

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ & ΒΙΟΗΘΙΚΗ



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ :
ΓΑΒΡΙΗΛΙΔΟΥ ΞΕΝΙΑ – ΑΝΤΩΝΑΚΑ ΜΑΡΙΝΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :
Dr. ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ , ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	3
Α΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Εισαγωγή	5
Ιστορική Αναδρομή	7
Υπογονιμότητα	11
• Αίτια Γυναικείας Υπογονιμότητας	12
• Αίτια Ανδρικής Υπογονιμότητας	13
Μέθοδοι αντιμετώπισης της υπογονιμότητας	15
Συμβατικές μέθοδοι Υ. Α	15
• Ωοθηκική διέγερση	15
• Σπερματέγχυση (ομόλογη /ετερόλογη)	16
• Κλασσική Εξωσωματική Γονιμοποίηση (IVF)	18
Επιπλοκές της IVF	19
Μη Συμβατικές, συναφείς προς την Ε.Γ, μέθοδοι υποβοηθούμενης σύλληψης	20
• Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (GIFT)	20
• Λαπαροσκοπική ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών (ZIFT)	21
• Ενδοπεριτοναϊκή μεταφορά γαμετών (GIPT)	21
• Διακολπική ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (TV –GIFT) ή εμβρύων (TV –ZIFT)	21
• Μικρογονιμοποίηση	22
Κρυοσυντήρηση ωαρίων ή εμβρύων	24
Δωρεά ωαρίων	26
Δωρεά εμβρύων	27
Δανεισμός μήτρας	28
Ειδικά προβλήματα σχετικά με την Υ.Α	30
• Εμβρυϊκή μείωση	30
• Επιλογή και προσδιορισμός φύλου	31

• Προεμφυτευτική διάγνωση γενετικών παθήσεων	32
Ενδείξεις Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	34
Β΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Εισαγωγή	38
Σχέδιο νόμου για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή	39
Περίληψη νομοσχεδίου	48
Νομικά προβλήματα	50
Πρόσφατα δημοσιεύματα	53
Νομική προσέγγιση της Υ.Α Ευρωπαϊκών Κρατών και Αμερικής	54
Νέα στοιχεία που αφορούν το νομικό πλαίσιο της χώρας μας	63
Γ΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Απόψεις εκπροσώπων της ορθόδοξης εκκλησίας σχετικά με την Υ.Α	67
Απόψεις εκπροσώπων της επιστήμης της ιατρικής	79
Άποψη εκπροσώπου της επιστήμης της ψυχολογίας	87
Περιπτώσεις ενδιαφέροντος	90
Δ΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Στατιστικές	97
Κίνδυνοι για την ανάπτυξη των παιδιών που γεννιούνται με τη μέθοδο της Υ.Α	97
Συνέπειες από την εφαρμογή της Υ.Α	98
Κόστος για την εφαρμογή των μεθόδων της Υ.Α	99
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
Εισηγητική έκθεση νομοσχεδίου	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	122

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσα σε όλες τις αντιφάσεις που χαρακτηρίζουν την εποχή μας είναι και αυτή: **άλλοτε να προβάλλεται η πρακτική του έρωτα χωρίς παιδιά και άλλοτε να επιδιώκεται η απόκτηση παιδιών χωρίς έρωτα.** Σήμερα, ενώ γενικά υπάρχει υπογεννητικότητα και έντονη τάση αποφυγής της τεκνογονίας και περιορισμού των γεννήσεων, μια μερίδα ανθρώπων επιδιώκει την με κάθε τρόπο και πάση θυσία τεκνοποιία. Η επιδίωξη αυτή που στοχεύει να γίνουν τα αδύνατα δυνατά, κάνει τον άνθρωπο να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους που δεν χαρακτηρίζονται ούτε, από το μέτρο και το κατά φύσιν, ούτε από τη νομιμότητα και την ηθική. Τα επιτεύγματα που προέρχονται από αυτήν την «επανάσταση» προκαλούν τεράστια βιο-ιατρικά, νομικά, κοινωνικά και βιοηθικά προβλήματα.

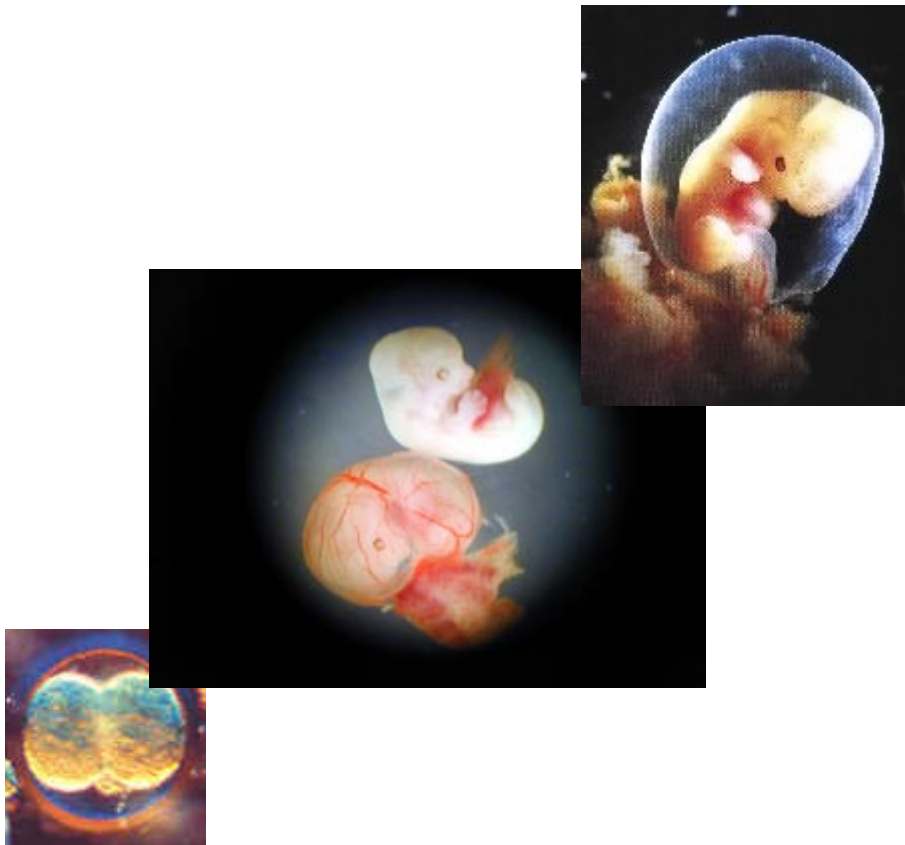
Ασχοληθήκαμε με αυτό το τόσο επίκαιρο και εξαιρετικά ενδιαφέρον θέμα, αφού τα προβλήματα που δημιουργούνται από τις διάφορες μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής απασχολούν όχι μόνο την Εκκλησία αλλά και πολλούς ανθρώπους του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Αναντίρρητα, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι μια καινοτομία, που μεταφέρει τη γέννηση του ανθρώπου από το επίπεδο των καθαρά προσωπικών σχέσεων στο επίπεδο του απρόσωπου εργαστηρίου και υποκαθιστά τους φυσικούς νόμους με κριτήρια ατομικής λογικής. Ο άνθρωπος με τη διαδικασία αυτή δεν γεννιέται μόνο από γονείς, που μπορεί να είναι και ανώνυμοι, αλλά και αποφασίζεται από ειδικούς.

Τα βιοηθικά προβλήματα που έχουν ανακύψει απασχολούν την Ορθόδοξη Εκκλησία και τη Χριστιανική Ηθική.

Η έλλειψη πληροφόρησης και γνώσης των μεθόδων αυτής οδηγεί συνήθως, είτε στην αδιάκριτη καταδίκη τους είτε στην καθολική αποδοχή τους, καθώς επιτυγχάνεται ο σκοπός της τεκνογονίας. Αυτά όμως δεν βοηθούν στη λύση του προβλήματος.

Στην εργασία υπογραμμίζονται τα ηθικά διλήμματα που προέρχονται από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, όπως η δημιουργία περισσοτέρων εμβρύων από όσα εμφυτεύονται, η κατάψυξη, η φύλαξη και η καταστροφή τους, η συμμετοχή τρίτου ανθρώπου στη διαδικασία καθώς επίσης και συνδυασμοί μεθόδων, όπως είναι η δανεική ή υποκατάστατη μητρότητα και άλλα εξίσου σημαντικά νομικά θέματα.

Α' ΚΕΦΑΛΑΙΟ



Εισαγωγή

Ένα από τα πιο σημαντικά φαινόμενα της ζωής είναι η αναπαραγωγή. Η αμφιγονική αναπαραγωγή, στην οποία είναι απαραίτητη η ύπαρξη δύο φύλων, είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των πιο εξελιγμένων βιολογικά οργανισμών. Η αναπαραγωγή του ανθρώπου εκτός από την θεμελιακή σημασία της για τη διατήρηση και την εξέλιξη του είδους, περιλαμβάνει ποικίλες προεκτάσεις, κοινωνικές, ηθικές, φιλοσοφικές, νομικές κ.λ.π.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η φυσική διεργασία της αναπαραγωγής γίνεται χωρίς



DAPIO ΚΑΙ ΣΠΕΡΜΑ ΑΝΘΡΩΠΟΥ x3500 SEM, pseudocolor

ιδιαίτερα προβλήματα. Όταν όμως ο σκοπός αυτός δεν επιτυγχάνεται, συνήθως προκαλεί μια σειρά προβλημάτων τόσο στο ζευγάρι όσο και στον κοινωνικό του περίγυρο. Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας φαίνεται ότι έχει αυξηθεί και από πολλές ερευνητικές ομάδες έχουν δημοσιευθεί μελέτες που δείχνουν την πτώση της γονιμότητας του

σπέρματος στον άνδρα. Τις τελευταίες δεκαετίες οι μέθοδοι για τη θεραπεία της υπογονιμότητας του ανθρώπου άρχισαν να εφαρμόζονται συστηματικά. Ορόσημο απέτελεσε η γέννηση βρέφους μετά από γονιμοποίηση που πραγματοποιήθηκε στο εργαστήριο εμβρυολογίας. Μεγάλο επίτευγμα που εκτός από το επιστημονικό ενδιαφέρον, έδωσε μεγάλες πολλές ελπίδες στα υπογόνιμα ζευγάρια. Χάρης στην προσπάθεια των ειδικών οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξελίσσονται συνεχώς και σήμερα με τις σύγχρονες τεχνικές της μικροχειρουργικής του ωαρίου, ακόμη και οι πιο σοβαρές περιπτώσεις ανδρικής υπογονιμότητας αντιμετωπίζονται με επιτυχία.

Η πλειοψηφία των ανθρώπων θεωρεί την αναπαραγωγή ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Πράγματι, σύμφωνα με το άρθρο 16.1 του Καταστατικού Χάρτη

των Ηνωμένων Εθνών, περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αναγνωρίζεται ότι: "όλοι, άνδρες και γυναίκες της ώριμης ηλικίας, χωρίς φυλετικούς, εθνικούς ή θρησκευτικούς περιορισμούς, διατηρούν το δικαίωμα του γάμου και της δημιουργίας οικογένειας, (United Nations, 1978). Το άρθρο αυτό ωστόσο αναφέρεται στην αναπαραγωγή μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και μετά από φυσιολογική σεξουαλική σχέση, δεδομένου ότι είχε θεσμοθετηθεί προτού καθιερωθεί η Εξωσωματική Γονιμοποίηση (Ε.Σ.Γ., IVF) και προτού διαδοθεί η ετερόλογη σπερματέγχυση και οι άλλες σύγχρονες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. "Θεραπείες" που αναμφισβήτητα θέτουν ερωτήματα ηθικής και νομικής φύσεως, για το λόγο ότι συνήθως περιλαμβάνουν μορφές "άτυπης σύλληψης", μη σεξουαλικής, ή και αναπαραγωγή με τη βοήθεια δότου, δηλαδή με τη δωρεά αρρένων ή θήλεων γαμετών, από τρίτους.

Για την Εξωσωματική Γονιμοποίηση έχουν ήδη διατυπωθεί αντιρρήσεις του τύπου: "Η σύλληψη θα πρέπει να είναι συνεπακόλουθο μιας νόμιμης ερωτικής πράξης" και ότι "η εφαρμογή τέτοιων περίπλοκων και δαπανηρών θεραπειών, για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης ατεκνίας, πιθανώς αποτελεί ένα είδος υπέρβασης, αφού μία τέτοια κατάσταση δεν απειλεί τη ζωή των ατόμων αυτών", δεν αποτελεί δηλαδή "νόσημα". Έχουν επίσης εκφρασθεί ανησυχίες ότι, μετά από Εξωσωματική Γονιμοποίηση, μπορεί να γεννηθούν παιδιά με συγγενείς διαμαρτίες ή ότι η διάδοση των νέων μεθόδων θα μπορούσε να επιδεινώσει το πληθυσμιακό πρόβλημα που υφίσταται ήδη σε παγκόσμια κλίμακα και που, σε ορισμένα μέρη του κόσμου, είναι ιδιαίτερα οξυμένο.

Είναι επίσης απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η εφαρμογή των νεότερων μεθόδων που υπήρξαν αποτέλεσμα των ραγδαίων εξελίξεων τελευταία στο χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με επίκεντρο την Εξωσωματική Γονιμοποίηση, καθιστά οπωσδήποτε όλο και περισσότερο επιτακτική την ανάγκη αναθεώρησης της ηθικής και νομικής υπόστασης των ζητημάτων που αναφύονται και στα οποία θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

Ο τρόπος, τέλος, προβολής των αποτελεσμάτων των διαφόρων μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ιδιαίτερα όταν αυτό επιχειρείται με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή ακόμα και σε ιατρικές συναντήσεις, αποτέλεσε θέμα συζήτησης και έχουν επίσημα εκφρασθεί ανησυχίες και σε διεθνές επίπεδο (Katz, 1995). Η χρησιμοποίηση εξ'άλλου όχι πάντοτε των ίδιων κριτηρίων, με αποτέλεσμα οι διάφορες υπό μελέτη ομάδες να μην είναι υποχρεωτικά συγκρίσιμες και η επίμονη αναφορά στα ποσοστά επιτυχίας μόνο, μπορεί να καταστούν

Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή & βιοηθική

παραπλανητικά για τους ενδιαφερόμενους που λόγω και της ιδιάζουσας ψυχολογίας των αποδεικνύονται ιδιαίτερα επιρρεπείς.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρόοδος που σημειώθηκε στη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών στο χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ουσιαστικά στηρίζεται στις γνώσεις που είχαν αποκτηθεί στις αρχές του αιώνα, οπότε είχε μελετηθεί εμβριθέστερα και είχε κατανοηθεί καλύτερα ο εμμηνορρυσιακός κύκλος των θηλαστικών. Από τη δεκαετία του 1960 και μετά, πολλές από αυτές τις γνώσεις επιβεβαιώθηκαν με τη χρησιμοποίηση κατά αρχήν διαφόρων φαρμάκων για τη διέγερση των ωοθηκών. Παράλληλα βελτιώθηκε η εφαρμογή της λαπαροσκόπησης με καλύτερα και ασφαλέστερα αποτελέσματα. Ο συνδυασμός αυτών των θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών, σε συνδυασμό με την ενδομήτρια μεταφορά εμβρύων, οδήγησε τελικά στην εισαγωγή και την καθιέρωση της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης ως μεθόδου αντιμετώπισης της στειρότητας και υπογονιμότητας σε συγκεκριμένες κατηγορίες ζευγαριών. Οι αρχικές παρατηρήσεις της ερευνητικής ομάδας του Pincus, σχετικά με την κατανόηση της διαδικασίας της ανθρώπινης αναπαραγωγής, είχαν καταλυτική επίδραση για τις εξελίξεις που επακολούθησαν (Pincus & Saunders, 1939) και που αναφέρονται στον τρόπο ωρίμανσης και στη γονιμοποίηση των ωαρίων *in vitro*.

Μέχρι και τη δεκαετία του 1960 η όλη διαδικασία της γονιμοποίησης περιβαλλόταν από ένα "πέπλο μυστηρίου". Η ενεργοποίηση των σπερματοζωαρίων (sperm capacitation) θεωρούνταν απαραίτητη προϋπόθεση για τη γονιμοποίηση και αυτό πίστευαν ότι θα μπορούσε να συμβεί μόνο στη μήτρα ή τις σάλπιγγες. Η άποψη αυτή αποτελούσε μία ακλόνητη πεποίθηση, ώστε πολλοί ερευνητές της εποχής υποστήριζαν ότι επιβάλλεται τα σπερματοζωάρια να έρχονται προηγουμένως σε επαφή με τα όργανα αυτά, προτού χρησιμοποιηθούν για γονιμοποίηση *in vitro* (Moricard, 1954). Ωστόσο οι προσπάθειες της γονιμοποίησης ανθρώπινων ωαρίων αρχικά υπήρξαν ανεπιτυχείς. Στη δεκαετία του 1960 διαπιστώθηκε ότι ωάρια hamster μπορούν να γονιμοποιηθούν επιτυχώς με σπερματοζωάρια που είχαν απομονωθεί από την επιδιδυμίδα, χωρίς να έχουν προσμιχθεί με το σπερματικό υγρό (Yanagimachi & Chang 1964). Με τον τρόπο αυτό και με τη βοήθεια απλών θρεπτικών υλικών επιτεύχθηκαν πριν από το 1970 υψηλά ποσοστά γονιμοποίησης (Edwards et al, 1969). Η ωοληψία και *in vitro* καλλιέργεια εμβρύων άρχισε να γίνεται καθημερινή πράξη. Το μεγαλύτερο μέρος της προεμφυτευτικής φάσης της εμβρυϊκής ανάπτυξης επιτεύχθηκε σε *in vitro* συνθήκες,

δηλαδή η γονιμοποίηση και η διαίρεση του ωαρίου μέχρι το στάδιο του βλαστιδίου (Steptoe et al, 1971).

Η πολύχρονη και επίμονη ερευνητική προσπάθεια των Robert Edwards και Patrick Steptoe αναμφίβολα υπήρξε καθοριστική για την καθιέρωση της μεθόδου της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης. Το 1978 οι προσπάθειες τους στέφθηκαν από μια καταπληκτική επιτυχία: τη γέννηση της Louise Brown, του πρώτου παιδιού στον κόσμο μετά από Εξωσωματική Γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά, του πρώτου “test-tube baby”, όπως έμεινε κοινά γνωστό. Οπωσδήποτε η συμβολή και άλλων επώνυμων στον τομέα της αναπαραγωγής είναι αναμφισβήτητη, όπως των Molly Rose και Victor Lewis στο Λονδίνο και των McGaughey και Howard Jones στις Η.Π.Α.

Η ιδέα της κατάψυξης ανθρώπινων εμβρύων σε υγρό άζωτο και σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες (μέχρι -196°C) που είχε συλληφθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 οδήγησε στην πρώτη κλινική κύηση το 1982 από την ομάδα του βιολόγου Alan Trounson στο Πανεπιστήμιο Monash της Μελβούρνης που όμως κατέληξε σε αποβολή (Trounson & Mohr 1983) ο Zeilmaker (1984) στην Ολλανδία θεωρείται ότι ήταν ο πρώτος που λίγους μήνες αργότερα πέτυχε τη γέννηση βιώσιμου παιδιού, ύστερα από βαθιά κατάψυξη και απόψυξη εμβρύου.

Μεταξύ των διαφόρων εναλλακτικών μεθόδων της κλασικής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης είναι η ενδομήτρια (Craft et al, 1982) και η ενδοπεριτοναϊκή (Mason et al, 1987) μεταφορά γαμετών(GIFT),ή ζυγωτού /ών (ZIFT) με λαπαροσκοπική (Asch et al, 1986, Tzaffetas et al, 1989) ή διακολπική προσπέλαση (Janssen & Anderson,1987).

Η δωρεά ωαρίων σε άτομα με σοβαρή ωοθηκική δυσλειτουργία, πρόωρη εμμηνόπαυση ή και σε άτομα με κληρονομούμενα νοσήματα, επέκτεινε ακόμα περισσότερο την εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης σύλληψης με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα.(Serhal & Craft 1989).

Πιθανώς η πλέον εντυπωσιακή εξέλιξη στα τελευταία χρόνια είναι η χρησιμοποίηση των τεχνικών της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης για τη διαπίστωση του φύλου του εμβρύου στην προσπάθεια περιορισμού φυλοσύνδετων νοσημάτων, κληρονομικά μεταδιδόμενων. Η διαδικασία αποκλεισμού τέτοιου γενετικού σφάλματος, στη δεύτερη ή τρίτη ημέρα μετά τη γονιμοποίηση, δεν παρεμποδίζει την ασφαλή μεταφορά του εμβρύου στη μήτρα, μέσα στα συνήθη χρονικά πλαίσια (Handyside, 1992, Gosden & West, 1993).

Βέβαια η μεγάλη πρόκληση στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής παραμένει και συνίσταται στην περαιτέρω βελτίωση των τεχνικών και μεθόδων που ήδη υπάρχουν και χρησιμοποιούνται. Πολλά ερωτήματα που έχουν τεθεί στο παρελθόν παραμένουν αναπάντητα, όπως λ.χ. ποιο είναι το ιδανικό στάδιο ανάπτυξης κατά τη διάρκεια του οποίου πρέπει να γίνει η εμβρυομεταφορά, αφού εγκυμοσύνες έχουν επιτευχθεί με τη μεταφορά γαμετών ή εμβρύων σε ποικίλα στάδια εξέλιξής των, από το στάδιο του μη γονιμοποιημένου ωαρίου μέχρι και τη βλαστοκύστη.

Παράλληλα με την επιστημονική και ερευνητική σπουδαιότητα του ζητήματος της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, εξαιρετικά σημαντική κι ενδιαφέρουσα είναι η ηθικο - κοινωνική του διάσταση, η οποία χρήζει περαιτέρω νομικής διευκρίνισης και συνταγματικής κάλυψης.(Robertson, 1996).

Είναι φανερό ότι στο χώρο της βιοηθικής τίθενται νέα ερωτήματα που απαιτούν αντιμετώπιση δίχως προκαταλήψεις και άγονο συντηρητισμό. Οι συνεχιζόμενες ιατρικές δυσχέρειες και τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας, τουλάχιστον για τελειόμηνες κυήσεις που στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση γενικά δεν υπερβαίνουν το 20%, (home take baby), όπως επίσης τα αναμφισβήτητα ηθικονομικά προβλήματα που αναφέραμε, δεν πρέπει, κατά την άποψη των πολλών να επισκιάσουν τη σημασία των μεθόδων αυτών αναπαραγωγής, πάντοτε βέβαια μέσα στα πλαίσια του ιατρικά επιτρεπτού και της γενικότερης κοινωνικής αποδοχής. Είναι σημαντικό εξάλλου να σημειωθεί ότι αρκετές δεκάδες χιλιάδες παιδιών δεν θα είχαν γεννηθεί χωρίς την Εξωσωματική Γονιμοποίηση και χωρίς τη σφοδρή επιθυμία των γονέων των για τεκνοποίηση.

Βιβλιογραφία

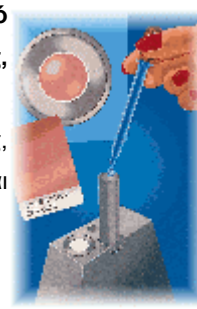
- **Τζαφέππας Ι.Μ. Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη (1996).**
- Handside, A.H (1992) Preimplantation diagnosis. Curr Obstet Gynecol. 2:85-90.
- Janssen, R.P.S. and Anderson, J.C. (1987) Catheterization of the fallopian tubes from the vagina. Lancet.ii:309-310.
- Katz, M.A. (1995) Federal Trade Commission staff concerns with assisted reproductive technology advertising. Fertil.Steril. 64:10-12
- Mason, B., Sharma, v. and Riddle, A.F. (1987) Ultrasound guided peritoneal oocyte and sperm tranfer (POST). Lanset. I:386-389. Moricard, R. (1954) Observation of in vitro fertilization in the rabbit. Nature. 173:1140-1143.
- Pincus, G. and Saunders, B. (1939) The comparative behaviour of mammalian eggs in vivo and in vitro. The maturation of human ovarian ova. Anat.Rec.75:537-545.
- Robertson, J.A. (1996) Legal troublespotes in assisted reproduction. Fertil. Steril. 65:11-12.
- Steptoe, P.C., Edwards, R.G. and Purdy, G.M.(1971) Human blastocytes grovn in culture. Nature. 229:132-137.
- Τζαφέππας, Γ.Ν. Το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας. Η σημερινή κατάσταση και η προοπτική εξελίξεων. Ίδρυμα Αντιμετώπισης Δημογραφικού Προβλήματος. (ΙΑΔΗΠ) Αθήνα, 1990.
- **www.advancedfertility.com**

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Ορισμός:

Ως ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ορίζεται η αδυναμία επίτευξης κύησης μετά από τουλάχιστον χρόνο (ή 6 μηνών για γυναίκες άνω των 35 ετών) με τακτικές, σεξουαλικές επαφές.

Εκτιμάται ότι παγκοσμίως, ένα στα έξι ζευγάρια αναπαραγωγικής ηλικίας, αδυναμία τεκνοποίησης. Η συχνότητα εμφάνισης του προβλήματος αυτού σε γυναίκες και ίδια.



προσπάθεια ενός φυσιολογικές,

αντιμετωπίζουν άνδρες είναι σχεδόν η



Στο 1/3 των περιπτώσεων, το αίτιο εντοπίζεται στην γυναίκα, στο 1/3 στον άνδρα και στο υπόλοιπο 1/3 και στις δύο συντρόφους μαζί.

Στην κλινική πράξη, οι θεραπευτικές επιλογές τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο και το αίτιο της υπογονιμότητας που έχει διαγνωσθεί. Η υπογονιμότητα δεν απασχολεί μόνο άτεκνα ζευγάρια. Μερικά ζευγάρια αποκτούν χωρίς κάποια ιδιαίτερη προσπάθεια το πρώτο τους παιδί, αλλά μετά αδυνατούν να κάνουν ένα δεύτερο. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθής υπογονιμότητα σε αντίθεση με την πρωτοπαθή υπογονιμότητα που βιώνουν ζευγάρια που δεν έχουν κατορθώσει ποτέ να κάνουν παιδιά.

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη τα τελευταία χρόνια έχει προχωρήσει σημαντικά στη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού που βιώνεται καθημερινά από αυξανόμενο αριθμό ζευγαριών της αναπαραγωγικής ηλικίας. Έτσι με τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους, τα δύο τρίτα περίπου των υπογόνιμων ζευγαριών θα εκπληρώσουν το όνειρο τους και θα καταφέρουν να αποκτήσουν τη δική τους ολοκληρωμένη οικογένεια.

Ένα φυσιολογικό, γόνιμο ζευγάρι ηλικίας μεταξύ 20 και 30 ετών, με τακτικές, φυσιολογικές, σεξουαλικές επαφές, έχει κάθε μήνα 25% πιθανότητα επίτευξης εγκυμοσύνης. Έτσι υπολογίζεται ότι περίπου το 85% των ζευγαριών που προσπαθούν να ολοκληρώσουν την οικογένεια τους με την απόκτηση ενός παιδιού, θα επιτύχουν το σκοπό τους μέσα σε ένα χρόνο. Αντίθετα στο 15% αυτών οι προσπάθειες δεν θα είναι επιτυχείς εξαιτίας του προβλήματος υπογονιμότητας που παρουσιάζουν.

Οι τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορούν να δώσουν την λύση στα περισσότερα "υπογόνιμα" ζευγάρια ακόμη και σε αυτά με πολύ επιβαρημένο ιστορικό για τα οποία παλαιότερα η θεραπεία ήταν αδύνατη.

Βέβαια πριν το ζευγάρι κατευθυνθεί στην εφαρμογή κάποιας τεχνικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, θα πρέπει να υποβληθεί σε μια σειρά εξετάσεων προκειμένου να διαγνωσθεί το αίτιο του προβλήματος. Είναι δυνατό η λύση του προβλήματος να είναι απλή και να μην απαιτεί καν την εφαρμογή κάποιας ειδικής τεχνικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αλλά μία απλή θεραπεία.

ΑΙΤΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το αίτιο της υπογονιμότητας μπορεί να εντοπιστεί μετά από μια σειρά εξετάσεων στις οποίες θα πρέπει να υποβληθεί το υπογόνιμο ζευγάρι. Μόνο το 20% από τις περιπτώσεις υπογονιμότητας παραμένουν ανεξήγητες. Ακόμη όμως και οι περιπτώσεις αυτές μπορεί τελικά να ανταποκριθούν σε θεραπεία με τη χρήση κάποιας τεχνικής υποβοήθησης της αναπαραγωγής.

Λόγω της πολλαπλότητας των διαφόρων αιτιών υπογονιμότητας στους δύο συντρόφους δεν είναι δυνατή η καθορισμένης κλινικής τακτικής που να είναι αποτελεσματική των περιπτώσεων. Για τον λόγο αυτό ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων είναι σήμερα διαθέσιμο αλλά το κλειδί στην εφαρμογή τους είναι η σωστή διερεύνηση και



ύπαρξη μίας στο σύνολο θεραπευτικών επιτυχή

εφαρμογή τους είναι η σωστή διερεύνηση και διάγνωση του προβλήματος. Οι κυριότεροι παράγοντες γυναικείας υπογονιμότητας είναι:

➤ *Κολπικός παράγοντας.*

α. Δυσπαρεούνια β. Επίκτητες ή συγγενείς στενώσεις του κόλπου και τα κολπικά διαφράγματα.

➤ *Τραχηλικός παράγοντας.*

α. Ο χαρακτήρας της βλέννας β. Ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

➤ *Μητρικός παράγοντας* (πολύποδες, ινομυώματα, συγγενείς ανωμαλίες μήτρας, συμφύσεις και άλλα).

➤ *Σαλπιγγικός παράγοντας* (φλεγμονές – συμφύσεις, φυματίωση, ενδομητρίωση, οζώδης σαλπιγγίτιδα του ισθμού, διαμαρτίες διάπλασης και νεοπλασματικές εξεργασίες).

➤ *Έλλειψη ωορρηξίας ή ανωμαλία της.*

➤ *Ενδομητρίωση.*

Κατά τη διερεύνηση του προβλήματος λαμβάνεται αρχικά το πλήρες ιστορικό και των δύο συντρόφων και στη συνέχεια διενεργούνται μια σειρά εξετάσεων ελέγχου της γονιμότητας τους.

Στη περίπτωση της γυναίκας με τις εξετάσεις αυτές, ελέγχεται, μεταξύ άλλων, η ύπαρξη ή όχι ωοθυλακιορρηξίας, η λειτουργικότητα των σαλπίγγων, καθώς και τα επίπεδα ορμονών. Ανάλογα με το αποτέλεσμα του ελέγχου ακολουθείται στη συνέχεια η κατάλληλη φαρμακοθεραπευτική επιλογή.

ΑΙΤΙΑ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Τα αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας είναι:

Λειτουργικά:

➤ *Ορμονικά*

α. Υποθάλαμος β. Υπόφυση γ. Θυρεοειδής – Επινεφρίδια δ. Διαταραχές στη σύνθεση ή τη δράση των ανδρογόνων.

➤ Χρωμοσωμιακά

➤ Ορχικά

α. Συγγενής ανορχία β. Κρυφορχία γ. Παρωτιδική ορχίτιδα δ. Κιρσοκήλη ε. Συστροφή όρχη.

➤ Εξωγενείς παράγοντες

α. Φάρμακα β. Ακτινοβολία γ. Θερμοκρασία

➤ Άλλοι παράγοντες: α. Κακή διατροφή β. Άγχος, κατάθλιψη γ. Ανοσολογικά

Αποφρακτικά:

➤ Παλίνδρομη εκσπερμάτιση.

➤ Έλλειψη εκσπερμάτισης.

➤ Συγγενής απόφραξη αποχετευτικής οδού.

➤ Επίκτητη απόφραξη αποχετευτικής οδού από οξείες ή χρόνιες φλεγμονές.

➤ Υποσπαδίας.

Μια σειρά εξετάσεων που διεξάγονται εύκολα σε οποιοδήποτε διαγνωστικό κέντρο μπορούν, στις περισσότερες περιπτώσεις, να εντοπίσουν και να διαγνώσουν το αίτιο υπογονιμότητας στην περίπτωση του άνδρα. Η αξιολόγηση και ο χαρακτηρισμός του σπέρματος ως γόνιμου ή μη, γίνεται σε μία ειδική εξέταση γνωστή ως σπερμοδιάγραμμα σύμφωνα με συγκεκριμένες παραμέτρους που ελέγχονται (π.χ. αριθμός, κινητικότητα και μορφολογία των σπερματοζωαρίων στο εκσπερμάτισμα κ.λ.π.). Οποιοδήποτε αποτέλεσμα δεν συμπίπτει με τις φυσιολογικές τιμές, αποτελεί ένδειξη υπογονιμότητας.

Από τις εξετάσεις αυτές μπορεί να προκύψουν τα εξής μη φυσιολογικά ευρήματα:

■ Χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων. Φυσιολογικά, οι άνδρες παράγουν τουλάχιστον 20 εκατομμύρια σπερματοζωάρια ανά χιλιοστόλιτρο σπέρματος.

Στην περίπτωση που ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι μικρότερος ο σύντροφος θεωρείται υπογόνιμος.

■ Αδυναμία παραγωγής σπέρματος, εξαιτίας ανεπάρκειας των όρχεων, ή πλήρης έλλειψη σπέρματος, πιθανόν εξαιτίας απόφραξης

■ Μειωμένη κινητικότητα σπέρματος που συνεπάγεται αδυναμία των σπερματοζωαρίων να διασχίσουν των τράχηλο και να καταλήξουν στο ώριμο ωάριο στις σάλπιγγες.

■ Μη φυσιολογικό σχήμα σπερματοζωαρίων που συνεπάγεται αδυναμία διείσδυσης στην εξωτερική στιβάδα του ωαρίου.

Από τις παραπάνω ανωμαλίες, εκείνες που απαντώνται συχνότερα είναι η ολιγοσπερμία (υπερβολικά μικρή ποσότητα σπερματοζωαρίων) και η αζωοσπερμία (απουσία σπερματοζωαρίων).

Ωστόσο, οι ανωμαλίες των σπερματοζωαρίων δεν αποτελούν το μοναδικό αίτιο της ανδρικής υπογονιμότητας. Σύγχρονες διερευνήσεις έχουν δείξει επίσης, ότι ένας ιδιαίτερα σημαντικός αριθμός ζευγαριών αντιμετωπίζει πρόβλημα που οφείλεται σε



ανοσολογικούς παράγοντες. Στην περίπτωση αυτή ο οργανισμός της γυναίκας απορρίπτει το σπέρμα του συντρόφου της, ενώ αρκετά συχνά επίσης εντοπίζεται πρόβλημα ανεπάρκειας ορμονών, πρόβλημα κίρσοκλής ή παλίνδρομης εκσπερμάτισης.

Πηγή : www.organon.gr

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορούν να δώσουν τη λύση στα περισσότερα "υπογόνιμα" ζευγάρια.

Στις μεθόδους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας συμπεριλαμβάνονται :

ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ:

ΩΟΘΗΚΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ

Στον όρο *ωοθηκική διέγερση* εντάσσονται οι όροι «*πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας*» και «*ωοθυλακική διέγερση*».

Με τον όρο «*πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας*» εννοούμε την υποβοήθηση της ανάπτυξης, την ωρίμανση και τη ρήξη ενός ωοθυλακίου, σε ασθενείς που δεν το επιτυγχάνουν αυτόματα.

Ενώ η «*ωοθυλακική διέγερση*» αφορά την παρέμβαση σε ασθενείς με φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία και αυτόματη ωοθυλακιορρηξία, με σκοπό όμως την εντατικοποίηση της και τη δημιουργία πολλαπλών ωοθυλακίων.

Σκοπός είναι η πολλαπλή ανάπτυξη οποία αποτελεί απαραίτητα προϋπόθεση για ικανοποιητική λειτουργία ενός προγράμματος γονιμοποίησης.



ωοθυλακίων, η
την
εξωσωματικής

ΚΟΛΠΙΚΟ

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΑ ΩΘΥΛΑΚΙΑ

Στόχος είναι να μεγαλώσουν όσα περισσότερα ωοθυλάκια μπορούν πάνω από 18 mm, όποτε θεωρείται ότι το ωάριο μέσα σε αυτό έχει ωριμάσει και είναι έτοιμο για ωοληψία. Παράλληλα μετράται η αύξηση του πάχους του ενδομητρίου. Το ενδομήτριο καλύπτει την ενδομητρική κοιλότητα, στην οποία αργότερα θα μεταφερθούν τα έμβρυα.

Η **ωοθηκική διέγερση** επιτυγχάνεται με :

- ◆ Οιστρογόνα
- ◆ Αντιοιστρογόνα
- ◆ Γοναδοτροπίνες
- ◆ Γοναδοτροπίνες σε συνδιασμό με GnRH ανάλογα.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας χορηγούνται φάρμακα που έχουν σκοπό τη λήψη περισσότερων ωαρίων από το ένα που παράγει η γυναίκα στον φυσικό της κύκλο. Η παρακολούθηση γίνεται με υπερηχογραφικό έλεγχο και αιμοληψία, συνήθως ανά 2-3 μέρες και οι δόσεις των φαρμάκων εξατομικεύονται.

🌀 ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ

α) **Ετερόλογη:** Εμφύτευση σπέρματος τρίτου δότη.

Συνήθεις ενδείξεις ετερόλογης σπερματέγχυσης:

- ◆ Αζωοσπερμία
- ◆ Ασπερμία
- ◆ Ολιγοασθενοσπερμία
- ◆ Γενετικές αιτίες
- ◆ Ανικανότητα σεξουαλική
- ◆ Παραπληγία
- ◆ Αντισπερμικά αντισώματα

β) **Ομόλογη (ΑΙΗ):** Εμφύτευση σπέρματος του συζύγου.

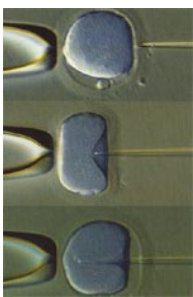
Οι τεχνικές σπερματέγχυσης μπορεί να είναι:

- ◆ Ενδοκολπική
- ◆ Ενδοτραχηλική (η συνηθέστερη)
- ◆ Ενδομήτρια (IUI)
- ◆ Διακολπική ενδοσαλπινγική (TV-IFI)
- ◆ Ενδοπεριτοναϊκή (DIPI)

Η **ενδομήτρια σπερματέγχυση** είναι η πιο απλή τεχνική υποβοήθησης της αναπαραγωγής η οποία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αποτυχίας των σπερματοζωαρίων να προσεγγίσουν το ωάριο λόγω εχθρότητας της τραχηλικής βλέννας.

Η ενδομήτρια σπερματέγχυση μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με το σπέρμα του συντρόφου είτε με σπέρμα προερχόμενο από δότη.

Η γονιμοποίηση με σπέρμα από ανώνυμο δότη (AID) εφαρμόζονταν κυρίως σε περιπτώσεις σοβαρής ανωμαλίας του σπέρματος.



Ωστόσο, με την ανακάλυψη των τεχνικών μικρογονιμοποίησης, όπως η **ICSI** (ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπερματοζωαρίου),



επιτυγχάνονται

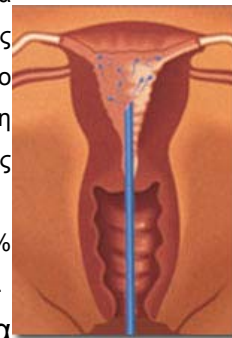
Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή & βιοηθική

ικανοποιητικά ποσοστά γονιμοποίησης και κυήσεων σε ζευγάρια όπου ο άνδρας έχει ιδιαίτερα χαμηλή συγκέντρωση σπερματοζωαρίων.

Το ποσοστό επιτυχίας της σπερματέγχυσης αυξάνεται όταν η τεχνική αυτή συνδυαστεί με ειδική θεραπεία διέγερσης των ωοθηκών με τη βοήθεια γοναδοτροπινικών σκευασμάτων.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι όταν μία γυναίκα υποβληθεί σε τέτοια φαρμακοθεραπεία, θα πρέπει να παρακολουθείται στενά με υπερηχογραφικό και ορμονικό έλεγχο προκειμένου να διασφαλιστεί ότι δε θα αναπτυχθεί υπερβολικά μεγάλος αριθμός ωαρίων. Μία τέτοια περίπτωση θα προκαλούσε αύξηση του κινδύνου πολύδυμων κυήσεων. Ο στόχος συνήθως σε κάθε κύκλο θεραπείας με την εφαρμογή ενδομήτριας σπερματέγχυσης είναι να μην αναπτύσσονται περισσότερα από τρία ωάρια. Αυτά είναι πολύ λιγότερα από εκείνα που απαιτούνται για την πραγματοποίηση άλλων τεχνικών υποβοήθησης της αναπαραγωγής όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF), αλλά διασφαλίζεται η ελαχιστοποίηση του κινδύνου πολύδυμων κυήσεων.

Την ίδια στιγμή περίπου που προγραμματίζεται η ωοθυλακιορρηξία, ετοιμάζεται ένα δείγμα φρέσκου σπέρματος (σπέρμα που έχει παραχθεί την ίδια ημέρα) και τοποθετείται στη μήτρα της γυναίκας, μέσω ενός λεπτού καθετήρα. Με τη διαδικασία αυτή εξασφαλίζεται ότι η γονιμοποίηση γίνεται στο φυσικό της περιβάλλον (δηλ. στις σάλπιγγες). Φυσικά στην περίπτωση αυτή αναγκαία προϋπόθεση είναι να υπάρχει ανοικτή τουλάχιστον η μία από τις δύο σάλπιγγες της γυναίκας καθώς επίσης και ο αριθμός σπερματοζωαρίων του συντρόφου να είναι εντός των "φυσιολογικών" ορίων.



είναι να υπάρχει σπερματοζωαρίων ανά κύκλο, αλλά

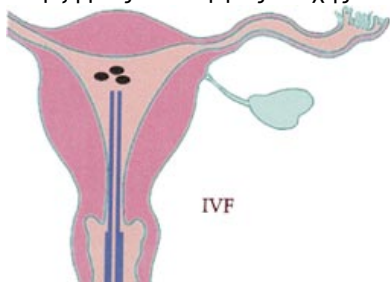
Τα ποσοστά επιτυχίας της IUI μετά από διέγερση των ωοθηκών είναι 10 έως 15% ανά κύκλο, αλλά μπορεί να φθάσουν στο 50% μετά από αρκετές προσπάθειες κατά τη διάρκεια ενός χρόνου.

Η **διακολπική ενδοσαλπιγγική σπερματέγχυση** παρά τα σχετικά χαμηλά ποσοστά επιτυχίας, αποτελεί μια μέθοδο συμπληρωματική στις περιπτώσεις που προηγουμένως έχει αποτύχει η IUI και η εφαρμογή της ενδείκνυται, πριν οι ασθενείς οδηγηθούν στις περισσότερο περίπλοκες και δαπανηρές μεθόδους υποβοηθούμενης σύλληψης, όπως IVF και τα συναφή.

Η **ενδοπεριτοναϊκή σπερματέγχυση** είναι η μεταφορά σπερματοζωαρίων κατευθείαν στην περιτοναϊκή κοιλότητα και συγκεκριμένα στον οπίσθιο Δουγλάσειο χώρο. Επιχειρείται κυρίως σε περιπτώσεις ανεξήγητης στειρότητας, όπου έχει προηγηθεί IUI, χωρίς όμως επιτυχία.

ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η γέννηση της Louise Brown, του πρώτου παιδιού από εξωσωματική γονιμοποίηση, το 1978, σηματοδότησε ταυτόχρονα την έναρξη μιας καινούργιας εποχής στον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής και της θεραπείας της υπογονιμότητας



Η **εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)**, η τεχνική που αρκετά συχνά αναφέρεται ως τεχνική του "δοκιμαστικού σωλήνα" αποτελεί την πιο διαδεδομένη τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε όλο τον κόσμο. Με την τεχνική της IVF λαμβάνεται αριθμός ωαρίων (ωοληψία) από τις ωοθήκες της γυναίκας που γονιμοποιούνται στο εργαστήριο με το σπέρμα του άνδρα συντρόφου και στη συνέχεια ένας συγκεκριμένος αριθμός από τα έμβρυα που προκύπτουν από αυτή τη διαδικασία, μεταφέρονται στη μήτρα (εμβρυομεταφορά) για να εμφυτευθούν, έτσι ώστε να προκύψει η κύηση.

Συνήθως γονιμοποιούνται και εμφυτεύονται περισσότερα του ενός ωάρια, 3-5, για να αυξηθεί η πιθανότητα επιτυχίας. Για την ωρίμανση και συλλογή των περισσότερων ωαρίων απαιτείται η προηγούμενη χορήγηση ορμονών στη γυναίκα και αυτό, εάν επαναληφθεί πολλές φορές, είναι

δυνατόν να έχει δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία της. Η επιτυχία της μεθόδου με τα σημερινά δεδομένα κυμαίνεται περίπου στο 30% κατά κύκλο εμφυτεύσεως. Εάν η πρώτη προσπάθεια αποτύχει, επακολουθεί και δεύτερη και τρίτη, γι' αυτό γονιμοποιούνται περισσότερα ωάρια από αυτά που εμφυτεύονται κάθε φορά. Η επιτυχής εμφύτευση δημιουργεί μονόδυμη ή πολύδυμη εγκυμοσύνη. Η πολύδυμη εγκυμοσύνη συχνά δημιουργεί μαιευτικά προβλήματα και επιπλοκές, γι' αυτό πολλές φορές επιχειρείται μείωση του αριθμού των κυοφορούμενων εμβρύων σε δύο. Ο επιλεκτικός τερματισμός της ζωής των επιπλέον εμβρύων αποτελεί "κοινή πρακτική των κέντρων θεραπείας της στειρότητας". Τα "παιδιά του σωλήνα", όπως αποκάλυψε πρόσφατη έρευνα στη Γαλλία, σε πολύ μεγάλη συχνότητα είναι πρόωρα και χαμηλού βάρους γέννησης, κάτω των 2.500 γραμμ. Επίσης εμφανίζουν σαφώς υψηλότερα ποσοστά περιγεννητικής, νεογνικής και παιδικής θνησιμότητας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ IVF

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η οποία περιλαμβάνει την IVF καθώς και τις παραλλαγές της, όπως GIFT, ZIFT, βλαστοκύστες και ICSI, έχει περιγραφεί ανωτέρω. Αυτές αποτελούν πολύ ισχυρές μεθόδους υποβοήθησης επίτευξης κήσεως όταν η φύση αποτυγχάνει. Όπως συμβαίνει με όλες τις μορφές ιατρικής θεραπείας υπάρχει η πιθανότητα παρενεργειών, οι οποίες μπορούν μερικές φορές να είναι σοβαρές.

■ Ο πρώτος κίνδυνος έγκειται στην διέγερση των ωοθηκών προκειμένου να παράγουν περισσότερα από ένα ωάρια. Ο κίνδυνος είναι γνωστός με το όνομα «σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών» -OHSS, το οποίο περιγράφει το συνδυασμό επώδυνης διόγκωσης των ωοθηκών, συλλογής υγρού στην κοιλιακή χώρα (και μερικές φορές στο θώρακα), καθώς και ναυτίας και εμετών. Το OHSS σε ήπια μορφή είναι μάλλον συνηθισμένο και εξαφανίζεται με την ανάπαυση. Εάν υπάρχουν διαρκείς έμετοι ή απαιτείται αφαίρεση του υγρού από την κοιλιακή χώρα ή το θώρακα, είναι αναγκαία η εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και θεραπεία με υγρά. Αυτό συμβαίνει σε περίπου 1 στις 200 έως 1 στις 500 περιπτώσεις ωοθηκικής διέγερσης .

■ Το δεύτερο ανεπιθύμητο αποτέλεσμα είναι ο κίνδυνος πολύδυμης κύησης. Τα δίδυμα είναι συνήθως ευπρόσδεκτα. Τα τρίδυμα ή τετράδυμα είναι πολύ δύσκολο στην διεκπεραίωσή τους. Προς αποφυγήν ενός τέτοιου αποτελέσματος, σπανίως μεταφέρονται περισσότερα από 2 ή 3 έμβρυα κάθε φορά.

Ακόμη και με ένα μόνο κύημα μετά από IVF, μπορεί να υπάρξει αυξημένος κίνδυνος πρόωρου τοκετού καθώς και μικρού βάρους νεογνού κατά τη γέννηση. Αντίθετα δεν εμφανίζεται αύξηση του κινδύνου ανωμαλιών κατά τη γέννηση. Τέλος, έρευνες απέδειξαν ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν με IVF μεγαλώνουν φυσιολογικά τόσο γρήγορα όσο και τα παιδιά που έχουν συλληφθεί κανονικά.

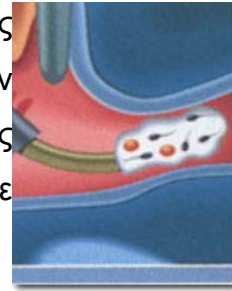
Μια κύηση με IVF έχει μια πιθανότητα της τάξεως του 15-20% να καταλήξει σε αποβολή. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Υπάρχει ένας κίνδυνος περίπου 5% η

κύηση να είναι *εξωμήτριος* αναπτυσσόμενη στις σάλπιγγες αντί στη μήτρα. Μια κύηση μετά από IVF δεν εμφανίζει μεγαλύτερο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών κατά την γέννηση από ότι μία φυσιολογική κύηση (ο κίνδυνος είναι περίπου 2%).

ΜΗ ΣΥΜΒΑΤΙΚΕΣ, ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ, ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ:

ΕΝΔΟΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΑΜΕΤΩΝ (GIFT)

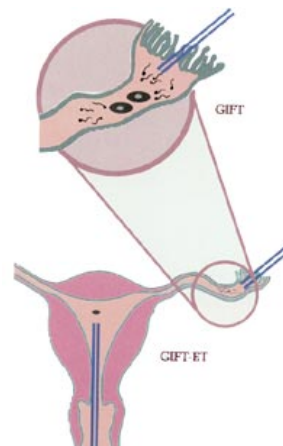
Πρόκειται για μια εναλλακτική τεχνική της IVF και εφαρμόζεται στις οποίες η μία τουλάχιστον σάλπιγγα δεν είναι αποφραγμένη. Στην αυτή η γονιμοποίηση λαμβάνει χώρα μέσα στο φυσικό της στις σάλπιγγες. Υπάρχει βέβαια το μειονέκτημα ότι δεν γνωρίζουμε περιπτώσεις αποτυχίας, εάν το ωάριο γονιμοποιήθηκε ή όχι.



γυναίκες στις περιπτώσεις περιβάλλον, στις

Ενδείξεις ενδοσαλπιγγικής μεταφοράς γαμετών (GIFT):

- ◆ Ανεξήγητη στειρότητα
- ◆ Τραχηλικός παράγων
- ◆ Περισαλπιγγικές συμφύσεις
- ◆ Ενδομητρίωση
- ◆ Ανεπιτυχής ετερόλογη ενδομήτρια σπερματέγχυση
- ◆ Ανεπιτυχής κλασική αντιμετώπιση διαταραχών ωοθυλακιορρηξίας
- ◆ Πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια
- ◆ Ενδομήτριες συμφύσεις



ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΝΔΟΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΖΥΓΩΤΩΝ (ZIFT)

Πρόκειται για την εναλλακτική λύση εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην οποία απαραίτητη προϋπόθεση είναι μία τουλάχιστον σάλπιγγα υγής. Η μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων γίνεται με τη βοήθεια λαπαροσκόπησης κατευθείαν στη σάλπιγγα και όχι στη μητριαία κοιλότητα. Τα αποτελέσματα του ZIFT δεν είναι καλύτερα από την κλασική Εξωσωματική και ως εκ τούτου η εφαρμογή της είναι περιορισμένη. Ενδείκνυται περισσότερο σε ζευγάρια με γαμέτες (σπερματοζωάρια ή ωάρια), χαμηλής ή αμφιβόλου

γονιμοποιητικής ικανότητας (ολιγοασθενοσπερμία ή κακής ποιότητας ωάρια). Επίσης, σε περιπτώσεις που ο ένας από τους δύο, ο άνδρας ή η γυναίκα, εμφανίζει αυξημένα επίπεδα αντισπερμικών αντισωμάτων.

ΕΝΔΟΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΑΜΕΤΩΝ (GIFT)

Είναι η τεχνική της κατευθείαν μεταφοράς γαμετών στην περιτοναϊκή κοιλότητα και συγκεκριμένα στον οπίσθιο Δουγλάσειο χώρο διακολπικά.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η παρουσία τουλάχιστον μίας σάλπιγγας φυσιολογικής.

Οι ενδείξεις είναι παρεμφερείς με εκείνες του GIFT, όπως επίσης είναι και η ωθητική διέγερση, η προετοιμασία του σπέρματος και η περαιτέρω παρακολούθηση.

ΔΙΑΚΟΛΠΙΚΗ ΕΝΔΟΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΓΑΜΕΤΩΝ (TV-GIFT) Η ΕΜΒΡΥΩΝ (TV-ZIFT).

Είναι η διακολπική μεταφορά γαμετών ή εμβρύων με απαραίτητη προϋπόθεση την ύπαρξη μιας μορφολογικά και λειτουργικά «ακέραιης σάλπιγγας». Η επιλογή μεταξύ TV-GIFT και TV-ZIFT βασίζεται στη βιολογική κατάσταση των γαμετών. Η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με λαπαροσκοπικά απρόσιτες σάλπιγγες, λόγω ενδοκοιλιακών συμφύσεων, που αποδείχθηκαν όμως ανοιχτές βάσει υστεροσαλπιγγογραφίας που έχει προηγηθεί.

ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Αναφορικά κάποιες τεχνικές μικρογονιμοποίησης:

- ◆ Διάτρηση διαφανούς ζώνης (ZD)
- ◆ Μερική εκτομή διαφανούς ζώνης (PZD)
- ◆ Υποζωνική τοποθέτηση σπερματοζωαρίων (SUZI)
- ◆ Ενδοκυτταροπλασματική ένεση σπερματοζωαρίων (ICSI).

Πρόκειται για τη διαδικασία όπου εφαρμόζεται η τεχνική της ενδοωαριακής έγχυσης ενός σπερματοζωαρίου στο ωάριο. Οι τεχνικές μικρογονιμοποίησης την επανάσταση των τελευταίων χρόνων όσον αφορά στη αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και παρέχουν δυνατότητα



αποτελούν θεραπευτική θεραπεία

ακόμα και στις δυσκολότερες περιπτώσεις ανδρικής υπογονιμότητας.

Εκεί που στο παρελθόν οι γιατροί δεν μπορούσαν να προσφέρουν κάτι περισσότερο από την υιοθεσία ή τη σπερματέγχυση με σπέρμα δότη, νέες τεχνικές μικρογονιμοποίησης όπως η **ICSI**, παρέχουν πλέον μια πραγματικά καλή θεραπευτική λύση. Στην ICSI χρησιμοποιούνται τα ισχυρότερα μικροσκόπια και "ειδικές συσκευές μικροχειρισμού". Πιο συγκεκριμένα, το ειδικό επιστημονικό προσωπικό των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι εμβρυολόγοι, διαθέτοντας ένα μόνο ωάριο στο άκρο ενός λεπτού σωλήνα αναρρόφησης, έχουν τη δυνατότητα να διαπεράσουν το ωάριο αυτό, με μια βελόνα που είναι επτά ή περισσότερες φορές μικρότερη από μια ανθρώπινη τρίχα. Η βελόνα αυτή μεταφέρει στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου ένα μόνο σπερματοζωάριο, που, στις περισσότερες περιπτώσεις (60-70%) συνήθως γονιμοποιεί το ωάριο. Στην συνέχεια, το γονιμοποιημένο ωάριο μεταφέρεται στη μήτρα ως έμβρυο, όπου αναμένεται να εμφυτευτεί, συνήθως τρεις ημέρες αργότερα.

Οι τεχνικές μικρογονιμοποίησης έχουν σήμερα τη θεραπεία της υπογονιμότητας τόσο ανδρών που σπερματοζωάρια κακής ποιότητας, όσο και ανδρών που καθόλου σπέρμα εξαιτίας απόφραξης ή άλλων των όρχεων.



εφαρμοσθεί για παράγουν δεν παράγουν διαταραχών



Έγχυση σπερματοζωαρίου στο ωάριο



Επιβεβαίωση της γονιμοποίησης

Παρά την αξιοσημείωτη επιτυχία της ICSI, τα περισσότερα κέντρα συμφωνούν ότι η τεχνική θα πρέπει να περιορίζεται **μόνο στα υπογόνιμα ζευγάρια με σοβαρό πρόβλημα σπέρματος** και να μην εφαρμόζεται γενικά.

Βιβλιογραφία

- Τζαφέπτας Ι.Μ. Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη (1996).
- www.gynecology.gr
- www.organon.gr

- www.advancedfertility.com

ΚΡΥΟΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΩΑΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΜΒΡΥΩΝ.

Η μέθοδος συντήρησης των «πλεοναζόντων» εμβρύων ή ωαρίων με κατάψυξη για πιθανή χρησιμοποίησή των σε επόμενους κύκλους καλείται κρυοσυντήρηση και αποτελεί πλέον ένα αναπόσπαστο στοιχείο των καθιερωμένων μονάδων Εξωσωματικής Γονιμοποίησης.



Ενδείξεις κρυοσυντήρησης εμβρύων:

Πρωταρχική ένδειξη για κρυοσυντήρηση αποτελεί η ανάγκη για συντήρηση της περίσσειας των εμβρύων, ύστερα από χρησιμοποίηση του κατάλληλου αριθμού (συνήθως τρία). Άλλη ένδειξη είναι η προσπάθεια βελτίωσης των ποσοστών εμφύτευσης και κλινικής κύησης, αποφεύγοντας την εμβρυομεταφορά στον ίδιο κύκλο που εφαρμόστηκε η ωοθηκική διέγερση.

Η δυνατότητα συντήρησης των υπεράριθμων εμβρύων εξάλλου αυξάνει την προοπτική δωρεάς εμβρύων στην περίπτωση που η ασθενής καταστεί έγκυος στον κύκλο αυτό της θεραπείας και αφού η κύηση περατωθεί επιτυχώς.

Προϋπόθεση για μια τέτοια δωρεά βέβαια είναι ότι η ίδια δεν επιθυμεί περαιτέρω τεκνοποιία. Τέλος, η τεχνική αυτή συνέβαλε στην ανάπτυξη της προεμφυτευτικής ιατρικής, παρέχοντας τη δυνατότητα

αναβολής της εμφύτευσης, έως ότου ολοκληρωθεί ο γενετικός έλεγχος και αποκλεισθεί το πιθανολογούμενο νόσημα.

Ενδείξεις κρυοσυντήρησης ωαρίων:

Όπως συμβαίνει και στην περίπτωση του σπέρματος, η κρυοσυντήρηση ωαρίων μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στις περιπτώσεις που ισχυρή τοξική επίδραση επί των ωοθηκών είναι επιβεβλημένη, όπως για παράδειγμα, χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία, για λόγους κακοήθειας. Το ίδιο βέβαια ισχύει σε περιπτώσεις πρόωρης χειρουργικής αφαίρεσης των ωοθηκών.

Επίσης σε περιπτώσεις περίσσειας ωαρίων ή κατάψυξη των για μελλοντική χρήση, ομολογή ή ετερόλογη, θα ήταν προτιμότερη έναντι των εμβρύων. Τέλος, με την αύξηση των αναγκών για καλύτερη μελέτη των γαμετών, η κατάψυξη των ωαρίων θα μπορούσε να υπηρετήσει ερευνητικούς στόχους.

Μειονεκτήματα της κρυοσυντήρησης ωαρίων:

Πρωταρχικό μέλημα στον τομέα αυτό της κρυοβιολογίας είναι ο κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στα ωάρια από τη διαδικασία κατάψυξης –απόψυξης καθώς η γονιμοποιητική ικανότητά τους, όπως και η περαιτέρω επιβίωσή τους, δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς. Ύστερα από ταχεία κατάψυξη απουσία κρυοπροστατευτικών είναι δυνατόν να προκληθούν χρωματοσωμικές ανωμαλίες.

Βιβλιογραφία

- Chen, C. (1986) Pregnancy after human oocyte cryopreservation. Lancet. I: 884-886.
- Fugger, E.F (1989)
- Clinical status of human embryo cryopreservation in the USA. Fertil. Steril. 50: 61-67

ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ Η ΕΜΒΡΥΩΝ ΚΑΙ "ΔΑΝΕΙΣΜΟΣ ΜΗΤΡΑΣ"

ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ

Η δωρεά ωαρίων δημιουργεί προοπτικές επίτευξης εγκυμοσύνης και τεκνοποίησης σε γυναίκες οι οποίες μέχρι πρόσφατα, θεωρούνταν αμετάκλητα "άγονες". Σε γυναίκες με ωθηκική ανεπάρκεια είναι δυνατόν, μετά από εξωγενή χορήγηση στεροειδών, να δημιουργηθεί κατάλληλο ενδομήτριο περιβάλλον, που να είναι υποδεκτικό για την εμφύτευση του εμβρύου. Με τον τρόπο αυτό και ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας αποδέκτου, που μπορεί να είναι μεταεμμηνοπαυσιακή από ετών, είναι δυνατόν, όπως έχει ήδη διαπιστωθεί, να επιτευχθούν συγκριτικά υψηλά ποσοστά κύησης.

Αποδεικνύεται έτσι ότι το ενδομήτριο μετά την εμμηνόπαυση, η οποία άμεσα οφείλεται στην παύση της ωθηκικής λειτουργίας, διατηρεί το βιολογικό του δυναμικό. Παράλληλα η επίτευξη εγκυμοσύνης με τη μέθοδο αυτή, σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας (>40 ετών) και με ιστορικό ανεπιτυχών προσπαθειών IVF με ομόλογα ωάρια στο παρελθόν, επιβεβαιώνει την καλύτερη βιολογική συμπεριφορά ωαρίων που προέρχονται από άλλες νεώτερες (δότες).

Σε αντίθεση με τη δωρεά σπέρματος, η οποία είναι από 100ετίας γνωστή ως μέθοδος αντιμετώπισης της μη επανορθώσιμης υπογονιμότητας ανδρικής αιτιολογίας, η δωρεά ωαρίων εμφανίστηκε στο προσκήνιο μόνο μετά την εμφάνιση της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης και των εναλλακτικών της μεθόδων. Η μήτρα μεταεμμηνοπαυσιακών γυναικών έχει παρατηρηθεί ότι παρά την ατροφία της, διατηρεί πράγματι την ικανότητα ανταπόκρισης στην εξωγενή ορμονική διέγερση, έτσι ώστε να επιτρέπει την εμφύτευση, (Sauer et al, 1988).

Το 1983 ο Trounson με τους συνεργάτες του ανακοίνωσαν την πρώτη επιτυχή μεταφορά in vitro γονιμοποιηθέντος ωαρίου δότες σε γυναίκα με φυσιολογική ωθηκική λειτουργία. Τον επόμενο χρόνο επακολούθησε το ίδιο επίτευγμα με τη διαφορά όμως ότι η γυναίκα αποδέκτης είχε ωθηκική ανεπάρκεια (Lutjen et al, 1984) και ως εκ τούτου απαιτήσε εξωγενή υποστήριξη με στεροειδή. Η μέθοδος στη συνέχεια έγινε όλο και περισσότερο αποδεκτή με συγκριτικά υψηλά ποσοστά κύσεων

και μικρά ποσοστά αποβολών, υποδηλώνοντας έτσι την καλύτερη βιολογική συμπεριφορά ωαρίων που προέρχονται από δότριες νεαρής ηλικίας.

Ενδείξεις δωρεάς ωαρίων

A. Γυναίκες με ωθηκική ανεπάρκεια, πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή.

- Πρόωρη ωθηκική ανεπάρκεια (ιδιοπαθής)
- Εμμηνόπαυση, αυτόματη ή μετεγχειρητική
- Χρωματοσωματικές ανωμαλίες (π.χ. σύνδρομο Turner, φιλοσύνδετα νοσήματα)
- Προηγούμενη χημειο-ή ακτινοθεραπεία

B. Γυναίκες με φυσιολογικό εμμηνορρυσιακό κύκλο.

- Ανεπιτυχής επανειλημμένη προσπάθεια IVF λόγω "ωοπενίας" (απουσία ωαρίων ή λήψη 1-2 ωαρίων και εμβρύων ή και λόγω επίμονης δημιουργίας ωθηκικών κύστεων.
- Οικογενείς παθήσεις που δεν είναι εύκολο να διαγνωσθούν προγεννητικά (π.χ. χορεία Huntington, κυστική ένωση κ.λ.π.)

ΔΩΡΕΑ ΕΜΒΡΥΩΝ

Με τον όρο αυτό εννοούμε τη μεταφορά in vitro γονιμοποιηθέντων ωαρίων, τα οποία γενετικά δεν σχετίζονται άμεσα με οποιοδήποτε άτομο του ζεύγους - αποδέκτη.

Οι πραγματικές **ενδείξεις** για τη δωρεά "εμβρύων" είναι περιορισμένες και συνοψίζονται στις περιπτώσεις στις οποίες ο μὲν σύζυγος δεν διαθέτει γόνιμο σπέρμα ή αυτό είναι ακατάλληλο για ιατρικούς λόγους, η δε σύζυγος εμπίπτει επίσης στην κατηγορία των γυναικών που έχουν ανάγκη δωρεάς ωαρίων (βλ. παραπάνω).

Η προέλευση των προς δανεισμό εμβρύων ποικίλλει. Μπορεί να είναι πλεονάζοντα έμβρυα, που έχουν καταψυχθεί για μελλοντική ομόλογη χρήση, που δεν χρειάστηκε όμως λόγω εγκυμοσύνης της δότριας, ή που αυτό κατέστη αδύνατο λόγω έκτακτου συμβάντος (ατύχημα, σοβαρή ασθένεια κλπ). Έμβρυα για δωρεά μπορεί επίσης να προκύψουν, όταν δεν υπάρχει η δυνατότητα κατάψυξης των πλεοναζόντων εμβρύων (πάνω από 3-5) ύστερα από IVF, με τη συγκατάθεση βέβαια του ζεύγους από το οποίο αυτά προέρχονται, (Cooper,1996).



Το ίδιο βέβαια δεν ισχύει για έμβρυα που παραμένουν αζήτητα, επειδή για τη δωρεά τους απαιτείται η συγκατάθεση των "βιολογικών γονέων".

"ΔΑΝΕΙΣΜΟΣ ΜΗΤΡΑΣ"

Η εξωσωματική γονιμοποίηση οδηγεί στην ύπαρξη του εμβρύου, έστω και παροδικά, έξω από το σώμα της βιολογικής μητέρας, παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα μεταφοράς του στη μήτρα μιας άλλης. Η τελευταία θα το κυοφορήσει, αλλά με σκοπό μετά τον τοκετό να το επιστρέψει στο ζεύγος από το οποίο προήλθαν αρχικά οι γαμέτες, δηλαδή στους βιολογικούς γονείς. Τη μέθοδο αυτή εφάρμοσε πρώτος ο Utian το 1985 και έκτοτε καθιερώθηκε σε αρκετά μεγάλο βαθμό.

Η κυοφορούσα γυναίκα παρέχει τα απαραίτητα στοιχεία για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης και την ανάπτυξη του εμβρύου (π.χ. πλακούντα, υμένες, θρεπτικά υλικά κ.λ.π.), δε σχετίζεται όμως με το καθ'αυτό γενετικό υλικό των εμβρύων (surrogate gestational mother: υποκατάσταση κυοφορούσης μητέρας).

Ενδείξεις δανεισμού μήτρας για κυοφορία ετερόλογων εμβρύων (Surrogate gestational motherhood)

- ❁ Απουσία μήτρας (σύνδρομο Rokitansky-Kuster Hauser, υστερεκτομία).
- ❁ Ανατομικές διαμαρτίες μήτρας ασυμβίβαστες με επιτυχή κυοφορία (δίδελφος, ατροφική, μονόκερως μήτρα, σύνδρομο Asherman).
- ❁ Σοβαρή πάθηση λ.χ. σοβαρή υπέρταση ή διαβήτη, επικίνδυνα για τη μητέρα ή το έμβρυο.

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ "ΔΑΝΕΙΣΜΟΥ ΜΗΤΡΑΣ" ΚΑΙ ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ

Ο δανεισμός της μήτρας μιας γυναίκας από άλλη μπορεί να συνδυαστεί επίσης με τη σύγχρονη δωρεά ωαρίου εκ μέρους της ίδιας (surrogate mother). Το δωριζόμενο ωάριο

γονιμοποιείται in vitro μετά από Εξωσωματική Γονιμοποίηση ή ευκολότερα in vivo μετά από σπερματέγχυση, χρησιμοποιώντας και στις δυο περιπτώσεις το σπέρμα του συζύγου της άγονης γυναίκας (υποκατάσταση μητρότητας).

Αν και δεν υπάρχουν αρκετές σχετικές μελέτες, φαίνεται ότι οι γυναίκες προσφέρονται περισσότερο για απλό δανεισμό της μήτρας και λιγότερο για σύγχρονη δωρεά ωαρίου. Στην πρώτη περίπτωση ο φόβος για τη μετέπειτα ανάπτυξη μητρικού δεσμού είναι μικρότερος, αφού γενετικά το παιδί δεν θα τους ανήκει, (Andrews, 1986).

Βιβλιογραφία

- **Τζαφέττας Ι.Μ. Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη (1996).**
- Lutjen, P., Leeton, J. and Findlay, J. (1985) Oocyte and embryo donation in vitro fertilisation programmes. Clin.Obstet.Gynaecol. 12:709-713.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΜΕΙΩΣΗ

Σαν κύρια αιτία της εμβρυϊκής μείωσης θεωρούνται αναμφίβολα οι διάφορες θεραπείες ενίσχυσης της γονιμότητας των ζευγαριών που εφαρμόζονται με εντεινόμενο ρυθμό στην τελευταία

15ετία. Επιπλέον, το φτωχό δισαιτολόγιο, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική στάθμη και η προχωρημένη ηλικία της μητέρας μεταξύ άλλων, σχετίστηκαν από μερικούς με τη μεταβολή αυτή.

Μέθοδοι εκλεκτικής μείωσης των εμβρύων σε εγκυμοσύνες υψηλής συχνότητας είναι οι παρακάτω:

- Χειρουργική αφαίρεση μετά από υστεροτομία
- Καρδιακός επιπωματισμός
- Εμβρυϊκή αφαίμαξη
- Πρόκληση εμβολής αέρα
- Πρόκληση υδροθώρακα ή πολλαπλών νυγμών στο θώρακα του εμβρύου
- Διατραχηλική αναρρόφηση
- Ενδοκαρδιακή ένεση KCL 10% διακοιλιακά ή διακολπικά.

Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την ενδομήτρια χειρουργική μείωση των εμβρύων μπορεί να είναι:

Άμεσοι:

- Ανεπιτυχής προσπάθεια και επιβίωση εμβρύου με προκληθείσα βλάβη.
- Ανεπιθύμητος θάνατος άλλων εμβρύων .
- Αυτόματη αποβολή.

Απώτεροι:

- Πρόωρος τοκετός.
- Διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη στη μητέρα ή σε άλλο έμβρυο.
- Εγκεφαλική, νεφρική ή δερματολογική βλάβη στα επιβιούντα έμβρυα.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε πολύδυμες εγκυμοσύνες υψηλής συχνότητας, στις οποίες η πιθανότητα συνέχισης μέχρι σημείου βιωσιμότητας των εμβρύων είναι ελάχιστη ή ανύπαρκτη, η εκλεκτική μείωση του αριθμού των εμβρύων φαίνεται μάλλον αναπόφευκτη επιλογή. Σύμφωνα με την άποψη πολλών είναι άκρως αμφιλεγόμενη, λόγω των πολλαπλών πράγματι τεχνικών και ιατρικών δυσχερειών, αλλά κυρίως λόγω των ηθικών διλημμάτων που εγείρει, η μέθοδος αυτή λογικά είναι αποδεκτή, αφού είναι η μόνη που μπορεί να οδηγήσει σε αίσιο αποτέλεσμα. Η επιθυμία του ζευγαριού αναντίρρητα έχει βαρύνουσα σημασία στη διαμόρφωση της τελικής απόφασης όσον αφορά την επιλογή κάποιας από τις μεθόδους εμβρυϊκής μείωσης και την εφαρμογή της.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Αρχικά θα πρέπει να διευκρινισθεί η διαφορά στην έννοια των δύο όρων: **«επιλογή» και «προσδιορισμός» του φύλου που δεν είναι ταυτόσημοι.**

Στο πρώτο εννοούμε την εκούσια επιλογή του ενός ή του άλλου φύλου (χρωματοσωμικά) για το παιδί που θα γεννηθεί μελλοντικά, ενώ με τον όρο «προσδιορισμός» του φύλου τη διαδικασία με την οποία διαγιγνώσκουμε το φύλο του παιδιού μετά τη σύλληψη και πριν αυτό ακόμα γεννηθεί.

Η επιλογή του φύλου μπορεί να επιχειρηθεί με μεθόδους που εφαρμόζονται πριν ή μετά τη γονιμοποίηση. Πρόσφατα πολλοί υποστήριξαν ότι μπορούν να επηρεάσουν το φύλο του παιδιού με μεθόδους όπως οι αλκαλικές ή όξινες κολπικές πλύσεις πριν τη συνουσία, με προγραμματισμό της σεξουαλικής επαφής σύμφωνα με την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας, με διαιτητικές μεθόδους και με τεχνικές διαχωρισμού των σπερματοζωαρίων πριν από σπερματέγχυση. Επιπλέον, διάφορες επιδημιολογικές μελέτες υποστήριξαν ότι συγκεκριμένες συνθήκες σχετίζονται με το φύλο. Το άρρεν φύλο σχετίστηκε με παρατεταμένη παραγωγική και βραχεία εκκριτική φάση, με σύντομο μεσοδιάστημα μεταξύ κυήσεων και με ακραίες ηλικίες της αναπαραγωγικής περιόδου. Μελλοντικά είναι πιθανό ότι θα καταστεί δυνατός ο προσδιορισμός του φυλετικού χρωματοσώματος σε μεμονωμένο σπερματοζώαριο, το οποίο στη συνέχεια θα μπορεί επιλεκτικά να ενεθεί δια της διάφανου ζώνης στο εσωτερικό του ωαρίου προς γονιμοποίησή του, προκαθορίζοντας έτσι πριν τη γονιμοποίηση το φύλο του παιδιού που πιθανόν να προκύψει. Τέτοιες μελέτες άρχισαν ήδη να βλέπουν το φως της δημοσιότητας.

Ο προσδιορισμός του φύλου γίνεται στο 1^ο ή στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης με διάφορες μεθόδους που διαφέρουν όσον αφορά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά των. Μπορεί να επιτευχθεί με τη μέθοδο της βιοψίας της χοριακής λάχνης καθώς και με την αμνιοπαρακέντηση. Είναι δυνατόν να προσδιορισθεί και υπερηχογραφικά. Με την καθιέρωση βέβαια της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης είναι πλέον εφικτή η διάγνωση του φύλου ενός συγκεκριμένου εμβρύου πριν τη μεταφορά του στη μήτρα ή στη σάλπιγγα. Τέλος, ο προσδιορισμός του φύλου του εμβρύου θεωρητικά τουλάχιστον, θα μπορούσε να επιτευχθεί από τον καρυότυπο εμβρυϊκών κυττάρων που κυκλοφορούν στο περιφερικό αίμα της μητέρας, μία μέθοδος όμως που δεν προβλέπεται να εφαρμοσθεί σε καθημερινή τουλάχιστον βάση για το άμεσο μέλλον.

ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ.

Μία από τις κύριες προκλήσεις της σύγχρονης ιατρικής είναι η αντιμετώπιση των γενετικών νόσων. Αυτή αφορά τη θεραπεία της νόσου με βιοχημικά μέσα, την υποστήριξη του προσβεβλημένου ιστού με υγιή βλαστικά κύτταρα δότη, την πρόληψη με προγεννητικό έλεγχο και τερματισμό της κύησης ή, τέλος, τη γονιδιακή θεραπεία. Σήμερα, είναι γνωστές περισσότερες από 4000 γενετικές νόσοι για τις περισσότερες από τις οποίες, δυστυχώς, δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.

Η προγεννητική διάγνωση των κληρονομούμενων νόσων ή/και των χρωμοσωματικών ανωμαλιών συνίσταται στη λήψη εμβρυϊκών κυττάρων με βιοψία χοριονικής λάχνης ή αμνιοκέντηση μεταξύ της 8^{ης} και 20^{ης} εβδομάδας της κύησης. Αν η ανάλυση του υλικού που λαμβάνεται δείξει ότι το έμβρυο είναι προσβεβλημένο, το ζευγάρι μπορεί να επιλέξει τον τερματισμό της κύησης. Η εκλογή αυτή, ωστόσο, δεν είναι απαλλαγμένη από τραυματικές συνέπειες τόσο ψυχολογικές όσο και σωματικές. Επιπλέον, πιθανόν να χρειασθεί η επανάληψη της ίδιας διαδικασίας πολλές φορές έως ότου επιτευχθεί η γέννηση ενός υγιούς παιδιού.

Η προεμφυτευτική διάγνωση επιτρέπει την αποφυγή εκδήλωσης γενετικής νόσου μεταφέροντας στη μήτρα μόνον τα έμβρυα που δε φέρουν την υπεύθυνη γενετική διαταραχή. Διάφορες μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για τη βιοψία του ανθρώπινου εμβρύου μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση:

- Βιοψία λίγων εκτοδερμικών κυττάρων από τη βλαστοκύστη.
- Λήψη 1 ή 2 κυττάρων από το έμβρυο στο στάδιο των s-κυττάρων.
- Αφαίρεση του 1^{ου} πολικού σωματίου από το προς γονιμοποίηση ωάριο.

Η πρόοδος στον τομέα της προεμφυτευτικής διάγνωσης στις μέρες μας είναι πραγματικά εντυπωσιακή, δίδοντας ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις στο αρχικό επίτευγμα των Edwards – Steptoe. Έτσι, ο στόχος δεν είναι πια μόνο να προσφέρουμε στο άτεκνο ζευγάρι ένα παιδί, αλλά ένα «υγιές» παιδί.

Βιβλιογραφία

- Alexander, J.M Hammond, K.R and Steinkampt, M.P (1995) Multifetal reduction of high order multiple pregnancy: comparison of obstetrical outcome with nonreduced twin gestations. Fertil. Steril 6:1201-1203
- Dumez, Y. and Aury, J.F (1986) Method for first trimester selective abortion in multiple pregnancy. Contrib. Gynaecol. Obstet. 15:50-53
- Γεωργούλης, Ι.(1994) Προσδιορισμός του φύλου. Προσωπική επικοινωνία.

- Edwards, R.G and Beard, H.K (1995) Sexing human spermatozoa to control sex ratios at birth is now a reality. Hum.Reprod.1 977-978.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Όπως προαναφέραμε όταν αναφερόμαστε στην **υποβοηθούμενη αναπαραγωγή** εννοούμε:

- Την κλασσική *Εξωσωματική Γονιμοποίηση* (in vitro γονιμοποίηση των ωαρίων και μεταφορά των εμβρύων στη μητριαία κοιλότητα).
- Τη λαπαροσκοπική ή διακολπική μεταφορά στη σάλπιγγα γαμετών (GIFT) ή εμβρύων (ZIFT).
- Ενδομήτρια (ή και ενδοσαλπιγγική) σπερματέγχυση.
- Μεταφορά γαμετών στη μητριαία ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα (POST) ή (GIPT).
- Διατραχηλική μεταφορά γαμετών (TIFT)
- Μικρογονιμοποίηση.

➡ Η επιλογή της εκάστοτε μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνεκτιμάται με πολλούς παράγοντες, ιατρικούς και μη και η απόφαση στις περισσότερες περιπτώσεις θα στηριχθεί στις παρακάτω θεωρήσεις:

Στην αυτόματη σύλληψη χωρίς θεραπεία

- Στη σύλληψη με απλούστερες μεθόδους
- Στην ηλικία της γυναίκας
- Στην εφαρμογή της IVF για διαγνωστικούς λόγους
- Στην ύπαρξη ιατρικών αντενδείξεων ή δυσχερειών για την εφαρμογή μιας μεθόδου
- Στην προσωπική επιλογή του ζευγαριού, που δεν θα πρέπει να αγνοείται.

➡ Ενδείξεις για την εφαρμογή των ανωτέρω μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι συνοπτικά οι ακόλουθες;

Για θεραπευτικούς σκοπούς (IVF-ET, GIFT-ZIFT, IUI, TV-IFI) :

- Σαλπινγική βλάβη
- Ανεξήγητη στειρότητα
- Ενδομητρίωση
- Ανεξήγητη αποτυχία άλλων θεραπευτικών μεθόδων, όπως πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας ή ετερόλογη σπερματέγχυση.
- Τραχηλικός παράγων.
- Πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια (σε συνδυασμό βέβαια με δωρεά ωαρίων).
- Μητρικά κληρονομικά νοσήματα (ετερόλογα ωάρια).
- Διαμαρτίες της μήτρας, συγγενείς ή επίκτητες ή και απουσία της (με δανεισμό μήτρας).
- Αποφρακτική αζωοσπερμία.

Για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς:

- Λειτουργικές διαταραχές σπέρματος.
- Λειτουργικές διαταραχές ωαρίων.

➡ Η **στειρότητα** ενός ζευγαριού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν είναι απόλυτη. Σε μεγαλύτερο ή μικρότερο ποσοστό πρόκειται για μια *δυσνητική υπογονιμότητα*.

Τα γενικά κριτήρια επιλογής ασθενών για εξωσωματική (IVF) δεν διαφέρουν ουσιαστικά από τα κριτήρια για τη στειρότητας οποιασδήποτε αιτιολογίας.



γονιμοποίηση
θεραπεία

Σύμφωνα με Πολυεθνική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δεν προέκυψαν αξιόλογες διαφορές, όσον αφορά τα αίτια υπογονιμότητας σε διάφορα μέρη του κόσμου, παρά την υφιστάμενη διακύμανση στις ενδείξεις και στα κριτήρια αναφοράς ασθενών σε κέντρα αναπαραγωγής.

Στοιχεία της έρευνας:

ΑΙΤΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ (Πολυεθνική μελέτη Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας, 1985).

Προβλήματα ωοθυλακιορηξίας	21%
Σαλπιγγική βλάβη	14%
Ενδομητρίωση	6%
Τραχηλικός παράγων	3%
Δυσμορφία / Δυσλειτουργία σπέρματος	24%
Άλλες μορφές ανδρικής στειρότητας	2%
Προβλήματα συνουσίας / Ανικανότητα	6%
Ανεξήγητη στειρότητα	28%
Άλλα	11%

Το άθροισμα των ποσοστών υπερβαίνει το 100%, διότι στο 15% των ζευγαριών η αιτία είναι πολυπαραγοντική.

Βιβλιογραφία

- **Τζαφέττας I.M. Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη (1996).**
- Gates, W., Garley, T.M.M and Rowe, P.J (1985) Worldwide patterns of infertility: Is Africa different. Lancet .ii:596-598
- Strandel, A. Waldenstrom, U, Nilsson, L. and Hamberger, L.(1994) Hydrosalpinx reduces in-vitro fertilization/ embryo transfer pregnancy rates. Hum.Reprod.9(5):861-1863
- **www.gynecology.gr**

Β' ΚΕΦΑΛΑΙΟ



Εισαγωγή

Με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια στη χώρα μας που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, έρχονται ένα βήμα πιο κοντά στην επιθυμία τους να αποκτήσουν ένα παιδί. Η εισηγητική έκθεση του σχετικού νομοσχεδίου για την τεχνητή γονιμοποίηση, όμως, εγείρει ορισμένα νομικά και ηθικά ζητήματα, που πρέπει να επιλυθούν.

Η αλματώδης ανάπτυξη των ιατρικών μεθόδων στον τομέα της τεχνητής γονιμοποίησης έθεσε κρίσιμα ηθικά, κοινωνικά αλλά και νομικά προβλήματα, καθιστώντας αναγκαία την κατάρτιση ενός νομοθετήματος που θα ρυθμίζει τους όρους της λεγόμενης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και θα προστατεύει πρωτίστως το παιδί αλλά και την οικογένεια. *Στατιστικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι το 20% των ζευγαριών αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα γονιμότητας. Σύμφωνα, μάλιστα, με τα υπάρχοντα στοιχεία, 15.000 ζευγάρια κάθε χρόνο προσέρχονται σε ιατρικά κέντρα, ζητώντας την επιστημονική βοήθεια για τεχνητή γονιμοποίηση, ενώ 2-2,5% των γεννήσεων στις μέρες μας γίνονται με μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης.*

Η Νομοπαρασκευαστική Επιτροπή του υπουργείου Δικαιοσύνης, κατόπιν σειράς εργασιών, κατέληξε στην κατάρτιση του **σχεδίου νόμου 3089 της 19/23. 12. 2002 (Α 327) για την «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή»**. Το νομοσχέδιο δόθηκε στη δημοσιότητα και μέχρι την κατάθεσή του στη Βουλή έγιναν προσθήκες, χωρίς να αλλοιώνεται η βασική του φιλοσοφία, με βάση τις παρατηρήσεις που διατυπώθηκαν κυρίως από την πλευρά της Εκκλησίας.

Νόμος 3089 της 19/23.12.2002. Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.(Α327).

Το σχέδιο νόμου όπως ψηφίστηκε:

ΝΟΜΟΣ ΥΠ ΑΡΙΘ. 3089

Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Άρθρο πρώτο

Στη θέση των ήδη καταργημένων με το άρθρο 17 του Ν. 1329/1983 άρθρων 1455-1460 του Αστικού Κώδικα τίθεται νέο κεφάλαιο όγδοο με το ακόλουθο περιεχόμενο:
"ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ"

Άρθρο 1455

Η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή (τεχνητή γονιμοποίηση) επιτρέπεται μόνο για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Η υποβοήθηση αυτή επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Η ανθρώπινη αναπαραγωγή με τη μέθοδο της κλωνοποίησης απαγορεύεται.

Επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο.

Άρθρο 1456

Κάθε ιατρική πράξη που αποβλέπει στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής, σύμφωνα με τους όρους του προηγούμενου άρθρου, διενεργείται με την έγγραφη συναίνεση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Αν η υποβοήθηση αφορά άγαμη γυναίκα, η συναίνεση αυτής και, εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άνδρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

Η συναίνεση ανακαλείται με τον ίδιο τύπο μέχρι τη μεταφορά των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων στο γυναικείο σώμα. Με την επιφύλαξη του άρθρου 1457, η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν ένα από τα πρόσωπα που είχαν συναινέσει πέθανε πριν από τη μεταφορά.

Άρθρο 1457

Η τεχνητή γονιμοποίηση μετά το θάνατο του συζύγου ή του άνδρα με τον οποίο η γυναίκα συζούσε σε ελεύθερη ένωση επιτρέπεται με δικαστική άδεια μόνο εφόσον συντρέχουν σωρευτικώς οι εξής προϋποθέσεις:

α. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του.

β. Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Η τεχνητή γονιμοποίηση διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από τη συμπλήρωση διετίας από το θάνατο του άνδρα.

Άρθρο 1458

Η μεταφορά στο σώμα άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ιδίαν, και η κυοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται πριν από τη μεταφορά, εφόσον

υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Η δικαστική άδεια παρέχεται ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, εφόσον αποδεικνύεται ότι αυτή είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και ότι η γυναίκα που προσφέρεται να κυοφορήσει είναι, εν όψει της κατάστασης της υγείας της, κατάλληλη για κυοφορία.

Άρθρο 1459

Τα πρόσωπα που προσφεύγουν σε τεχνητή γονιμοποίηση αποφασίζουν με κοινή έγγραφη δήλωση τους προς τον ιατρό ή τον υπεύθυνο του ιατρικού κέντρου, που γίνεται πριν από την έναρξη της σχετικής διαδικασίας, ότι οι κρυοσυντηρημένοι γαμέτες και τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια που δε θα τους χρειασθούν για να τεκνοποιήσουν:

- α) θα διατεθούν χωρίς αντάλλαγμα, κατά προτεραιότητα σε άλλα πρόσωπα, που θα επιλέξει ο ιατρός ή το ιατρικό κέντρο,
- β) θα χρησιμοποιηθούν χωρίς αντάλλαγμα για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς,
- γ) θα καταστραφούν.

Αν δεν υπάρχει κοινή δήλωση των ενδιαφερόμενων προσώπων, οι γαμέτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρούνται για χρονικό διάστημα πέντε ετών από τη λήψη ή τη δημιουργία τους και μετά την πάροδο του χρόνου αυτού είτε χρησιμοποιούνται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφονται.

Τα μη κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται μετά τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση. Ο τυχόν ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους δεν υπολογίζεται.

Άρθρο 1460

Η ταυτότητα των τρίτων προσώπων που έχουν προσφέρει τους γαμέτες ή τα γονιμοποιημένα ωάρια δε γνωστοποιείται στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο χωρίς ένδειξη της ταυτότητας του. Πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στο τέκνο και για λόγους σχετικούς με την υγεία του.

Η ταυτότητα του τέκνου, καθώς και των γονέων του δε γνωστοποιείται στους τρίτους δότες γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων

Άρθρο δεύτερο

1. Το κεφάλαιο όγδοο του τέταρτου βιβλίου του Αστικού Κώδικα, που αναφέρεται στη συγγένεια (άρθρα 1463-1484), γίνεται κεφάλαιο ένατο (άρθρα 1461 -1484). Τα άρθρα 1461 και 1462 του νέου αυτού κεφαλαίου τέθηκαν στη θέση των ταυτάριθμων καταργημένων με το άρθρο 17 του Ν. 1329/1983 άρθρων. Στο κεφάλαιο αυτό επέρχονται οι εξής τροποποιήσεις:

2. Το άρθρο 1461 τίθεται ως εξής:

Άρθρο 1461

Έννοια

Τα πρόσωπα είναι μεταξύ τους συγγενείς εξ αίματος σε ευθεία γραμμή, αν το ένα κατάγεται από το άλλο (συγγένεια μεταξύ ανιόντων και κατιόντων). Συγγενείς εξ αίματος σε πλάγια γραμμή είναι τα πρόσωπα που, χωρίς να είναι συγγενείς σε ευθεία γραμμή, κατάγονται από τον ίδιο ανιόντα. Ο βαθμός της συγγένειας ορίζεται από τον αριθμό των γεννήσεων που συνδέουν τα πρόσωπα."

3. Το άρθρο 1462 τίθεται ως εξής:

"Άρθρο 1462

Αγχιστεία

Οι συγγενείς εξ αίματος του ενός από τους συζύγους είναι συγγενείς εξ αγχιστείας του άλλου στην ίδια γραμμή και τον ίδιο βαθμό. Η συγγένεια εξ αγχιστείας εξακολουθεί να υπάρχει και μετά τη λύση ή την ακύρωση του γάμου από τον οποίο δημιουργήθηκε."

4. Το άρθρο 1463 αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 1463

Η συγγένεια του προσώπου με τη μητέρα του και τους συγγενείς της συνάγεται από τη γέννηση. Η συγγένεια με τον πατέρα και τους συγγενείς του συνάγεται από το γάμο της μητέρας με τον πατέρα ή ιδρύεται με την αναγνώριση, εκούσια ή δικαστική".

5. Το άρθρο 1464 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 1464

Σε περίπτωση τεχνητής γονιμοποίησης, αν η κυοφορία έγινε από άλλη γυναίκα, υπό τους όρους του άρθρου 1458, μητέρα του τέκνου τεκμαίρεται η γυναίκα στην οποία δόθηκε η σχετική δικαστική άδεια. Το τεκμήριο αυτό ανατρέπεται, με αγωγή προσβολής της μητρότητας που ασκείται μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τον τοκετό, είτε από την τεκμαιρόμενη μητέρα, είτε από την κυοφόρο γυναίκα, εφόσον αποδειχθεί ότι το τέκνο κατάγεται βιολογικά από την τελευταία. Η προσβολή γίνεται από τη δικαιούμενη γυναίκα αυτοπροσώπως ή από ειδικό πληρεξούσιο της ή ύστερα από άδεια του δικαστηρίου, από τον νόμιμο αντιπρόσωπο της.

Με την αμετάκλητη δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή το τέκνο έχει αναδρομικά από τη γέννηση του μητέρα τη γυναίκα που το κυοφόρησε.

"6. Το άρθρο 1465 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 1465

Τεκμήριο καταγωγής από γάμο

Το τέκνο που γεννήθηκε κατά τη διάρκεια του γάμου της μητέρας του ή μέσα σε τριακόσιες ημέρες από τη λύση ή την ακύρωση του τεκμαίρεται ότι έχει πατέρα τον σύζυγο της μητέρας (τέκνο γεννημένο σε γάμο).

Τέκνο γεννημένο σε γάμο θεωρείται και το τέκνο που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, εφόσον υπάρχει η απαιτούμενη κατά το άρθρο 1457 δικαστική άδεια.

Αν το τέκνο γεννήθηκε μετά την τριακοσιοστή ημέρα από τη λύση ή την ακύρωση του γάμου, η απόδειξη της πατρότητας του συζύγου βαρύνει εκείνον που την επικαλείται. Το ίδιο ισχύει και όταν η τεχνητή γονιμοποίηση έγινε μετά το θάνατο του συζύγου, παρά την έλλειψη δικαστικής άδειας.

7. Το άρθρο 1471 αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1471

Η προσβολή της πατρότητας αποκλείεται επίσης μετά το θάνατο του τέκνου, εκτός αν είχε ήδη ασκηθεί η σχετική αγωγή.

Την πατρότητα αποκλείεται να προσβάλουν: 1. ο σύζυγος της μητέρας, αν αυτός αναγνώρισε ότι το τέκνο είναι δικό του πριν γίνει αμετάκλητη η απόφαση για την προσβολή. 2. οποιοσδήποτε από τους δικαιούχους που αναφέρονται στο άρθρο 1469, αν ο σύζυγος συγκατατέθηκε στην υποβολή της συζύγου του σε τεχνητή γονιμοποίηση."

8. Το άρθρο 1475 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 1475

Εκούσια αναγνώριση

Ο πατέρας μπορεί να αναγνωρίσει ως δικό του το τέκνο που γεννήθηκε χωρίς γάμο, εφόσον συναινεί σ' αυτό και η μητέρα. Αν η μητέρα έχει πεθάνει ή δεν έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, η αναγνώριση γίνεται με μόνη τη δήλωση του πατέρα.

Η συμβολαιογραφική συναίνεση του άνδρα σε τεχνητή γονιμοποίηση, που προβλέπεται στο άρθρο 1456 § 1 εδ. β', επέχει θέση εκούσιας αναγνώρισης. Η αντίστοιχη συναίνεση της γυναίκας ισχύει και ως συναίνεση της στην εκούσια αναγνώριση.

Αν ο πατέρας έχει πεθάνει ή δεν έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, η αναγνώριση μπορεί να γίνει από τον παππού ή τη γιαγιά της πατρικής γραμμής.

Αν το τέκνο έχει πεθάνει, η αναγνώριση ενεργεί υπέρ των κατιόντων του."

9. Το άρθρο 1478 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 1478

Η προσβολή της αναγνώρισης αποκλείεται, αν περάσουν τρεις μήνες αφότου πληροφορήθηκε την αναγνώριση αυτός που την προσβάλλει. Η προσβολή αποκλείεται σε κάθε περίπτωση, αν περάσουν δύο χρόνια από την αναγνώριση ή, προκειμένου για προσβολή από τέκνο που κατά την αναγνώριση ήταν ανήλικο, δύο χρόνια από την ενηλικίωση του.

Η προσβολή της εκούσιας αναγνώρισης αποκλείεται στην περίπτωση που προβλέπεται από το άρθρο 1475 § 2.

"10. Το άρθρο 1 479 αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 1479

Η μητέρα έχει δικαίωμα να ζητήσει με αγωγή την αναγνώριση της πατρότητας του τέκνου της που γεννήθηκε χωρίς γάμο της με τον πατέρα του. Το ίδιο δικαίωμα έχει και το τέκνο. Όταν η μητέρα αρνείται την προβλεπόμενη από την πρώτη παράγραφο του άρθρου 1475 συναίνεση της, δικαίωμα δικαστικής αναγνώρισης έχουν επίσης ο πατέρας και, στην περίπτωση της τρίτης παραγράφου του άρθρου 1475, ο παππούς ή η γιαγιά της πατρικής γραμμής.

Αν διενεργηθεί τεχνητή γονιμοποίηση με γεννητικό υλικό τρίτου δότη, η δικαστική αναγνώριση της πατρότητας αποκλείεται, έστω και αν η ταυτότητα του είναι ή γίνει εκ των υστέρων γνωστή."

Άρθρο τρίτο

Το άρθρο 1711 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 1711

1. Κληρονόμος μπορεί να γίνει εκείνος που κατά το χρόνο της επαγωγής βρίσκεται στη ζωή ή έχει τουλάχιστον συλληφθεί. Κληρονόμος μπορεί να γίνει και το τέκνο που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση. Χρόνος της επαγωγής είναι ο χρόνος θανάτου του κληρονομούμενου."

2. Το άρθρο 1924 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

«Άρθρο 1924

Με την επιφύλαξη του άρθρου 1711 εδ. β', αν ο διαθέτης εγκατέστησε κληρονόμο πρόσωπο που δεν είχε ακόμη συλληφθεί κατά το θάνατο του, ο εγκατάστατος θεωρείται καταπιστευματοδόχος.

Το ίδιο ισχύει και αν εγκαταστάθηκε κληρονόμος νομικό πρόσωπο που δεν είχε ακόμη συσταθεί κατά το θάνατο του διαθέτη."

Άρθρο τέταρτο

Το άρθρο 121 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

"Άρθρο 121

Στις περιπτώσεις των άρθρων 42, 46, 79, 105, 111, 1350 παράγραφος 2, 1352 εδ. β', 1368, 1407, 1441, 1457, 1458, 1522, 1525, 1526, 1532, 1533, 1660 έως 1663, 1667, 1865, 1866, 1868, 1908, 1913, 1917 παράγραφος 2, 1919, 1920, 1956, 1965, 2021, 2024, 2027, 2028, 2031 του Αστικού Κώδικα, καθώς και σε κάθε δίκη που αφορά την υιοθεσία, την επιτροπεία, τη δικαστική συμπάρσταση ή την επιμέλεια ξένων υποθέσεων, εφαρμόζεται η διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας."

Άρθρο πέμπτο

1. Το άρθρο 614 παρ. 1 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας συμπληρώνεται ως εξής:

"Κατά την ειδική διαδικασία των άρθρων 615 έως 622, στην οποία εφαρμόζονται και τα άρθρα 598, 600, 601, 603 και 606, δικάζονται οι διαφορές που αφορούν: α) την προσβολή της πατρότητας, β) την προσβολή της μητρότητας, γ) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή ότι δεν υπάρχει σχέση γονέα και τέκνου ή γονική μέριμνα, δ) την αναγνώριση της πατρότητας τέκνου που γεννήθηκε χωρίς γάμο των γονέων του, ε) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει ή είναι άκυρη η εκούσια αναγνώριση ενός τέκνου χωρίς γάμο των γονέων του ή η εξομοίωση του με τέκνο γεννημένο σε γάμο λόγω επιγενόμενου γάμου των γονέων του, καθώς και την προσβολή της εκούσιας αναγνώρισης, στ) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει υιοθεσία ή τη λύση της, ζ) την αναγνώριση ότι υπάρχει ή δεν υπάρχει επιτροπεία."

2. Το άρθρο 615 παρ. 1 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας διαμορφώνεται ως εξής:

"Αν, στις διαφορές της πρώτης παραγράφου του προηγούμενου άρθρου ένας διάδικος, χωρίς να έχει ειδικούς λόγους υγείας, αρνείται να υποβληθεί στις πρόσφορες ιατρικές εξετάσεις με γενικά αναγνωρισμένες επιστημονικές μεθόδους, που του επιβλήθηκαν από το δικαστήριο ως αναγκαίο αποδεικτικό μέσο για τη διαπίστωση της πατρότητας ή της μητρότητας, οι ισχυρισμοί του αντιδίκου του λογίζεται ότι έχουν αποδειχθεί."

3. Το άρθρο 619 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας αντικαθίσταται ως εξής: **"Άρθρο 619**

1. Η αγωγή για την προσβολή της πατρότητας τέκνου γεννημένου σε γάμο απευθύνεται: α) αν ασκείται από τον σύζυγο της μητέρας ή έναν από τους γονείς του, κατά του τέκνου ή του ειδικού επιτρόπου του και της μητέρας του, β) αν ασκείται από το τέκνο, κατά της μητέρας και του συζύγου της, γ) αν ασκείται από τη μητέρα, κατά του τέκνου ή του ειδικού επιτρόπου του και κατά του συζύγου σε περίπτωση που έχει πεθάνει κάποιος από αυτούς, απευθύνεται, με εξαίρεση την περίπτωση που πέθανε το ίδιο το τέκνο, κατά των κληρονόμων αυτού που πέθανε, αλλιώς απορρίπτεται.
2. Η αγωγή για την προσβολή της μητρότητας απευθύνεται: α) αν ασκείται από την τεκμαιρόμενη μητέρα κατά της κυοφόρου γυναίκας και του συζύγου της, αν είναι έγγαμη, καθώς και κατά του τέκνου ή του ειδικού επιτρόπου του, β) αν ασκείται από την κυοφόρο γυναίκα κατά της τεκμαιρόμενης μητέρας και του συζύγου της, αν είναι έγγαμη, καθώς και κατά του τέκνου.
3. Η αγωγή για την αναγνώριση της ύπαρξης ή μη ύπαρξης σχέσης γονέα και τέκνου, γονικής μέριμνας, εκούσιας αναγνώρισης ή εξομοίωσης λόγω επιγενόμενου γάμου των γονέων του ενός τέκνου που γεννήθηκε χωρίς γάμο τους με τέκνο γεννημένο σε γάμο ή ακυρότητας εκούσιας αναγνώρισης ή παρόμοιας εξομοίωσης, απευθύνεται: α) όταν την ασκεί ο ένας γονέας, κατά του άλλου γονέα και του τέκνου, β) όταν την ασκεί το τέκνο, κατά των δύο γονέων, γ) όταν την ασκεί τρίτος κατά των δύο γονέων και του τέκνου· σε περίπτωση που έχει πεθάνει κάποιος από αυτούς,

απευθύνεται κατά των κληρονόμων του και στην περίπτωση που η αναγνώριση έγινε από τον παππού ή τη γιαγιά η αγωγή απευθύνεται και εναντίον τους· αλλιώς απορρίπτεται.

4. Η αγωγή για την προσβολή εκούσιας αναγνώρισης απευθύνεται κατά των προσώπων που συνέπραξαν σε αυτήν ή των κληρονόμων τους και όταν δεν ασκεί την αγωγή το τέκνο ή οι κατιόντες του, και κατ' αυτών αλλιώς απορρίπτεται.

5. Η αγωγή για την αναγνώριση της ύπαρξης ή μη ύπαρξης ή ακυρότητας ή λύσης της υιοθεσίας απευθύνεται:

α) όταν την ασκεί ο θετός γονέας, κατά του θετού τέκνου, β) όταν την ασκεί το θετό τέκνο κατά του θετού γονέα, γ) όταν την ασκεί τρίτος, κατά του θετού γονέα και του θετού τέκνου σε περίπτωση που έχει πεθάνει κάποιος από αυτούς η αγωγή απευθύνεται κατά των κληρονόμων του·αλλιώς απορρίπτεται.

6. Η αγωγή για την αναγνώριση της ύπαρξης ή μη ύπαρξης επιτροπείας απευθύνεται, όταν την ασκεί ο επίτροπος, κατά του επιτροπευομένου και όταν την ασκεί ο επιτροπευόμενος ή ένας τρίτος, κατά του επιτρόπου αλλιώς απορρίπτεται."

Άρθρο έκτο

Στη θέση του άρθρου 799 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, που καταργήθηκε με το άρθρο 42 του Ν. 2447/1996, προστίθεται ταυτόριθμο άρθρο με το ακόλουθο περιεχόμενο:

"Άρθρο 799

Όταν ζητείται κατά το νόμο να χορηγηθεί άδεια για μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση ή για κυοφορία τέκνου από άλλη γυναίκα, αρμόδιο είναι το δικαστήριο, στην περιφέρεια του οποίου έχει τη συνήθη διαμονή της η αιτούσα ή εκείνη που θα κυοφορήσει το τέκνο.

Το δικαστήριο διατάζει να γίνει η συζήτηση κεκλεισμένων των θυρών, εάν κρίνει ότι η δημοσιότητα πρόκειται να είναι επιβλαβής στα χρηστά ήθη "ή ότι συντρέχουν ειδικοί λόγοι προστασίας της ιδιωτικής ή οικογενειακής ζωής των διαδίκων."

Άρθρο έβδομο

Στην παράγραφο 1 του άρθρου 20 του Ν. 344/1976 "Περί ληξιαρχικών πράξεων" (ΦΕΚ 143 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο ως εξής:

"Στην περίπτωση που προβλέπεται από το άρθρο 1464 του Αστικού Κώδικα, προσάγεται και η δικαστική άδεια που δόθηκε στη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο."

Άρθρο όγδοο

Τα άρθρα 1458 και 1464 εφαρμόζονται μόνο στην περίπτωση που η αιτούσα και η κυοφόρος γυναίκα έχουν την κατοικία τους στην Ελλάδα.

Άρθρο ένατο

Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή & βιοηθική

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεση του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 19 Δεκεμβρίου 2002

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ. Κ. ΣΚΑΝΔΑΛΙΔΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ. Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ. ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ . Φ. ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΚΑΙ ΤΕΘΗΚΕ Η ΜΕΓΑΛΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ.

ΑΘΗΝΑ, 20 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2002

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ Φ. ΠΕΤΣΑΛΝΙΚΟΣ

Σημείωση: Στο παράρτημα της εργασίας παρατίθεται η εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου αναλυτικά, όπως κατατέθηκε στη Βουλή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ

Το σχέδιο νόμου απαγορεύει ρητά την αναπαραγωγική κλωνοποίηση, καθώς και την επιλογή φύλου, εκτός κι αν αυτή επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους, εάν πρόκειται δηλαδή να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική ασθένεια που συνδέεται με το φύλο. Βασική αρχή του νομοσχεδίου είναι ότι «η διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης γίνεται μόνον για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο από γονείς που είναι σε ηλικία ικανότητας αναπαραγωγής ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο παιδί σοβαρής ασθένειας και όχι βεβαίως για λόγους που συνδέονται με την ύπαρξη ομοφυλοφιλικής σχέσης».

Παραθέτουμε τις νέες διατάξεις και τις προϋποθέσεις που τίθενται:

Πρέπει να υπάρχει απλή έγγραφη συναίνεση των συζύγων για τη συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης ανεξάρτητα από το εάν πρόκειται να γίνει ομόλογη (με το σπέρμα του συζύγου) ή ετερόλογη (με το σπέρμα τρίτου δότη) γονιμοποίηση.

Αν η υποβοήθηση της αναπαραγωγής αφορά άγαμη μητέρα, η συναίνεση της ίδιας αλλά και του άνδρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

Σε περιπτώσεις διαζυγίου, διάστασης και ακύρωσης του γάμου των συζύγων που ενδιαφέρονται να τεκνοποιήσουν, καθώς και για την περίπτωση λήξης της ελεύθερης συμβίωσης των μονίμων συντρόφων, οι ενδιαφερόμενοι θα ανακαλούν τις προηγούμενες συνααινέσεις τους.

Η τεχνητή γονιμοποίηση μετά τον θάνατο του συζύγου ή του άνδρα με τον οποίο η γυναίκα συζούσε σε ελεύθερη ένωση, επιτρέπεται με δικαστική άδεια. Και μόνον εφόσον ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή υπήρχε κίνδυνος θανάτου του. Βεβαίως τόσο ο σύζυγος όσο και ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας πρέπει να έχει συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο. Η γονιμοποίηση πρέπει να γίνει 6 μήνες μετά τον θάνατο του συζύγου ή του συντρόφου και πριν συμπληρωθεί 2ετία.

Στην εισηγητική έκθεση αναφέρονται δύο παραδείγματα μεταθανάτια τεχνητής γονιμοποίησης: ο σύζυγος ή ο σύντροφος να έπασχε από καρκίνο των όρχεων που απαιτούσε χημειοθεραπεία ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου εάν ήταν στρατιωτικός και επρόκειτο να συμμετάσχει σε πολεμικές επιχειρήσεις.

Αξιοσημείωτη είναι η ερμηνεία της εισηγητικής έκθεσης ότι η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση έχει εφαρμογή και στην περίπτωση που πεθάνει η γυναίκα.

Αυστηροί όροι τίθενται και για την παρένθετη μητρότητα ή για τον δανεισμό μήτρας. Πρόκειται για περιπτώσεις όπου η γυναίκα που ενδιαφέρεται να αποκτήσει παιδί «δανείζεται» τη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, στην οποία μεταφέρεται το γονιμοποιημένο ωάριο, έτσι ώστε η τελευταία αυτή γυναίκα να κυοφορήσει και να γεννήσει για χάρη της γυναίκας που επιθυμεί το παιδί.

Δικαστική άδεια:

Η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται με δικαστική άδεια, ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί το παιδί. Το δικαστήριο θα χορηγήσει την άδεια εφόσον βεβαιώνεται ότι η αιτούσα είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει, ενώ είναι απαραίτητη και η έγγραφη συμφωνία των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν παιδί, της ξένης γυναίκας που θα κυοφορήσει αλλά και του συζύγου της εάν αυτή είναι έγγαμη. Και οι δύο γυναίκες πρέπει να κατοικούν στην Ελλάδα για να αποφευχθεί, όπως ειπώθηκε, ο κίνδυνος του «αναπαραγωγικού τουρισμού» και η εκμετάλλευση αλλοδαπών προς το σκοπό της κυοφορίας.

Η ταυτότητα των τρίτων προσώπων που έχουν προσφέρει τους «γαμέτες» ή τα «γονιμοποιημένα ωάρια» δεν γνωστοποιείται στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Ιατρικές πληροφορίες για τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο χωρίς ένδειξη της ταυτότητάς του, μόνο με κωδικό αριθμό. Πρόσβαση στο αρχείο επιτρέπεται μόνο στο παιδί και για λόγους υγείας. Τέλος, δεν γνωστοποιείται στους δότες η ταυτότητα του παιδιού και των γονέων του.

NOMIKA ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και συγκεκριμένα η τεχνητή γονιμοποίηση, δημιουργεί σειρά νομικών προβλημάτων κυρίως στο χώρο του αστικού, αλλά και στο χώρο του συνταγματικού δικαίου. Τα προβλήματα αυτά θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε όχι για να δώσουμε τη λύση τους, αλλά για να τα επισημάνουμε ώστε να συνειδητοποιήσουν την ύπαρξη τους οι μη νομικοί, κυρίως οι ιατροί και οι βιολόγοι, οι οποίοι εμπλέκονται άμεσα στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης. Οι περισσότεροι δεν υποψιάζονται τα προβλήματα αυτά ή τουλάχιστον δεν τα υποψιάζονται σε όλη την έκταση και τη σημασία τους.

Τα προβλήματα που προκύπτουν είναι:

Σύμφωνα με το άρθρο 1469 Α.Κ την πατρότητα του συζύγου μπορούν να προσβάλουν τα εξής πρόσωπα: ο πατέρας ή η μητέρα του συζύγου, αν αυτός πέθανε χωρίς να έχει χάσει το δικαίωμα της προσβολής, το ίδιο το τέκνο, καθώς και η μητέρα του τέκνου. Τίθεται λοιπόν το νομικό ζήτημα αν τελικά τα παραπάνω πρόσωπα μπορούν να αμφισβητήσουν την πατρότητα του συζύγου όταν το τέκνο έχει γεννηθεί με τεχνητή γονιμοποίηση στην οποία έχει συγκατατεθεί ο σύζυγος.

Αν η σύζυγος καταστεί έγκυος με τεχνητή γονιμοποίηση και με τη βοήθεια κρυοσυντηρημένου σπέρματος του συζύγου της και σε στιγμή κατά την οποία ο σύζυγός της έχει ήδη αποβιώσει κατά ποιο τρόπο το παιδί που θα γεννηθεί θα υπεισέλθει στην κληρονομιά του θανόντος πατέρα του, αφού την ημέρα κατά την οποία πέθανε ο πατέρας –το παιδί δεν είχε συλληφθεί, αλλά συνελήφθη πολύ αργότερα όταν το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του πατέρα ενεφυτεύθη στην κοιλιακή κοιλότητα της χήρας συζύγου και εγονιμοποίησε κάποιο από τα ωάρια της;

Στις περιπτώσεις της «φέρουσας» ή της «υποκατάστατης» μητέρας με ποια γυναίκα έχει συγγένεια το παιδί; Με αυτή που έδωσε τον γαμέτη (ωάριο) ή με αυτή που κυοφόρησε το έμβρυο και γέννησε το παιδί; Πώς θα κατανεμηθούν τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις μεταξύ των γυναικών αυτών; Να γιατί σήμερα δεν ισχύει πλέον η λατινική ρήση «mater semper certa est», «η μητέρα είναι πάντοτε βεβαία».

Στην περίπτωση της «φέρουσας» ή «υποκατάστατης» μητέρας, υπάρχει δυνατότητα κατά νόμο να αμφισβητήσει κάποια από αυτές την μητρότητά της όπως μπορεί ο πατέρας να αμφισβητήσει την πατρότητά του ή αντιθέτως να την διεκδικήσει;

Μια σύμβαση η οποία έχει ως αντικείμενο την κατά παραγγελίαν «κατασκευή» ανθρώπου είναι ισχυρή ή μήπως αντίκειται στα χρηστά ήθη και την δημόσια τάξη; Και τι θα συμβεί εάν το παιδί που θα γεννηθεί είναι ελαττωματικό ή διανοητικώς καθυστερημένο ή σωματικώς ανάπηρο και αυτός που έδωσε την παραγγελία αρνηθεί να παραλάβει; Ποιο δικαστήριο θα τον/την υποχρεώσει να παραλάβει ένα ανάπηρο παιδί; Και ποια θα είναι, κατά νόμο, η τύχη αυτού του παιδιού που ήρθε στον κόσμο «κατά παραγγελία» που όμως «χάλασε» καθ'οδόν; Και ποιος έχει την ευθύνη για το γεγονός ότι η «παραγγελία» δεν εκπληρώθηκε σωστά; Και πως θα εξαναγκασθεί η υποκατάστατη μητέρα να παραδώσει το παιδί, εάν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το αγαπήσει και θελήσει να το κρατήσει η ίδια ως δικό της; Ποιο δικαστήριο και με ποια νομική βάση θα την υποχρεώσει να το παραδώσει;

Στις περιπτώσεις κρυοσυντήρησης εμβρύων, έρχεται στιγμή κατά την οποία τα έμβρυα αυτά ούτε πρέπει, ούτε είναι δυνατόν να διατηρηθούν στη ζωή. Και τότε καταστρέφονται, δηλαδή αποψύχονται και αφήνονται να πεθάνουν. Σε τι διαφέρει η πράξη αυτή από την άμβλωση;

Φοβερός θόρυβος δημιουργήθηκε στη Βρετανία όπου κατέστρεψαν 4000 έμβρυα για τα οποία οι δότες δεν ενδιαφέρονταν πια ή δεν ανευρίσκονταν και είχε παρέλθει ο χρόνος κατά τον οποίο ο νόμος επέτρεπε την διατήρησή τους.

Εν όψει του ότι στην τεχνητή γονιμοποίηση είναι δυνατόν να δώσει σπέρμα κατ'επανάληψη το ίδιο πρόσωπο, τα παιδιά τα οποία θα γεννηθούν με βάση το σπέρμα του ανθρώπου αυτού δεν θα έχουν μεταξύ τους μια συγγένεια «νομική» αλλά «φυσική», αφού θα κατάγονται από τον ίδιο γεννήτορα; Και εάν αυτά τα παιδιά, μη γνωρίζοντας ότι κατάγονται από τον ίδιο φυσικό πατέρα, συνάψουν μεταξύ τους γάμο δεν θα έχουμε αιμομιξία, αφού στην πραγματικότητα θα είναι αδελφια, έστω ετεροθαλή;

Και τα παιδιά αυτά δεν πρέπει να έχουν κληρονομικά δικαιώματα έναντι του δότη του σπέρματος, αφού άλλον πατέρα δεν έχουν;

Η τεχνητή γονιμοποίηση προϋποθέτει την ύπαρξη σπέρματος. Άρα τίθεται ζήτημα αναζήτησης και προμήθειας αυτού του γαμετού. Με ποια μορφή θα παρασχεθεί αυτός; Ως δωρεά ή επ' ανταλλάγματι; Από την άποψη αυτή τίθεται και το ζήτημα εάν το σπέρμα κληρονομείται.

Από την άλλη πλευρά υπάρχει το δικαίωμα του παιδιού να γνωρίζει την καταγωγή του. Ποιος είναι ο άνδρας το αίμα του οποίου κυκλοφορεί στις φλέβες του;

Ποια γυναίκα διέθεσε το ωάριο της για να γονιμοποιηθεί από το σπέρμα του ανδρός αυτού; Ποια γυναίκα κυοφόρησε το εκ της ενώσεως των δύο γαμετών παρελθόν έμβρυο; Άρα με ποια πρόσωπα έχει φυσική συγγένεια ως καταγόμενο από αυτά;

Επιπλέον απασχολούν και τα ακόλουθα ερωτήματα:

■ Συγχωρείται η χρησιμοποίηση της τεχνητής γονιμοποίησης από άγαμες γυναίκες, οι οποίες επιθυμούν μεν να αποκτήσουν παιδί, δεν θέλουν όμως να συνάψουν γάμο, ούτε να γνωρίζουν τον πατέρα του παιδιού, που σημαίνει ότι δεν επιθυμούν σαρκική συνάφεια; Συγχωρείται η χρησιμοποίηση της μεθόδου αυτής για να αποκτήσουν τέκνα ζεύγη ομοφυλοφίλων;

■ Πώς μπορεί να είναι κανείς βέβαιος ότι η τεχνική γονιμοποίηση στα χέρια μιας αδίστακτης «πολιτικής κλίκας» δεν θα χρησιμοποιηθεί για την δημιουργία μιας «Νέας Τάξης» προσώπων και πραγμάτων; Ποιος μπορεί να είναι βέβαιος ότι η μέθοδος των «δανεικών μητέρων» δε θα εξελιχθεί σε ένα προσοδοφόρο επάγγελμα, το οποίο με την ταυτόχρονη εμπορευματοποίηση των γαμετών, θα αλλοιώσει όχι μόνον την έννοια του γάμου, αλλά και τις σχέσεις γονέων και τέκνων και συνακόλουθα, θα μεταβάλλει την έννοια του ανθρώπου και της οικογένειας και την δομή της ανθρώπινης κοινωνίας;

Συμπερασματικά, είναι υποχρέωση όλων μας να αναρωτηθούμε τι είδους κοινωνία θα συγκροτήσουν αυτά τα παιδιά της τεχνητής γονιμοποίησης με τα ψυχολογικά και άλλα προβλήματα που θα κουβαλάνε μαζί τους.

ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΑ

Αυστηροί έλεγχοι δειγμάτων στα περισσότερα εργαστήρια της Ελλάδας. Επιτροπές ασχολούνται με τα νομικά προβλήματα.

Ο θόρυβος που ξέσπασε στη Βρετανία μετά την αποκάλυψη ότι ένα ζεύγος λευκών, το οποίο κατέφυγε σε κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προκειμένου να τεκνοποιήσει, απέκτησε έγχρωμα δίδυμα από λάθος των ειδικών κατά την διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης

δημιουργεί ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια τέτοιου είδους μεθόδων. Πολλοί σκέφτονται ότι το ζεύγος των Βρετανών ίσως στάθηκε τυχερό μέσα στην "ατυχία" του λάθους που κλήθηκε να αντιμετωπίσει. Και αυτό γιατί το διαφορετικό χρώμα των τέκνων του επέτρεψε στην αλήθεια να αποκαλυφθεί. Τι θα γινόταν αν τα έμβρυα ανήκαν σε άλλους γονείς αλλά ήταν του ίδιου χρώματος; Είναι πιθανόν να συμβεί συχνά ένα τέτοιο λάθος όπως το "μπέρδεμα" που στη Βρετανία οδηγεί ένα ζεύγος που θα έπρεπε να χαίρεται τη νέα του οικογένεια στο δικαστήριο; Και τι συμβαίνει στη χώρα μας σε ό,τι αφορά την εξωσωματική γονιμοποίηση;

Είναι αξιοσημείωτο ότι το λάθος διεπράχθη στη Βρετανία η οποία έχει και το αυστηρότερο νομοθετικό πλαίσιο πάνω στην εξωσωματική γονιμοποίηση μαζί με την Αυστραλία και τις ΗΠΑ.

ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Οι εξελίξεις στην Ιατρική και τη Γενετική προκαλούν ελπίδες στους ανθρώπους, προκαλούν όμως φόβους και επιφυλάξεις. Το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει τεθεί πολλές φορές για συζήτηση στα δικαστήρια σχεδόν όλων των κρατών. Για το λόγο αυτό έχουν θεσπιστεί νόμοι που ρυθμίζουν το θέμα.

Στις Η.Π.Α., τη Μ. Βρετανία, τη Γερμανία, την Ελβετία και την Αυστρία αναγνωρίζεται η ύπαρξη θεμελιώδους δικαιώματος αποκτήσεως παιδιών με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, φυσικά τα όρια αυτού του δικαιώματος καθορίζονται με νόμους.

Στην **Αυστριακή** θεωρία το δικαίωμα αναπαραγωγής συνάγεται από το άρθρο 12 της ΕΣΔΑ, στο οποίο προβλέπεται η ελευθερία συνάψεως γάμου και ιδρύσεως οικογένειας και υποστηρίζεται ότι κατοχυρώνεται μόνον υπέρ του ζεύγους. Ο αυστριακός νόμος του 1992 περί αναπαραγωγής ορίζει ότι *ο σύζυγος πρέπει να δώσει τη γραπτή συναίνεσή του για την ομόλογη γονιμοποίηση της συζύγου του, για δε την ετερόλογη πρέπει να συνταχθεί δικαστικό πρωτόκολλο ή συμβολαιογραφική πράξη*. Οι προϋποθέσεις αυτές (πρωτόκολλο ή συμβολαιογραφική πράξη) απαιτούνται από τον σύντροφο (στην περίπτωση του συμβιούντος ζεύγους), και για την ομόλογη και για την ετερόλογη γονιμοποίηση. Στον Αυστριακό ΑΚ προστέθηκε η παράγραφος 156 α, με την οποία *δεν επιτρέπεται αμφισβήτηση της πατρότητας, εάν υπάρχει έγκυρη συναίνεση*.

Ο **Αγγλικός** νόμος περί Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας του 1990 (Human Fertilisation and Embryology Act) ρυθμίζει τις περιπτώσεις υποβοηθουμένης τεκνοποιίας κατ' αρχήν μόνον μεταξύ εγγάμων ή συμβιούντων ατόμων και προβλέπει προϋποθέσεις, ούτως ώστε να μην επιτρέπεται αμφισβήτηση της πατρότητας (άρθρα 27 και 28). Στο δε άρθρο 13 παρ. 5 του νόμου ορίζεται ότι "μία γυναίκα υποβάλλεται σε θεραπεία, αφού ληφθεί υπόψη η ευημερία των παιδιών που μπορεί να γεννηθούν ως αποτέλεσμα αυτής της θεραπείας, (συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης αυτών των παιδιών για πατέρα) και η ευημερία οποιουδήποτε άλλου παιδιού μπορεί να επηρεάζεται από τη γέννηση". Ως "ανάγκη του παιδιού για πατέρα" εννοείται μάλλον η ανάγκη του "κοινωνικού πατέρα", ο οποίος θα αναλάβει τις σχετικές υποχρεώσεις.

Το πιθανολογούμενο συμφέρον του παιδιού αναφέρεται ρητά και στον **Σουηδικό** νόμο περί γονιμοποιήσεως του 1984, παρ. 3: *Επιτρέπεται η γονιμοποίηση, μόνον εάν μπορεί να συναχθεί ότι το προσδοκώμενο παιδί θα μεγαλώσει σε ευνοϊκές συνθήκες*. Εάν ο ιατρός αρνείται τη θεραπεία γονιμοποιήσεως, τότε οι σύζυγοι ή οι σύντροφοι μπορούν να ζητήσουν από την Διεύθυνση Κοινωνικών Υπηρεσιών να εξετάσει την υπόθεση. Ο **νορβηγικός** νόμος 68 του 1987 αναφέρεται μόνο σε εγγάμους.

Από ανάλογη αντίληψη εμφορείται και ο **Γαλλικός** νόμος (άρθρο 152 -2 του Κώδικος περί Υγείας), όπου αναφέρεται ότι *δικαιούνται να ζητήσουν ιατρική συνδρομή τα ζεύγη εγγάμων ή συμβιούντων ατόμων (για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο ετών), εφόσον έχουν δώσει προηγουμένως τη συναίνεσή τους και έχουν ηλικία κατάλληλη για τεκνοποιία*.

Στην **Ελβετία** προστέθηκε το άρθρο 119 στο Ομοσπονδιακό Σύνταγμα μετά από δημοψήφισμα, το 1992. Στο άρθρο αυτό περιλαμβάνονται οι γενικές αρχές που διέπουν τη γενετική τεχνολογία και την ιατρική της αναπαραγωγής. Στην πρώτη παράγραφο τίθεται ως γενική αρχή ότι : " Ο άνθρωπος και το περιβάλλον του προστατεύονται έναντι καταχρήσεων της τεχνολογίας της

αναπαραγωγής και της γενετικής τεχνολογίας". Στην δε τρίτη διάταξη της δευτέρας παραγράφου ορίζεται ότι : "Οι διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επιτρέπεται να εφαρμόζονται μόνον, όταν δεν είναι δυνατόν να καταπολεμάται κατ' άλλον τρόπο η στείρωση ή ο κίνδυνος μεταδόσεως βαρείας ασθένειας, όχι όμως για να αποκτήσει το παιδί συγκεκριμένες ιδιότητες ή για ερευνητικούς σκοπούς. Η γονιμοποίηση ανθρωπίνων ωαρίων εκτός του ανθρωπίνου σώματος επιτρέπεται μόνον βάσει των όρων που θα ρυθμισθούν με νόμο. Εκτός του γυναικείου σώματος επιτρέπεται να εξελιχθούν τόσα μόνον ωάρια σε έμβρυα, όσα μπορούν αμέσως να εμφυτευθούν".

Ο πρόσφατος **Ελβετικός** νόμος περί Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του 1998 ορίζει στο άρθρο 3, παρ. 2 και 3, ότι η ομόλογη γονιμοποίηση επιτρέπεται σε έγγαμο και συμβιούντα ζεύγη, εφόσον αυτά λόγω της ηλικίας τους και της προσωπικής τους καταστάσεως παρέχουν τα εχέγγυα ότι είναι σε θέση να αναθρέψουν ένα παιδί μέχρι της ενηλικιώσεως. Η ετερόλογη γονιμοποίηση μέσω δότη σπέρματος επιφυλάσσεται μόνον στα έγγαμα ζεύγη. Προμετωπίδα του Ελβετικού νόμου αποτελεί η αρχή: Το συμφέρον του παιδιού.

Η Ελβετία είναι η πρώτη χώρα, στην οποία προστέθηκε συνταγματική ρύθμιση για τα θέματα αυτά, η δε πρόταση ψηφίσθηκε σε ποσοστό 73,8% από τον ελβετικό λαό.

Ρητή αναφορά στο δικαίωμα της γυναίκας να προσφύγει στην ιατρική συνδρομή υπάρχει στον **Ισπανικό** νόμο του 1988, μετά από γραπτή συναίνεσή της και αφού έχει ενημερωθεί ως προς τις πιθανές επιπλοκές της εγκυμοσύνης της και τους κινδύνους για τους απογόνους της. Κατά περίεργο τρόπο, πάντως, στο νόμο ορίζεται ρητά ότι πρόκειται για θεραπείες καταπολεμήσεως της στείρωσης και συνεπώς αναφέρονται σε προβλήματα του ζεύγους.

Ρητή απαγόρευση της γονιμοποιήσεως με σπέρμα νεκρού υπάρχει στον **Γερμανικό** νόμο περί προστασίας του εμβρύου, άρθρο παρ. 4 διατ.3. Έμμεση απαγόρευση συνάγεται και από τον **Αυστριακό** νόμο, η απαγόρευση θεωρείται δικαιολογημένη και από το **Ελβετικό** Συνταγματικό Δικαστήριο, η απαγόρευση, προβλέπεται και στη **Σουηδική** Σύσταση του 1989. Στον **Νορβηγικό** Νόμο του 1994 επιτρέπεται η γονιμοποίηση της γυναίκας μόνον εάν είναι έγγαμος ή συζεί με ένα άνδρα, υπάρχει δε η γραπτή συναίνεση και των δύο. Την προϋπόθεση της υπάρξεως ζεύγους δέχεται και ο Γαλλικός νόμος 94-654 του 1994 βάσει του άρθρου 152-2 του Κώδικος περί Δημοσίας Υγείας.

Περισσότερο ελαστικές διατάξεις έχει ο **Ισπανικός** νόμος 35 του 1988 (άρθρο 9) και ο **Αγγλικός** νόμος του 1990, στον οποίο ορίζεται ότι *θα είναι δυνατή η γονιμοποίηση με σπέρμα νεκρού, εφόσον έχει δώσει προηγουμένως τη συναίνεσή του.*

Πρόσφατη αγγλική υπόθεση σχετικά με το θέμα αυτό αναφέρεται στην επιθυμία γυναίκας να γονιμοποιηθεί με το σπέρμα του συζύγου της, ο οποίος ασθένησε αιφνιδίως από μηνιγγίτιδα και απεβίωσε. Ενώσω ευρισκόταν σε κώμα, η γυναίκα ζήτησε να ληφθεί σπέρμα για να γονιμοποιηθεί από αυτό. Η αρμοδία Αρχή απήντησε αρνητικώς, με το επιχείρημα ότι η λήψη και αποθήκευση

σπέρματος επιτρέπεται μόνον εάν ο σύζυγος/σύντροφος έχει δώσει ρητώς την συναίνεσή του, πράγμα που δεν υφίστατο στην συγκεκριμένη περίπτωση. Επιπλέον η Αρχή απήντησε αρνητικώς στο αίτημα της γυναίκας να λάβει σπέρμα και να υποβληθεί σε τεχνητή γονιμοποίηση σε άλλη χώρα. Πρωτοδίκως το Δικαστήριο δεν έκανε δεκτό το αίτημά της, στην κατ' έφεση δίκη, όμως, το Εφετείο σύστησε στην Αρχή να επανεξετάσει το θέμα, κατ' εξαίρεση, με το επιχείρημα ότι η απόφαση της Αρχής ήταν αντίθετη με το άρθρο 59 της Συνθήκης της Ρώμης, που επιτρέπει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε άλλα κράτη. Η Αρχή, όμως, επανεξέτασε την υπόθεση και δέχθηκε να επιτρέψει τη λήψη σπέρματος και την μεταφορά του σε άλλο κράτος, και συγκεκριμένα στο Βέλγιο, με σκοπό την γονιμοποίηση της γυναίκας εκεί, λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική προϋπόθεση που διέπει την αγγλική νομοθεσία, ότι δηλαδή πρέπει να είναι προς το συμφέρον του παιδιού.

Η ρύθμιση δέχθηκε οξυτάτη κριτική διότι με την επίκληση του ευρωπαϊκού δικαίου καταστρατηγήθηκαν διατάξεις και του αγγλικού και του βελγικού δικαίου, δεδομένου ότι το μεν αγγλικό δίκαιο απαγορεύει την λήψη σπέρματος χωρίς προηγουμένη άδεια, το δε βελγικό επιτρέπει τις ιατρικές επεμβάσεις μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς: Στην συγκεκριμένη περίπτωση, όμως, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι η λήψη σπέρματος αποτελεί θεραπευτικό μέσο για το κώμα (!!).

Ειδικά προβλήματα που συνδέονται με τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Ως προς την ομόλογη και την ετερόλογη γονιμοποίηση, συνταγματικής φύσεως προβλήματα δεν φαίνεται να υπάρχουν. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια ειδικά προβλήματα:

- **1. Γονιμοποίηση με σπέρμα αποθανόντος συζύγου**
- **2. Κυοφορία εμβρύου από τη σύζυγο, μετά το θάνατο του συζύγου**
- **3. Επιλογή ορισμένου σπέρματος**
- **4. Δωρεά ωαρίων**

■ Το θέμα εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη Γαλλία το 1984. Μια χήρα έκανε αίτηση να παραλάβει το σπέρμα, του αποθανόντος συζύγου, που είχε καταθέσει στην κρατική Τράπεζα σπέρματος.

Η **Γαλλία** απαγορεύει ρητά τη γονιμοποίηση με σπέρμα αποθανόντος συζύγου. Στη Γαλλία υποστηρίχθηκε ότι δεν θα έπρεπε να γεννιούνται "προγραμματισμένα" ορφανά παιδιά και να επιτρέπεται η εγωιστική ικανοποίηση της χήρας, της διαιώνισης της σχέσης της με τον αποθανόντα, μέσω του παιδιού. Στην **Αγγλία** η γονιμοποίηση με σπέρμα αποθανόντος ισχύει υπό όρους. Η αγγλική επιτροπή Warnock υποστήριξε ότι το παιδί που θα συλληφθεί μετά το θάνατο του πατέρα του δεν θα πρέπει να συμπεριληφθεί στην κληρονομιά.

Στην **Αμερική**, αν και 10 χρόνια μετά την απόφαση της Αγγλίας, εκδόθηκε η ίδια απόφαση. Υποστηρίχθηκε ότι φορείς των θεμελιωδών δικαιωμάτων είναι μόνο οι **ζωντανοί άνθρωποι**. Το

δικαίωμα του ανθρώπου να αποκτήσει παιδιά είναι προσωπικό θέμα, δεν είναι δυνατόν όμως να ασκείται μετά θάνατον.

■ Και αυτό το θέμα εμφανίστηκε στη *Γαλλία*, επρόκειτο για μια περίπτωση στην οποία είχαν καταψυχθεί έμβρυα, τα οποία προορίζονταν να χρησιμοποιηθούν από το ίδιο το ζεύγος. Η σύζυγος κάποια στιγμή συνέλαβε και στη συνέχεια απέβαλε, ο σύζυγος όμως πέθανε σε ατύχημα καθώς πήγαινε στο νοσοκομείο που ήταν η γυναίκα του. Το πρόβλημα που δημιουργήθηκε αφορούσε στο εάν θα επιτρεπόταν στη σύζυγο να αποκτήσει παιδιά με το σπέρμα του αποθανόντος συζύγου της.

Η απάντηση στο θέμα δόθηκε από ένα νομοθέτη, ο οποίος υιοθέτησε τη νομολογία του δικαστηρίου του Rennes. Σύμφωνα με το νόμο, σε περίπτωση θανάτου ενός μέλους του ζεύγους, ζητείται από το μέλος εν ζωή γραπτή συμφωνία για την παραχώρηση των διατηρηθέντων εμβρύων σε άλλο ζεύγος.

Στο **Ισραήλ** επιτρέπεται η κυοφορία εμβρύου, για τη δημιουργία του οποίου χρησιμοποιήθηκε σπέρμα του αποθανόντος συζύγου. Ορίζεται ότι το έμβρυο εμφυτεύεται στη γυναίκα ένα χρόνο τουλάχιστον μετά τη γονιμοποίηση. Θα πρέπει να υπάρχει επίσης μία έκθεση από κοινωνικό λειτουργό με την οποία υποστηρίζεται το αίτημα.

■ Ένα άλλο πρόβλημα που δημιουργήθηκε είναι η επιλογή ορισμένου σπέρματος, η επιλογή δηλαδή σπέρματος από ευφείς και με υψηλό δείκτη νοημοσύνης κατόχους. Ανησυχία προκάλεσε η Τράπεζα σπέρματος στις Η.Π.Α. που διαθέτει σπέρμα κατόχων με συγκεκριμένες ιδιότητες, ατόμων για παράδειγμα με βραβεία Νόμπελ, ειδικά υψηλό δείκτη νοημοσύνης.

Στην **Ελβετία** δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται οι νέες μέθοδοι για να αποκτήσει το παιδί συγκεκριμένες ιδιότητες.

Σε γενικές γραμμές, η μέθοδος αυτή δεν επιτρέπεται σε πολλά κράτη.

■ Όσον αφορά στο θέμα της *δωρεάς ωαρίων* υπάρχουν διαφοροποιήσεις.

Στην **Ελβετία** υποστηρίζοντας την ισότητα ανδρών και γυναικών, επιτρέπουν τη δωρεά ωαρίων από τη στιγμή που επιτρέπεται και η δωρεά σπέρματος.

Στην **Αγγλία** επιτρέπεται, επίσης η δωρεά ωαρίων με τη χορήγηση ειδικής άδειας.

Στο **Ισραήλ** επιτρέπεται η δωρεά ωαρίου, το οποίο προέρχεται από ασθενή, η οποία υποβάλλεται σε θεραπεία κατά της στειρότητας και μετά από έγκριση του θεράποντος ιατρού.

Επειδή τίθεται το θέμα της διασπάσεως της μητρότητας, η **Γερμανία** και η **Αυστρία**, απαγορεύουν τη δωρεά ωαρίων. Θεωρείται ότι θα πρέπει πρώτα από όλα να προστατευτεί το ίδιο το παιδί από τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει όταν θα πληροφορηθεί για το ποια είναι η φυσική

μητέρα του και για τον τρόπο γέννησής του. Ο γερμανικός νόμος ορίζει ότι η δωρεά ωαρίων τιμωρείται με φυλάκιση έως τριών ετών ή με χρηματική ποινή. Το ίδιο ισχύει και στην Αυστρία, ο ιατρός όμως δεν διώκεται ποινικά για την πράξη διότι θεωρείται διοικητική παράβαση

Απαγόρευση της δωρεάς ωαρίων έχουμε στη *Σουηδία* και τη *Νορβηγία*, επίσης.

Νομική προσέγγιση του θεσμού της δανεικής μητέρας ή της υποκατάστατης μητρότητας.

Στις Η.Π.Α υπάρχει μεγάλη ποικιλία νομικών διαδικασιών στο θεσμό της υποκατάστατης μητρότητας. Κάποιες πολιτείες μέσω των νομοθεσιών τους αποκλείουν κάθε τύπο του θεσμού. Άλλες τον αποδέχονται υπό κάποιες προϋποθέσεις, επιτρέποντας την κατάρτιση επίσημης συμφωνίας μεταξύ του ζευγαριού και της γυναίκας που πρόκειται να κυοφορήσει για λογαριασμό του, η οποία όμως δεν θα περιέχει ως όρο καμία οικονομική συναλλαγή και άλλες αποφεύγουν να νομοθετήσουν πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Ειδικότερα, η **Αριζόνα**, η **Ιντιάνα**, Η **Β.Ντακότα** θεωρούν άκυρες τις συμφωνίες μεταξύ του ζεύγους και της γυναίκας, χωρίς να διαχωρίζουν σε συμφωνίες με οικονομικό αντάλλαγμα ή σε συμφωνίες χωρίς οικονομική συναλλαγή. Η **Νέα Υόρκη**, η **Γιούτα**, το **Κεντάκι**, η **Λουϊζιάνια**, η **Νεμπράσκα** και η **Ουάσιγκτον** αποδέχονται τις συμφωνίες στις οποίες δεν συμφωνείται οικονομική συνδιαλλαγή. Στη **Φλόριντα**, το **Νιου Χαμσάιερ** και τη **Βιρτζίνια** επιτρέπονται τα συμβόλαια με τα οποία η γυναίκα που κυοφορεί θα λαμβάνει ένα χρηματικό ποσό, το οποίο θα εξαντλείται μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης για την κάλυψη των αναγκαίων εξόδων.

Στην **Καλιφόρνια**, το κέντρο τέτοιων συναλλαγών, επιτρέπεται η σύνταξη συμφωνιών στο πλαίσιο της εφαρμογής του θεσμού της παρένθετης μητέρας, με δυνατότητα καταβολής οικονομικού ποσού στη γυναίκα που θα κυοφορήσει. Στην Καλιφόρνια πραγματοποιούνται περίπου 1000 γεννήσεις το χρόνο με τη συγκεκριμένη μέθοδο.

Στην Αμερική υπάρχουν παρά πολλά γραφεία σύναψης τέτοιων συμφωνιών, καθώς και χιλιάδες γυναίκες που έναντι αμοιβής προσφέρονται να κυοφορήσουν παιδιά άλλων γυναικών. Μάλιστα, ορισμένες από τις γυναίκες αυτές διαθέτουν την προσωπική τους ιστοσελίδα.

Η **Μ. Βρετανία** είναι η πρώτη χώρα που θέσπισε νόμο για την παρένθετη μητρότητα αλλά και για τις συμφωνίες που πραγματοποιούνται πριν ακόμα καταστεί έγκυος η γυναίκα θα κυοφορήσει. Σύμφωνα με το νόμο αυτό αδίκημα θεωρείται η διαπραγματεύση μίας συμφωνίας τέτοιου είδους σε εμπορική βάση. Το 1990, όμως, η Βουλή των Λόρδων αποδέχτηκε το νόμο περί ανθρωπίνης γονιμοποίησης και εμβρυολογίας, σύμφωνα με τον οποίο το δικαστήριο μπορεί να κηρύξει το ζευγάρι που αντιμετώπιζε πρόβλημα αναπαραγωγής ως νόμιμους γονείς παιδιού που θα γεννιόταν με την τεχνική της δανεικής μήτρας, βεβαίως μετά από αίτησή τους. Σύμφωνα με την αγγλική νομοθεσία, οι υποψήφιοι γονείς πρέπει να τηρούν ορισμένες προϋποθέσεις :

- να έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους
- να είναι παντρεμένοι και τουλάχιστον ένας από τους δύο να ζει στη Μ. Βρετανία
- ένας από τους υποψήφιους γονείς θα πρέπει να συνδέεται γενετικά με το παιδί, χωρίς όμως η εγκυμοσύνη να προέκυψε από φυσιολογική σεξουαλική συνεύρεση με τη γυναίκα που δέχτηκε να κυοφορήσει
- το παιδί πρέπει ήδη να ζει με το υποψήφιο ζευγάρι
- να μην υπάρχει οικονομική συναλλαγή με τη γυναίκα που δέχτηκε να κυοφορήσει το παιδί, θα πρέπει όμως να καλύψουν τα έξοδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επίσης, υπάρχει ένας επίτροπος ο οποίος επιβεβαιώνει ότι το ζευγάρι πληροί τις προϋποθέσεις. Όλα τα γραφεία που ασχολούνται με τέτοιου είδους συμφωνίες και φέρνουν τα ζευγάρια σε επαφή με τις γυναίκες που προθυμοποιούνται να κυοφορήσουν, πρέπει να δουλεύουν αφίλοκερδώς. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η εμπορευματοποίηση του θεσμού της παρένθετης μητρότητας.

Κατά το αγγλικό νομικό σύστημα, αδίκημα θεωρείται η διαφήμιση με την οποία αναζητούνται γυναίκες που θα ήθελαν να κυοφορήσουν καθώς αδίκημα θεωρείται και προσφορά των γυναικών αυτών από εφημερίδες, περιοδικά ή μέσω του τύπου. Τέλος αδίκημα διαπράττει και ο εκδότης του περιοδικού ή της εφημερίδας που καταχωρεί αυτού του είδους τις διαφημίσεις, αλλά και ο κομιστής της είδησης.

Από το νόμο ορίζεται ότι *η γυναίκα που κυοφορεί το παιδί θεωρείται η μητέρα του*, είτε συνδέεται γενετικά μαζί του είτε όχι. Η γυναίκα που αντιμετωπίζει πρόβλημα αναπαραγωγής, ακόμα και αν χρησιμοποιήθηκαν ωάρια της δεν θεωρείται η μητέρα του παιδιού. *Πατέρας θεωρείται ο σύζυγος της γυναίκας που κυοφόρησε το παιδί*, εκτός αν υποστηρίξει ότι δεν έδωσε τη συναίνεσή του σε όλη τη διαδικασία. Στην περίπτωση που η γυναίκα δεν είναι παντρεμένη πατέρας θεωρείται αυτός που το σπέρμα του χρησιμοποιήθηκε στη γονιμοποίηση. Μετά τη γέννηση του παιδιού, εάν η γυναίκα φυσικά επιθυμεί να το παραδώσει, το ζευγάρι παίρνει το παιδί μέσω της υιοθεσίας.

Στη **Γερμανία** και την **Αυστρία** απαγορεύεται ο θεσμός της παρένθετης μητρότητας, μάλιστα υπάρχουν και ποινικές κυρώσεις.

Στη **Γαλλία** το θέμα της υποκατάστατης μητέρας ήρθε πολλές φορές στη δημοσιότητα. Παρ'όλα αυτά ο πρόσφατος γαλλικός νόμος απαγόρευσε την προσφυγή σε υποκατάστατες μητέρες, για να ελέγξει το σύνολο των προβλημάτων που δημιουργούνται.

Στο **Ισραήλ** ο νόμος για την παρένθετη μητρότητα θεσπίστηκε το 1996. Σύμφωνα με το νόμο γυναίκες που είναι απόλυτα υγιείς μπορούν να κυοφορήσουν για λογαριασμό ζεύγους που έχει πρόβλημα γονιμότητας. Υπογράφεται ένα συμβόλαιο, η πράξη αυτή πραγματοποιείται επ'αμοιβή και το παιδί γεννιέται σε κρατικά ισραηλινά νοσοκομεία.

Το Ισραήλ είναι η μόνη χώρα όπου ορίζεται από την Κυβέρνηση μία επιτροπή η οποία ελέγχει κατά πόσο υπάρχουν οι προϋποθέσεις που ορίζονται, για το θεσμό της παρένθετης μητρότητας. Η επιτροπή επιλέγεται από το Υπουργείο Υγείας. Όλοι οι εμπλεκόμενοι στη μέθοδο αυτή θα πρέπει να καταθέσουν στην επιτροπή τα ποινικά τους μητρώα, τα ιατρικά πιστοποιητικά τους, που διαβεβαιώνουν την ανικανότητα αναπαραγωγής (του ζεύγους), αλλά και την ικανότητα απόκτησης απογόνων (της γυναίκας που αποδέχεται να κυοφορήσει). Εξετάζονται, επίσης, για σωματικές και ψυχικές ασθένειες. Τα άτομα με βεβαρημένο ποινικό μητρώο θεωρούνται ακατάλληλοι γονείς. Στο συμβόλαιο καταγράφεται η ιατρική αγωγή που θα λάβει η κυοφόρος γυναίκα, η πρόθεσή της να απέχει από ναρκωτικές ουσίες, οινόπνευματώδη ποτά και τσιγάρα, η αποδοχή της να υποβληθεί σε κάθε είδους εξέταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μέχρι και σε άμβλωση αν το έμβρυο πάσχει από σοβαρή ασθένεια ή ανωμαλία. Στο συμβόλαιο, επίσης, η γυναίκα που θα κυοφορήσει δηλώνει ότι μέχρι τη γέννηση του παιδιού δέχεται να σταματήσει την εργασία της καθώς και την σεξουαλική επαφή με το σύζυγό της.

Από όσα προαναφέραμε φάνηκε ότι υπάρχουν παρά πολλά κράτη που απαγορεύουν το θεσμό της υποκατάστατης μητρότητας, όπως η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία και η πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών.

Αντίθετα στην Ελλάδα, την Αγγλία, το Ισραήλ και αρκετές πολιτείες της Αμερικής μέσω των νόμων που έχουν θεσπιστεί αποδέχονται το θεσμό.

Όσον αφορά στις ισχύουσες νομικές διατάξεις των υπολοίπων Ευρωπαϊκών κρατών καθώς επίσης και της Αμερικής, συνοπτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής:

➡ Σχετικά με τα **θέματα ορολογίας** η Αγγλία (1990), Γερμανία (1990), Γαλλία (1994) και Ελβετία (1998) χρησιμοποιούν τον όρο «έμβρυο». Η Ισπανία (1988) τον όρο «προέμβρυο». Και τέλος, η Αυστρία (1994) υιοθετεί τον όρο «ικανό προς ανάπτυξη ωάριο».

➡ Η **ετερόλογη γονιμοποίηση** και η τεκνοποίηση άγαμης μητέρας, επιτρέπονται στην Αγγλία, Γαλλία, Ελβετία, Ισπανία, Γερμανία, Αυστρία, Νορβηγία μόνο μεταξύ εγγάμων και συμβιούντων ατόμων. Στις νομοθεσίες των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών γίνεται σαφής ή και εκτενής αναφορά στο συμφέρον του παιδιού (Αγγλία, Ελβετία).

➡ Η **γονιμοποίηση με σπέρμα αποθανόντος συζύγου** απαγορεύεται άμεσα στη Γερμανία και Ιταλία. Αντίθετα στην Αυστρία, Νορβηγία, Ελβετία και Γαλλία έχουμε έμμεση απαγόρευση. Στην Ισπανία και Αγγλία ισχύει υπό όρους.

➡ Ο **θεσμός της παρένθετης μητρότητας** απαγορεύεται στη Γερμανία, Ιταλία, Αυστρία, Νορβηγία, Ελβετία και Γαλλία, ενώ στην Αγγλία και το Ισραήλ επιτρέπεται υπό όρους.

➔ Σχετικά με τα **κρυοσυντηρημένα έμβρυα**, ο Ελβετικός νόμος επιτρέπει να εξελιχθούν σε έμβρυα μόνον όσα ωάρια μπορούν να εμφυτευθούν. Συνεπώς δεν συνεπάγεται πλεονάζοντα έμβρυα. Κάτι τέτοιο όμως δεν είναι άμοιρο συνεπειών, διότι προκαλεί μαζική έξοδο των ενδιαφερομένων γυναικών σε γειτονικές χώρες στις οποίες η ιατρική διαδικασία δεν υπόκειται σε τόσους περιορισμούς

ΝΕΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ.

Ένα από τα πιο **σύγχρονα νομοθετικά πλαίσια**, που διέπει τους κανόνες εξωσωματικής γονιμοποίησης, πρόκειται να αποκτήσει η χώρα μας με σχέδιο νόμου του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το προσχέδιο νόμου για την «Εφαρμογή των μεθόδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», εστάλη την 1^η Νοεμβρίου του 2004 στην Εκκλησία της Ελλάδος, στους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας και στην Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία προκειμένου να υποβάλλουν τις προτάσεις τους.

Σημειωτέον, ότι η χώρα μας ήταν η μόνη χώρα της Ευρώπης στην οποία δεν υπήρχε θεσμικό πλαίσιο που να διέπει αυτές τις διαδικασίες. Με το σημαντικό αυτό νομοθέτημα μπαίνουν αυστηρές προδιαγραφές, που διασφαλίζουν την ασφάλεια και την υγεία τόσο των ζευγαριών όσο και των παιδιών που πρόκειται να γεννηθούν.

■ Παράλληλα, ανοίγει ο δρόμος για την κάλυψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης από τα ασφαλιστικά ταμεία. Προτείνεται, να καλυφθούν οι οικονομικά αδύνατοι και οι ανασφάλιστοι από την Πρόνοια.

Καθώς επίσης, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για τη δημιουργία Κέντρων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, δηλαδή στα Κέντρα Υγείας και στα πολυϊατρεία του ΙΚΑ.

■ Στο προτεινόμενο σχέδιο προβλέπεται μεταξύ άλλων όριο ηλικίας για τα ζευγάρια που πρόκειται να υποβληθούν σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το οποίο προσδιορίζεται «μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου» (ανώτατο όριο για την γυναίκα είναι το 55^ο έτος).

■ Προκειμένου, μάλιστα, να αποφευχθούν οι πολύδυμες κυήσεις, οι οποίες εγκυμονούν κινδύνους για τα παιδιά, περιορίζεται ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται στη μήτρα σε δύο ή τρία, ανάλογα με την ποιότητά τους και την ηλικία της γυναίκας. Μέχρι 37 ετών έως 2 έμβρυα, έως 40 ετών μέχρι 3 έμβρυα και άνω των 40 ετών μέχρι και 4 έμβρυα.

- Επίσης, προβλέπεται η ίδρυση Τραπεζών Κρυσσυντήρησης για την κατάψυξη και τη φύλαξη γεννητικού υλικού, ενώ τίθενται αυστηρές προϋποθέσεις για τη θεμιτή διακίνηση γεννητικού υλικού γονιμοποιημένων ωαρίων και βιολογικών συστατικών.
- Παράλληλα, διευκρινίζονται οι προϋποθέσεις για τη διάθεση των εμβρύων –τα οποία δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν –είτε σε υπογόνιμα ζευγάρια είτε για ερευνητικούς σκοπούς.
- Μπαίνουν αυστηρές προδιαγραφές για να διασφαλιστεί η ψυχική και σωματική υγεία των δοτών σπέρματος και ωαρίων. Διευκρινίζεται ότι δεν επιτρέπεται να συμμετέχουν στη γέννηση περισσότερων από δέκα παιδιών, προκειμένου να αποτραπούν οι περιπτώσεις αιμομειξίας. Η επιλογή των ληπτών επιτρέπεται να γίνει με βάση τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά τους για να μοιάζει το παιδί που θα γεννηθεί με το ζευγάρι.
- Επίσης, προβλέπεται ο έλεγχος της ψυχολογικής κατάστασης της «παρένθετης» μητέρας, η οποία πρόκειται να κυοφορήσει το έμβρυο, καθώς και του υπογόνιμου ζευγαριού.
- Στο άρθρο 3 του σχεδίου νόμου διασφαλίζεται η δυνατότητα επίτευξης εγκυμοσύνης μετά το θάνατο του συζύγου με τη χρησιμοποίηση του κρυσσυντηρημένου γεννητικού του υλικού.

Σύμφωνα με το προσχέδιο νόμου προβλέπονται και τα παρακάτω:

- Ο δότης σπέρματος πρέπει να είναι κάτω των 40 ετών και η δότρια ωαρίων κάτω των 35 ετών.
- Απαγορεύεται η χρήση νωπού σπέρματος δότη.
- Προβλέπεται η δυνατότητα επιστημονικής έρευνας σε γονιμοποιημένα ωάρια που δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για επίτευξη εγκυμοσύνης. Για τη διεξαγωγή της έρευνας απαιτείται άδεια από την αρχή.
- Επιτρέπεται η μεταφορά γεννητικού υλικού από χώρα σε χώρα.
- Ιδρύεται Εθνική Αρχή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής με αρμοδιότητες αποφασιστικές, εποπτικές γνωμοδοτικές και ελεγκτικές.
- Θεσπίζονται αυστηρές ποινικές και διοικητικές κυρώσεις για όσα κέντρα παραβαίνουν τους κανόνες λειτουργίας.
- Οι ποινές κυμαίνονται από φυλάκιση 3 μηνών μέχρι 15 ετών.

Όπως εκτιμά ο πρόεδρος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Εταιρειών Γονιμότητας καθηγητής του ΑΠΘ, Βασίλης Ταρλατζής, το συγκεκριμένο σχέδιο νόμου θέτει όλες τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την προστασία των υπογόνιμων ζευγαριών στη χώρα μας.

«Πρόκειται για μία πολύ σημαντική πρωτοβουλία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ν. Κακλαμάνη, με την οποία η χώρα μας θα αποκτήσει μία από τις πιο σύγχρονες νομοθεσίες στην Ευρώπη», σχολιάζει ο κ. Ταρλατζής.



Αφού αναφερθήκαμε στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και στο νομικό πλαίσιο της χώρας μας, και των άλλων κρατών, παρακάτω θα καταγράψουμε τις απόψεις – θετικές και αρνητικές- της ορθόδοξης εκκλησίας, της επιστήμης της ιατρικής και της ψυχολογίας σχετικά με το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ειδικότερα στα ηθικά προβλήματα – διλήμματα που προκύπτουν.

Στη συνέχεια θα παραθέσουμε κάποια ενδιαφέροντα περιστατικά.

ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ.

Η έννοια της ορθόδοξης βιοηθικής κατά την άποψη του πρεσβύτερου Αναστάσιου Τελεβάντου - Βιοχημικού, θεολόγου, εκπαιδευτικού.

Η αρχαία ρήση του Πλάτωνα: «Η Επιστήμη χωριζόμενη αρετής, πανουργία άλλ' ου σοφία φαίνεται», είναι επίκαιρη σήμερα όσο ποτέ άλλοτε, με την ραγδαία ανάπτυξη των επιστημονικών ανακαλύψεων και την εμφανή έλλειψη ηθικής από τους χρήστες της. Βλέπουμε λοιπόν διαμαρτυρίες για τη μόλυνση του περιβάλλοντος για τα τεράστια ποσά που σπαταλούνται για πολεμικούς εξοπλισμούς και τον κίνδυνο μιας παγκόσμιας πυρηνικής σύρραξης και τελευταίως για τα ηθικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και νομικά προβλήματα που δημιουργούνται από τη ραγδαία πρόοδο της Ιατρικής, ιδιαίτερα σε ό,τι έχει σχέση με την αρχή και το τέλος της ζωής.

Στο εξωτερικό οι πολλές συζητήσεις που γίνονται ουδέποτε καταλήγουν σε γενικά αποδεκτά συμπεράσματα, διότι για να υπάρξει ηθική πρέπει να υπάρχουν αμετακίνητες και θεμελιώδεις αρχές πίστεως - κάτι που ασφαλώς λείπει από τις Δυτικές κοινωνίες. Τι γίνεται όμως με μας τους Ορθόδοξους Χριστιανούς; Τα πράγματα είναι πιο ξεκάθαρα, διότι η Ορθόδοξη Ηθική στηρίζεται πάνω στην αυθεντία της Αγίας Γραφής και της Ιεράς μας Παραδόσεως, λαμβανομένων φυσικά υπ' όψιν και των πορισμάτων της σύγχρονης επιστήμης, αφού τα σύγχρονα βιοηθικά διλήμματα δεν υπήρχαν τον καιρό που γράφτηκε ή Αγία Γραφή και τα Πατερικά συγγράμματα

Ποιες όμως είναι οι βασικές δογματικές προϋποθέσεις πάνω στις οποίες θα μπορούσε να θεμελιωθεί μια σύγχρονη Ορθόδοξη Βιοηθική;

- ◆ Η ζωή είναι ιερό και πολύτιμο δώρο του Θεού.
- ◆ Η εμπυχωμένη ζωή αρχίζει από τη βιολογική σύλληψη του ανθρώπου.
- ◆ Ο πόνος έχει εξαγνιστική και πολλές φορές σωτηριώδη σημασία για τον άνθρωπο.
- ◆ Πρώτιστη σημασία για τον άνθρωπο έχει η σωτηρία στην αιώνια ζωή και όχι απλά η υλική και συναισθηματική ευημερία σ' αυτή την σύντομη και πρόσκαιρη ζωή που ζούμε.
- ◆ Το θέλημα του Θεού σημαίνει τη σωτηρία του ανθρώπου και γι' αυτό μπαίνει πάνω από ανθρώπινους νόμους ή κοινωνικές συνήθειες.

Ακόμη θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι η Ορθοδοξία:

- ◆ Στέκεται με θαυμασμό και σεβασμό στην πρόοδο της Επιστήμης.
- ◆ Συμπονεί τις σωματικές και άλλες ταλαιπωρίες του ανθρώπου, όπως όταν δεν μπορεί να αποκτήσει παιδιά ή όταν βασανίζεται από διάφορες επώδυνες, θανατηφόρες αρρώστιες.

◆ Δεν βιάζεται να σχολιάσει ηθικά τις διάφορες επιστημονικές μεθόδους αν δεν είναι πλήρως κατατοπισμένη για τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα και προ πάντων για τα κίνητρα που γίνεται μια επιστημονική πρόοδος.

Έχοντας υπ' όψιν τις πιο πάνω παραμέτρους, μπορούμε να εξετάσουμε εν συντομία και με γλώσσα κατανοητή στον μη ειδικευμένο Ορθόδοξο τα διάφορα θέματα βιοηθικής

ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η όλη ηθική θεώρηση των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περνάει από ορισμένα βασικά προβλήματα:

➤ Η σύλληψη του ανθρώπου με τις σύγχρονες τεχνικές είναι α-σεξουαλική, με την έννοια ότι είναι γυμνή από την ιερότητα, ασφάλεια και βεβαιότητα της συζυγικής συνεύρεσης. Ο άνθρωπος πλέον μπορεί να μη γεννάται «φυσιολογικά», σύμφωνα δηλαδή με τους νόμους της φυσιολογίας της κατασκευής του, αλλά να «κατασκευάζεται» τεχνητά. Την ιερή στιγμή της ανθρώπινης αρχής οι δύο γονείς δεν είναι μαζί, ούτε καν παρόντες. Το παιδί «κατασκευάζεται» από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, δεν «συλλαμβάνεται» από τους γονείς. Επιπλέον μπορεί να μην έχει το γενετικό υλικό των «γονέων» του, ανάμεσά τους μπορεί να μπει και τρίτος, ο «δότης».

➤ Σε αντίθεση προς τα έμβρυα και το σπέρμα, τα ωάρια πολύ δύσκολα καταψύχονται. Γι' αυτό και οι συνήθειες πρακτικές διευκολύνουν τη μαζική προκλητή εξαγωγή ωαρίων, η γονιμοποίηση των οποίων οδηγεί στο πρόβλημα των πλεοναζόντων και κατεψυγμένων εμβρύων. Η Εκκλησία αρνείται τον όρο «πλεονάζοντα έμβρυα» γιατί δεν μπορεί να δεχθεί ότι υπάρχουν περισσευούμενοι άνθρωποι, την τύχη των οποίων μάλιστα καθορίζουν κάποιοι τρίτοι. Ο κάθε άνθρωπος –και συνεπώς το κάθε έμβρυο- έχει τη μοναδικότητα του προσώπου, την ιερότητα της ανεπανάληπτης εικόνας του Θεού και την αναγκαιότητα της κοινωνίας των υπολοίπων μαζί του. Η κατάψυξη των εμβρύων συνδυάζεται όμως και με άλλα αζεπέραστα προβλήματα. Για παράδειγμα, πόσο χρόνο είναι θεμιτό να διατηρούνται έμβρυα στην κατάψυξη και τι θα γίνει στην περίπτωση που λόγω διαζυγίου ή θανάτου ή κάποιας άλλης αιτίας οι γονείς δεν τα αναζητήσουν; Είναι καλύτερο αυτά να καταστραφούν ή να δωρηθούν σε κάποιο άλλο ζευγάρι; **Και ποιος είναι ο αρμόδιος να διαλέξει ανάμεσα σε δύο κακά το μη χείρον;**

➤ Η δυνατότητα κυοφορίας από φέρουσα ή υποκατάστατη μητέρα μπορεί μεν να έχει την θετική της πλευρά κατά το ότι εξυπηρετείται έτσι εν αγάπη η κυοφορία, επειδή όμως ο αναπτυσσόμενος σύνδεσμος με το έμβρυο κατά την κύηση είναι ουσιαστικό και αναπόσπαστο μέρος όχι μόνο της μητρότητας αλλά και της εμβρυϊκής ανάπτυξης, η μεν συνέχιση της σχέσης φέρουσας μητέρας-παιδιού αδικεί τους γενετικούς γονείς, η δε διακοπή της αδικεί και τη φέρουσα μητέρα, προ

πάντων δε αδικεί το παιδί. Όλα αυτά διασαλεύουν την οικογενειακή συνοχή και αποτελούν εκτροπή από τη φυσιολογική οδό.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει τη δυνατότητα τεκνοποίησης και στις άγαμες μητέρες. Το γεγονός όμως αυτό πρέπει να απορριφθεί διότι αφενός μεν υπονοεί γέννηση εκτός γάμου, αφετέρου δε αδικεί το παιδί κατά το ότι προγραμματίζει τη δίχως πατέρα ανάπτυξή του. Στην ίδια κατηγορία θα μπορούσε κανείς να εντάξει και τις περιπτώσεις γονιμοποίησης με σπέρμα αποθανόντος συζύγου ή κυοφορίας κατεψυγμένου εμβρύου μετά τον θάνατο του συζύγου.

Στις περιπτώσεις τεκνοποίησης υπερηλίκων μητέρων παρουσιάζεται το εξής πρόβλημα: το παιδί αυτό θα προσφέρει μεν τη χαρά της γέννησής του στους γονείς του, το ίδιο όμως θα έχει πολύ περιορισμένες πιθανότητες να απολαύσει τη φυσική παρουσία και καθόλου τη νεανική ακμή των γονέων του. Η τεκνοποίηση υπερηλίκων γυναικών αποτελεί εγωιστικό θέλημα και αδικεί το νεογέννητο παιδί.

Η παρεμβατική γονιμοποίηση δίνει δυνατότητα τεκνοποίησης και σε ζεύγη ομοφυλοφίλων, πράγμα που αποτελεί όχι απλώς φυσική ανωμαλία αλλά ηθική διαστροφή με βέβαιες καταστροφικές ψυχολογικές συνέπειες στο παιδί και ανυπολόγιστες στην κοινωνία.

Επίσης, η μετάβαση από την ιδέα της δωρεάς στην πρακτική της αγοραπωλησίας, που είναι πλέον τόσο εύκολη και ουσιαστικά ανεξέλεγκτη, κυοφορεί τον κίνδυνο του εκφυλισμού της ιερότητας της αναπαραγωγής σε πράξη οικονομικής συναλλαγής και της αγάπης σε συμβόλαιο.

➡ Η εξαγωγή της σύλληψης έξω από το μητρικό σώμα ανοίγει τεράστιες δυνατότητες προεμφυτευτικής γενετικής επεξεργασίας και παρέμβασης που μπορούν να αλλοιώσουν ανεπανόρθωτα το ανθρώπινο είδος και σε βιολογική βάση και σε κοινωνική έκφραση και οι οποίες είναι σε επικίνδυνο βαθμό ανεξέλεγκτες. Ο συνδυασμός αδυναμίας επιβολής μηχανισμών ελέγχου και μεγάλων δυνατοτήτων γενετικής παρέμβασης μπορεί να αποδειχθεί καταστροφικός.

Γνωστός σε όλους ο προεμφυτευτικός έλεγχος, κατά τον οποίο όταν οι εξετάσεις είναι θετικές – δηλαδή διαγνωσθεί γενετική πάθηση – η απόφαση των γονέων να προχωρήσουν σε διακοπή της κύησης είναι σχεδόν βεβαία. Επιπλέον ο έλεγχος αυτός θα μπορούσε να οδηγήσει σε κάποια επιλογή χαρακτηριστικών (φύλου, χρώματος μαλλιών ή οφθαλμών) ή ακόμη και σε καταστροφή εμβρύων με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Οι σύγχρονες τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης ενέχουν ηθικές και πνευματικές παραμέτρους τέτοιες που επιβάλλουν στην Εκκλησία μια ενημέρωση, σύνεση και επιφυλακτικότητα.

➡ Οι νέες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται και διαδίδονται χωρίς φυσικά να μπορέσουμε εκ των προτέρων να γνωρίζουμε τα τυχόν ψυχολογικά προβλήματα των έτσι

συλλαμβανομένων εμβρύων. Έλαβαν υπόψη την ψυχολογική απαίτηση και ανάγκη των γονέων και όχι τον ενδεχομένως αρνητικό απόηχο στον ψυχισμό των τέκνων. Κάτι τέτοιο αποτελεί υποβιβασμό της αξίας της ζωής του εμβρύου. Τα ορφανά, τα παιδιά που υιοθετούνται, τα τέκνα διαζευγμένων γονέων συνήθως εμφανίζουν προβλήματα προσαρμογής και ψυχολογικής ισορροπίας και αρμονίας. Οι ποικίλες εφαρμογές της εξωσωματικής γονιμοποίησης δημιουργούν ανθρώπους με αξεπέραστες περιπλοκές στη συγκρότηση της προσωπικότητάς τους και με συγγενείς ή εγγενείς ψυχικές αστάθειες και παθήσεις και αποτελεί άλλον έναν δυσμενή παράγοντα στην ανεπιφύλακτη αποδοχή της.

Ένα τέτοιο παιδί είναι δυνατόν να αντιμετωπίσει σοβαρή κρίση ταυτοποίησης και εν συνεχεία κοινωνικοποίησης, κυρίως στις περιπτώσεις που πληροφορείται ότι δεν είναι φορέας των γενετικών χαρακτηριστικών των γονέων του και αγνοεί τους γενετικούς γονείς του ή αντιλαμβάνεται ότι ο βαθμός συγγένειας με τους δύο γονείς του είναι διαφορετικός ή ότι έχει δύο ή και τρεις ενδεχομένως μητέρες. Τα προβλήματα αυτής της μορφής αποκτούν ιδιαίτερη ένταση στην περίπτωση που έχει επέλθει ρήξη της οικογενειακής ειρήνης και ενότητας και υφίστανται νομικές εκκρεμότητες. Προβλήματα ψυχολογικού χαρακτήρα μπορούν να παρουσιασθούν και στους γονείς, ιδίως στις περιπτώσεις ετερόλογων γονιμοποιήσεων, αμφισβητούμενων συγγενικών δικαιωμάτων και σχέσεων ή επαναλαμβανόμενης αποτυχίας των δοκιμών τεχνητής αναπαραγωγής.

➤ Ανάλογα προβλήματα εμφανίζονται και στη νομική σφαίρα. Η ψήφιση κατάλληλης νομοθεσίας ή διατάξεων που να ρυθμίζουν λεπτομερώς τα κατά περίπτωση εμφανιζόμενα προβλήματα είναι εντελώς ανεπαρκής και διότι η επιστήμη και η τεχνολογία βαδίζουν με πολύ ταχύτερους ρυθμούς από ότι η δυνατότητα νομικής πρόνοιας και διότι το φάσμα των προβλημάτων είναι αδύνατο να προβλεφθεί έγκαιρα και να αντιμετωπισθεί επιτυχώς.

ΗΘΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ.

Το ηθικό ερώτημα που συχνά σημειώνεται για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι το εξής: «μήπως η κοινωνία τείνει να αντιμετωπίζει την αδυναμία τεκνοποίησης σαν μια ασθένεια, στο βωμό της οποίας κάθε θυσία είναι θεμιτή; Μήπως χρειάζεται να μετατοπιστεί το κέντρο βάρους από τη με κάθε τρόπο ικανοποίηση της τεκνοποίησης των ζευγαριών στην αξιολόγηση του συμφέροντος του παιδιού που θα γεννηθεί, συμφέρον που δεν συμπίπτει αναγκαστικά με εκείνο των γονιών του;»

Επιπροσθέτως:

- Η επέμβαση και η υποκατάσταση της αναπαραγωγικής λειτουργίας του ανθρώπου στο εργαστήριο αποτελεί ηθική πράξη;
- Ποιος καθορίζει τα κριτήρια της επέμβασης στην αναπαραγωγή;

- Ποιοι είναι οι κίνδυνοι μιας τέτοιας επέμβασης;
- Ποια είναι τα πραγματικά οφέλη και ποιος τα λαμβάνει ουσιαστικά;
- Σε ποιο μέλλον οδηγεί η αποδοχή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως ενδεδειγμένης επέμβασης;
- Η επέμβαση αυτή επηρεάζει τελικά την οικογενειακή, ψυχολογική και κοινωνική συμπεριφορά των ανθρώπων;

Τα ερωτήματα αυτά και πιθανόν αρκετά άλλα θα συνεχίζουν να απασχολούν την ανθρωπότητα. Η απάντησή τους δεν είναι ούτε εύκολη ούτε είναι δυνατόν να επιχειρείται αβασάνιστα. Για την ορθόδοξη χριστιανική ηθική, όταν αγνοείται το θέλημα του Θεού και επιδιώκεται η ανθρωποκεντρική θεώρηση και αντιμετώπιση των ηθικών προβλημάτων και ερωτημάτων, δεν μπορεί να δίνεται η ορθή λύση και απάντηση. Μόνον η καταγραφή, η παράθεση και η διατύπωση ηθικών κανόνων και θεολογικών απόψεων δεν αρκεί. Πρέπει να γίνει συνείδηση η αναζήτηση πνευματικότερων απαντήσεων και θεωρήσεων από τους άτεκνους συζύγους και από τους ιατρούς-επιστήμονες στην εφαρμογή των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Πρώτοι από όλους, οι εμπλεκόμενοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή καθορίζουν ουσιαστικά το πλαίσιο της επίτευξης του επιθυμητού στόχου, της τεκνογονίας στο ιατρικό εργαστήριο.

Η Εκκλησία, η οποία εκ παραδόσεως είχε λόγο, και μάλιστα σημαντικό στο θέμα του μυστηρίου της ανθρωπογενέσεως, καλείται να τοποθετηθεί με σύνεση, αγάπη, διάκριση και απέναντι στα επί μέρους προβλήματα, κυρίως όμως απέναντι στους ανθρώπους που ταλανίζονται από αυτά.

Οι βασικές παράμετροι του ήθους της Εκκλησίας ορίζονται ως εξής:

Ο λόγος της προς την κοινωνία πρέπει να είναι κυρίως προστατευτικός του ανθρώπου ως εικόνα του Θεού και λιγότερο ελαστικός προς τον άνθρωπο. Πρέπει να είναι λόγος ακριβείας. Αντίθετα ο κατ' ιδίαν λόγος της προς τον κάθε άνθρωπο πρέπει να είναι λόγος οικονομίας, κατανόησης και σεβασμού και λιγότερο λόγος συμβουλών και κανόνων. Με αυτόν τον τρόπο διασώζει την καθαρότητα της διδασκαλίας και του φρονήματός της, καθώς σέβεται τον κάθε άνθρωπο ως πρόσωπο.

Το φρόνημα της πρέπει να διασφαλίζει τον σεβασμό προς το μυστήριο της γέννησης μιας καινούργιας και πρωτότυπης εικόνας του Θεού, προς τους νόμους και τη διάταξη με την οποία Εκείνος εν σοφία και αγάπη όρισε να λειτουργεί αυτός ο κόσμος, αλλά και προς την ανθρώπινη ζωή, σε όποιο στάδιο κι αν αυτή εμφανίζεται, ιδιαίτερα όμως στην αδύναμη εμβρυϊκή φάση. Πρέπει παράλληλα να κατανοεί την επιθυμία και ανάγκη της μητρότητας, τη δυσκολία που απορρέει από τον διαδεδομένο ως αντίληψη και πρακτική χαρακτήρα της τεχνητής γονιμοποίησης και τον ρόλο που παίζει στην οικογενειακή συνοχή η παρουσία ενός παιδιού.

Η Εκκλησία γνωρίζει βαθιά και κατανοεί με συμπάθεια την ανθρώπινη αδυναμία. Παράλληλα όμως θέλει να προστατεύσει και την ιερότητα του ανθρώπινου προσώπου. Μαζί με την επιθυμία της τεκνογονίας να εμπνεύσει και την ανάγκη του Θεού. Μαζί με τη φιλανθρωπία της, να προσφέρει και την ακεραιότητα της αλήθειας της. Μαζί με την οικονομία της, να δώσει και την ακρίβεια του θεικού θελήματος.

Η Εκκλησία αναγνωρίζει στον κάθε άνθρωπο όχι μόνον φυσική ταυτότητα αλλά κυρίως απεριόριστες πνευματικές δυνατότητες. Γι' αυτό η αντίληψη ότι η υπογονιμότητα αποτελεί αναπηρία ή παράγοντα αθεράπευτης κοινωνικής ανεπάρκειας τη βρίσκει διαμετρικά αντίθετη. Είναι αποδεδειγμένο ότι ζευγάρια, τα οποία δυσκολεύονται μεν να τεκνοποιήσουν, έχουν όμως σαφή πνευματικό προσανατολισμό, είναι ιδιαίτερα παραγωγικά σε ποικίλους άλλους τομείς της κοινωνικής και πνευματικής ζωής.

Δέχεται τον πόνο, την ασθένεια και την αναπηρία μέσα στο πλαίσιο της πτώσης του ανθρώπου. Ταυτόχρονα σέβεται και την ιατρική. Ενώ επευλογεί κάθε ηθικώς αποδεκτή ιατρική ανθρώπινη προσπάθεια για αποκατάστασή τους, την τελική έκβαση σε κάθε μία περίπτωση την εμπιστεύεται στην αγάπη του Θεού προς το κάθε πρόσωπο ξεχωριστά. Ο άνθρωπος τα αντιμετωπίζει όλα με υπομονή, ταπείνωση και πίστη. Τις δοκιμασίες δεν τις αποσυνδέει από την αγάπη του Θεού, αλλά τις βλέπει ως αφορμές σωτηρίας, ως ευκαιρίες εξαγιασμού.

Για τους λόγους αυτούς η Εκκλησία δεν πρέπει να λησμονεί την ευθύνη της να καλλιεργήσει το πνεύμα της εμπειρίας της. Ότι δηλαδή ο πόθος της τεκνογονίας βοηθάει περισσότερο στο να αποκτήσει κανείς τη χάρη του Θεού στη ζωή του απ'όσο να αποκτήσει ένα παιδί. Αλλά και ο ερχομός ενός παιδιού στη ζωή των συζύγων είναι περισσότερο θαύμα και χάρις Θεού και λιγότερο στολισμός της ζωής και του σπιτιού.

Επικρατεί η άποψη ότι υπάρχει συγγραφικό κενό από πλευράς ορθόδοξης ηθικής για τα προβλήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αλλά και γενικότερα για τα βιοηθικά προβλήματα. Οι αναφορές είναι λίγες σε σχέση με το μέγεθος του προβλήματος και, συνήθως, βρίσκονται διάσπαρτες σε δημοσιεύσεις που, είτε κύρια διαπραγματεύονται άλλα θέματα είτε σχολιάζουν παλαιότερες τεχνικές του προβλήματος.

Επιπλέον, δεν προβάλλεται σαφής θέση για την ηθική και την ποιμαντική του θέματος, αφού εμφανίζονται κυρίως προσωπικές απόψεις και προσεγγίσεις.

Πηγή: Από την εισήγηση του Πανοσιολογιωτάτου Αρχιμανδρίτου Μακαρίου Γρινιεζάκη.

Τα θέματα της σύγχρονης βιοηθικής δεν επιλύονται με γενικούς αφορισμούς ή δογματικές γνωματεύσεις. Η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή, διαθέτει ξεχωριστά κίνητρα, κριτήρια, επιλογές και

η Εκκλησία λαμβάνει κάθε φορά υπόψη της αυτές τις συγκεκριμένες συνθήκες, περιπτώσεις, ιδιοσυγκρασίες, το συγκεκριμένο πρόσωπο, τις κοινωνικές προοπτικές και διαστάσεις του ζητήματος.

Ωστόσο η Εκκλησία μπορεί και πρέπει να υπογραμμίζει τις ηθικές και κοινωνικές συνέπειες ή τις επικινδυνότητες που συνοδεύουν αυτές τις μεθόδους. Έχει υποχρέωση να χαράζει κάποιες κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες θα εκφράζουν την μακραίωνη παράδοσή της, θα εμπνέονται από τα δόγματα και τη διδασκαλία των πατέρων και Μεγάλων Ορθοδόξων Θεολόγων, και θα συνιστούν πρωτίστως αρωγή για το μοναδικό σκοπό του ανθρώπου που είναι η σωτηρία του.

Σημειώνουμε ότι για την Εκκλησία έχει μεγάλη σημασία ο έρωτας στη ζωή του ανθρώπου, ο οποίος αποτελεί ενοποιητικό και αναπαραγωγικό μέσο. Η δημιουργία ενός ανθρώπου δια του έρωτα εκφράζει μια σχέση αγάπης, και το παιδί που θα γεννηθεί αποτελεί απαύγασμα αυτής της αγάπης. Ο έρωτας και η συνακόλουθη δημιουργία του ανθρώπου αποτελεί πρότυπο τρόπο αναπαραγωγής. Όλοι οι άλλοι τρόποι είναι υποδεέστεροι. Σήμερα διαπιστώνουμε ότι αυτήν την τόσο σημαντική για την υπόσταση του ανθρώπου λειτουργία ο άνθρωπος την έχει διασαλεύσει.

Στην ποιμαντική αντιμετώπιση του προβλήματος ίσως υπάρξουν περιπτώσεις που η Εκκλησία μπορέσει να δει το ζήτημα ευνοϊκότερα. Ήδη από την επιστημονική κοινότητα καταβάλλονται προσπάθειες ώστε με την τεχνητή γονιμοποίηση να γονιμοποιείται μόνο ένα ωάριο και αυτό να εμφυτεύεται στη μήτρα. Ακόμα προσπάθειες γίνονται για να βρεθεί τρόπος ώστε να μπορέσει το ωάριο να καταψυχθεί. Αν αυτά τελικά πραγματοποιηθούν τότε απαλασσόμαστε από τον μεγαλύτερο ηθικό ενδοιασμό που προβάλλει η Εκκλησία, τη δημιουργία των πλεοναζόντων εμβρύων. Ένα ακόμα θετικό στοιχείο θα είναι αν η γονιμοποίηση και η μετέπειτα μεταφορά του εμβρύου στη μήτρα γίνεται με το γενετικό υλικό αυτών που θα λαμβάνουν αργότερα τη γονική μέριμνα του παιδιού.

Η Εκκλησία όταν λέει όχι, δεν το κάνει διότι διατηρεί έναν άκαμπτο συντηρητισμό, αλλά διότι προσπαθεί να διαφυλάξει την ιερότητα της ζωής πριν από τη γέννηση αλλά και μετά από το θάνατο.

Πηγή: *Ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα*, του Νικολάου Γ. Κοΐου.

Η πρόοδος των μεθόδων της σύγχρονης Ιατρικής της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής σηματοδοτεί μια νέα προοπτική στην πορεία της ανθρωπότητας. Μια προοπτική που ατενίζει το μέλλον με πολύ θαυμασμό και ικανοποίηση, καθώς υπόσχεται απαλλαγή από πολλά προβλήματα στο σύγχρονο άνθρωπο, με κύριο αυτό της υπογονιμότητας.

Μπροστά στα νέα αυτά δεδομένα η εκκλησιαστική συνείδηση δεν έχει ετοιμοπαράδοτες απαντήσεις. Έχει όμως τις προϋποθέσεις και τα κριτήρια για τη διαμόρφωσή τους, ώστε να μπορέσει η ίδια να συμμετάσχει στο διάλογο με την επιστήμη, να παρουσιάσει εξέχουσες θέσεις, να υπερασπιστεί την ιερότητα της ζωής και να ομολογήσει την αξία του ανθρώπου. Τα σύγχρονα προβλήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν απαιτούν μόνο τη συγγραφή ενός κώδικα

ηθικής δεοντολογίας, που να προγραμματίζει αξιολογικά και ρυθμιστικά τις βελτιώσεις. Πέρα από την ηθική και τη νομοθεσία χρειαζόμαστε και μια άλλη στάση ζωής απέναντι στο υπαρκτό γεγονός του βίου, μια αλλαγή νοοτροπίας και πολιτισμού, που θα επιτρέψει στην επιστήμη όχι απλώς να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που δημιουργεί αλλά και να κατανοεί βαθύτερα και ενοποιητικά τη φύση και τον άνθρωπο.

Η Ορθόδοξη Βιοηθική είναι περισσότερο τελεολογική παρά ωφελιμιστική. Έχει ως αφετηρία περισσότερο την θεία οικονομία παρά τα βραχύχρονα συμφέροντα της ανθρώπινης παραγωγικότητας. Γι'αυτό δεν εξετάζει τόσο το ενδεχόμενο του λανθασμένου αποτελέσματος, όσο τα κίνητρα μιας λανθασμένης προαίρεσης. Προβάλλει τις δικές της πνευματικές ενστάσεις, που περιλαμβάνουν την ιερότητα του μυστηρίου του γάμου, το σεβασμό της ανθρώπινης ερωτικής σχέσης και της φυλετικής επαφής, την κλήση του ανθρώπου για αγιότητα και θέωση.

Η στειρότητα δεν είναι όνειδος ή τιμωρία Θεού, αλλά μια δοκιμασία, η οποία ενδεχομένως εντάσσεται στα πλαίσια της σωτηρίας του καθενός μας. Η επιθυμία για την τεκνογονία μέσα στο γάμο δεν εκφράζει μια αμαρτωλή κατάσταση και η Εκκλησία ασφαλώς στην ποιμαντική της διακονία δεν μπορεί να την αγνοήσει. Κατανοεί την ανάγκη του ζεύγους, αλλά δεν μπορεί να παραβλέψει τα ηθικά ολισθήματά της. Εξάλλου, ως λύση της στειρότητας, προτείνεται εναλλακτικώς η υιοθεσία, η οποία αποτελεί δείγμα αγάπης σε κάποιο παιδί που στερείται τη ζεστασιά και τη συμπόνια ενός οικογενειακού περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με την εκκλησιαστική άποψη, η καταφυγή σε κάποιες από τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εκφράζει έναν ανεξέλεγκτο πόθο για τεκνογονία, που θεραπεύει προσωπικές σκοπιμότητες και εγωισμούς και που, χωρίς σημαντικό κέρδος, υποσκάπτει πολύ σημαντικούς θεσμούς. Πίσω από αυτές τις μεθόδους διακρίνονται λανθασμένα κίνητρα, και η βαθύτερη και πνευματικότερη εξέτασή τους οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή αυτών αποτελεί πράξη νοσηρή και δείγμα πνευματικής πτώσεως.

ΤΑ ΠΕΝΤΕ ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΔΙΑΦΩΝΟΥΝ ΟΙ ΙΕΡΑΡΧΕΣ

Δεν αισθάνονται... ικανοποιημένοι οι ιεράρχες, μέλη της Ιεράς Συνόδου (ΔΙΣ) από τις αλλαγές που έκανε το υπουργείο στο νομοσχέδιο για την υποβοηθούμενη ανθρώπινη

Τα μέλη της ΔΙΣ, τηρώντας μια εκκλησιαστική-οπτική, δήλωσαν ότι διαφωνούν σε πέντε σημεία. Επιχειρούν έναν τρόπο να ενοχοποιήσουν τη συμβίωση δύο ανθρώπων, υποστηρίζοντας ότι «νομιμοποιείται η τεκνοποίηση εκτός θεσμοθετημένου γάμου», λες και θεωρείται παράνομο



Διαρκούς Δικαιοσύνης αναπαραγωγή. Θεολογική όμως, κατά συντρόφων ένα ζευγάρι να

αποκτά παιδιά εκτός γάμου. Παρά τις διαφωνίες τους όμως δεν προσδιορίζουν ποιες θα είναι οι επόμενες κινήσεις τους.

Αναφέρουν σε ανακοίνωσή τους οι ιεράρχες:

- ✿ «Ο όρος που προσδιορίζει το έμβρυο δεν μας ικανοποιεί». Είχαν ζητήσει να ονομάζεται «προεμφυτικό έμβρυο» και αποφασίστηκε να ονομαστεί «γονιμοποιημένο ωάριο».
- ✿ «Η άγαμη γυναίκα μπορεί να κάνει χρήση των μεθόδων της τεχνητής γονιμοποίησης». Το αναφέρουν σαν λύση για να αποφευχθεί η προσπάθεια αναπαραγωγής με άλλους τρόπους που δεν «ευλογεί» η Εκκλησία.
- ✿ «Η παρένθετη μητρότητα θεσμοθετείται υπό αυστηρούς βέβαια, αλλά ούτως ή άλλως μη επαρκείς όρους». Η πλευρά της Εκκλησίας είχε εκφράσει επιφυλάξεις γιατί υπήρχε το ενδεχόμενο να δημιουργηθεί το φαινόμενο του «αναπαραγωγικού τουρισμού». Γι' αυτό είχε ζητήσει οι ενδιαφερόμενες γυναίκες αποδεδειγμένα να κατοικούν στην Ελλάδα. Το υπουργείο ικανοποίησε το αίτημα, αλλά η Εκκλησία συνεχίζει να δηλώνει επιφυλακτική.
- ✿ Η ετερόλογη γονιμοποίηση νομοθετείται».
- ✿ «Οι προϋποθέσεις δημιουργίας πλεοναζόντων εμβρύων επίσης διατηρούνται». Το υπουργείο Δικαιοσύνης φρόντισε να ικανοποιήσει την Εκκλησία και σε αυτό το σημείο σε μεγάλο βαθμό. Όμως και πάλι η Εκκλησία δεν έμεινε ικανοποιημένη.

Πηγή: *Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ηθικοκοινωνική προσέγγιση* του Β.Γ.Φανάρα

Ορθόδοξη πρόταση για τη χρήση των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Τόσο από την παρουσία και ανάλυση των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όσο και από την παράθεση της ηθικής αξιολόγησής τους, γίνεται κατανοητό ότι η καταγραφή συγκεκριμένης άποψης και θέσης που να αποτελεί ορθόδοξο οδηγό για την εφαρμογή ή μη των μεθόδων, αποτελεί επίτιμο έργο. Η προβολή ορθόδοξης πρότασης για την αποδοχή της ατεκνίας ως

θείου θελήματος, της υιοθεσίας ορφανών τέκνων, όπως και της κλιμακούμενης προοπτικής της ποιμαντικής αντιμετώπισης του θέματος, καλύπτει όλο το φάσμα των επιλογών και ταυτόχρονα καταδεικνύει το ήθος των συζύγων, των ιατρών επιστημόνων και όσων εμπλέκονται ή διαχειρίζονται εργαστηριακά την ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Η πνευματική τοποθέτηση των συζύγων μπροστά στο πρόβλημα της ατεκνίας τους και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν την εφαρμογή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως λύση στο πρόβλημά τους, καθορίζουν σημαντικά την ηθική στάση και ευθύνη τους.

Η άποψη που προβάλλεται σύμφωνα με την ορθόδοξη χριστιανική ηθική είναι:

- αποδοχή από τους συζύγους της στειρότητας και ατεκνίας τους, ως θείου θελήματος
- υιοθεσία ορφανών, άπορων και εγκαταλειμμένων τέκνων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την υιοθεσία τέκνων δεν υπάρχει σαφής άποψη στην παράδοση της εκκλησίας, ωστόσο, τείνει να γίνει αποδεκτή στην κοινή συνείδηση. Ιδιαίτερα όταν αυτή δεν ικανοποιεί μόνο το γονεϊκό ένστικτο, αλλά προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στην ανατροφή και διαπαιδαγώγηση των ορφανών και εγκαταλειμμένων παιδιών.

Στα πλαίσια της ποιμαντικής αντιμετώπισης των προβλημάτων της στειρότητας των άτεκνων ζευγαριών είναι φυσικό να υιοθετείται η εξής κλιμάκωση με την ακόλουθη φθίνουσα σειρά:

- ✦ η ομόλογη τεχνητή σπερματέγχυση
- ✦ η ομόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση με τη γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά μόνο 2-3 ωαρίων ή όσων γονιμοποιούνται in-vitro.

Το όνειδος που προκαλεί η ατεκνία και η στάση των συζύγων δείχνει την πνευματική ωριμότητά τους. Η αποδοχή της στειρότητας στα πλαίσια του γάμου ως θείου θελήματος, που αποσκοπεί σε πνευματικότερους προσανατολισμούς του ζεύγους και κοινωνική προσφορά, αποτελεί την ενδεδειγμένη στάση, όταν αυτή βέβαια αντιμετωπίζεται αγόγγυστα.

ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**«ΚΑΘΕ ΕΛΛΗΝΙΔΑ που έχει πρόβλημα τεκνοποίησης πρέπει να τύχει ιατρικής βοήθειας»
«Αντιδράσεις για την εξαίρεση των άγαμων γυναικών»**

Των ΛΙΑΝΑΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ - ΜΑΙΡΗΣ ΠΙΝΗ

Θετικό βήμα για τη χώρα μας, που μάλιστα καλύπτει τα νομικά κενά, τα οποία μέχρι τώρα αποτελούσαν τροχοπέδη για την τεχνητή γονιμοποίηση, χαρακτηρίζουν το νέο νομοσχέδιο τρεις γυναίκες με διαφορετικές ιδιότητες. **Μοναδική τους αντίρρηση, η εξαίρεση, που προβλέπεται στον νόμο, των άγαμων γυναικών από τη διαδικασία.**

Όπως λένε, η κάθε γυναίκα που έχει πρόβλημα τεκνοποίησης πρέπει να τύχει ιατρικής βοήθειας, ενώ επισημαίνουν ότι πρέπει να εκλείψει το άρθρο που κάνει διαχωρισμό στις έγγαμες από τις άγαμες. **Μιλούν στην «Ε» η εμβρυολόγος-γενετιστής Ελένη Κοντογιάννη, η γ.γ. Ισότητας Έφη Μπέκου και η μαία και μέλος του συλλόγου «Ευτοκία» (αναγνωρισμένος σύλλογος που στηρίζει ψυχολογικά και βοηθάει ιατρικά τις γυναίκες από την πρώτη στιγμή της εγκυμοσύνης μέχρι και τη λοχεία) κ. Ελευθερία Δημοπούλου.**

Δόκτωρ Ελένη Κοντογιάννη, εμβρυολόγος-γενετιστής

«Μεγάλο βήμα για την Ελλάδα»

«Το νομοσχέδιο αποτελεί πολύ μεγάλο βήμα για την Ελλάδα. από τις λίγες χώρες που δεν είχαμε νομική κάλυψη. Υπήρχε νομικό κενό για έναν επιστημονικό τομέα που καθημερινά Όλες αυτές οι εξελίξεις έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τα αποκτήσουν ένα παιδί.

Με το νομοσχέδιο οριοθετούνται κάποια θέματα, όπως τα νομικά.

Στο εξωτερικό έχουν προκύψει περιπτώσεις όπου η γυναίκα με τη μητέρα" έχει αλλάξει γνώμη στην πορεία και θέλησε να κρατήσει το παιδί. Είναι καλό ο νομοθέτης να προβλέπει όλες τις εκδοχές, έτσι ώστε να προστατεύσει το θεσμό της οικογένειας, αλλά και το παιδί που θα γεννηθεί με τεχνητή γονιμοποίηση.

Όσον αφορά τις εξαιρέσεις που προβλέπονται στο νομοσχέδιο στην Ελλάδα, από την προσωπική μου πείρα, ο αριθμός των γυναικών που δεν βρίσκονται σε μια σχέση και θέλουν να κάνουν παιδί είναι εξαιρετικά μικρός.

Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να είμαστε ευαίσθητοι στα προβλήματα μιας μειονότητας. Οι μόνες γυναίκες λοιπόν, αν δεν είχαν πρόβλημα και ήθελαν να κάνουν παιδί θα έκαναν, χωρίς να τις εμποδίζει κανείς. Όταν έχουν ιατρικό πρόβλημα εμείς θα τους αρνηθούμε τη βοήθεια;

Δε νομίζω ότι αυτό είναι ιατρικά σωστό. **Το αν θα αποκτήσει λοιπόν κανείς παιδί μόνος του ή με κάποιο σύντροφο είναι μια καθαρά προσωπική επιλογή, η οποία σε όλη την Ευρώπη**



Ήμασταν
όντως
εξελίσσεται.
ζευγάρια να

"δανεική



αντιμετωπίζεται με ευαισθησία και με διάθεση προσφοράς βοήθειας και βέβαια αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα που προστατεύεται από το νόμο. Επίσης, στην Ελλάδα δεν έχω δει ομόφυλο ζευγάρι να θέλει να αποκτήσει παιδί. Θεωρώ ότι πρόκειται για εξαιρετικά σπάνια περίπτωση.

Όσον αφορά την περίπτωση να έχει πεθάνει ο ένας από τους δύο στο ζευγάρι και ο άλλος να θέλει να αποκτήσει το παιδί του, θέλοντας να έχει κάτι από αυτόν -*αφού βέβαια έχει δοθεί η συγκατάθεση πριν*- το βρίσκω αρκετά λογικό.

Πιστεύω ότι είναι σωστό να προβλεφθεί να υπάρχει ένα χρονικό διάστημα από το θάνατο μέχρι τη γονιμοποίηση με κατεψυγμένο σπέρμα ή ωάριο, γιατί πολλές φορές η συναισθηματική φόρτιση από το πένθος δεν αφήνει τον άνθρωπο να πάρει τις σωστές αποφάσεις».

Εφη Μπέκου, γενική γραμματέας Ισότητας

«Ανεπιφύλακτα ναι για τις ανύπαντρες»

«Είναι ένα νέο ζήτημα που ανατρέπει τα μέχρι σήμερα στερεότυπα και την ηθική των πραγμάτων. Απαιτεί τη δική του προβληματική και εγείρει θέματα που πρέπει να τα αντιμετωπίσουμε διότι θα τα βρούμε εμπρός μας στο μέλλον.

Απαιτείται όμως προσοχή και πολύ συζήτηση, κυρίως με το υπουργείο Δικαιοσύνης. **Λέμε ανεπιφύλακτα ναι, όταν πρόκειται να εφαρμοστεί τεχνητή γονιμοποίηση σε γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν τυχαίνει να είναι ανύπαντρες και να αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα ιατρικό.** Ως Γενική Γραμματεία Ισότητας έχουμε δεν θα πάψουμε να αγωνιζόμαστε, ώστε, τόσο τα παιδιά γεννήθηκαν εκτός γάμου όσο και οι άγαμες μητέρες τους και ακόμα περισσότερα δικαιώματα με εκείνα που μέσα σε γάμο.



αγωνιστεί και που να έχουν τα ίδια γεννιούνται

Το ζήτημα που προέκυψε από το νομοσχέδιο μάς απροετοίμαστος. Δεν έχει γίνει διάλογος με τους Φορείς και τις Γυναικείες ΜΚΟ. Θέλει προσοχή, πολύ συζήτηση, ώστε να θεσμοθετηθεί ένα νέο Δίκαιο».

βρήκε Γυναικείους

Ελευθερία Δημοπούλου, μαία στο «Μητέρα» και μέλος του συλλόγου «Ευτοκία»

«Η Εκκλησία να μη δημαγωγεί»

«Το ζήτημα της τεκνοποίησης των γυναικών εκτός γάμου μέσω τεχνητής γονιμοποίησης είναι ένα πρόβλημα υπαρκτό σήμερα σε πολύ μικρά ποσοστά, αλλά θα είναι πολύ έντονο για το μέλλον,

δεδομένου ότι εμείς σε διάφορα τέτοια φαινόμενα πηγαίνουμε 10 χρόνια πίσω από την Ευρώπη. Ένα από αυτά τα ζητήματα και η επιλογή τεκνοποίησης της γυναίκας μέσω τεχνητής και εκτός γάμου γονιμοποίησης.

Εκτός από την επιλογή της ίδιας της γυναίκας υπάρχει και ένα άλλο πρόβλημα που μαστίζει τα ζευγάρια σήμερα και λέγεται ανδρική στειρότητα, η οποία αγγίζει το 50%. Ειλικρινά το πρόβλημα είναι πολύ μεγάλο.

Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στο στρες, την εργασιακή ανασφάλεια, τον τρόπο ζωής που ζούμε, το άγχος για τον καταναλωτισμό, το μολυσμένο περιβάλλον.

Αποτελεί πια παρελθόν και μύθο η αντίληψη ότι οι Έλληνες συνεχίζουν να είναι δεινοί εραστές, αφού συνευρίσκονται με τις συζύγους ή τις συντρόφους τους μία φορά την εβδομάδα ή το μήνα και το γενετικό υλικό τους είναι υπερβολικά αδύνατο.

Άρα, ως κοινωνία όχι μόνο πρέπει να δούμε θετικά το φαινόμενο της τεκνοποίησης μιας γυναίκας, η οποία εκτός γάμου επιθυμεί να αποκτήσει παιδί μέσω τεχνητής γονιμοποίησης, αλλά και να το υποστηρίξουμε. Όσο για την Εκκλησία, καλά θα κάνει να ασχοληθεί με τα του οίκου της και να μη δημαγωγεί σε τόσο υπαρξιακά και ουσιαστικά θέματα».

Δεν προφυλάσσεται επαρκώς το θέμα από την εμπορευματοποίηση, εκτιμά η Βούλα Τσινόρεμα, αναπληρώτρια καθηγήτρια Φιλοσοφίας του Πανεπιστημίου Κρήτης, επιστημονική υπεύθυνος του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Βιοηθικής.

«Κατ' αρχάς θεωρώ θετικό το γεγονός ότι επιτέλους ρυθμίζεται ένα τόσο κρίσιμο ζήτημα», λέει στην «Ε» και προσθέτει:

«Το αρνητικό στοιχείο του νομοσχεδίου, είναι ο αποκλεισμός κάποιων κοινωνικών ομάδων και των ανύπαντρων μητέρων.

Θεωρώ σημαντικό ζήτημα όλες οι μειονοτικές μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτή την και τεχνολογική καινοτομία.



ιδιαίτερα

ομάδες να επιστημονική

Ποιος μπορεί να αποκλείσει το δικαίωμα στη μητρότητα στις ανύπαντρες μητέρες; Εκτός και αν υπάρχουν τεκμηριωμένες κοινωνιολογικές και ψυχολογικές μελέτες, όπου από άποψη επιστημονική αποδεικνύουν ότι τα παιδιά χωρίς πατέρα αντιμετωπίζουν ισχυρά κοινωνικά ή ψυχολογικά προβλήματα».

Τονίζει ακόμα:

«Είναι μια νέα δυνατότητα που έχουμε μέσω της γενετικής τεχνολογίας, καθώς γνωρίζαμε μέχρι σήμερα μόνο τη φυσική και τη θετή μητέρα. Ουσιαστικά αλλάζει την αυτοκατανόησή μας για την ανθρώπινη φύση.

Αντίθετα με οποιοδήποτε άλλο ον της φύσης, ο άνθρωπος παρουσιάζεται για πρώτη φορά στην πολιτισμική του διαδρομή να έχει τη δυνατότητα των τριών μητέρων. *Το στοιχείο αυτό ενδέχεται να επηρεάσει τις κοινωνικές σχέσεις, με τρόπους πρωτόγνωρους, με επιπτώσεις που δεν μπορούμε να ελέγξουμε, γι' αυτό το λόγο είναι επιβεβλημένος ο κοινωνικός έλεγχος».*

- Φαίνεται πως μέσα από το νομοσχέδιο ενδεχομένως τίθενται και αυστηροί περιορισμοί στη θεραπευτική κλωνοποίηση.

«Αναμφιβόλως πρέπει να απορρίψουμε την καταστροφολογική αντίληψη της χρήσης των επιστημονικών και τεχνολογικών επιτευγμάτων για την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων. Από την άλλη πλευρά, όμως, θέλουμε κανόνες και ρυθμίσεις που θα προέρχονται από έναν έλλογο διάλογο, που αναπόφευκτα θα περιλαμβάνει τον ορθολογικό και κριτικό ηθικοφιλοσοφικό προβληματισμό. *Εδώ χρειάζεται να γίνει το πέρασμα από την ηθικοπρακτική αξιολόγηση, στη νομοθετική ρύθμιση, με άξονα και τον έλλογο φιλοσοφικό στοχασμό, ο οποίος μέχρι τώρα έχει μείνει στο περιθώριο.*



Εάν είναι έγκυρες οι δημοσιογραφικές πληροφορίες, ότι απαγορεύεται κάθε μορφής κλωνοποίηση, ακόμα και η θεραπευτική, πρέπει να σας θυμίσω ότι, αντίστοιχα, σε χώρες του εξωτερικού, η νομική ρύθμιση δεν γίνεται «συνοπτικά», όπως θα συμβαίνει σ' αυτή την περίπτωση στη χώρα μας, όπου επιβάλλεται ένα περιοριστικό μέτρο χωρίς την επιβεβλημένη συζήτηση. *Δηλαδή πρέπει να κατανοηθούν όλες οι πλευρές, τόσο οι δυνατότητες όσο και οι κίνδυνοι, ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Ο καθορισμός των ορίων της κοινωνικά επιτρεπτής αντιμετώπισης των σύνθετων προβλημάτων, δεν πρέπει να γίνεται με παραγκωνισμό του ορθού λόγου».*

Ηθικά διλήμματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Κ. Αντύπας Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ο δανεισμός μήτρας (ΔΜ) είναι μια μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κατά την οποία η γυναίκα που δανείζει τη μήτρα της (surrogate mother) κυοφορεί, κατά κανόνα, για ένα υπογόνιμο ζευγάρι. Στον τυπικού τύπου ΔΜ (traditional surrogacy), η γυναίκα αυτή, εκτός από τη μήτρα της, δανείζει και τα ωάρια της, σε αντίθεση με τον απλού τύπου ΔΜ (gestational surrogacy ή gestational care), όπου δεν υπάρχει γενετική συγγένεια της δότριας της μήτρας με το έμβρυο. Καθώς η πρακτική του ΔΜ δεν συνίσταται στη θεραπεία της στείρας γυναίκας αλλά στην αντικατάστασή της από μια άλλη, προκύπτουν αρκετοί προβληματισμοί, κυρίως περιεχομένου. Οι προβληματισμοί αυτοί αφορούν στην διαδικασία, δηλαδή το κατά πόσο αποτελεί ο ΔΜ για τη γυναίκα που δανείζει τη μήτρα της, εάν αμείβεται η εγκυμοσύνη και να ελέγχεται από τους συμβολαίους, καθώς και ποιος πρέπει να θεωρείται γονέας σε αυτή την περίπτωση. Ένα από τα διλήμματα που άπτονται του ΔΜ είναι και η υπόσταση του δικαιώματος στην αναπαραγωγή της κοινωνικής μητέρας σε σχέση με αυτό της δανείζουσας τη μήτρα. Τα δικαιώματα του παιδιού εγείρουν επίσης μια σειρά προβληματισμών, που αφορούν στην ηθική υπόσταση του ΔΜ. Για τη νομική επιστήμη το έδαφος θεωρείται «άγνωστο και ηθικά ολισθηρό», χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν πρέπει να υπάρχει σχετική ρύθμιση που να οριοθετεί το γενικό πλαίσιο για την εφαρμογή του ΔΜ. Λόγω της ποικιλότητας των παραγόντων που χαρακτηρίζουν την κάθε περίπτωση, θα ήταν παρακινδυνευμένο να αποφανθεί κάποιος για την ορθότητα της εφαρμογής του θεσμού. Η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από το λειτουργό υγείας, αφού πρώτα εξετάσει χωριστά την κάθε περίπτωση λαμβάνοντας υπόψη τους ισχύοντες ηθικούς και κοινωνικούς κανόνες, καθώς και το νομικό πλαίσιο.



ηθικού
ίδια τη
εκμετάλλευση
είναι σωστό να
όρους ενός

Πηγή: Τζαφέττας I.M. Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη (1996).

Ο δανεισμός μήτρας συνοδεύεται από ηθικά, νομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Ένα από τα προβλήματα είναι η έκθεση της φιλοξενούσας γυναίκας στους κινδύνους της εγκυμοσύνης και του τοκετού χωρίς τελικά να ανταμοίβεται με την απόκτηση του παιδιού, αφού το παιδί θα επανέλθει στους γενετικούς (βιολογικούς) του γονείς.

Η φιλοξενούσα μητέρα μπορεί να αναπτύσσει "μητρικό" δεσμό, αρνούμενη να παραδώσει το παιδί στους γενετικούς του γονείς. Στην περίπτωση άρνησης για μεταβίβαση του παιδιού, παρά την αρχική συμφωνία, ο σύζυγος της άγονης γυναίκας μπορεί να υποχρεωθεί να συμμετάσχει στα έξοδα διατροφής αυτού του παιδιού, αφού είναι δεδομένο ότι αυτός είναι ο βιολογικός ή γενετικός πατέρας του και παρά το γεγονός ότι το παιδί θα παραμείνει με τη φυσική του μητέρα, με αυτή δηλαδή που το γέννησε.


Φυσικά, μπορεί να συμβεί και το αντίθετο. Η φιλοξενούσα γυναίκα δηλαδή να υποχρεωθεί να κρατήσει ένα παιδί που βιολογικά δεν της ανήκει ή εξ αιτίας αυτού να εξαναγκασθεί σε μια λύση υιοθεσίας, αφού δεν ήταν στις προθέσεις της να αναλάβει γονικές ευθύνες. Κάτι τέτοιο μπορεί αν συμβεί εάν αποδειχθεί ότι γενετικά το παιδί δεν προέρχεται τελικά από τον ενδιαφερόμενο άνδρα, που μέχρι τότε υποθετικά ήταν ο βιολογικός πατέρας. Επίσης, υπάρχει περίπτωση το παιδί να εμφανίσει μια σοβαρή συγγενή πάθηση και το "άγονο" ζευγάρι να αρνηθεί να επωμιστεί τελικά τη γονική ευθύνη.

Υπάρχει περίπτωση, βέβαια, να τηρηθεί η συμφωνία και η μητέρα που το γέννησε να δημιουργεί προβλήματα αργότερα θέλοντας να συμμετέχει στην ανατροφή του παιδιού ιδιαίτερα σε περιπτώσεις, όπως συμβαίνει συνήθως, που υπάρχει φιλική σύνδεση μεταξύ του ζεύγους και της μητέρας.

Όσον αφορά την αντίδραση του ίδιου του παιδιού, κανείς δεν μπορεί να φανταστεί ποια θα είναι, όταν θα πληροφορηθεί για το ποια είναι η φυσική του μητέρα.


Τέλος, όλη αυτή η κατάσταση μπορεί να βλάψει ψυχολογικά τη γυναίκα που θα κυοφορήσει, αφού είναι γνωστό πόσο δύσκολο είναι για μια μητέρα να αποχωριστεί το παιδί της.

Παρά τα μειονεκτήματα του "δανεισμού της μήτρας", η μέθοδος αυτή φαίνεται να μη στερείται, κατά την άποψη πολλών, ιατρικού αλλά και ανθρωπιστικού υπόβαθρου, αφού για ένα αριθμό ζευγαριών είναι ο μοναδικός τρόπος τεκνοποίησης.

 Η **ιατρός Robyn Rowland**, εξέχουσα φυσιογνώμια της Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας της Αυστραλίας, στο βιβλίο της "Living Laboratories: Women and Reproductive Technologies" γράφει:

"Η αναπαραγωγική τεχνολογία για τα στείρα ζευγάρια αποτελεί την τελευταία ελπίδα για σχηματισμό οικογένειας, για τον κλινικό ιατρό τη θεραπεία της στειρότητας με οριακή αύξηση της πιθανότητας αποκτήσεως παιδιών, για τον ερευνητή τη μοναδική ευκαιρία για πειραματισμό στην ανθρώπινη εμβρυολογία, για τις φαρμακευτικές εταιρείες μια πολλά υποσχόμενη περιοχή αναπτύξεως προϊόντων θεραπείας της στειρότητας και ελέγχου της γονιμότητας, για τους νομοθέτες τον εφιάλητη πολύπλοκων κοινωνικών προβλημάτων που απαιτούν νομοθετική λύση, για τους οικονομολόγους τη "μαύρη τρύπα" που απορροφά τεράστια ποσά και για τους δημοσιογράφους πηγή ειδήσεων, ενδιαφερουσών ανθρώπινων ιστοριών και κοινωνικών σχολίων"

Σε μια γενική θεώρηση της Ε.Γ., η ιατρός Robyn Rowland σημειώνει: "Η δημιουργία παιδιών είναι μία αμοιβαία επιλογή ενός άνδρα και μιας γυναίκας, για να εκφράσουν έτσι την αγάπη του ενός για τον άλλον, που είναι ανοικτή στην πιθανότητα της παιδοποίησης. Το παιδί έρχεται στον κόσμο όχι σαν προϊόν μιας συναντήσεως, αλλά σαν προέκταση της αγάπης που οι σύζυγοι έχουν ο ένας για τον άλλον. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση οι σύζυγοι στέκονται παθητικοί παρατηρητές στη διαδικασία της γονιμοποίησης. Η εξωσωματική γονιμοποίηση τους αποστερεί από το νόημα της συζυγίας τους".

 Κατά τον **Anthony Fisher** η εξωσωματική γονιμοποίηση "σε καμιά χρονική περίοδο δεν υπήρξε θεραπεία για να επιτρέψει την απόκτηση τέκνων από στείρα ζευγάρια. Το κύριο θέλημα για τη συνέχιση των προγραμμάτων εξωσωματικής γονιμοποίησης υπήρξε η δυνατότητα πειραματισμού, που αυτή άνοιξε".

ΑΠΟΨΗ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

"Ψυχολογικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών"

Ζαΐρας Παπαληγούρα

Δρ. Ψυχολογίας

Ο στόχος του παρόντος άρθρου είναι να καταδείξει τις πολύπλοκες ψυχικές επιπτώσεις από τη διάγνωση της υπογονιμότητας και από την εφαρμογή των ιατρικών τεχνικών για την αντιμετώπισή της και την ανάγκη της συμμετοχής των ειδικών στην ψυχική υγεία, τόσο στον σχεδιασμό της παροχής υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όσο και κατά την εφαρμογή της ίδιας της διαδικασίας στα ζευγάρια.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού είναι περίπλοκη, καθώς εμπλέκει μια σειρά συνειδητών όσο και ασυνειδητών κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους να αναπαράγονται, και κάτω από τις πλέον αντίξοες συνθήκες όπως για παράδειγμα στη διάρκεια πολέμων, ή λοιμών. Σημαντικό στοιχείο στην

επιθυμία απόκτησης παιδιού αποτελεί, επίσης, η προσαρμογή στις κοινωνικές και οικογενειακές επιταγές.

Η απόκτηση παιδιού σήμερα θεωρείται επιβεβλημένη. Συμβολίζει τη σεξουαλική ταυτότητα του ζευγαριού, τη σωματική του υγεία καθώς και την κοινωνική του ένταξη. Παράλληλα, η χρήση αντισύλληψης ενίσχυσε την παντοδυναμία των ατόμων οι οποίοι θεωρούν έκτοτε ότι ελέγχουν απολύτως την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Χρησιμοποιούν αντισύλληψη όσο χρόνο δεν επιθυμούν παιδί και την διακόπτουν αναμένοντας ένα παιδί αμέσως. Όταν λοιπόν το παιδί αυτό δεν έρχεται βιώνουν, αφ' ενός, την έλλειψη του παιδιού και, αφ' ετέρου, την αδυναμία του σώματός τους να ανταποκριθεί σε αυτό που θεωρούσαν βέβαιο ότι θα συνέβαινε με τη διακοπή της αντισύλληψης.

Σήμερα παρατηρείται συχνά ότι οι γυναίκες που δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά αναζητούν στοιχεία της προσωπικής τους ζωής που θα εξηγούσαν γιατί δεν μπορούν να αποκτήσουν αυτό που τόσο επιθυμούν και που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι τόσο απλό. Επιχειρούν να εντοπίσουν το ή τα γεγονότα της προσωπικής τους ιστορίας για τα οποία τώρα "τιμωρούνται" μη μπορώντας να αποκτήσουν παιδί.

Η έλλειψη παιδιού έχει όμως και μια σημαντική κοινωνική διάσταση καθώς τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τις γυναίκες γιατί η μητρότητα, παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, εξακολουθεί να θεωρείται ως ο κύριος ρόλος της γυναίκας. Παράλληλα, ανθρωπολογικές μελέτες καταδεικνύουν την οικουμενική σημασία που αποδίδεται στη γονιμότητα τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Μια γυναίκα που δεν μένει ποτέ έγκυος δεν θεωρείται αυτόνομο ενήλικο άτομο.



Η αδυναμία απόκτησης παιδιού βιώνεται ως ένα βαθύ ναρκισσιστικό τραύμα. Η εικόνα του σώματος τραυματίζεται. Σε αυτό συμβάλλει και το

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με τη γλώσσα που χρησιμοποιεί στη διάγνωση της στειρότητας. Τα σπερματοζωάρια θεωρούνται "φτωχά", η βλέννη στον κόλπο της γυναίκας απύουσα. Σε κάθε μια από τις παραπάνω προτάσεις τα υπογόνιμα άτομα καταγράφουν μια "έλλειψη". Παράλληλα, η επιστημονικά λαθεμένη εξίσωση μεταξύ γονιμότητας και σεξουαλικής ικανότητας για τους άνδρες και θηλυκότητας και γονιμότητας για τις γυναίκες οδηγεί τα υπογόνιμα άτομα να βιώνουν μια ψυχοσεξουαλική κρίση.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, όμως, δεν περιορίζονται στη διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά επεκτείνονται και στη διάρκεια της θεραπείας της. Όλες οι θεραπείες προϋποθέτουν προγραμματισμένες σεξουαλικές επαφές με μοναδικό στόχο την επίτευξη της εγκυμοσύνης. Συνεπώς, η σεξουαλική σχέση γίνεται μηχανιστική και καταναγκαστική ενώ περιορίζεται στις γόνιμες μέρες καθώς παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και συσχέτισή της μόνο με την αναπαραγωγή. Παράλληλα, τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας βιώνουν

διαδοχικούς κύκλους ελπίδας και πένθους. Ελπίδας στην πρώτη φάση του κύκλου όπου ακολουθείται η θεραπεία και πένθος στη δεύτερη φάση όταν αποτυγχάνει η θεραπεία και επανέρχεται η περίοδος.

Τι απογίνονται όμως τα ζευγάρια εκείνα που παρά τις αλλεπάλληλες προσπάθειες παραμένουν άτεκνα;


Είναι βέβαιο ότι ένας αριθμός εξ αυτών θα στραφεί προς την υιοθεσία. Ο κίνδυνος εδώ είναι ο τρόπος με τον οποίο θα υποδεχθούν το υιοθετημένο παιδί τα ζευγάρια που είναι βυθισμένα μέσα στο άγχος της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Είναι αναγκαία η επεξεργασία του πένθους για τη μη απόκτηση του βιολογικού παιδιού, τη μη πραγματοποίηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποδοχή του υιοθετημένου παιδιού.

Τέλος, πρόκληση για τους ειδικούς αποτελεί το λεγόμενο σύνδρομο "παιδί με οποιοδήποτε κόστος". Πολλά ζευγάρια αδυνατούν να επεξεργασθούν την απώλεια και με μεγάλη επιμονή και ψυχαναγκασμό οδηγούνται σε κάθε προτεινόμενη θεραπεία, μη υπολογίζοντας το σωματικό, το ψυχικό, αλλά ακόμη και το οικονομικό κόστος που αυτές οι ατέρμονες προσπάθειες συνεπάγονται.

Πολλές γυναίκες μετά από ένα αρνητικό αποτέλεσμα βιώνουν μια έντονη θλίψη. Η θλίψη αυτή δεν διαρκεί το ίδιο για κάθε γυναίκα. Εξαρτάται από τον ψυχικό εξοπλισμό του κάθε ατόμου, από την υποστήριξη που έχει καθώς και από τον αριθμό των προσπαθειών που έχει επιχειρήσει.

Στις περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητη η συμμετοχή δότη ή δότριας για την απόκτηση παιδιού τα ζητήματα που προκύπτουν είναι πιο πολύπλοκα και η συμμετοχή ειδικού από το χώρο της ψυχικής υγείας στις περιπτώσεις αυτές είναι επιβεβλημένη. Το άτομο που δέχεται τη συμμετοχή δότη προκειμένου το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί εξακολουθεί να είναι στείρο και μετά την απόκτηση παιδιού.

Το ζευγάρι επίσης θα πρέπει να έχει επεξεργαστεί το πρόβλημα της δικής του στειρότητας και να έχει αποδεχθεί την υιοθεσία.

 Κατά τον **Philip-Elmer Dewitt**, αρθρογράφο του περιοδικού "Time", "όταν το κίνητρο του κέρδους μπαίνει στην εξίσωση, τότε οι ηθικές παράμετροι τείνουν να ξεχαστούν. Και το ιδιωτικό όφελος οδηγεί τις σχετικές με τη στειρότητα μπίζνες στις ΗΠΑ. Φοβάμαι ότι το κίνητρο της όποιας ωφέλειας (επιστημονικής, χρηματικής ή άλλης) κινεί την Αναπαραγωγική Τεχνολογία σε όλες τις χώρες του δυτικού κόσμου και την οδηγεί σε δρόμους κατηφορικούς και επικίνδυνους".

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

🌍 Στις Η.Π.Α. η Arletle Schweitzer, μια 42χρονη γυναίκα, κυοφόρησε δίδυμα που προήρχοντο από την εξωσωματική γονιμοποίηση ωαρίων της κόρης της, από το σπέρμα του ανδρός της κόρης της, δηλαδή του γαμπρού της. Έτσι, τα δίδυμα της Schweitzer ήταν ταυτόχρονα παιδιά και εγγόνια της!

🌍 Άξιον αναφοράς είναι και το ακόλουθο πρόσφατο περιστατικό από την Ιταλία, του ζεύγους Luigi και Elisabetta, που το 1992 ο ιατρός τους πέτυχε να δημιουργήσει αρκετά έμβρυα με εξωσωματική γονιμοποίηση. Μετά από μια ανεπιτυχή εμφύτευση, η Elisabetta σκοτώθηκε σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα

και ο σύζυγός της έπεισε την αδελφή του Elena, 33 χρονών, να δεχθεί προς εμφύτευση ένα από τα κατεψυγμένα έμβρυα της συζύγου του. Η εμφύτευση υπήρξε επιτυχής και τον Ιανουάριο του 1995 γέννησε ένα κοριτσάκι. Το γεγονός τρομοκράτησε το Βατικανό και έδωσε λαβή για πολλές συζητήσεις.

🌍 Η περίπτωση αυτή δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα New York Times τον Απρίλιο του 1989. Αναφέρεται στην έκδοση διαζυγίου της Mary Sue Davis και του συζύγου της Junior Lewis Davis στην πόλη Maryville της πολιτείας Tennessee των ΗΠΑ. Η ιδιαιτερότητα της υπόθεσης έγκειται στο γεγονός ότι το ζεύγος είχε προσφύγει στη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης δια της οποίας παρήχθησαν εννέα έμβρυα. Εξ αυτών τα δύο είχαν μεταφερθεί στη μήτρα της κ. Mary Sue Davis, τα οποία όμως απέτυχαν να εμφυτευθούν. Τα υπόλοιπα επτά κατεψύγησαν για ενδεχόμενη μελλοντική χρήση. Το δικαστήριο έπρεπε να αποφασίσει αν τα έμβρυα ήταν ότι και τα βρέφη, με δικαιώματα υποκείμενα στην προστασία του νόμου, κι αν όχι, τίνος εκ των γονέων αρμοδιότητα ήταν η απόφαση της από εδώ και πέρα τύχης τους. Η κ. Mary Sue Davis εξέφρασε την επιθυμία είτε να τα χρησιμοποιήσει για τον εαυτό της είτε να τα δανείσει σε κάποιο τρίτο πρόσωπο. Ο κ. Junior Lewis Davis αρνήθηκε να δεχθεί τη γέννηση των παιδιών με το δεδομένο του διαζυγίου και πρότεινε την καταστροφή τους. Το δικαστήριο ανέθεσε την επιμέλεια στον πατέρα και τα έμβρυα κατεστράφησαν.

🌍 Προ ετών έφθασε στην ελληνική δικαιοσύνη μια πραγματικά ενδιαφέρουσα περίπτωση. Ένα νεαρό ζευγάρι ύστερα από τρία χρόνια άκαρπης συζυγίας προσέφυγε στους γιατρούς, οι οποίοι διαπίστωσαν σπερματική αδυναμία στον σύζυγο και συνέστησαν εξωσωματική γονιμοποίηση με σπέρμα δότη. Η επέμβαση ήταν επιτυχής και σε εννέα μήνες το ζευγάρι απέκτησε ένα χαριτωμένο κοριτσάκι.

Αντί όμως το παιδί να φέρει χαρά και ειρήνη, για διάφορους λόγους προκάλεσε την αδυναμία των γονέων, που τους οδήγησε σε διαζύγιο ύστερα από 2 χρόνια. Όταν ενώπιον του δικαστή, ο πατέρας ζητούσε δικαιώματα επί του παιδιού, η μητέρα τα αρνήθηκε με το ατράνταχτο επιχείρημα ότι το δικαίωμα της πατρότητας απορρέει από τη βιολογική και γενετική συγγένεια του πατέρα, πράγμα που αυτός δεν είχε. Και προς έκπληξη όλων πρόσθεσε εκδικητικά ότι παρά ταύτα ο πατέρας είχε στο ακέραιο την ευθύνη και οικονομικής υποστήριξης του παιδιού, γιατί αυτή δεν απορρέει από τη συγγένεια του σπέρματος, αλλά από την ευθύνη της απόφασης για τη σύλληψη του παιδιού. Αίτημά της λοιπόν ήταν να θεωρηθεί ότι ο πατέρας δεν είναι πατέρας για να βλέπει το παιδί –πατέρας της αγάπης-, αλλά είναι πατέρας για να διατρέφει το παιδί – πατέρας της υποχρέωσης. Φαίνεται πως οι νέες αναπαραγωγικές τεχνολογίες δεν αναπαράγουν μόνον παιδιά, αλλά αναπαράγουν μορφές και τρόπους εκδικητικότητας και φυσικά περιπλέκουν το ανθρώπινο δράμα.

Η νομοθεσία δεν προέβλεπε επαρκώς την περίπτωση και η απόφαση αφέθηκε στην κρίση των δικαστών, οι οποίοι και φυσικά απεδέχθησαν το αίτημα του πατέρα, απέτυχαν όμως να συμφιλιώσουν τους γονείς.

🌍 Το Μάρτιο του 1997, η βρετανίδα Τζόαν Τάρμπιακ απέκτησε παιδί με κατεψυγμένο σπέρμα από τον άνδρα της Μάρτιν, 3 χρόνια μετά το θάνατό του. Ο Μάρτιν προσβλήθηκε από καρκίνο των οστών και, φοβούμενος τη στείρωση από τη χημειοθεραπεία, αποθήκευσε το σπέρμα του. Το ζευγάρι παντρεύτηκε το 1992 και ο Μάρτιν πέθανε το 1994. Στην περίπτωση αυτή δεν υπήρχε κατεψυγμένο έμβρυο παρά μόνο σπέρμα, το οποίο η χήρα αποφάσισε να το χρησιμοποιήσει φέρνοντας στη ζωή ένα παιδί κατ' επιλογήν ορφανό από πατέρα.

🌍 Αξιοσημείωτη είναι η περίπτωση των Loretta και Basilio Jorge, που διεκδικούν σε δικαστική μάχη τα πιθανά δίδυμα παιδιά τους, τα οποία γεννήθηκαν από άλλους γονείς, εξαιτίας της απάτης του ιατρού τους Dr. Richardo Asch, που πιθανόν χρησιμοποίησε το σπέρμα και το ωάριο τους

και εμφύτευσε τα έμβρυα σε άλλο ζεύγος. Τώρα οι Jorge διεκδικούν τα 10χρονα παιδιά τους με τη βοήθεια διαπίστωσης του DNA τους.

🌍 Ενδεικτική περίπτωση αποτελεί η προσφορά σπέρματος από τον 25χρονο γιο στον πατέρα του, που απέκτησε προβλήματα στειρότητας, αλλά επιθυμούσε να τεκνοποιήσει με τη δεύτερη γυναίκα του. Το γεγονός συνέβει στην Αυστραλία το 1995 με αποτέλεσμα η οικογενειακή προσφορά σπέρματος να αποτελεί παρά φύσει κατάσταση, διαλύοντας ουσιαστικά το θεσμό του γάμου.

🌍 Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ιστορία των 2 κατεψυγμένων εμβρύων που ορφάνεψαν, προτού εμφυτευθούν, κυοφορηθούν και γεννηθούν από τη μητέρα τους. Συγκεκριμένα στην Αυστραλία 2 κατεψυγμένα έμβρυα, προερχόμενα από έγγαμο ζεύγος με εξωσωματική γονιμοποίηση, απασχόλησαν την κοινή γνώμη, όταν οι γονείς τους σκοτώθηκαν σε αεροπορικό δυστύχημα. Το ερώτημα που τέθηκε ήταν εάν έπρεπε να γεννηθούν από δανεική μητέρα ή να καταστραφούν. Το πρόβλημα ήταν ακόμη σοβαρότερο, διότι οι γονείς τους είχαν μεγάλη περιουσία ακινήτων στην Αυστραλία, που θα μπορούσαν να τη διεκδικήσουν τα γεννημένα παιδιά. Το θέμα, βέβαια, της περιουσίας λύθηκε από νομική άποψη, καθώς αποκαλύφθηκε ότι ο πατέρας τους ήταν ένας άγνωστος δότης και όχι ο σύζυγος. Η περίπτωση αυτή δείχνει την αναγκαιότητα για τον καθορισμό της νομικής, αλλά και της ηθικής κατάστασης του εμβρύου και τη διαμόρφωση ορισμένων κανόνων που θα καλύπτουν τέτοιου είδους προβλήματα.

🌍 Τον Ιανουάριο του 1997 η περίπτωση της διπλής μητρότητας με τη γέννηση διδύμων, με 22 μήνες διαφορά και 3 ημέρες, δεν άφησε αδιάφορα τα μέσα ενημέρωσης. Η Αγγλίδα Τρίσια Γκάντερ πάσχοντας από ενδομητρίωση και προσπαθώντας απεγνωσμένα για θεραπεία κατέφυγε στη δημιουργία κατεψυγμένων εμβρύων με εξωσωματική γονιμοποίηση, με το σπέρμα του συζύγου της Μαρκ. Τα έμβρυα παρέμεναν κατεψυγμένα για επτά χρόνια, καθώς το ζεύγος έψαχνε για δανεική μητέρα. Τελικά, η δανεική μητέρα, Τερέζα Φίντερ, γέννησε το κοριτσάκι των Γκάντερ στις 23 Μαρτίου 1993. Ωστόσο, δύο χρόνια μετά η δεύτερη δανεική μητέρα Γκείνορ Κράτσεϊ, μητέρα τριών παιδιών, γέννησε για τους Γκάντερ ένα αγοράκι δίδυμο με το πρώτο, με διαφορά ηλικίας 22 μήνες. Η περίπτωση αυτή των διδύμων παιδιών, με διαφορά ηλικίας 22 μηνών και με τρεις μητέρες, αναδεικνύει το μέγεθος των ηθικών προβλημάτων που ανακύπτουν από τη δανεική μητρότητα, σε συνδυασμό με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Παρά τα αλτρούιστικά κίνητρα των άλλων δύο γυναικών, η μητρότητα δεν εξαρτάται μόνο από τη βιολογική και γενετική σχέση, αλλά και από την εννιάμηνη κυοφορία.

🌍 Στις 7 Μαρτίου 1997 ανακοινώθηκε από τα ΜΜΕ ότι στην Ιταλία και συγκεκριμένα στη Ρώμη μια γυναίκα με το όνομα Άντζελα κυοφορούσε 2 έμβρυα προερχόμενα από διαφορετικούς γονείς. Η γυναίκα αυτή έχει θέση δανεικής μητέρας, καθώς οι βιολογικές μητέρες τους είχαν σοβαρό γυναικολογικό πρόβλημα και δεν ήταν σε θέση να τεκνοποιήσουν. Τα παιδιά, μετά τη γέννα, αναγνωρίστηκαν από την ομάδα αίματός τους.

🌍 Στη Θεσσαλονίκη και στην κλινική του Αγίου Λουκά, εμφανίστηκε η περίπτωση δανεικής μητέρας, η οποία συζητήθηκε αρκετά από ηθικής απόψεως, καθώς καταργούσε τα συμβόλαια και τις οικονομικές συμφωνίες και για ορισμένους αποτελούσε μια ιδιότυπη μορφή προσφοράς και θυσίας. Ο κ. Νίκος Αβραμίδης και η σύζυγος του Αθηνά, η οποία δεν μπορούσε να κυοφορήσει, προέβησαν σε ομόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση και το έμβρυο μεταφέρθηκε στη μήτρα της αδελφής του συζύγου Δήμητρας, η οποία είχε ήδη τέκνα από το γάμο της. Μετά την κυοφορία και γέννηση παρέδωσε το παιδί στους φυσικούς του γονείς και δήλωσε ότι το θεωρεί ως παιδί της Αθηνάς και του αδελφού της. Απλά εκείνη πιστεύει ότι μόνο το φιλοξένησε και το έτρεφε και πως δεν έχει κανένα κληρονομικό στοιχείο απ' αυτήν.

🌍 Το γνωστό περιστατικό, που αποτελεί παράλληλα επίσημο ρεκόρ για την απόκτηση τέκνου με εξωσωματική γονιμοποίηση, από μεγάλης ηλικίας γυναίκα, είναι αυτό από την 63ονη Ιταλίδα Ροσάνα Ντελά Κόρτε, που γέννησε με επιτυχία ένα αγοράκι με το όνομα Ρικάρντο. Ο ιατρός της Σεβερίνο Αντιμόρι είχε επιτύχει με τεχνητή σπερματέγχυση τη γέννηση διδύμων από 59χρονη Αγγλίδα, λίγους μήνες πριν, ξεσηκώνοντας θύελλα διαμαρτυριών και επεδίωξε να αυξήσει το ρεκόρ του με το να αποκτήσει η 65χρονη Ντελά Κόρτε κι άλλο παιδί με δανεικό ωάριο, γονιμοποιημένο από το σπέρμα του συζύγου της.

🌍 Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση που ανακοινώθηκε στις 7 Ιουνίου 1996, από τις ειδήσεις των ελληνικών τηλεοπτικών καναλιών, σχετικά με την 60χρονη γυναίκα από τη Ρόδο, που απέκτησε 2 αγοράκια με ομόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο μαιευτήρας της δεν συμφωνούσε με την όλη διαδικασία, λόγω του υψηλού κινδύνου υγείας, καθώς το καρδιαγγειακό σύστημα στην ηλικία αυτή δεν θα μπορούσε, πιθανόν, να αντέξει το βάρος μιας γέννας. Όπως τελικά αποδείχθηκε, ο ιατρός εξαπατήθηκε σε σχέση με την πραγματική ηλικία της γυναίκας και ηθικά δεν φέρει μεγάλη ευθύνη. Ωστόσο, προβληματίζει το γεγονός της σφοδρής επιθυμίας της γυναίκας να τεκνοποιήσει σε μια ηλικία που δεν προσφέρεται για τεκνοτροφία, αφού, λογικά, τα παιδιά θα στερηθούν τους γονείς τους σε μικρή ηλικία. Είναι χαρακτηριστικό ότι η νομοθεσία για την υιοθεσία τέκνου απαγορεύει ορθά τη μεγάλη διαφορά ηλικίας ανάμεσα στο θετό γονέα και τον υιοθετημένο, θεωρώντας τα 60 χρόνια διαφορά ηλικίας εμπόδιο προς το συμφέρον του.

🌍 Το 1996 τα μέσα ενημέρωσης ανακοίνωσαν μια νέα μέθοδο γονιμοποίησης, που πραγματοποιήθηκε στο Νότινγχαμ της Αγγλίας. Χαρακτηρίστηκε ως γονιμοποίηση με ατελές σπερματικό υγρό. Έγινε λήψη σπερματικού υγρού από τον άνδρα, ο οποίος είχε ατελές σπέρμα και διοχετεύθηκε με σύριγγα στο ωάριο της γυναίκας (μικρογονιμοποίηση). Τα γεννητικά κύτταρα προέρχονταν από τους συζύγους, δηλαδή υπήρξε ομόλογη εξωσωματική μικρογονιμοποίηση. Η ηθική θεώρηση της μεθόδου αυτής γενικά μοιάζει με αυτήν της ομόλογης γονιμοποίησης. Επιπλέον, όμως, θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι στην περίπτωση αυτή απουσιάζει το ανδρικό σπέρμα ή έστω ένα ακίνητο σπερματοζωάριο και γίνεται επέμβαση στα όργανα παραγωγής του.

🌍 Αξιοσημείωτη είναι η δικαστική διαμάχη, που συνέβει στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ και δείχνει την πολυπλοκότητα του συνδυασμού της ετερόλογης εξωσωματικής γονιμοποίησης με τη δανεική ή υποκατάστατη μητρότητα. Έγινε γνωστή ως η υπόθεση Jaycee Buzzanca v Superior Court, όπου έπρεπε να αποφασισθεί σε ποιον θα δοθεί η κηδεμονία του κάποτε επιθυμητού μωρού, Jaycee, καθώς οι γονείς του, John και Luanne Buzzanca, ήδη είχαν πάρει διαζύγιο. Πριν το χωρισμό τους είχαν συνάψει συμβόλαιο με δανεική μητέρα την έγγαμη, Pamela Snell, η οποία κυοφόρησε το παιδί, που δημιουργήθηκε με εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά με τους δύο γαμέτες να είναι δανεικοί και ανώνυμοι. Δεν υπήρχε ούτε γενετική σχέση ούτε σχέση κυοφορίας με το ζεύγος που χώρισε πριν τη γέννηση του παιδιού ούτε όμως γενετική σχέση με την έγγαμη δανεική μητέρα. Το δικαστήριο είχε δυσκολία να αποφασίσει, αφού το παιδί δεν μπορούσε να θεωρηθεί παιδί από το γάμο του ζεύγους. Τελικά, αποφασίσθηκε ότι ο σύζυγος θα λάμβανε την κηδεμονία του μωρού, καθώς είχε υπογράψει τα συμφωνητικά για την όλη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και δανεικής μητρότητας, αν και, αρχικά, είχε δοθεί προσωρινά η επίβλεψη στη σύζυγό του, Luanne. Η λύση που δόθηκε ίσως αποτελεί την καλύτερη δυνατή λύση από νομικής απόψεως, αλλά από τη χριστιανική θεώρηση επιβάλλεται να ληφθούν υπ' όψιν τα δικαιώματα του παιδιού, που ανήκει με τον ένα ή άλλο τρόπο σε έξι (6) γονείς, αλλά ουσιαστικά μένει ακόμη ορφανό και ανεπιθύμητο!

Η δανεική μητέρα εμπλέκεται με την κυοφορία, αλλά δεν έχει καμία γενετική συγγένεια με το κυοφορούμενο και γνωρίζει, πλέον, ότι το παιδί που γέννησε, είναι παιδί διαζευγμένων γονιών, δίχως να ευθύνεται η ίδια για την κατάσταση αυτή.

Βιβλιογραφία

- www.organon.gr www.gynecology.gr
- www.in.gr
- www.health.in.gr

- www.embryogenesis.gr
- www.bioethics.org.gr
- www.reproduction.med.duth.gr
- www.ecclesia.gr
- www.parembasis.gr
- www.myriobiblos.gr
- www.jesuslovesyou.gr

Δ' ΚΕΦΑΛΑΙΟ



ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ

Σημαντικές έρευνες και μελέτες δείχνουν ότι τα 10 στα 100 ζευγάρια δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά, ενώ άλλα 15 αποκτούν λιγότερα απ' όσα επιθυμούν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το μέσο ποσοστό υπογονίμων ζευγαριών ανέρχεται παγκοσμίως σε 15% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας. Τα περισσότερα στοιχεία ερευνών αναφέρονται σε κλινικά δεδομένα και αξίζει να σημειωθεί ότι από το 1988 μέχρι το 1995, στις ΗΠΑ οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα γονιμότητας αυξήθηκαν από 4,9 εκατομμύρια σε 6,1, δηλαδή εμφανίστηκε αύξηση 25%.

Περισσότερα από 300.000 ζευγάρια στη χώρα μας είναι υπογόνιμα.

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται 13.000 απόπειρες εξωσωματικής γονιμοποίησης σε 40 Κέντρα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, που αναφέρονται σε άρθρο της εφημερίδας ΑΠΟΦΑΣΗ –Τρίτη 2/11/04, υπολογίζεται πως σε 30 χρόνια οι Έλληνες θα έχουν περιορισθεί στους 7.000.000 κατοίκους!!!!

Για να διατηρηθεί ο Ελληνικός πληθυσμός στα σημερινά επίπεδα, ο δείκτης γεννητικότητας θα έπρεπε να ήταν 2,1 με 2,2 παιδιά ανά γυναίκα.

Ο δείκτης όμως γεννητικότητας σήμερα είναι μόλις 1,4.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΓΕΝΝΙΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.

Παρόλο που οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται σε ευρεία κλίμακα και αποτελούν πλέον ιατρικές εφαρμογές, δεν υπάρχουν ανάλογα στατιστικά στοιχεία, που να δείχνουν τα αποτελέσματα από τις γεννήσεις και ότι σχετικό αφορά σ' αυτές. Αντίθετα, ορισμένα κέντρα και μεμονωμένοι ερευνητές δημοσιεύουν συχνά σε ιατρικά περιοδικά χρήσιμα στοιχεία, που όμως αναφέρονται σε περιορισμένα δεδομένα. Επιπλέον έρευνες έχουν γίνει, για να αποδειχθεί, από

ιατρική άποψη, ότι τα παιδιά που γεννιούνται με εξωσωματική γονιμοποίηση αναπτύσσονται φυσιολογικά σε σχέση με τα άλλα παιδιά.

Το 1992 δημοσιεύθηκε μια έρευνα για τη σωματική και πνευματική- διανοητική κατάσταση των παιδιών που είχαν γεννηθεί από το Φεβρουάριο του 1985 μέχρι το Μάρτιο του 1989. Τα αποτελέσματα ήταν ευχάριστα για τα παιδιά αυτά, καθώς φάνηκε ότι δεν υστερούν σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά.

Αντίθετα, το 1994 δημοσιεύθηκε γαλλική μελέτη από το Γάλλο ιατρό Πιέρ Λεκιέν που έδειξε ποσοστό δυσμορφιών υψηλότερο του μέσου όρου, γύρω στο 5,1%, σε σύνολο των 394 παιδιών που εξετάζε η έρευνα. Η μελέτη δημοσιεύθηκε στη διάσκεψη των Βρυξελλών για την αναπαραγωγή με ιατρική βοήθεια.

Επιπλέον, έρευνες υπογραμμίζουν τους κινδύνους για τα παιδιά που προέρχονται από Εξωσωματική Γονιμοποίηση, όταν παρατηρείται η εμφύτευση πολλών εμβρύων στη μήτρα, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις κυοφορίας και γέννησης πολυιδιδύμων παιδιών.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

Η ανακάλυψη των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εκτός από την επίτευξη της τεκνογονίας σε εργαστηριακό περιβάλλον και την αντιμετώπιση της ατεκνίας, προσφέρει στους επιστήμονες τη δυνατότητα για την εφαρμογή ερευνητικών και πειραματικών προγραμμάτων. Η προεμφυτευτική διάγνωση των εμβρύων, που οδηγεί αναπόφευκτα στον ευγονισμό, η χρησιμοποίηση των ανθρώπινων εμβρύων σε πειράματα, η κατάψυξή τους για μεγάλο χρονικό διάστημα και η μετέπειτα καταστροφή τους, η δυνατότητα για την απόκτηση τέκνων σε μορφές οικογένειας εκτός ετεροφυλικών σχέσεων και η επιδίωξη της κλωνοποίησης στον άνθρωπο, αποτελούν τις σημαντικότερες συνέπειες που επηρεάζουν τη σύγχρονη κοινωνία. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την περίπτωση της εξωσωματικής κύησης – τεχνητή μήτρα η οποία βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο και η εφαρμογή της στο εγγύς μέλλον ενδέχεται να προκαλέσει θύελλα αντιδράσεων.

Αξίζει να αναφερθούμε περιληπτικά σε αυτή:

Ο Άλντους Χάξλεϊ είχε οραματισθεί την τεχνητή μήτρα, πριν από 60 χρόνια περίπου, ενώ στην εποχή μας, η προσπάθεια για εξωσωματική κύηση σε ενυδρείο εμβρύων βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο. Το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνδέεται με την τεχνητή μήτρα στο σημείο που χρησιμοποιείται συνδυαστικά με αυτή, δίνοντας τη δυνατότητα για σύλληψη, εμφύτευση και κύηση ανθρώπινου εμβρύου εξ ολοκλήρου εξωσωματικά. Παρά την αποτυχία του πειράματος από Βρετανούς και Ιάπωνες, με την κυοφορία εμβρύου από ερίφιο, οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η θετική πλευρά του πειράματος υποβοηθεί την υγεία των πρόωρα γεννημένων εμβρύων.

Ο βραβευμένος με Νόμπελ βιολόγος Jean Rostand πιστεύει ότι η δημιουργία της τεχνητής μήτρας είναι αναπόφευκτη στο μέλλον και αρκετά πειράματα στρέφονται προς την κατεύθυνση αυτή.

Τέλος, σημειώνεται η εκκεντρική άποψη του Joseph Fletcher ο οποίος υποστήριξε ότι η μήτρα της γυναίκας αποτελεί σκοτεινό και επικίνδυνο μέρος, ένα ρισοκίνδυνο περιβάλλον. Πιστεύει πως πρέπει να επιζητείται για τα παιδιά που θα γεννηθούν στο μέλλον να κυοφορούνται εκεί όπου μπορούν να παρατηρούνται και να προστατεύονται, και το μέρος αυτό δεν είναι άλλο από την τεχνητή μήτρα.

ΚΟΣΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.

Το κόστος της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δύσκολο να προσδιορισθεί, διότι εξαρτάται από το χρόνο επίτευξης της εγκυμοσύνης και τελικά της γέννησης του παιδιού, τη χώρα που εφαρμόζεται, το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης και το ιατρικό προσωπικό που συμμετέχει.

Η έλλειψη στατιστικών στοιχείων δυσχεραίνει την επίσημη έρευνα, ωστόσο, αρκετά χρήσιμα στοιχεία σημειώνονται σε ιατρικά περιοδικά, που αναφέρονται στο κόστος και σε ποσοστό γεννήσεων. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ υπάρχει αρχείο για τις γεννήσεις με εξωσωματική γονιμοποίηση από το έτος 1985 μέχρι το 1993. Τα στοιχεία αυτά είναι χρήσιμα και για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ζευγάρι, όταν η γονιμοποίηση και η τεκνογονία καθυστερούν ή δεν επιτυγχάνονται καθόλου. Το σημαντικό που προκύπτει από τα στατιστικά στοιχεία είναι πως στις ΗΠΑ, μια χώρα με 80 περίπου κέντρα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, μέχρι το 1993 και με 4 εκατομμύρια γυναίκες να αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, καταδεικνύει το μέγεθος δυσκολίας της απόκτησης τέκνου. Στα επίσημα στατιστικά αναφέρονται, για τα έτη 1985 μέχρι 1993 τα εξής:

Αρχικοί κύκλοι (αρχικές προσπάθειες):	30,132
Ανακτώμενοι κύκλοι (συλλογή ωαρίων):	25,875
Μεταφερόμενοι κύκλοι (μεταφορά εμβρύων):	23,075
Κλινικές εγκυμοσύνες (επίτευξη εγκυμοσύνης):	5,984
Ζωντανά γεννημένα παιδιά (τεκνογονία):	4,835

Γίνεται αντιληπτό ότι μόνο το 17% από τις αρχικές προσπάθειες κατέληξε σε επιτυχή γέννηση παιδιού, ένα ποσοστό σχετικά μικρό, εάν συνυπολογισθεί ο κόπος και οι προσπάθειες της γυναίκας.

Το κόστος της εφαρμογής είναι υψηλό, διότι απαιτείται εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και ακριβός εξοπλισμός. Τα έξοδα, συνήθως υπολογίζονται ανά κύκλο και το 1986 ανέρχονταν σε

4,688\$, ενώ το 1995 σε 8,000 \$ ανά κύκλο. Επιπλέον, το υπολογίσιμο κόστος για μια γέννηση από εξωσωματική γονιμοποίηση προσεγγίζει τα 40,000 \$ (περίπου 12 εκατομμύρια δραχμές).

Από το 1994 τηρούνται στις ΗΠΑ επίσημα στατιστικά στοιχεία, καθώς τα κέντρα γονιμότητας έχουν αυξηθεί στα 315 μέχρι σήμερα. Μέχρι το 1994 είχαν γεννηθεί 33,000 παιδιά με εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ μόνο το 1994 γεννήθηκαν 7,000 παιδιά.

Επίσημα ποσοστά δεν υπάρχουν για την Ελλάδα, αν και οι δείκτες δεν μοιάζουν να διαφέρουν αρκετά από ότι προαναφέρθηκε, ενώ σημαντικά στοιχεία σημειώνονται μέσα από δημοσιογραφικές δημοσιευμένες έρευνες. Στην εφημερίδα το ΒΗΜΑ σημειωνόταν ότι στην Ελλάδα υπάρχουν 13 κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης και 5,000 γυναίκες προστρέχουν κάθε χρόνο σ' αυτά για να αποκτήσουν παιδί με τεχνητό τρόπο. Η κάθε προσπάθεια κοστίζει περίπου 3000 ευρώ (1 εκατομμύριο δρχ.), ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν ελάχιστα έξοδα και μόνο για 4 ή 5 προσπάθειες. Στην εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ σημειώνεται ότι για 3 κατά μέσο όρο προσπάθειες, με τη φαρμακευτική αγωγή, το κόστος ανέρχεται σε 15000 ευρώ (5 εκατομμύρια δρχ.), περίπου.

Τέλος, σε δημοσίευμα της εφημερίδας ΤΟ ΕΘΝΟΣ, σε ρεπορτάζ για την εκδήλωση γενεθλίων παιδιών γεννημένων με εξωσωματική γονιμοποίηση, αναφέρθηκε ότι τη δεκαετία 1987-97 γεννήθηκαν στην Ελλάδα 3,000 παιδιά με τον τρόπο αυτό.

Συμπερασματικά, σήμερα υπάρχουν περισσότεροι από 300,000 συνάνθρωποι μας που από το 1978, έχουν γεννηθεί με κάποια από τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στην Ευρώπη μόνον γίνονται 200,000 κύκλοι εξωσωματικής γονιμοποίησης ετησίως με ποσοστό επιτυχίας που ποικίλλει, αλλά κατά μέσον όρο κυμαίνεται γύρω στο 20%. Στη Γαλλία γίνονται 45,000 κύκλοι, στην Αγγλία 34,000 και στη Γερμανία 28,000. Σχεδόν ένα στα 80 παιδιά που γεννιούνται στην Αγγλία σήμερα συλλαμβάνεται εξωσωματικά. Στην Ευρώπη το ποσοστό αυτό είναι περίπου 1,3%

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας μεταφράζεται σε εκρηκτική αύξηση του άγχους, ένταση στις σχέσεις, διατάραξη της αρμονίας της συζυγικής ζωής ή ακόμη ψυχική κρίση, απόγνωση και μειονεξία που οδηγούν κάποιους και στην πράξη της αυτοχειρίας. Το ξεπέραςμα αυτής της κατάστασης έχει βαρύ τίμημα. Το κόστος για διαγνωστικά τεστς, φάρμακα και η υποβολή σε τεχνολογικές μεθόδους στην Αμερική ξεπερνάει τα 10,000\$ ανά δοκιμή, στις υπόλοιπες δε χώρες δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητο. Μικρότερα, αλλά ανάλογα ποσά ξοδεύονται για τον ίδιο σκοπό και στην Ελλάδα.

Στην ημερήσια εφημερίδα ΑΠΟΦΑΣΗ – Τρίτη 2/11/04 αναφέρονται σε σχετικό άρθρο τα εξής στοιχεία:

Σήμερα μόνο το ΙΚΑ καλύπτει τη φαρμακευτική δαπάνη, ποσό το οποίο μπορεί να αγγίξει και τα 1.500 ευρώ, καθώς τα φάρμακα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι πανάκριβα. Η κάθε προσπάθεια ξεκινάει από 3.000 έως 5.000 ευρώ και πολύ παραπάνω.

Δίπλα σε αυτό το κόστος θα μπορούσε κανείς να βάλει και το ψυχικό, όταν οι δοκιμές αποτυγχάνουν, και αυτό είναι το πιο σύνηθες, την φθοροποιοή τριβή με τις ασφαλιστικές εταιρίες, που φυσικό είναι να παρεμβάλλουν εμπόδια στην επανάληψη των δοκιμών, την καταπόνηση του οργανισμού, το ενδεχόμενο των ποικίλων διλημάτων ή συνειδησιακών κρίσεων που οι μέθοδοι αυτές εμπειρικλείουν.

Το ερώτημα παραμένει: τελικά πόσο «υποβοηθεί» η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή; Ποιο το καθαρό όφελος και ποιο το κόστος; Πώς συμβαίνει ο δείκτης στειρότητας να αυξάνει, ενώ οι αναπαραγωγικές τεχνικές βελτιώνονται; Κατά πόσον η πρόοδος της τεχνολογίας επιτείνει το πρόβλημα της υπογονιμότητας;

ΕΠΙΛΟΓΟΣ



Η σύγχρονη εποχή μας χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από τις διαρκώς αυξανόμενες δυνατότητες επεμβάσεων επί της ίδιας της ζωής, οι οποίες δημιουργούν την εντύπωση ότι ο άνθρωπος καθίσταται πλέον κύριος της ζωής και κατ' επέκταση του θανάτου. Οι νέες εξελίξεις στο χώρο της βιολογίας και ιατρικής είναι πραγματικά εντυπωσιακές: ο άνθρωπος μπορεί π.χ. να παρατείνει τη ζωή του μετά από μεταμόσχευση οργάνου, να γίνει γονέας ακόμη και μετά θάνατον χάρη στη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης ή και να επέμβει στο γενετικό υλικό αποφασίζοντας εκ των προτέρων για τη μέλλουσα ζωή. Οι δυνατότητες αυτές της λεγομένης βιοτεχνολογίας προκαλούν ευφορία για τα νέα επιτεύγματα αλλά και έντονο προβληματισμό, καθώς ενέχουν σοβαρότατους κινδύνους για την ανθρώπινη ζωή.

Οι επιστημονικές εξελίξεις είναι τόσο ραγδαίες που ούτε νομικά είναι δυνατόν να καλυφθούν άμεσα, ούτε να κατανοηθούν σε βάθος από τους ανθρώπους. Αυτός είναι και ο λόγος των έντονων αντιδράσεων που προκαλούνται με τη δημοσίευση κάποιου νέου επιτεύγματος της επιστήμης. Είναι γνωστό ότι ο καθένας από εμάς χρειάζεται χρόνο για να αποδεχθεί καθετί νέο. Η παρατηρούμενη επιφυλακτικότητα για τα επιτεύγματα είναι δικαιολογημένη, ωστόσο πρέπει να αναγνωρισθεί η προσφορά της επιστήμης αυτής σε αρκετούς τομείς.

Επομένως, η **ευρεία πληροφόρηση** για το συγκεκριμένο θέμα κρίνεται απαραίτητη και σε αυτό μπορεί να βοηθήσει ο τύπος και η τηλεόραση, όταν οι νέες μέθοδοι και δυνατότητες προβάλλονται με ενάργεια και ακρίβεια, δίχως εντυπωσιασμούς που αποκρύπτουν την των πραγμάτων αλήθεια.

Παρ' όλες τις αντιδράσεις για την ραγδαία εξέλιξη της επιστήμης, όλοι γνωρίζουμε ότι η συμβολή της στην επίλυση των ιατρικών και «ψυχολογικών» προβλημάτων είναι σημαντική. **Για όλες τις παρεμβάσεις, όμως, της επιστήμης θα πρέπει να κυριαρχεί το μέτρο.**

Στις μέρες μας, η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια διαδεδομένη μέθοδος. Ο αριθμός των ζευγαριών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο αυτή αυξάνεται συνεχώς. Το κόστος της IVF και η πιθανότητα αποτυχημένων προσπαθειών δεν αποτρέπει τα υπογόνιμα ζευγάρια, απεναντίας η θέληση για την απόκτηση ενός παιδιού τους ωθεί στη χρησιμοποίηση της μεθόδου.

Το σημαντικότερο, ίσως, επίτευγμα της εποχής μας (στο θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής) είναι η μέθοδος του δανεισμού μήτρας, η οποία παρέχει τη δυνατότητα σε πολλά υπογόνιμα ζευγάρια να αποκτήσουν παιδί, ζευγάρια που με κανέναν άλλο τρόπο δεν θα μπορούσαν να τεκνοποιήσουν.

Η παρένθετη μητρότητα είναι ένα επίκαιρο εποχής μας, γίνονται άπειρες συζητήσεις για το επιστήμης, αλλά και για τα ηθικά, κοινωνικά και προβλήματα που ανακύπτουν. Κανένας όμως δεν αδιαφορήσει για μία τόσο σπουδαία δυνατότητα παιδιού, ζευγαριών που επί χρόνια προσπαθούν να παιδί χωρίς αποτελέσματα.



θέμα της «δώρα» της ψυχολογικά μπορεί να απόκτησης αποκτήσουν

Από τη μελέτη του νομοσχεδίου, που αφορά στην «ιατρική υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής» καταλήξαμε στο συμπέρασμα, ότι αποκλειστικά το σχέδιο νόμου δεν αρκεί, αφού τα προβλήματα που ανακύπτουν δεν πρέπει να είναι από εκείνα που αντιμετωπίζονται αλλά από εκείνα που προβλέπονται.

Όσον αφορά στις αντιδράσεις της ορθόδοξης εκκλησίας, κατά την άποψή μας, η εκκλησία θα πρέπει να τηρεί μια ουδέτερη στάση, χωρίς έντονες αντιδράσεις στις επιστημονικές εξελίξεις, όταν φυσικά οι εξελίξεις αυτές δεν ξεπερνούν το μέτρο.

Από τη μελέτη της εργασίας, σκεφτήκαμε κάποιες προτάσεις που θα διευκόλυναν και θα μπορούσαν να μειώσουν τα προβλήματα που προκύπτουν από τη χρησιμοποίηση των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Σύμφωνα με το πρότυπο της Μεγάλης Βρετανίας θα μπορούσε να οριστεί μια επιτροπή και στην Ελλάδα η οποία, δεν θα συνεδριάζει όποτε υπάρχει πρόβλημα, αλλά θα έχει τα στοιχεία της μονιμότητας και θα ελέγχει όλο τον κύκλο της διαδικασίας και φυσικά τα κέντρα που εφαρμόζουν την τεχνητή γονιμοποίηση. Η ίδια επιτροπή, θα πρέπει να μπορεί να αξιολογεί τις νέες τεχνικές - καθώς η επιστήμη τρέχει πολύ πιο μπροστά ακόμα και από τις προβλέψεις των πλέον αισιόδοξων - ως προς το όφελος που αυτές προσφέρουν στην υγεία, την ασφάλεια του παιδιού που θα γεννηθεί αλλά και στις τυχόν παρενέργειες και προβλήματα. Να κρίνει αν είναι ασφαλές και ωφέλιμο να εφαρμοστούν οι

νέες αυτές τεχνικές και στους ενδιαφερόμενους ή αν ακόμα βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο και κρύβουν κινδύνους.

Επιπροσθέτως, είναι πολύ σημαντικό τα ασφαλιστικά ταμεία να καλύπτουν τις δαπάνες για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, καθώς το οικονομικό ζήτημα συνιστά σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα.

Από την έκθεση των παραπάνω σκέψεων είναι σαφές ότι κάθε νομοθετική ρύθμιση που αφορά στην τεχνητή αναπαραγωγή πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική, διότι σε τελική ανάλυση αφορά στη γέννηση ενός παιδιού, δηλαδή τη δημιουργία μια εξαρτώμενης ύπαρξης, έναντι της οποίας πρέπει να ληφθεί μέριμνα για την υγεία του και την κοινωνική του ένταξη δίχως προβλήματα.

Η εκάστοτε κυβέρνηση θεμιτό θα ήταν να επιδεικνύει ιδιαίτερη ευαισθησία στα προβλήματα μειονοτήτων (άγαμες γυναίκες χωρίς μόνιμο σύντροφο) και να είναι συνεχώς σε εγρήγορση, καθώς οι νέες τεχνολογίες που εισάγονται στην αναπαραγωγή ανατρέπουν καθημερινά το σκηνικό.

Ακόμη, θα πρέπει να προβούν σε ιδιαίτερα δυσχερείς σταθμίσεις. Σταθμίσεις που θα πρέπει να ισορροπήσουν την αυτονομία των ατόμων, την εξασφάλιση ενός καλύτερου αύριο για τις μέλλουσες γενιές και τους κινδύνους πρόκλησης ανεπανόρθωτων ζημιών από ορισμένες νέες τεχνικές αναπαραγωγής, όπως η κλωνοποίηση ή η επιλογή γονιδίων.

Σταθμίσεις που θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους και να συνυπολογίσουν όλες τις ηθικές, πολιτικές, κοινωνικές και νομικές παραμέτρους της πρόκλησης της τεχνητής αναπαραγωγής.

Η νομοθεσία είναι δυνατόν να καταλήξει εγκληματική, αν δεν στηριχθεί στον απόλυτο σεβασμό της αξίας και της ιερότητας της κάθε ανθρώπινης ζωής από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας της.

ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΤΑΓΕΓΡΑΜΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΑΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΜΦΑΝΕΣ ΟΤΙ ΚΑΝΕΙΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΜΕΝΕΙ ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ, ΔΗΛΑΔΗ ΤΙΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ.

Νόμος 3089 της 19/23.12.2002. Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.(Α327).

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

I.ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Η αλματώδης ανάπτυξη των ιατρικών μεθόδων που υποβοηθούν την ανθρώπινη αναπαραγωγή και η συνεχώς διευρυνόμενη εφαρμογή τους και στη χώρα μας θέτουν κρίσιμα ηθικά, κοινωνικά και νομικά προβλήματα. Εκτός από την τεχνητή σπερματέγχυση, είτε με γεννητικό υλικό του συζύγου ή συντρόφου της γυναίκας «ομόλογη» είτε με γεννητικό υλικό τρίτου δότη «ετερόλογη», που έχει πλέον καθιερωθεί στην ιατρική πρακτική, η δυνατότητα της γονιμοποίησης του ωαρίου έξω από το γυναικείο σώμα, δηλαδή σε δοκιμαστικό σωλήνα (εξωσωματική γονιμοποίηση ή γονιμοποίηση in vitro) έχει οδηγήσει σε πολλές παραλλαγές: Η αναπαραγωγή με χρήση ωαρίου άλλης γυναίκας από εκείνη που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, η προσφυγή στη βοήθεια άλλης γυναίκας που θα κυοφορήσει το γονιμοποιημένο ωάριο για λογαριασμό της γυναίκας που επιθυμεί να τεκνοποιήσει, η δυνατότητα μεταθανάτιας γονιμοποίησης ή εμφύτευσης (μεταφοράς στη μήτρα) κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού αποτελούν μεθόδους που ήδη εφαρμόζονται στην ιατρική πρακτική. Ακόμη, ειδικότερα η εξωσωματική γονιμοποίηση συνδέεται και με τις δυνατότητες επιλογής φύλου, της διενέργειας επιστημονικής έρευνας στο πλεονάζον γεννητικό υλικό, καθώς και της αναπαραγωγικής ή θεραπευτικής κλωνοποίησης.

2. Είναι προφανές ότι η εφαρμογή των μεθόδων αυτών καθιστά αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη, και η ανάγκη αυτή έγινε ακόμη πιο επιτακτική ύστερα από σειρά σχετικών υποθέσεων που απασχόλησαν σε διάφορες χώρες τα δικαστήρια. Κλασικές στο θέμα της σύγκρουσης μητροτήτων θεωρούνται τόσο η υπόθεση «Baby M», που αφορούσε περίπτωση «υποκατάστατης μητρότητας» και αντιμετωπίσθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey των ΗΠΑ το 1988, όσο και η υπόθεση Johnson v. Calvert. Που αναφερόταν σε περίπτωση «παρένθετης μητρότητας» και που αντιμετωπίσθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο της Καλιφόρνιας των ΗΠΑ το 1993, καθώς, ακόμη και η υπόθεση της C.Parraiaix. που διεκδικούσε στη Γαλλία το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου της(1984).

Αλλά και στην Ελλάδα εμφανίσθηκαν στα δικαστήρια υποθέσεις συνδεδεμένες με την τεχνητή γονιμοποίηση. Χαρακτηριστική είναι η υπόθεση που αντιμετώπισε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Ηρακλείου(31/5803/176/1999) σχετικά με την υιοθεσία τέκνου που κυοφορήθηκε και γεννήθηκε από γυναίκα διαφορετική από εκείνη που χορήγησε το γεννητικό υλικό, καθώς και η υπόθεση για την αναγνώριση της πατρότητας του μόνιμου συντρόφου της γυναίκας που απέκτησε παιδί με γεννητικό υλικό ξένο και προς τους δύο συντρόφους, η οποία απασχόλησε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών(6779/2000). Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η ευρύτατη εφαρμογή των επί μέρους ιατρικών μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα προκαλέσει και στη χώρα μας και άλλες διαφορές, που θα απαιτήσουν την παρέμβαση της δικαιοσύνης. Εν όψει, άρα, του νομοθετικού κενού, που

διαπιστώνεται στον τομέα αυτόν, η διαμόρφωση ενός ειδικού ελληνικού νομοθετικού πλαισίου, που θα ρυθμίζει την τεχνητή γονιμοποίηση και θα καθορίζει τις συνέπειές της στο χώρο της συγγένειας, είναι απολύτως επιβεβλημένη.

3. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ήδη διαμορφώσει ανάλογο ειδικό νομοθετικό πλαίσιο: Η Σουηδία το 1984 και 1988, το Ηνωμένο Βασίλειο το 1985 και 1990, η Ισπανία το 1988, η Γερμανία το 1991, η Αυστρία το 1992, η Γαλλία το 1994, η Ελβετία το 1998. Είναι, βέβαια, γεγονός ότι οι νομοθεσίες αυτές δεν κινούνται προς ενιαία κατεύθυνση. Άλλες είναι πιο αυστηρές, απαγορεύοντας ή περιορίζοντας ορισμένες μεθόδους, ενώ άλλες είναι πιο ελαστικές. Οι διαφοροποιήσεις αυτές είναι ενδεικτικές των διλημάτων του νομοθέτη.

Μπροστά στα διλήματα αυτά ο Έλληνας νομοθέτης έχει δύο σταθερά ερείσματα: το Σύνταγμα και τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης του Οβιέδο του 1997 «για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική» (που κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998).

Σε συνταγματικό επίπεδο, το δικαίωμα της αναπαραγωγής βρίσκει την κατοχύρωσή του στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος. Καθένας έχει το δικαίωμα, με βάση την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, να αποκτήσει απογόνους σύμφωνα με τις επιθυμίες του. Κατά συνέπεια, η προσφυγή στις ιατρικές μεθόδους, προκειμένου να αποκτηθούν τέκνα, εντάσσεται στο προστατευτικό πεδίο του Συντάγματος, αρκεί η άσκηση του δικαιώματος της αναπαραγωγής να μην προσκρούει σε δικαιώματα άλλων, να μην παραβιάζει το Σύνταγμα και να μην προσβάλλει τα χρηστά ήθη. Θέμα αντίθεσης στους περιορισμούς αυτούς συζητείται ότι μπορεί να υπάρχει σε τρεις περιπτώσεις: στη μεταθανάτια γονιμοποίηση, στην τεχνητή γονιμοποίηση άγαμων μοναχικών γυναικών και στη χρησιμοποίηση «παρένθετης» κυοφόρου γυναίκας. Και σε αυτές όμως ακόμη τις περιπτώσεις μία πλήρης νομοθετική απαγόρευση (που δεν θα μπορούσε βέβαια από τα πράγματα να επιβληθεί απόλυτα στην πράξη, όπως συμβαίνει με όλες τις απαγορεύσεις αυτού του είδους) δεν θα ήταν καλύτερο μέτρο, αφού, σε τελική ανάλυση, θα είχε ως θύμα το πιο ανυπεράσπιστο από τα εμπλεκόμενα μέρη: το παιδί που θα γεννιόταν από μια απαγορευμένη και, άρα, μη ρυθμιζόμενη ως προς τις συνέπειές της μέθοδο. Το παιδί αυτό θα ήταν υποβαθμισμένο από άποψη νομικής κατάστασης, όπως ακριβώς συνέβαινε παλαιότερα και με τα «εξώγαμα» παιδιά, με την επίκληση και εκεί «κάποιων ηθικών αξιών», όπως η προστασία της «νόμιμης οικογένειας». Δημιουργία όμως παιδιών «δεύτερης κατηγορίας» δεν ανέχεται πλέον ο νομικός πολιτισμός.

Σε ό,τι αφορά τη Σύμβαση του Οβιέδο, το ενδιαφέρον – και η δέσμευση – για τον Έλληνα νομοθέτη δημιουργείται ως προς την απαγόρευση επιλογής φύλου (με εξαίρεση την επιλογή που επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους) την απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης και το επιτρεπτό ερευνών σε γονιμοποιημένα ωάρια.

5. Σύμφωνα με τα παραπάνω, το σχέδιο νόμου απαγορεύει την ανθρώπινη κλωνοποίηση για αναπαραγωγικούς λόγους, καθώς και την επιλογή φύλου, εκτός αν αυτή επιβάλλεται από ιατρικούς

λόγους. Επίσης, επιτρέπει τη χρήση των γονιμοποιημένων ωαρίων, που πλεονάζουν, και για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς.

Το σχέδιο νόμου υιοθετεί ανεπιφύλακτα την τεχνητή σπερματέγχυση και την απλή εξωσωματική γονιμοποίηση, είτε ομόλογη είτε ετερόλογη, ενώ ρυθμίζει και την τύχη του πλεονάζοντος κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού. Σχετικό με τη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση και την κυοφορία γονιμοποιημένου ωαρίου από γυναίκα που προσφέρεται προς τούτο, το σχέδιο ακολουθεί μέση οδό, υπάγοντας τις δυνατότητες αυτές σε αυστηρές προϋποθέσεις. Ειδικό για την περίπτωση κατά την οποία μεσολαβεί άλλη γυναίκα, διαφορετική από εκείνη που θέλει να αποκτήσει τέκνο, το σχέδιο απαιτεί προηγούμενη δικαστική άδεια.

Σχετικό με τη δυνατότητα των άγαμων γυναικών να προσφύγουν σε τεχνητή γονιμοποίηση, το σχέδιο δεν την αποκλείει. Τέλος, το σχέδιο τάσσεται υπέρ της ανωνυμίας του τρίτου δότη γεννητικού υλικού, προβλέπει όμως παράλληλα τη διατήρηση σε απόρρητο αρχείο, με κωδικό απλώς αριθμό, του ιατρικού ιστορικού του δότη, ώστε το τέκνο – και μόνο αυτό- να έχει πρόσβαση στο συγκεκριμένο ιστορικό, αν το επιβάλλουν λόγοι υγείας.

Οι παραπάνω λύσεις, που θα αναλυθούν λεπτομερέστερα στο δεύτερο μέρος της εισηγητικής έκθεσης, βρίσκονται σε αρμονία με το ισχύον νομικό πλαίσιο, τις βασικές ηθικές αξίες και την ιατρική δεοντολογία, ενώ ανταποκρίνονται και στην κοινωνική πραγματικότητα, έτσι ώστε οι προτεινόμενες ρυθμίσεις να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα προβλήματα που ανακύπτουν. Ιδιαίτερα σε ένα χώρο, στον οποίο οι εξελίξεις είναι ραγδαίες και όπου με ένα απλό ταξίδι σε χώρα με ελαστικότερο νομοθετικό καθεστώς πολύ εύκολα ματαιώνονται οι όποιες απαγορεύσεις, ο νόμος θα πρέπει να είναι εύκαμπτος, ώστε οι διατάξεις του να μην καταλήξουν νεκρό γράμμα.

6. Από νομοτεχνική άποψη προτείνεται η θέσπιση ενός νέου Κεφαλαίου στο Τέταρτο Βιβλίο του Αστικού Κώδικα (Οικογενειακό Δίκαιο). Το Κεφάλαιο αυτό (Κεφάλαιο Όγδοο: Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή) θα περιλαμβάνει τις γενικές ρυθμίσεις, ενώ στο επόμενο Κεφάλαιο (Κεφάλαιο Ένατο: Συγγένεια) θα ενταχθούν οι διατάξεις που ρυθμίζουν τις επιπτώσεις της τεχνητής γονιμοποίησης στο δίκαιο της συγγένειας. Η μεταβολή αυτή στο Τέταρτο Βιβλίο του Αστικού Κώδικα γίνεται με την τοποθέτηση των διατάξεων του Όγδου Κεφαλαίου στη θέση καταργημένων με το νόμο 1329/1983 άρθρων, μέθοδος που ακολουθήθηκε με επιτυχία και στο νόμο 2447/1996. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η συστηματική αντιμετώπιση όλων των ζητημάτων, ενώ ταυτόχρονα ο Αστικός Κώδικας ανανεώνεται και ανταποκρίνεται πλέον στις ανάγκες των καιρών.

II.ΟΙ ΕΠΙ ΜΕΡΟΥΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

1. Με το άρθρο 1 του σχεδίου νόμου προστίθεται στον Αστικό Κώδικα νέο Όγδοο Κεφάλαιο με διατάξεις (άρθρα 1455-1460) για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και το επιτρεπτό της γενικό. Οι περισσότερες είναι διατάξεις που ορίζουν υπο ποιες προϋποθέσεις ή με ποια διαδικασία

επιτρέπονται οι διάφορες επιμέρους μέθοδοι της τεχνητής γονιμοποίησης ή οι τεχνικές που συνδέονται με αυτήν, ενώ υπάρχει μια διάταξη που αναφέρεται στην τύχη του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού.

Ειδικότερα:

Το νέο άρθρο 1455 Α.Κ. στην πρώτη παράγραφο του θέτει το γενικό κανόνα για το επιτρεπτό της τεχνητής γονιμοποίησης, σύμφωνα με τον οποίο η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή επιτρέπεται μόνο αν είναι ιατρικώς αναγκαία με δύο έννοιες: πρώτο, αν υπάρχει αδυναμία απόκτησης απογόνων με φυσικό τρόπο, δηλαδή στειρότητα, και δεύτερο, αν μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί να αποφευχθεί η –διαφορετικό αναπόφευκτη –μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Ένα παράδειγμα για την τελευταία περίπτωση αποτελεί αυτό όπου ο σύζυγος πάσχει από σοβαρή κληρονομική νόσο, η οποία θα μεταδοθεί στους απογόνους του, ενώ μπορεί να αποφευχθεί αν διενεργηθεί τεχνητή γονιμοποίηση με σπέρμα υγιούς τρίτου δότη. Οι όροι (υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και τεχνητή γονιμοποίηση) ταυτίζονται στο σχέδιο νόμου και χρησιμοποιούνται ως όροι γενικοί, που περιλαμβάνουν όλες τις μεθόδους και τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Από αυτές συνηθέστερες είναι η τεχνητή σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Στην τεχνητή σπερματέγχυση τεχνητή είναι μόνο η μεταφορά του σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα. Από εκεί και πέρα το σπέρμα με το ωάριο ενώνονται και το γονιμοποιημένο ωάριο οδεύει προς τη μήτρα και εμφυτεύεται σε αυτή όπως και όταν πρόκειται για φυσική αναπαραγωγή. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση, αντίθετα, τεχνητή, είναι τόσο η ένωση του σπέρματος και του ωαρίου, δηλαδή η γονιμοποίηση του τελευταίου, που γίνεται εξωσωματικά (στο δοκιμαστικό σωλήνα *in vitro*) όσο και η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα. Με β εδάφιο της πρώτης παραγράφου του 1455 επιβάλλεται χρονικός περιορισμός στην υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή, η οποία επιτρέπεται στην ηλικία ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Η ρύθμιση αυτή τίθεται προκειμένου να αποφευχθούν ακραία φαινόμενα τεχνητής γονιμοποίησης σε προχωρημένη ηλικία και προς το συμφέρον του τέκνου. Ο περιορισμός αυτός συνάδει απολύτως με τον προαναφερόμενο σκοπό της ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή. Το τρίτο εδάφιο της πρώτης παραγράφου του άρθρου 1455 αντιμετωπίζει το θέμα της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, την οποία ρητά απαγορεύει, αφού η επιδίωξη αναπαραγωγής όμοιων ανθρώπων αντιβαίνει στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου.

Στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 1455 επαναλαμβάνεται η ρύθμιση του άρθρου 14 της Σύμβασης του Οβιέδο, κατά την οποία η επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, παρά μόνο αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με συγκεκριμένο φύλο, όπως λ.χ. η μυοπάθεια Duchenne, που πλήττει μόνο τους άρρενες. Τέλος, με την τρίτη παράγραφο του άρθρου 1455 απαγορεύεται η αναπαραγωγική κλωνοποίηση.

Το νέο άρθρο 1456 Α.Κ περιέχει γενική επίσης ρύθμιση για τις απαιτούμενες συνααινέσεις των προσώπων που προσφεύγουν στη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το πρώτο εδάφιο της πρώτης παραγράφου αναφέρεται στην περίπτωση που οι ενδιαφερόμενοι είναι σύζυγοι, οπότε και ορίζεται ότι απαιτείται έγγραφη απλώς συναίνεση τόσο του συζύγου, όσο και της συζύγου, για τη συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης, και μάλιστα ανεξάρτητα από το αν πρόκειται να γίνει ομόλογη ή ετερόλογη γονιμοποίηση, δηλαδή αν θα χρησιμοποιηθεί το σπέρμα του συζύγου ή τρίτου δότη, αφού στο σχέδιο νόμου δε γίνεται σχετική διάκριση. Το δεύτερο εδάφιο της πρώτης παραγράφου ρυθμίζει την περίπτωση που πρόκειται για άγαμη γυναίκα, ορίζοντας ότι η συναίνεση ή οι συνααινέσεις των ενδιαφερομένων (λ.χ. της γυναίκας και του μόνιμου συντρόφου της) παρέχονται με συμβολαιογραφικό έγγραφο. Ο σοβαρότερος αυτός τύπος επιβάλλεται προκειμένου οι συνααινέσεις να οδηγήσουν στην αυτόματη εκούσια αναγνώριση του τέκνου από τον άνδρα που θα έχει συνααινέσει συμβολαιογραφικά (και ανεξάρτητα και εδώ από το αν θα πρόκειται για ομόλογη ή ετερόλογη γονιμοποίηση), όπως ορίζεται στο παραπάνω αναθεωρημένο άρθρο 1475 παρ. 2 Α.Κ. Αυτό που δεν ρυθμίζεται πάντως στο Σχέδιο ειδικά, είναι τα σχετικά με τη σύμβαση μεταξύ των προσώπων, που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, και του ιατρού ή του ιατρικού κέντρου. Στη σύμβαση αυτή, κατά συνέπεια, εφαρμόζονται όσα ισχύουν γενικά για τη σύμβαση ιατρικής αγωγής.

Στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 1456 καθιερώνεται η δυνατότητα της ανάκλησης (με τον ίδιο τύπο) των συνααινέσεων μέχρι το χρονικό σημείο της μεταφοράς του γεννητικού υλικού στο γυναικείο σώμα: Αυτό είναι είτε ο χρόνος της μεταφοράς του σπέρματος στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, αν πρόκειται για τεχνητή σπερματέγχυση, είτε ο χρόνος της μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου στη γυναικεία μήτρα, αν πρόκειται για εξωσωματική γονιμοποίηση. Είναι, άλλωστε, αυτονόητο – και για αυτό δεν ορίζεται ρητά- ότι τόσο οι συνααινέσεις, όσο και η ανάκλησή τους, γνωστοποιούνται στον ιατρό ή τον υπεύθυνο του ιατρικού κέντρου, καθώς και ότι αρκεί η ανάκληση της συνααινέσης και ενός μόνο από τους ενδιαφερομένους για να ματαιωθεί η τεχνητή γονιμοποίηση. Αντίθετα, ρητά ορίζεται ότι η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν το πρόσωπο που την έδωσε πέθανε πριν από την μεταφορά του γεννητικού υλικού στο γυναικείο σώμα, εκτός αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του επόμενου άρθρου 1457, που αφορά τη μεταθανάτια γονιμοποίηση.

Η δεύτερη παράγραφος του άρθρου 1456 είναι χρήσιμη και για τις περιπτώσεις διαζυγίου, της διάστασης και της ακύρωσης του γάμου των συζύγων που ενδιαφέρονται να τεκνοποιήσουν, καθώς και για την περίπτωση της λήξης της ελεύθερης ένωσης των μόνιμων συντρόφων. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι ενδιαφερόμενοι θα ανακαλούν προφανώς τις συνααινέσεις του, με βάση το άρθρο 1456 παρ. 2, και για το λόγο αυτό δεν κρίθηκε σκόπιμο να ρυθμιστούν οι συγκεκριμένες περιπτώσεις στο σχέδιο νόμου ρητά, με ειδική διάταξη.

Ειδικότερα σε ό,τι αφορά τον όρο «γεννητικό υλικό», πρέπει να σημειωθεί ότι γενικά στο σχέδιο νόμου ο όρος χρησιμοποιείται συμβατικά για να υποδηλώσει τόσο το απλό γεννητικό υλικό,

δηλαδή τους γαμέτες (το σπέρμα και το ωάριο) όσο και το γονιμοποιημένο ωάριο. Ο όρος «γονιμοποιημένο ωάριο» χρησιμοποιείται, άλλωστε, επίσης συμβατικά (βλ. το μεθεπόμενο άρθρο 1458) για να καλύψει τις πρώτες δεκατέσσερις ημέρες από την ένωση του σπέρματος και του ωαρίου (μετά, τις οποίες κατά τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης, σχηματίζονται οι καταβολές του νευρικού ιστού).

Το νέο άρθρο 1457 ρυθμίζει το θέμα του επιτρεπτού της μεταθανάτιας τεχνητής γονιμοποίησης. Ως τέτοια εννοείται τόσο η κατά κυριολεξία μεταθανάτια γονιμοποίηση, δηλαδή η χρησιμοποίηση του σπέρματος του συζύγου μετά το θάνατό του είτε για σπερματέγχυση στη γυναίκα που επιζηεί είτε για εξωσωματική γονιμοποίηση με το ωάριό της και μεταφορά στη συνέχεια του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα της, όσο και η μεταθανάτια απλώς μεταφορά (εμφύτευση) στη μήτρα του γονιμοποιημένου ωαρίου, το οποίο γονιμοποιήθηκε, προφανώς εξωσωματικά, πριν από το θάνατο του άνδρα. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις είναι φανερό ότι θα πρόκειται για κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό, στο μέτρο που η κρυοσυντήρηση (δηλαδή κατάψυξη στους -1960 C με υγρό άζωτο) είναι η συνήθης μέχρι τώρα πρακτική διατήρησης του γεννητικού υλικού. Όλες πάντως οι διατάξεις του σχεδίου, που αναφέρονται σε γεννητικό υλικό που δεν είναι νωπό, μπορούν να εφαρμόζονται άσχετα με το αν στο μέλλον αλλάξει ο τρόπος συντήρησης του γεννητικού υλικού.

Σύμφωνα με το άρθρο 1457 η μεταθανάτια (post morte) γονιμοποίηση με τη μία ή την άλλη μορφή της επιτρέπεται υπό πολύ αυστηρές προϋποθέσεις : Κατά πρώτο λόγο σε αυτήν μπορούν να προσφεύγουν αποκλειστικά γυναίκες που είχαν σύζυγο ή μόνιμο σύντροφο (ζώντας μαζί του σε ελεύθερη συμβίωση), του οποίου και το γεννητικό υλικό (είτε ως απλό σπέρμα είτε ως γονιμοποιημένο με το σπέρμα ωάριο) επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν. Πέρα, άλλωστε, από αυτό πρέπει να συντρέχουν σωρευτικώς και οι ακόλουθες προϋποθέσεις : 1) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας (λ.χ. καρκίνο των όρχεων που απαιτούσε να αρχίσει ο σύζυγος ραδιοθεραπεία) ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του (λ.χ. ο σύζυγος πρόκειται να συμμετάσχει σε πολεμικές επιχειρήσεις), έτσι ώστε να καθίσταται κοινωνικά αποδεκτή η προσφυγή στη συγκεκριμένη πρακτική. 2) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφική πράξη και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, έτσι ώστε να προκύπτει σαφώς η βούλησή του για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή όχι μόνο όσο ο ίδιος ζει αλλά και σε χρόνο μετά το θάνατό του. Και 3) η μεταθανάτια γονιμοποίηση να διενεργείται ανάμεσα σε δύο χρονικά σημεία : όχι πριν περάσουν έξι μήνες από το θάνατο του άνδρα, ώστε να εξασφαλίζεται ότι η απόφαση της γυναίκας δεν λαμβάνεται υπό το κράτος της ψυχολογικής της διαταραχής από το θάνατό του, αλλά και όχι αφού περάσουν δύο έτη, πέρα από τα οποία δεν θα πρέπει να μένουν σε εκκρεμότητα τα κληρονομικά δικαιώματα των υπόλοιπων συγγενών του νεκρού (που θα ανατραπούν αν γεννηθεί το παιδί του). Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η ρύθμιση αυτή –που είναι προσανατολισμένη στη συνηθέστερη περίπτωση της επιθυμίας για

μεταθανάτια γονιμοποίηση στην περίπτωση που πεθαίνει ο άνδρας- μπορεί να καλύψει, αναλογικά εφαρμοζόμενη, και την περίπτωση που πεθαίνει η γυναίκα, οπότε ο άνδρας δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αργότερα τα κρυοσυντηρημένα ωάρια της (πράγμα ασύνηθες) ή τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια τους για να τεκνοποιήσει με αυτά μέσω «παρένθετης» κυοφόρου μητέρας, παρά υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 1457. Το άρθρο 1458 επιλύει το ζήτημα του επιτρεπτού της «παρένθετης μητρότητας ή του δανεισμού μήτρας». Οι όροι αυτοί (που δεν χρησιμοποιούνται πάντως στο νόμο) αποδίδουν την περίπτωση όπου η γυναίκα που ενδιαφέρεται να αποκτήσει παιδί «δανείζεται» τη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, στην οποία και μεταφέρεται το γονιμοποιημένο ωάριο, έτσι ώστε η τελευταία αυτή γυναίκα να κυοφορήσει και να γεννήσει για χάρη της γυναίκας που επιθυμεί το τέκνο.

Σύμφωνα με τη ρύθμιση του άρθρου 1458 η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται με δικαστική άδεια, που χορηγείται πριν από τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί το τέκνο. Το δικαστήριο θα χορηγήσει την άδεια μόνο αν βεβαιωθεί ότι η αιτούσα είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και συνεπώς και να γεννήσει η ίδια (κατά συνέπεια δεν καλύπτεται η περίπτωση που η γυναίκα επιθυμεί απλώς να αποφύγει μια εγκυμοσύνη για λόγους μη ιατρικούς, λ.χ. αισθητικής), ενώ θα πρέπει να υπάρχει και έγγραφη συμφωνία μεταξύ αφενός των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν το τέκνο και αφετέρου της κυοφόρου γυναίκας, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Προκειμένου να αντιμετωπισθεί το ενδεχόμενο η αιτούσα και η κυοφόρος να καταλήξουν σε συμφωνία παρακάμπτοντας τους συζύγους τους και αποσιωπώντας από το δικαστήριο το γεγονός ότι είναι έγγαμες, το δικαστήριο έχει τη δυνατότητα (εφόσον δικάζει κατά τη διαδικασία των άρθρων 739 επ. Κ.Πολ.Δ) και οφείλει να διαπιστώσει εάν οι δύο γυναίκες είναι έγγαμες, ώστε αφενός να μην παραβιασθεί ο κανόνας ουσιαστικού δικαίου του άρθρου 1458 του Α.Κ και αφετέρου να μην επηρεασθεί η έννομη θέση των συζύγων χωρίς τη δυνατότητα να ακουσθούν σε αυτήν τη φάση, αφού, εάν τελικά γεννηθεί το τέκνο από την κυοφόρο θα λειτουργήσουν θετικά ή αρνητικά ως προς αυτούς τα τεκμήρια πατρότητας χωρίς οι ίδιοι να έχουν λάβει γνώση και να έχουν συμφωνήσει σχετικά, όπως απαιτεί ο νόμος. Επίσης, δεν αποκλείεται η γυναίκα που επιθυμεί το τέκνο να χρησιμοποιήσει και ωάριο άλλης δότριας, αρκεί η τελευταία να μην συμπίπτει με την κυοφόρο γυναίκα.

Στο άρθρο 1459 παρ. 1 γίνεται πρόβλεψη για το λεγόμενο «πλεονάζον» γεννητικό υλικό. Πρόκειται για το κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό (είτε αυτό είναι απλό, όπως λ.χ. το σπέρμα, είτε γονιμοποιημένα ωάρια) που θα περισσέψει μετά την κάλυψη των αναπαραγωγικών αναγκών των ενδιαφερομένων, δηλαδή όταν αυτοί αποκτήσουν τέκνο, ή αν ματαιωθεί οριστικά αυτός ο σκοπός. Για το πλεονάζον, λοιπόν, κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό ορίζεται ότι τα πρόσωπα που προσφεύγουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή υπογράφουν κοινή γραπτή δήλωση πριν από την έναρξη της διαδικασίας, στην οποία μπορούν να επιλέγουν ή τη διάθεσή του σε άλλα πρόσωπα, που θα επιλέξει

ο ιατρός ή το ιατρικό κέντρο, ή τη χρησιμοποίησή του για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή την καταστροφή του. Από τις εκδοχές αυτές η πρώτη σημαίνει ότι το γεννητικό υλικό μπορεί μεν να «δωριστεί» -απλώς- από τους δότες (αφού είναι αυτονόητο ότι η «πώληση» γεννητικού υλικού, δηλαδή η παραχώρησή του με οικονομικό αντάλλαγμα, θα είναι συνήθως αντίθετη στα χρηστά ήθη), οι ίδιοι όμως δεν έχουν σύμφωνα με το νόμο τη δυνατότητα να επιλέξουν και τους συγκεκριμένους «δωρεοδόχους». Η τελευταία νομοθετική επιλογή εναρμονίζεται προς την ανωνυμία των τρίτων δοτών γεννητικού υλικού. Στη δεύτερη, άλλωστε, δυνατότητα, και ειδικότερα στη χρησιμοποίηση για θεραπευτικούς σκοπούς, είναι προφανές ότι μπορεί να περιλαμβάνεται και η θεραπευτική κλωνοποίηση. Εξάλλου, αν για κάποιο λόγο έχει παραλειφθεί η κοινή δήλωση των ενδιαφερομένων, ορίζεται ότι το πλεονάζον κρυοσυντηρημένο γεννητικό υλικό διατηρείται επί πέντε έτη από τη λήψη ή τη δημιουργία του και, μετά την πάροδο του χρόνου αυτού, είτε χρησιμοποιείται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφεται. Ειδική πρόβλεψη υπάρχει, άλλωστε, για τα νωπά γονιμοποιημένα ωάρια, ως προς τα οποία ορίζεται ότι, μετά την πάροδο δεκατεσσάρων ημερών, από τη γονιμοποίηση (οπότε και αρχίζουν να σχηματίζονται οι καταβολές του νευρικού ιστού), πρέπει να καταστρέφονται, προκειμένου να μην μπορούν πλέον να καταστούν αντικείμενα πειραμάτων ή, γενικότερα, έρευνας.

Τέλος, στο άρθρο 1460 αντιμετωπίζεται το ζήτημα αν οι τρίτοι δότες γεννητικού υλικού (είτε δότες σπέρματος είτε δότριες ωαρίων) θα μπορούν να είναι ανώνυμοι (άγνωστοι), και σε αρμονία με το προηγούμενο άρθρο 1459 παρ. 1 α, επιλέγεται η ανωνυμία των δοτών, δηλαδή ορίζεται ότι δεν γνωστοποιείται ούτε η ταυτότητα του δότη στους ενδιαφερομένους να αποκτήσουν τέκνο ούτε η ταυτότητα του τέκνου και των γονέων του στον τρίτο δότη του γεννητικού υλικού. Πάντως προβλέπεται η τήρηση αρχείων που θα περιλαμβάνουν ιατρικές απλώς πληροφορίες σχετικές με τον τρίτο δότη –χωρίς ένδειξη της ταυτότητάς του αλλά με αντίστοιχο κωδικό αριθμό – στις οποίες πρόσβαση θα έχει μόνο το τέκνο και μόνο για λόγους που αφορούν την υγεία του. Όλα αυτά εκφράζουν τη σύγχρονη αρχή της λεγόμενης «κοινωνικοσυναισθηματικής συγγένειας», κατά την οποία, εν όψει της ραγδαίας εξέλιξης των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η σημασία της βιολογικής αλήθειας και της καταγωγής εκ των πραγμάτων μειώνεται, ενώ αναδεικνύεται αντίθετα ως σημαντικός παράγοντας για την ίδρυση της νομικής συγγένειας η βούληση των μερών, που συνδέει νομικά το παιδί όχι με τους «γενετικούς γονείς» του, αλλά με αυτούς που το θέλουν, δηλαδή τους «κοινωνικούς» του γονείς. Στο πλαίσιο αυτής της σύγχρονης αρχής, η ανωνυμία των τρίτων δοτών γεννητικού υλικού είναι επιβεβλημένη, καθώς μάλιστα προφυλάσσει και τα δύο μέρη από δυσάρεστες μελλοντικές ψυχολογικές αλλαγές και αλληλοεπεμβάσεις μεταξύ «βιολογικής» και «κοινωνικής» οικογένειας, που θα αποβούν ασφαλώς σε βάρος του παιδιού.

2. Με το άρθρο 2 του νομοσχεδίου το υφιστάμενο Όγδοο Κεφάλαιο του Αστικού Κώδικα για τη συγγένεια παίρνει νέα αρίθμηση, δηλαδή γίνεται Ένατο Κεφάλαιο (άρθρα 1461-1484), ενώ

παράλληλα αναθεωρούνται και αρκετά από τα υπάρχοντα άρθρα του, ιδίως με την προσθήκη εντελώς νέων διατάξεων, απαραίτητων εν όψει της εξέλιξης των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Ειδικότερα:

Το νέο άρθρο 1461 Α. Κ περιλαμβάνει το ισχύον άρθρο 1463 παρ. 1, που παραμένει ως προς το περιεχόμενο αναλλοίωτο. Το νέο άρθρο 1462 είναι το ισχύον άρθρο 1464, που αλλάζει αριθμό. Το νέο άρθρο 1463 περιλαμβάνει το ισχύον άρθρο 1463 παρ. 2, που παραμένει και αυτό αμετάβλητο.

Εντελώς νέο, και ως προς το περιεχόμενο, είναι το επόμενο άρθρο 1464 Α. Κ που ρυθμίζει την ίδρυση της συγγένειας στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας. Στο άρθρο αυτό ο κανόνας της ίδρυσης της συγγένειας με τη μητέρα μέσω της γέννησης παραμερίζεται με την καθιέρωση ενός τεκμηρίου: Σε περίπτωση τεχνητής γονιμοποίησης με κυοφορία από άλλη γυναίκα, μητέρα του τέκνου τεκμαίρεται η γυναίκα στην οποία δόθηκε η δικαστική άδεια του νέου άρθρου 1458 Α. Κ, δηλαδή η γυναίκα που επιθυμεί το τέκνο. Το τεκμήριο αυτό πάντως είναι μαχητό, αφού στη δεύτερη παράγραφο του άρθρου 1464 ορίζεται ότι η μητρότητα, που ιδρύεται κατά την πρώτη παράγραφο, μπορεί να προσβληθεί δικαστικώς μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τον τοκετό, αν αποδειχθεί ότι το τέκνο κατάγεται βιολογικά από την κυοφόρο γυναίκα. Με τον τρόπο αυτόν αποθαρρύνεται στην πράξη η χορήγηση του ωαρίου από την ίδια την κυοφόρο, που συνιστά δυνατότητα για την οποία χρησιμοποιείται συχνά ο όρος «πλήρης υποκατάστατη μητρότητα» σε αντίθεση με τη «μερική υποκατάστατη μητρότητα», που είναι ο «δανεισμός μήτρας». Την αγωγή για την προσβολή της μητρότητας μπορεί να ασκήσει αυτοπροσώπως ή μέσω του ειδικού πληρεξουσίου της ή του νόμιμου αντιπροσώπου της –είτε η κυοφόρος γυναίκα είτε η τεκμαιρόμενη μητέρα και, αν η αγωγή γίνει δεκτή και η σχετική δικαστική απόφαση γίνει αμετάκλητη, μητέρα γίνεται αναδρομικά η κυοφόρος γυναίκα. Είναι άλλωστε, προφανές ότι και η συγγένεια με τον πατέρα ιδρύεται στις περιπτώσεις αυτές ανάλογα : Στην περίπτωση που ισχύει το τεκμήριο, πατέρας του τέκνου θα θεωρείται ο σύζυγος της τεκμαιρόμενης μητέρας, τα άρθρα 1465 – 1471 θα εφαρμόζονται ως προς αυτόν και δεν θα έχουν εφαρμογή ως προς το σύζυγο της κυοφόρου γυναίκας που γέννησε. Αν πάλι, ανατραπεί το τεκμήριο, η πατρότητα του άνδρα που παραχώρησε το σπέρμα του μπορεί να ιδρυθεί με την αναγνώριση, αφού βέβαια πρώτα προσβληθεί η πατρότητα του τυχόν συζύγου της κυοφόρου γυναίκας.

Τα ισχύοντα άρθρα 1465 – 1484 Α.Κ. για την ίδρυση της συγγένειας με τον πατέρα δεν έχουν αλλάξει αριθμηση, ορισμένα όμως από αυτά έχουν καινούριο –εν όψει των δυνατοτήτων του της τεχνητής γονιμοποίησης –περιεχόμενο. Αμετάβλητα ως προς το περιεχόμενο παραμένουν τα άρθρα 1466 – 1470, 1472 – 1474, 1476, 1477 και 1480-1484, ενώ στα υπόλοιπα υπάρχουν οι εξής αλλαγές:

Στο άρθρο 1465 έχουν προστεθεί δύο νέες διατάξεις για την ίδρυση της πατρότητας όταν διενεργείται μεταθανάτια γονιμοποίηση που αφορά συζύγους. Η πρώτη είναι η διάταξη της νέας δεύτερης παραγράφου, που επεκτείνει το τεκμήριο της πατρότητας του συζύγου και στην περίπτωση

που ο σύζυγος –ο οποίος πέθανε πριν από την τεχνητή σπερματέγχυση ή την εξωσωματική ένωση του σπέρματος και του ωαρίου ή επίσης και πριν από τη μεταφορά στη μήτρα του ήδη εξωσωματικά γονιμοποιημένου ωαρίου – είχε δώσει τη συμβολαιογραφική συναίνεση, που απαιτείται ως προϋπόθεση του επιτρεπτού της μεταθανάτιας γονιμοποίησης κατά το νέο άρθρο 1457. Οι υπόλοιπες προϋποθέσεις του άρθρου αυτού δεν χρειάζεται να συντρέχουν, ώστε να μην αποβαίνει η παρά την έλλειψή τους διενέργεια της μεταθανάτιας γονιμοποίησης σε βάρος του τέκνου. Η δεύτερη διάταξη περιλαμβάνεται στο νέο δεύτερο εδάφιο της νέας τρίτης παραγράφου και αφορά την περίπτωση που δεν υπήρξε – παρά το νόμο- συμβολαιογραφική συναίνεση του συζύγου. Στην περίπτωση αυτή επεκτείνεται η ισχύουσα ρύθμιση για τα τέκνα που γεννιούνται μετά την 300^η ημέρα από τη λύση ή την ακύρωση του γάμου, δηλαδή η απόδειξη της πατρότητας του συζύγου της μητέρας βαρύνει εκείνον που την επικαλείται (ο οποίος θα ασκήσει την απλή αναγνωριστική αγωγή του άρθρου 614 παρ.1β Κ.πολ., Δ. για τη διαβεβαίωση της ύπαρξης της σχέσης γονέα και παιδιού). Και αυτή η λύση επιβάλλεται προς το συμφέρον του τέκνου, ώστε αυτό να μην υφίσταται τις συνέπειες από τη μη τήρηση των προβλεπόμενων από το νόμο όρων.

Σοβαρή μεταβολή υπάρχει στο νέο άρθρο 1471 Α.Κ., όπου στον αριθμό 2 της δεύτερης παραγράφου, δηλαδή στην περίπτωση που ο σύζυγος είχε συναινέσει στην τεχνητή γονιμοποίηση, ως πρόσωπα που αποκλείεται να προσβάλλουν την πατρότητα του τέκνου, πέρα από τον ίδιο το σύζυγο που αποκλείεται και κατά το ισχύον δίκαιο, αναφέρονται και οι υπόλοιποι δικαιούχοι προσβολής του άρθρου 1469 Α.Κ. Η προσθήκη αυτή, που σημαίνει ότι, αν ο σύζυγος είχε συγκατατεθεί στην τεχνητή γονιμοποίηση, κανείς δεν μπορεί πλέον να προσβάλει την πατρότητά του, δηλαδή ούτε καν το ίδιο το τέκνο (κάτι που είναι προφανώς σημαντικό στην περίπτωση της ετερόλογης γονιμοποίησης), αποτελεί έντονη έκφραση της αρχής της «κοινωνικοσυναισθηματικής συγγένειας».

Στο άρθρο 1475 έχει προστεθεί μια νέα δεύτερη παράγραφος στην οποία ρυθμίζεται η πατρότητα στην περίπτωση όταν πρόκειται για άγαμη γυναίκα και, επομένως, ο άνδρας, που επιθυμεί το τέκνο, δεν είναι ο σύζυγός της. Η πατρότητα του άνδρα αυτού (που συνήθως θα είναι ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας) δεν μπορεί να καλυφθεί με το τεκμήριο της καταγωγής από γάμο (Α.Κ. 1465). Το γεγονός όμως ότι υπάρχει συμβολαιογραφική συναίνεσή του στην τεχνητή γονιμοποίηση είναι πρόσφορο για τη θεμελίωση της πατρότητάς του μέσω της εξομίωσης της συμβολαιογραφικής συναίνεσής του με την εκούσια από μέρους του αναγνώριση. Ορίζεται, μάλιστα, επιπρόσθετα ότι στην περίπτωση αυτή δεν απαιτείται η συμβολαιογραφική συναίνεση της μητέρας, αφού αυτή ήδη έχει δώσει τη συμβολαιογραφική της συναίνεση (κατά το άρθρο 1456 παρ. 1 εδ.β) για την υποβολή της στην τεχνητή γονιμοποίηση με το συγκεκριμένο άνδρα και, άρα, δεν έχει αντίρρηση να γίνει αυτός πατέρας. Ούτε έχει, άλλωστε, σημασία αν το ανδρικό γεννητικό υλικό ανήκει στο συγκεκριμένο άνδρα. Με άλλα λόγια, δεν αποκλείεται η γονιμοποίηση να είναι ετερόλογη, αφού

κρίσιμο δεν είναι εδώ το στοιχείο της βιολογικής αλήθειας, αλλά η βούληση του άνδρα και της γυναίκας να αποκτήσουν τέκνο μαζί (όπως συμβαίνει και στην ετερόλογη γονιμοποίηση μεταξύ συζύγων. Αν, βέβαια, δεν υπάρχει αυτή η βούληση, δηλαδή δεν υπάρχει συμβολαιογραφική συναίνεση του άνδρα, τότε το τέκνο είναι χωρίς γάμο γεννημένο και πατρότητά του μπορεί να ιδρυθεί με αναγνώριση (δικαστική ή και πάλι εκούσια) κατά τις γενικές διατάξεις. Ακόμη, για την εξομοίωση της συμβολαιογραφικής συναίνεσης του άνδρα με την εκούσια αναγνώριση δεν έχει σημασία ότι κατά το χρόνο που παρέχεται αυτή η συναίνεση δεν έχει καν αρχίσει η διαδικασία της γονιμοποίησης, αφού εδώ είναι σαφές ότι η συναίνεση αφορά το συγκεκριμένο τέκνο που θα προκύψει από αυτή τη διαδικασία.

Ο τρόπος ίδρυσης της πατρότητας, που καθιερώνεται στη νέα δεύτερη παράγραφο του άρθρου 1475, καλύπτει και την περίπτωση της *post mortem* τεχνητής γονιμοποίησης (αδιάφορο αν πρόκειται για μεταθανάτια ένωση σπέρματος και ωαρίου ή για μεταθανάτια μεταφορά γονιμοποιημένου ωαρίου ή για μεταθανάτια μεταφορά γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα) όπου ο άνδρας, που το γεννητικό υλικό του επιδιώκεται να χρησιμοποιηθεί μεταθανάτια, δεν είναι ο σύζυγός, αλλά ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας. Και σε αυτή την περίπτωση το νέο άρθρο 1475 παρ. 2 συνδέει νομικά τον ήδη νεκρό μόνιμο σύντροφο της γυναίκας με το τέκνο που θα γεννηθεί, εφόσον βέβαια, εννοείται, υπήρχε και η επιπρόσθετη συμβολαιογραφική συναίνεσή του στη μεταθανάτια γονιμοποίηση κατά το νέο άρθρο 1457 παρ.1β, όπως προκύπτει αναλογικά από το νέο άρθρο 1465 παρ.2. Αν δεν υπήρξε αυτή η συναίνεση, το τέκνο που θα γεννηθεί θα είναι χωρίς γάμο γεννημένο και θα μπορεί να αναγνωριστεί με βάση τις γενικές διατάξεις για την αναγνώριση της πατρότητας.

Στο νέο άρθρο 1478 ορίζεται ότι η προσβολή της «αυτόματης» εκούσιας αναγνώρισης, που προβλέπεται από το νέο άρθρο 1475 παρ. 2, αποκλείεται. Η ρύθμιση αυτή δικαιολογείται από τη σκέψη ότι εφόσον η νομική συγγένεια, στο άρθρο 1476 παρ.2, ιδρύεται με κριτήριο το βουλευτικό στοιχείο, δηλαδή με βάση τη συμβολαιογραφική συναίνεση του άνδρα, δεν έχει νόημα η προσβολή της εκούσιας αναγνώρισης για λόγους ασυμφωνίας προς τη βιολογική αλήθεια, δηλαδή για το λόγο ότι δεν πρόκειται για τον αληθινό πατέρα του τέκνου.

Τη σημασία του βουλευτικού στοιχείου για την ίδρυση της συγγένειας αντικατοπτρίζει και η νέα δεύτερη παράγραφος που προστίθεται στο άρθρο 1479 Α.Κ. σύμφωνα με την οποία, παρά την ανωνυμία του τρίτου δότη (που κατοχυρώνεται στο νέο άρθρο 1460) η ταυτότητά του είναι ή γίνει εκ των υστέρων – προφανώς παρά το νόμο- γνωστή, η δικαστική αναγνώριση της πατρότητάς του πάντως αποκλείεται. Γίνεται έτσι σεβαστή η βούληση (των εμπλεκόμενων προσώπων) ο τρίτος δότης να μη γίνει ο ίδιος πατέρας του τέκνου, αλλά απλώς να συνδράμει στην εκπλήρωση της επιθυμίας αυτών που θέλουν να γίνουν γονείς.

3. Με το άρθρο 3 του σχεδίου νόμου τροποποιούνται τα άρθρα 1711 και 1924 Α.Κ. Στο άρθρο 1711 προστίθεται νέο δεύτερο εδάφιο, με σκοπό την κάλυψη του βασικού προβλήματος

κληρονομικού δικαίου που δημιουργεί η μεταθανάτια γονιμοποίηση : Πρόκειται για το ερώτημα πώς θα κληρονομήσει τον πατέρα του το τέκνο, που όχι μόνο θα γεννηθεί αλλά και θα «συλληφθεί» μετά το θάνατο του πατέρα, αφού κατά το ισχύον δίκαιο για να γίνει κάποιος κληρονόμος πρέπει κατά το χρόνο της επαγωγής να έχει τουλάχιστον «συλληφθεί». Το πρόβλημα αυτό λύνεται με την προσθήκη νέου δεύτερου εδαφίου στο άρθρο 1711, κατά το οποίο κληρονόμος μπορεί να γίνει και το τέκνο που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή το τέκνο μπορεί να κληρονομήσει τον πατέρα του είτε ο θάνατος του τελευταίου έχει προηγηθεί μόνο από τη μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα της γυναίκας είτε ο θάνατος προηγείται ακόμη και από τη γονιμοποίηση, δηλαδή την ένωση του σπέρματος και του ωαρίου. Εννοείται βέβαια ότι ως πατέρας θεωρείται ο άνδρας του οποίου η πατρότητα ως προς το συγκεκριμένο τέκνο ιδρύεται είτε κατά το νέο άρθρο 1465 παρ.2 ή παρ.3 εδ.β είτε κατά το νέο άρθρο 1475 παρ.2 είτε κατά τις γενικές διατάξεις για την αναγνώριση της πατρότητας (αν δεν υπάρχει συμβολαιογραφική συναίνεση του μόνιμου συντρόφου της γυναίκας.).

Η προσθήκη του νέου δεύτερου εδαφίου στο άρθρο 1711 καθιστά αναγκαία και την τροποποίηση του άρθρου 1924 Α.Κ, ώστε το τελευταίο να μην εφαρμόζεται όταν πρόκειται για μεταθανάτια γονιμοποίηση. Αν, λοιπόν, ο διαθέτης εγκαταστήσει στη διαθήκη του ως κληρονόμο πρόσωπο που δεν έχει ακόμη συλληφθεί κατά το θάνατό του, το πρόσωπο αυτό θα θεωρείται ως καταπιστευματοδόχος σε όλες τις άλλες περιπτώσεις εκτός από αυτήν της μεταθανάτιας γονιμοποίησης. Στην τελευταία περίπτωση δεν θα εφαρμόζεται ο ερμηνευτικός κανόνας του άρθρου 1924 και το τέκνο, που γεννιέται ύστερα από μεταθανάτια γονιμοποίηση, θα είναι αναδρομικά από το χρόνο της επαγωγής κληρονόμος (όπως άλλωστε θα συμβαίνει και στην εξ αδιαθέτου κληρονομική διαδοχή) και δεν θα τίθεται, άρα, θέμα εφαρμογής του άρθρου 1935. Αν, άλλωστε, ο διαθέτης δηλώσει στη διαθήκη του ότι επιθυμεί το τέκνο που θα γεννηθεί με μεταθανάτια γονιμοποίηση να γίνει καταπιστευματοδόχος, αυτό θα μπορεί να γίνει μόνο ως προς το ποσοστό που υπερβαίνει τη νόμιμη μοίρα του τέκνου, ενώ ως προς τη νόμιμη μοίρα του το τέκνο θα γίνει, κατά το άρθρο 1711 εδ.β κληρονόμος.

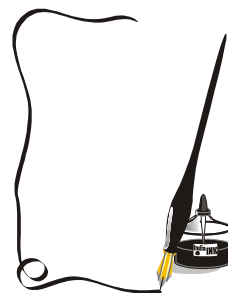
4. Με το άρθρο 4 προστίθεται στο άρθρο 121 του Εισαγωγικού Νόμου του Αστικού Κώδικα και η περίπτωση του νέου άρθρου 1458 Α.Κ, έτσι ώστε η αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο με τη μεσολάβηση μίας παρένθετης κυοφόρου γυναίκας, να εκδικάζεται κατά τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας. Η διαδικασία αυτή ενδείκνυται αφενός λόγω της εξ ορισμού έλλειψης αντιδικίας (δοθέντος μάλιστα ότι κατά την προτεινόμενη ουσιαστική ρύθμιση πρέπει να προϋπάρχει ρητή έγγραφη συμφωνία) και αφετέρου γιατί εδώ πρόκειται για χορήγηση άδειας, για την οποία ο Κ.Πολ.Δ., όπως και σε πολλές άλλες περιπτώσεις, προβλέπει ως διαδικαστικό πλαίσιο τα άρθρα 739 επ.

5. Με το άρθρο 5 εισάγονται τρεις ειδικές δικονομικές ρυθμίσεις, που είναι απαραίτητες, εφόσον κατά τις νέες ρυθμίσεις στο ουσιαστικό πεδίο, είναι πια δυνατή και η δικαστική προσβολή της μητρότητας, σε περίπτωση βέβαια κυοφορίας από άλλη γυναίκα. Η βασική σκέψη που διατρέχει τις νέες διατάξεις είναι να επέλθει ο αναγκαίος δικονομικός εναρμονισμός, αφού δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στην προσβολή της μητρότητας και την προσβολή της πατρότητας, στο μέτρο που και στις δύο περιπτώσεις η σχέση γονέα –τέκνου βασίζεται σε τεκμήριο, το οποίο ανατρέπεται με επιτυχή άσκηση αγωγής. Έτσι, κατ'αρχήν, συμπληρώνεται το άρθρο 614 παρ. 1 με νέο στοιχείο β. (και ακολουθεί αλφαβητική αναρίθμηση των υπόλοιπων περιπτώσεων), ώστε κατά την ειδική διαδικασία, με την οποία δικάζονται οι διαφορές από τις σχέσεις γονέων και τέκνων, να εκδικάζεται και η αγωγή προσβολής της μητρότητας. Προκειμένου, μάλιστα, να υπάρξει ομοιομορφία και στο επίπεδο των αποδείξεων, συμπληρώνεται ανάλογα και η πρώτη παράγραφος του άρθρου 615, ώστε οι ρυθμίσεις αυτού του άρθρου να ισχύουν και στην περίπτωση όπου πρέπει να αποδειχθεί η μητρότητα. Εξάλλου, προστίθεται στο άρθρο Κ. Πολ.Δ. νέα δεύτερη παρ.(και οι παλαιές παράγραφοι 2 έως 5 γίνονται αντίστοιχα 3 έως 6), με την οποία ρυθμίζεται το ζήτημα της παθητικής νομιμοποίησης στη δίκη της προσβολής της μητρότητας, αφού για την ενεργητική υπάρχει ήδη πρόβλεψη στο νέο άρθρο 1464 παρ. 2 του Αστικού Κώδικα.

6. Με το άρθρο 6 του σχεδίου νόμου το άρθρο 799 του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, που είχε καταργηθεί με το άρθρο 42 του ν. 2447/1996. επαναφέρεται σε ισχύ, με νέο όμως περιεχόμενο, έχοντας δηλαδή ως αντικείμενο ρύθμισης τη χορήγηση άδειας για κυοφορία από τρίτη γυναίκα. Κατά την πρώτη παράγραφο, και σε αρμονία προς τη ρύθμιση του άρθρου 800 Κ.Πολ.Δ., ορίζεται ότι τοπικά αρμόδιο είναι το δικαστήριο (Μονομελές Πρωτοδικείο) της συνήθους διαμονής της αιτούσας (αυτής δηλαδή που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο και αδυνατεί η ίδια να κυοφορήσει) ή της κυοφόρου. Εισάγεται έτσι μία διπλή ελαστικότητα στον προσδιορισμό της τοπικής αρμοδιότητας, που κρίνεται χρήσιμη εν όψει της λεπτής φύσης της εκδικαζόμενης υπόθεσης. Στη δεύτερη παράγραφο προβλέπεται η δυνατότητα για το δικαστήριο να αποφασίσει την κεκλεισμένων των θυρών διαδικασία, ώστε να μη γίνεται ευρύτερα γνωστή η προσφυγή σε κυοφόρο γυναίκα.

7. Τέλος, με το άρθρο 7 του σχεδίου νόμου προστίθεται νέο εδάφιο στην πρώτη παράγραφο του άρθρου 20 του νόμου 344/1976 «Περί ληξιαρχικών πράξεων», σύμφωνα με το οποίο στην περίπτωση τέκνου που γεννήθηκε από παρένθετη κυοφόρο γυναίκα, στο ληξιαρχείο προσάγεται και η δικαστική άδεια που δόθηκε στη γυναίκα που επιθυμεί το τέκνο, έτσι ώστε ο ληξιαρχος να την εγγράψει ως μητέρα σύμφωνα με το προτεινόμενο άρθρο 1464 παρ. 1 Α.Κ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



Ελληνόγλωσσα:

- **Τζαφέττας Ι.Μ. Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη (1996).**
- Αραβαντινός. Μαιευτική - Γυναικολογία
- Γεωργούλης, Ι.(1994) Προσδιορισμός του φύλου. Προσωπική επικοινωνία.
- Καλογερόπουλος. Σύγχρονη μαιευτική – γυναικολογία. Εκδόσεις Studio Press
- Ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα , του Νικολάου Γ. Κοΐου.
- **Ισμήνη Κριάρη –Κατράνη**
Συνταγματολόγος –Επίκ.καθηγ.παντείου
Βιοϊατρικές εξελίξεις και συνταγματικό δίκαιο
- **Ισμήνη Κριάρη -Κατράνη**
Εκδόσεις Σακκουλα, Θεσσαλονίκη 1994
- Λώλης Δημήτριος Παρισιάνος /1995. Μαιευτική /Γυναικολογία
- Μαντζαρίδη Γεωργίου, Θεολογική θεώρηση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, Επιστημονική Επετηρίδα Θεολογικής σχολής ΑΠΘ, τόμος 10, Θεσσαλονίκη 2000
- Σταυρόπουλου Α.Μ
Ηθικοί προβληματισμοί στην αναπαραγωγή του ανθρώπου. Θεολογική προσέγγιση. Σύναξη τευχ.68 Δεκέμβριος –Νοέμβριος 1998
- Τζαφέττας, Γ.Ν. Το δημογραφικό πρόβλημα της Ελλάδας. Η σημερινή κατάσταση και η προοπτική εξελίξεων. Ίδρυμα Αντιμετώπισης Δημογραφικού Προβλήματος. (ΙΑΔΗΠ) Αθήνα, 1990.
- Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ηθικοκοινωνική προσέγγιση του Β.Γ.Φανάρα
- **Μαυροφόρου Άννα**
MSC, MBA Δικηγόρος
επιστημονική συνεργάτιδα Παν/μιου Κρήτης

Ξενόγλωσσα

- Alexander, J.M Hammond, K.R and Steinkampt,M.P(1995) Multifetal reduction of high order multiple pregnancy: comparison of obstetrical outcome with nonreduced twin gestations. *Fertil. Steril* 6:1201-1203
- Asch, R.H., Balmaceda, J.P., Ellsworth, I.R. and Wonc, P.C. (1986). Preliminary experiences with gamete intrafallopian tranfer GIFT.*Fertil.* 45:366-371.
- Chen, C. (1986) Pregnancy after human oocyte cryopreservation. *Lancet.* I: 884-886.
- Dumez, Y. and Aury, J.F (1986) Method for first trimester selective abortion in multiple pregnancy. *Contrib. Gynaecol. Obstet.* 15:50-53
- Edwards, R.G., Bavister, B.D. and Streptoe, P.C (1969) Early stages of fertilization in vitro of human oocytes matured in vitro. *Nature* .221:6321-636.Edwards, R.G and Beard, H.K (1995) Sexing 978.human spermatozoa to control sex rations at birth is now a reality. *Hum.Reprod.* 77-19
- Fugger, E.F (1989) Clinical status of human embryo cryopreservation in the USA.*Fertil.Steril.* 50: 61-67
- Gates, W., Garley, T.M.M and Rowe, P.J (1985) Worldwide patterns of infertility: Is Africa different. *Lancet* .ii:596-598
- Handyside, A.H (1992) Preimplantation diagnosis. *Curr Obstet Gynecol.* 2:85-90.
- Janssen, R.P.S. and Anderson, J.C. (1987) Catheterization of the fallopian tubes from the vagina. *Lancet*.ii:309-310.
- Katz, M.A. (1995) Federal Trade Commission staff concerns with assisted reproductive technology advertising. *Fertil.Steril.* 64:10-12
- Lutjen, P., Leeton, J. and Findlay, J. (1985) Oocyte and embryo donation in vitro fertilisation programmes. *Clin.Obstet.Gynaecol.* 12:709-713.
- Mason, B., Sharma, v. and Riddle, A.F. (1987) Ultrasound guided peritoneal oocyte and sperm tranfer (POST). *Lanset.* I:386-389. Moricard, R. (1954) Observation of in vitro fertilization in the rabbit. *Nature.* 173:1140-1143.
- Pincus, G. and Saunders, B. (1939) The comparative behaviour of mammalian eggs in vivo and in vitro. The maturation of human ovarian ova. *Anat.Rec.*75:537-545.
- Robertson, J.A. (1996) Legal troublespotes in assisted reproduction. *Fertil. Steril.* 65:11-12.
- Steptoe, P.C., Edwards, R.G. and Purdy, G.M.(1971) Human blastocytes grovn in culture. *Nature.* 229:132-137.
- Strandel, A. Waldenstrom, U, Nilsson, L. and Hamberger, L.(1994) Hydrosalpinx reduces in-vitro fertilization/ embryo transfer pregnancy rates. *Hum.Reprod.*9(5):861-1863

Άλλες πηγές:

- The Scientist 12/12/2003 'Italy approves embryo law'
- BioNews 9.2 – 15.2.2004
- Απογευματινή, Τρίτη 2 Νοεμβρίου 2004
- Καθημερινή 2 / 11 / 2004
- Από την εισήγηση του Πανοσιολογιωτάτου Αρχιμανδρίτου Μακαρίου Γρινιεζάκη.

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις:

- www.advancedfertility.com
- www.gynecology.gr
- www.health.in.gr
- www.ivf.gr
- www.bioethics.org.gr
- www.lawnet.gr
- www.parembasis.gr
- www.jesuslovesyou.gr
- www.organon.gr
- www.in.gr
- www.womanshealth.gr
- www.embryogenesis.gr
- www.reproduction.med.duth.gr
- www.ecclesia.gr
- www.myriobiblos.gr