεί να αντιμετωπίσει τόσο σωματικές όσο και ψυχικές παρενέργειες.

Οποιαδήποτε απώλεια εγκυμοσύνης θα οδηγήσει σε διακοπή του ορμονικού κύκλου. Τα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζονται μετά από μία προγραμματισμένη διακοπή μπορεί να οφείλονται εν μέρει σε ορμονικές διαταραχές, οι οποίες είναι παρόμοιες με εκείνες που εμφανίζονται μετά από μία απρογραμμάτιστη απώλεια εγκυμοσύνης. Μερικές φορές οι γυναίκες καταφεύγουν στην άμβλωση από φόβο ότι θα τις εγκαταλείψει ο σύντροφός τους αν δεν το κάνουν. Δυστυχώς παρατηρείται πως όταν η άμβλωση γίνεται για να «σωθεί μία σχέση» δεν έχει συνήθως το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πολλά ζευγάρια χωρίζουν λίγο μετά ή αλλά παραμένουν μαζί, επειδή το κοινό πένθος τους δένει.

Η άμβλωση εξακολουθεί να είναι ένα δύσκολο, επίμαχο και ακόμη άλυτο ζήτημα για ορισμένες θρησκευτικές ομάδες. Οι περισσότερες αν όχι όλες οι θρησκείες θεωρούν την πρακτική της άμβλωσης ως ένα κακό που έχει επιβληθεί σε εκατομμύρια αθώα μωρά και που θα απειλήσει άλλα τόσα τα επόμενα χρόνια. Η άμβλωση είναι μία ηθικά απαράδεκτη εναλλακτική λύση για τον έλεγχο των γεννήσεων, τον έλεγχο του πληθυσμού, την επιλογή του φύλου και την εξάλειψη των ατόμων με σωματικές και πνευματικές αναπηρίες. Ορισμένα κράτη ήδη αντιμετωπίζουν σοβαρές πληθυσμιακές ανισορροπίες ως αποτέλεσμα των συστηματικών εκτρώσεων.

Γενικά όλες οι μεγάλες θρησκείες εκφράζουν δογματική αποδοκιμασία της άμβλωσης. Πιστεύουν ότι το θέμα περιλαμβάνει βαθιά ζητήματα της ζωής και του θανάτου, του σωστού και του λάθους, των ανθρώπινων σχέσεων και της φύσης της κοινωνίας, που το καθιστούν σημαντικό θρησκευτικό ενδιαφέρον. Τα άτομα που εμπλέκονται σε μία έκτρωση επηρεάζονται συνήθως πολύ βαθιά, όχι μόνο συναισθηματικά αλλά και πνευματικά. Συχνά στρέφονται στην πίστη τους για συμβουλές και παρηγοριά, για εξήγηση των συναισθημάτων τους και για να αναζητήσουν εξιλέωση και έναν τρόπο να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα της ενοχής τους.

Η άμβλωση είναι απόλυτα συνδεδεμένη με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική περίθαλψη, ωστόσο οι κοινωνικοί (ή άγραφοι) κανόνες και το στίγμα επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων των γυναικών και δημιουργούν εμπόδια στην ασφαλή φροντίδα των



αμβλώσεων. Πολλές γυναίκες δεν αποκαλύπτουν την άμβλωση τους για να αποφύγουν την κριτική, ιδιαίτερα αν είναι νεότερες ή ανύπαντρες γυναίκες.

Κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, οι γυναίκες χρειάζονται προσοχή και κοινωνική και ψυχολογική στήριξη από τις μαίες με σκοπό την εκμάθηση και εκπαίδευση στην ορθή αντισύλληψη (Entezari, etal., 2010). Επιπλέον, οι μαίες αναμένεται να τις στηρίζουν για να προσαρμοστούν στις αλλαγές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γέννησης και της μητρότητας και να τις παρακολουθήσουν σε μελλοντική περίοδο.

Τέλος, αναφερόμενοι στο ρόλο της μαίας στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση νέων γυναικών, στις μέρες μας, θα λέγαμε πως υπάρχουν ορισμένες εσωτερικές δυνάμεις και ευκαιρίες όπως και εξωτερικές αδυναμίες και περιορισμοί για το νέο ρόλο της μαίας στο πεδίο αυτό. Οι εσωτερικές δυνάμεις των μαιών στη διαπαιδαγώγηση και σεξουαλική ζωή των νέων γυναικών και την εγκυμοσύνη, είναι οι γνώσεις, οι αρχές και η πρακτική εμπειρία της μαίας σε θέματα εγκυμοσύνης και γέννησης και η ικανότητα των μαιών να συσχετίζονται με διαφορετικές ομάδες ανθρώπων

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Εκτιμώμενος αριθμός και ποσοστό των νέων ηλικίας 15-24 ετών που ζουν με HIV ανά περιφέρεια, 2018 - Πηγή: UNAIDS, ενημέρωση για την επιδημία του AIDS, 2019

Εικόνα 2: Αριθμός Αμβλώσεων Ανά 1.000 άτομα για κορίτσια ηλικίας 15-44 ετών

Εικόνα 3: Κατανομή (%) των χωρών με βάση τους νομικούς λόγους για τις αμβλώσεις και το επίπεδο ανάπτυξης. Πηγή: United Nations, 2014  
Online:<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf> [Προσπελάστηκε 12/04/2022].

Εικόνα 4: Νομικό καθεστώς των αμβλώσεων σε όλο τον κόσμο. Πηγή: United Nations, (2014). Online:<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf> [Προσπελάστηκε 12/04/2022].

Εικόνα 5: Κατανομή των κατηγοριών ασφάλειας των αμβλώσεων παγκοσμίως και ανά περιοχή. Πηγή: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext) [Προσπελάστηκε 16/04/2022].

Εικόνα 6: Κατανομή κατηγοριών ασφάλειας αμβλώσεων ανά υποπεριφέρεια. Πηγή: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext) [Προσπελάστηκε 16/04/2022].

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaro, L. E., Mathews, C., Kaaya, S., Katahoire, A. R., Onya, H., Abraham, C., Klepp, K.I., Wubs, A., Eggers, S.M., deVries, H. (2014). Promoting sexual and reproductive health among adolescents in southern and eastern Africa (PREPARE): Project design and conceptual framework. *BMC Public Health*, 14, Article 54.
- Abdullah, R., and YL., Wong. (2010). Access to abortion services in Malaysia: A rights-based approach, in Whittaker Andrea (ed.), *Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics*, New York, Berghahn Books, pp. 199–220.
- Adamchak, D. and M. Mbizvo (1991) ‘Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices of Men in Zimbabwe’, *Studies in Family Planning*. Vol.22 (1):31- 38.
- Adamchak, D. and M. Mbizvo (1991) ‘Family Planning Information Sources and Media Exposure among Zimbabwean’, *Studies in Family Planning*. Vol.22 (5):326-331.
- Akhter, H. H. (2001). Expanding access: mid-level providers in menstrual regulation, Bangladesh experience. *Ipas/IHCAR*.
- Amo-Adjei, J., Darteh, E. K. M. (2007). Unmet/met need for contraception and self-reported abortion in Ghana. *Sex Reprod Healthc*. Oct; 13:118–24.
- Attané, I., Barbieri, M. (2009). The demography of East and Southeast Asia from the 1950s to the 2000s: A summary assessment of changes and a statistical assessment. *Population*, English Edition, 64(1), pp. 7–146.
- Bankole A., Sedgh G, Oye-Adeniran B. A, Adewole I. F, Hussain R., Singh S. (2008). Abortion-seeking behaviour among Nigerian women. *J Biosoc Sci*. Mar;40(2):247–68.
- Barbosa, R. M., Arilha, M. (1993). The Brazilian experience with Cytotec. *Studies in Family Planning*, 24(4), pp. 236–240.
- Becquet, V. (2015). Des inégalités de genre à la sélection sexuelle prénatale: la masculinité des naissances au Vietnam. Doctoral thesis, Paris Descartes University.
- Bélanger, D., Flynn, A. (2009). The persistence of induced abortion in Cuba: Exploring the notion of an ‘abortion culture. *Studies in Family Planning*, 40(1), pp. 13–26.
- Benefo, K., and V., Pillai (2005) ‘The Reproductive Effects of Family Planning Programs in Rural Ghana: Analysis by Gender,’ *Journal of Asian and African Studies*, Sage. Vol. 40(6):463-477.

- Bernstein, S. (2005) 'The Changing Discourse on Population and Development: Toward a New Political Demography', *Studies in Family Planning*. Vol. 36 (2):127-132.
- Bilge, S. (2010) 'Recent Feminist Outlooks on Intersectionality', *Diogenes*, Sage Publications. Vol. 57 (1): 58-72.
- Birman, D. (2006). Ethical Issues in Research With Immigrants and Refugees. In J. Trimble and C. Fisher (eds.). *The Handbook of Ethical Research with Ethno Cultural Populations and Communities*, pp. 155-156. USA: Sage Publications.
- Blayo Chantal, 1991, "Les modes de prévention des naissances en Europe de l'Est", *Population*, 46(3), pp. 527–546.
- Bongaarts, J. Sinding, S. (2009). A Response to Critics of Family Planning Programs. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Vol.35 (1):39-44.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*. Vol.3 (2): 77-101.
- Casas, L. (2009). Invoking conscientious objection in reproductive health care: Evolving issues in Peru, Mexico and Chile. *Reproductive Health Matters*, 17(34), pp. 78–87.
- Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. (2015). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Glob Health Sci Pract.*; 3 (3): 333-340.
- Chong, Y., Tan, E. (2011). Midlevel health-care providers key to MDG 5. *Lancet*; 377(9772):1127-1128
- Ciganda, C., and A., Laborde. (2003). Herbal infusions used for induced abortion. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology*, 41(3), pp. 235–239.
- Cleland J., B Stan, E. Alex, F. Anibal, G. A., Jolene, I. (2006). Family planning: the Unfinished Agenda. *Sexual and Reproductive Health*. Vol.368 (9549): 1810-1827.
- Coelho, H. L. L., Teixeira, A. C., Santos, A. P., Forte, E. B., Morais, S. M., La Vecchia, C., Tognoni, G., Herxheimer, A. (1993). Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *The Lancet*, 341(8855), pp. 1261–1263.
- Connell, R. and J. Messerschmidt (2005) 'Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept', *Gender and Society*. Vol.19 (6): 829-859.
- Costa S. H. (1998). Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63(S1), pp. S131–S139.

- Creswell, W. (2007) *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (2ed.) California: Sage Publications.
- Crook, N. (1997). *Principles of Population and Development*, Oxford University Press.
- David, H. P. (1992). Abortion in Europe, 1920–1991: A public health perspective. *Studies in Family Planning*, 23(1), pp. 1–22.
- Davis, K. (2008) ‘Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful’, *Feminist Theory*. Vol.9 (1): 67 – 85.
- Dayton, C. H. (1991). Taking the Trade: abortion and gender relations in an eighteenth-century New England village. *William Mary Q*, 3rd Ser. XLVIII:19-49.
- De Jong, J., Shepard, B., Roudi-Fahimi, F., Ashford L. (2007). *Young People’s Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau
- De Zordo, S. (2016). The biomedicalisation of illegal abortion: The double life of misoprostol in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), pp. 19–36.
- De Zordo, S. (2017). From women’s ‘irresponsibility’ to foetal ‘patienthood’: Obstetricians-gynaecologists’ perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña. *Global Public Health*, 13(6), pp. 711–723.
- Degni, F., C. Mazengo, C. Vakilampi Essen, B. (2008). Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Vol. 13(3): 298–303.
- Degni, F., Koivusilta, L., Ojanlatva, A, (2006). Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Vol. 11(3): 190–196.
- Dessie, Y., Berhane, Y., Worku, A. (2015). Parent-Adolescent Sexual and Reproductive Health Communication Is Very Limited and Associated with Adolescent Poor Behavioral Beliefs and Subjective Norms: Evidence from a Community Based Cross-Sectional Study in Eastern Ethiopia. *PLoS ONE*, 10(7).
- Diniz, D., Medeiros, M. (2012). Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciência & saúde coletiva*, 17(7), pp. 1671–1681.
- Dixon-Mueller, R. (1988). Innovations in reproductive health care: Menstrual regulation policies and programs in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, 19(3), pp. 129–140.

- Donovan, P. (1992). Vermont physician assistants perform abortions, train residents. *11. Fam Plann Perspect*;24:225.
- Ellis, B. M., Kia-Keiting, Yusuf, S., Lincon, A., Nur, A. (2007). Ethical Research in Refugee Communities and the Use of Community Participatory. *Transcultural Psychiatry*. Vol. 44(3): 459 – 481.
- Entezari A, Momtazmaneshn, Jalili Z, Mohagheghi M. A. (2010). Challenges of Community Oriented Medical Education in Iran. (52-64). *J Tebva Tazkieweh.*;19(2):77.
- Ehrenreich, B., English, D. (1972). *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. New York, NY : Feminist Press.
- Espinoza, H., and L., Carrillo, L.. (2003). Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención. *Gaceta Médica De México*, 139(suppl. 1), pp. S9–S15.
- Fahimi, F., L. Ashford, L. (2005). *Investing in Reproductive Health to achieve Development Goals: Middle East and North Africa*. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Faúndes, A., Barzelatto, J. (2011). *El drama del aborto: en busca de un consenso*. Buenos Aires, Paidós, 272 p.
- Fernandez, M. M., Coeytaux, F., Gomez Ponce De León R., Harrison D. L. (2009). Assessing the global availability of misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 105(2), pp. 180–186.
- Fiala, C., Arthur, J. H. (2014). Dishonourable disobedience’ – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1, pp. 12–23.
- Fiol, V., Rieppi, L., Aguirre, R., Nozar, M., Gorgoroso M., Coppola F., Briozzo, L. (2016). The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 134(suppl. 1), pp. S12–S15.
- Fleischman, J. and A. Moore (2009) *International Family Planning: A Common Ground Approach to an Expanded U.S. Role*, Washington DC: Center for Strategic and International Studies.
- Flick, U. (2004) ‘Constructivism’ In, Flick, U., E. Kardorff and I. Steinke (eds.) *Companion to Qualitative Research*. London: Sage Publication, pp: 87-94.
- Frost, A. and F. Dadoo (2019) ‘Men are Missing from African Family Planning Contexts’ *Research Article*. Vol.8 (1): 44-49.

- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., & Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., Souza, J. P., Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, 40–48.
- Gipson, J. D., Hirz, A. E., Avila, J. L. (2011). Perceptions and practices of illegal abortion among urban young adults in the Philippines: A qualitative study. *Studies in Family Planning*, 42(4), pp. 261–272.
- Glanz, K., B. Rimer and K. Viswanath (eds.) (2008) *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research, and Practice*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. Nov 4;368(9547):1595-607.
- Goodkind, D. (1994). Abortion in Vietnam: Measurements, puzzles, and concerns. *Studies in Family Planning*, 25(6), pp. 342–352.
- Grossman, D., Holt, K., Peña M., Lara, D., Veatch, M., Córdova, D., Gold, M., Winikoff, B., and K., Blanchard. (2010). Self-induction of abortion among women in the United States. *Reproductive Health Matters*, 18(36), pp. 136–146.
- Guba, E. and Y. Lincoln (2005) ‘Competing Paradigms in Qualitative Research’ In, N.K. Denzin and Y.s. Lincoln. *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3<sup>rd</sup> ed.) London: Sage Publication, pp: 105-117.
- Guillaume Agnès, 2004, *L’avortement en Afrique: une revue de la littérature des années 1990 à nos jours*, Paris, CEPED, CD.
- Guillaume, A., Lerner, S. (2007). *Abortion in Latin America and the Caribbean*. *La Chronique*, 55, Paris, CEPED.
- Guttmacher Institute. (2015). *Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe*, [Fact sheet]. Guttmacher Institute, New York and Washington, DC,
- Gwarzo, T. (2011) ‘Islamic Religious Leaders and Family Planning in Northern Nigeria: A Case Study of Zamfara, Sokoto and Niger States’, *Journal of Muslim Minority Affairs*. Vol. 31 (1): 143-151.
- Hammersley, M., Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice* (3<sup>rd</sup> ed) London: Routledge.
- Harcourt, W. (1997). *Power, Reproduction, and Gender: the Inter-generational Transfer of Trans-fer of Knowledge*. Zed Books, University of Virginia.

- Harcourt, W. (2009). *Body Politics in Development: Critical Debates in Gender and Development*, Zed Books.
- Harries, J., Cooper, D., Strebel, A., Colvin, C. J. (2014). Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health*, 11(1), p. 16.
- Harris, C., Smyth, I. (2001). The Reproductive Health of Refugees: Lessons beyond ICPD. *Gender and Development*. Vol.9 (2): 10-21.
- Harris, L. H., Cooper, A., Rasinski, K. A., Curlin, F. A., Drapkin Lyerly, A. (2011). Obstetrician–gynecologists’ objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 118(4), pp. 905–912.
- Hasna, F. (2003). Islam, Social Traditions & Family planning. *Social Policy and Administration*. Vol. 2(37):181-197.
- Hassoun, D. (2011). Témoignage. L’interruption volontaire de grossesse en Europe. *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 213–221.
- Hassoun, D. (2001). Delafontaine Hospital, Saint Denis, France. In: Jones RK, 6. Henshaw SK. Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2002;34 (3).
- Hatuqa, D., (2022). Us Muslim advocates weigh in on abortion rights battle. Διαθέσιμο στο <https://www.aljazeera.com/news/2022/1/26/us-muslim-advocates-weigh-in-on-abortion-rights-battle> Προσπελάστηκε στις 15/04/2022.
- Hayford, S. (2005) ‘Conformity and Change: Community Effects on Female Genital Cutting’, *Journal of Health and Social Behavior*. Vol.46 (2): 121–140.
- Heino, A., Gissler, M., Apter, D., Fiala, C. (2013). Conscientious objection and induced abortion in Europe. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(4), pp. 231–233
- Helma, L., H. Vivar, M Teresa and L. Supik (eds.) (2011) *Framing Intersectionality: Debates on a Multi-faceted Concept in Gender*, England: Ashgate Publishing Limited.
- H3helpline. (2021). Symptoms of Post Abortion Stress. Online: <https://h3helpline.org/help-after-abortion/> [Προσπελάστηκε 19/04/2022].
- Hopkins, P.E. (2007). Positionalities and Knowledge: Negotiating Ethics in Practice. *International E-Journal for Critical Geographies*. Vol. 6 (3): 386-394.
- Hord, C., David, H. P., Donnay, F., Wolf, M. (1991). *Reproductive health in Romania*:



- Reversing the Ceausescu legacy. *Studies in Family Planning*, 22(4), pp. 231–240.
- International Confederation of Midwives. (2008). *Midwives' Provision of Abortion-related Services*. The Hague, The Netherlands: International Confederation of Midwives.
- IntraHealth International. (2005). *Case study: scaling up post abortion care services: deep dive: an exploration for innovation: improving quality in the private sector*. Bethesda: Abt Associates; 2005
- Jewkes, R., Morrell, R. (2012). Sexuality and the limits of the agency among South Africa Teenage women: Theorising Femininities and their connections to HIV risk practices. *Journal of social science and Medicine*, Vol.74 (11): 1720- 1737.
- Jones, R. K., Jerman, J.(2017).Abortion incidence and service availability in the United States, 2014. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(1), pp. 17–27.
- Jonsson, I. M., Zätterström, C., Sundström, K. (2001).Midwives' role in management of 5.medical abortion: Swedish country report. In: *Expanding access: advancing the role of midlevel providers in menstrual regulation and elective abortion care*, Pilanesberg National Park, South Africa, 2–6 December 2001.
- Jütte, R. (1993). *Die Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart*. C. H. Beck, München.
- Jwan, J. and C. Ong'ondo (2011) *Qualitative Research: An Introduction to Principles and Techniques*. Eldoret: Moi University Press.
- Kabeer, N. (1999) 'Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment', *Development and Change* Vol.30 (3): 435 – 464.
- Kaida, A., Carter, A., de Pokomandy, A., Patterson, S., Proulx-Boucher, K., Nohpal, A., & Loutfy, M. (2015).Sexual inactivity and sexual satisfaction among women living with HIV in Canada in the context of growing social, legal and public health surveillance.*Journal of the International AIDS Society*, 18, 20284.
- Keramat A, Arab R, Khorasani L. Awareness and Attitude of Midwives and Midwifery Students toward Community Oriented, Midwifery. *J Knowl Health*.2012; 6:25–3.
- Khan, K. S.,Wojdyla, D.,Say, L.,Gulmezoglu, A. M.,VanLook, P. F. A. (2006).WHOanalysis of causes of maternal death: a systematic review.*Lancet*;367:1066-1074.
- Kirmani, P. and I. Phillips (2016) 'Engaging with Islam to promote women's rights: Exploring opportunities and challenging assumptions', *Progress in Development Studies*. Vol.11 (2): 87–99.

- Kohan, S., M. Simbar and F. Taleghani (2018) ‘Empowerment In Family Planning as Viewed by Iranian Women: a Qualitative Study’, *Journal of Biosocial Science*. Vol. 44(2): 209 – 219.
- Kozuki N, Lee A, Silveira M, et al.(2015). The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(Suppl. 3): S3.
- Kulczycki, A. (2011). Abortion in Latin America: Changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 42(3), pp. 199–220.
- Kumar, S., Gruskin, S., Khosla, R., & Narasimhan, M. (2015). Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV - A literature review. *Journal of the International AIDS Society*.18(5).
- Lee-Rife, S., Malhotra, A., Warner, A. and Glinski, A.M. (2012). What Works to Prevent Child Marriage: A Review of the Evidence. *Studies in Family Planning*, 43(4), pp. 287-303.
- Lema, V. M.(2012). Conscientious objection and reproductive health service delivery in Sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 16(1), pp. 15–22.
- Liljestrand, J., Sambath, M. R. (2012). Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. *Reprod Health Matters*;20:62–72.
- Long, C., Neang, R. 1(2001). Abortion in Cambodia: country report. *Ipas/IHCAR*.
- McEven, M., Wills, E. M. (2010). 2nd ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins; *Theories from sociologic sciences, Theoretical basis for nursing*; pp. 273–95.
- MacGill, M. (2022). Depression after abortion: Risk factors and how to cope. *MedicalNewsToday*, updated on April 12, 2022. Online: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/313098> [Προσπελάστηκε 19/04/2022].
- McKee, K., Adams, E. (1994). Nurse midwives’ attitudes toward abortion performance 7. and related procedures. *J Nurse Midwifery*;39:300-11.
- Mclaren, A. (1990), *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day*, Cambridge, MA and Oxford, UK, B. Blackwell, 275 p.
- Miller, S., Billing, D. L., Clifford, B. (2002). Midwives and postabortion care: experiences, opinions, and attitudes among participants at the 25th Triennial Congress of the International Confederation of Midwives. *J Midwifery Womens Health*;47(4):247-255.

- Molina A., (2021). Comparing Texas' abortion ban to Islamic law is inaccurate, perpetuates Islamophobia, experts say. Διαθέσιμο στο <https://religionnews.com/2021/09/03/texas-abortion-ban-comparisons-to-islamic-law-are-innaccurate-and-perpetuate-islamophobia-experts-say/> Προσπελάστηκε στις 15/04/2022)
- Ngom, P. (1997) 'Men's Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transition', *Studies in Family Planning*. Vol.28 (3): 192-202.
- Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. (2017). Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017, 91: 1114–18.
- Nisand, I., Araújo-Attali, L., Schillinger-Decker, A. L, (2012). Historique et législation de l'interruption volontaire de grossesse. In *L'IVG, Que-sais-je*, Paris, Presses universitaires de France, pp. 5–20.
- Obure, A., Nyambedha, B. Oindo, and H. Koderu (2009), 'Psychosocial factors influencing promotion of male circumcision for HIV prevention in a non-circumcising community in rural western Kenya. *The Qualitative Report*', 14(4), 666-687.
- Okonofua, F., Shittu, O., Shochet, T., Diop, A., Winikoff, B. (2014). Acceptability and feasibility of medical abortion with mifepristone and misoprostol in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(1), pp. 49–52.
- Oni, A. and J. McCarthy (1991) 'Family Planning Knowledge, Attitudes and Practices of Males in Ilorin, Nigeria', *International Family Planning Perspectives*. Vol.17 (2): 50-54+64.
- Paek, H., C. Salmon C., Witte, K. (2008). The Contextual Effects of Gender Norms, Communication, and Social Capital on Family Planning Behaviors in Uganda: A Multilevel Approach. *Health Education and Behavior* .Vol.4 ( 35): 461-477.
- Parliamentary Assembly.(2008). Access to safe and legal abortion in Europe. Online: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=17638&lang=en>[Προσπελάστηκε 15/04/2022].
- Prasad, R., Dasgupta, R. (2013). Missing Midwifery: Relevance for Contemporary Challenges in Maternal Health. *Indian J Community Med.*; 38:9–14.
- Population Reference Bureau (PRB). (2004). *The Unfinished agenda: meeting the need for family planning in less Developed Countries*. (2004 Policy Brief). Washington DC.

- Puri, M., Ingham, R., and Z., Matthews.(2007) Factors affecting abortion decisions among young couples in Nepal. *Journal of Adolescent Health*, 40(6), pp. 535–542.
- Puri, M., Tamang, A., Shrestha, P., Joshi, D. (2015). The role of auxiliary nurse-midwives and community health volunteers in expanding access to medical abortion in rural Nepal. *Reproductive Health Matters*, 22(44), pp. 94–103.
- Quader, S. A and I. Oplatka (2008) ‘The power of femininity Exploring the gender and ethnic experiences of Muslim women who accessed supervisory roles in a Bedouin society’, *Journal of Educational Administration*, Vol. 46 (3): 396 – 415.
- Ramachandar, L., Pelto, P. J.(2010). Choosing abortion providers in rural Tamil Nadu. In Whittaker Andrea (ed.), *Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics*, New York, Berghahn Books, pp. 123–148.
- Rashid, SF. (2010). 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, pp. 102–122.
- Rehnström Loi, U., Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E., Klingberg-Allvin, M., (2015). Health care providers’ perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*, 15.10.1186/ s12889-015-1502-2.
- Robertson, J. F. (2004). Does advanced community/public health nursing practice have a future? (Review) *Public Health Nurs*;21:495–500.
- Sanseviero, R. (2003). *Condena, tolerancia y negación: el aborto en Uruguay*. Montevideo, Centro Internacional de Investigación e Información para la Paz, 254 p.
- Schwandt, T. (2007) *The sage dictionary of Qualitative inquiry (3rd ed) Thousand oaks’*: Sage Publication.
- Schwandt, H.M., Boulware, A., Corey, J. et al.(2021). “... the way we welcome them is how we will lead them to love family planning.”: family planning providers in Rwanda foster compassionate relationships with clients despite workplace challenges. *BMC Health Serv Res* 21, 293.
- Seefat-van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I. Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: A qualitative study. *Midwifery*. 2011;27:e122–7.
- Sen, G., and S. Batliwala (2000) *Empowering Women for Reproductive Rights in Presser, H. B. and G. Sen (Eds.), Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Oxford: Oxford University Press. Pp: 15-36.

- Shah, I. H., Weinberger, M. B. (2012). Expanding access to medical abortion: Perspectives of women and providers in developing countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(suppl. 1), pp. S1–S3.
- Shaw, D. (2009). Access to sexual and reproductive health for young people: bridging the disconnect between rights and reality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 106(2), 132–136.
- Shenton A. (2004) ‘Strategies for ensuring trustworthiness in Qualitative research Projects’, *Education for Information*. Vol.22 (2): 63-75.
- Shepard, B., DeJong, J. (2005). *Breaking the Silence and Saving Lives: Young People’s Sexual and Reproductive Health in the Arab States and Iran*. Harvard School of Public Health.
- Sherman, J. A., (2006) "Blackamerica, Immigrant Islam, and the Dominant Culture". *Islam and the Blackamerican: Looking Toward the Third Resurrection*. Oxford, UK: Oxford University Press. p. 151. ISBN 9780195343571
- Shapiro G. K., (2004). Abortion law in Muslim-majority countries: an overview of the Islamic discourse with policy implications, *Health Policy and Planning*, Volume 29, Issue 4, 1 July 2014, Pages 483–494, <https://doi.org/10.1093/heapol/czt040>
- Sibuyi, M. C. (2004). Provision of abortion services by midwives in Limpopo province 16. of South Africa. *Afr J Reprod Health* 2004;8:75-8.
- Singh, S. and D., Wulf. (1994). “Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries”, *International Family Planning Perspectives*, 20(1), pp. 4–13.
- Sobotka, T. (2003). Re-emerging diversity: Rapid fertility changes in Central and Eastern Europe after the collapse of the communist regimes. *Population*, English Edition, 58(4–5), pp. 451–486.
- Sonneveldt, E., Shaver, T., Bhuyan, A. (2008). *Understanding Operational Barriers to Family Planning Services in Conflict-Affected Countries: Experiences From Sierra Leone*. U.S. Agency for International Development (USAID).
- Starrs, A. M. (2017). The Trump global gag rule: An attack on US family planning and global health aid. *The Lancet*, 389(10068), pp. 485–486.
- Tamang, A., Puri, M., Lama, K., Shrestha, P. (2015). Pharmacy workers in Nepal can provide the correct information about using mifepristone and misoprostol to women seeking medication to induce abortion. *Reproductive Health Matters*, 22(suppl. 44), pp. 104–115.
- Tilbury, F. (2006) “Everything is excellent”: methodological issues in studying refugee settlement, University of Western Australia & Murdoch University.

- UNFPA. (2004). New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS Sexual and Reproductive Health in Women and Children. New York: UNFPA/ UNAIDS.
- UNFPA.(2011). The State of the World's Midwives. Online: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en\\_SOWMR\\_Full.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en_SOWMR_Full.pdf) [Προσπελάστηκε 17/04/2022].
- UNHCR.(2011), Kenya Statistical Package As at the end of December 2011. Nairobi.
- United Nations.(2018).Millennium Development Goals. Online: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)) [Προσπελάστηκε 17/04/2022].
- United Nations.(2001a). Abortion Policies.A Global Review – vol.I, Afghanistan to France. New York, United Nations, Population Division, 183 p.
- United Nations.(2001b). Abortion Policies. A Global Review – vol. II, Gabon to Norway. New York, United Nations, Population Division, 209 p.
- United Nations.(2002). Abortion Policies.A Global review – vol. III, Oman to Zimbabwe. New York, United Nations, Population Division, 241 p.
- United Nations, (2002). Abortion policies: A global review. Online: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/abortion/abortion-policies-2002.asp> [Προσπελάστηκε 12/04/2022].
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2004) Program of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 44.
- United Nations.(2013) World Abortion Policies. New York, United Nations, Population Division, n.p.
- United Nations.(2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. New York, United Nations, Population Division, 52 p. Online: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/AbortionPoliciesReproductiveHealth.pdf> [Προσπελάστηκε 14/04/2022].
- Van De Walle, E., Renne, EP.(eds.). (2001). Regulating Menstruation: Beliefs, Practices, Interpretations, Chicago, University of Chicago Press, 296 p.
- Vargas, C. M. (1998) 'Ethical Challenges in Refugee Research: Troublesome Questions, Difficult Answers' Refugees. Vol.3 (17): 35-47.
- Vaz, F., Bergström, S., Vaz Mda. L., Langa, J., Bugalho, A. (1999). Training medical 20.assistants for surgery. Bull World Health Organ;77:688-91.
- Wainwright, M., Colvin, C. J., Swartz, A., Leon, N.(2016).Self-management of medical abortion: A qualitative evidence synthesis. Reproductive Health Matters,

24(47), pp. 155–167.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T, et al. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*; 368:1965-72.

Watson, K. (2018). *Scarlet A: The Ethics, Law, and Politics of Ordinary Abortion*, Oxford University Press.

Winker, G. and N. Degele (2011) ‘Intersectionality as multi-level analysis: Dealing with social inequality’, *European Journal of Women’s Studies*. Vol. 18(1): 51-66.

Women Refugee Commission (WRC) and UNHCR (2018) *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes and Behaviors of Somali Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR’s Operation in Nairobi, Kenya*. Women Refugee Commission.

Women Refugee Commission WRC.(2012). *Sexual and Reproductive Health Family Planning*.

Wong, Y. (2012) ‘World Development Report 2012: Gender Equality and Development’, *Forum, for Development Studies*. Vol.39 (3):435-444.

Wood, S., Abracinskas, L., Correa, S., Pecheny, M. (2016). Reform of abortion law in Uruguay: Context, process and lessons learned. *Reproductive Health Matters*, 24(48), pp. 102–110.

World Bank.(2012). *World Development Report 2012: Gender Equality And Development*, Washington D.C , World Bank.

World Bank. (2019). *Economic impacts of child marriage: Global synthesis report*. Washington, DC: World Bank.

World Health Organization. (2003).*Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, Geneva.

World Health Organization.(2005). *Model Lists of Essential Medicines (revised March 2005)* 14th edn.

World Health Organization. (2006). *Defining Sexual Health—Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28-31 January 2002*, Geneva.

World Health Organization.(2013). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.2nd edition, Geneva, WHO, 123 p.

World Health Organization. (2014). *Sexual and reproductive health beyond 2014:*

equality, quality of care and accountability: position paper. World Health Organization. Online: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112291/WHO\\_RHR\\_14.05\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112291/WHO_RHR_14.05_eng.pdf?sequence=1) [Accessed 12 April 2022].

World Health Organization.(2017). Global Abortion Policies Database, Geneva, WHO. <https://abortion-policies.srhr.org/> [Προσπελάστηκε 12/04/2022].].

World Health Organisation.(2018). Family Planning. Available at: [http://www.who.int/topics/family\\_planning/en/](http://www.who.int/topics/family_planning/en/) [Accessed 12 April 2022].

World Health Organisation. (2020). Global health estimates 2020: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: WHO.

Yarnall, J., Swica, Y., Winikoff, B. (2009). Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reprod Health Matter*;17:61-69

Yee, L., Simon, M (2017). Perceptions of Coercion, Discrimination and Other Negative Experiences in Postpartum Contraceptive Counseling for Low- income Minority Women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. Vol.22: 1387-1400.

Yumkella, F. (1999). Nurse-midwives role for the expansion of comprehensive post 22.abortion care services: the case of Kenya and Uganda. In: Third African population conference, Durban, South Africa, 6-10 December 1999. The African population in the 21st century. Vol. 3. Dakar: Union for African Population Studies; pp.193–209

Zamberlin, N., Romero, M., Ramos, S. (2012). Latin American women’s experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *ReproductiveHealth*, 9(1), pp. 9–34.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Ιατράκης, Γ. (2018). Βιβλίο Μαιευτικής, Φυσιολογία της Κύησης και παθολογία μητέρας-εμβρύου. Εκδόσεις DESMOSDIGITALIKE.

Λυκερίδου, Κ. (2003). Δεοντολογία Μαιευτών - Νομοθεσία και κανόνες άσκησης του επαγγέλματος. Εκδόσεις Zyme1, Αθήνα



