

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**«ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ,
ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. ΑΓΓΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΕΠΙΜΕΛΗΘΗΚΑΝ ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΔΟΥΛΓΕΡΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ
ΔΡΟΥΜΠΑΚΗ ΑΡΓΥΡΩ
ΛΕΓΑΚΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2007 - 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα σύνθετο ιατρικό, ψυχολογικό και κοινωνικό πρόβλημα που απασχολεί περίπου 15% των ζευγαριών της αναπαραγωγικής ηλικίας. Στην χώρα μας, υπολογίζεται ότι περισσότερα από 250.000 ζευγάρια έχουν δυσκολία στην επίτευξη εγκυμοσύνης και χρειάζονται ιατρική βοήθεια.

Τα τελευταία χρόνια, η διαγνωστική διερεύνηση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων γονιμότητας έχουν σημειώσει τεράστια πρόοδο. Αυτό οφείλεται κυρίως, στην ανάπτυξη της εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και των άλλων τεχνικών υποβοήθησης της αναπαραγωγής. Οι μέθοδοι αυτές, όχι μόνο επέτρεψαν σε εκατομμύρια ζευγάρια σε όλο τον κόσμο να αποκτήσουν ένα παιδί, αλλά παράλληλα, έδωσαν την δυνατότητα να διευρύνουμε τις γνώσεις μας, πάνω στην φυσιολογία, την βιολογία και την ενδοκρινολογία της αναπαραγωγής.

Η εργασία αυτή δημιουργήθηκε με σκοπό να ενημερώσει για θέματα που σχετίζονται με την ανθρώπινη αναπαραγωγή, άμεσα ή έμμεσα, και την ιατρική υποβοήθησή της. Στις ενότητες που ακολουθούν, θα βρείτε στοιχεία για να κατανοήσετε την υπογονιμότητα, την ανατομία των αναπαραγωγικών οργάνων, τους λόγους για τους οποίους ένα ζευγάρι αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας, τις σύγχρονες μεθόδους Ιατρικής Υποβοήθησης, θέματα σχετικά με το νομικό πλαίσιο που τις προστατεύει και την ιατρική δεοντολογία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.2
2. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	σελ.4
2.1 Έρευνα Ανδρικής Υπογονιμότητας	σελ.6
Έρευνα Γυναικείας Υπογονιμότητας	σελ.11
3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	
3.1 Ανατομία Ανδρικών Γεννητικών Οργάνων	σελ.19
3.2 Ανατομία Γυναικείων Γεννητικών Οργάνων	σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

1. ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ	σελ.26
2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	
Τεχνητή Σπερματέγχυση	σελ.28
2.2 Εξωσωματική Γονιμοποίηση και Μεταφορά Γονιμοποιημένων Ωαρίων	σελ.30
2.3 Τεχνικές Συναφείς προς τις Παραπάνω Μεθόδους	
2.3.1 Ενδοσαλπγγική Μεταφορά Γαμετών	σελ.35
2.3.2 Ενδοσαλπγγική Μεταφορά Ζυγωτών ή Γονιμοποιημένων Ωαρίων	σελ.36
2.3.3 Ενδοωαριακή Έγχυση Σπερματοζωαρίου	σελ.27
2.3.4 Κρυοσυντήρηση Γεννητικού Υλικού ή Γονιμοποιημένου Ωαρίου	σελ.38
2.3.5 Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη	σελ.40
2.3.6 Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση	σελ.41

3. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ («δανεική» μήτρα)	σελ.44
4. ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΤΗΣ Ι.Υ.Α.	σελ.45
5. ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΔΡΟΜΟΥ	σελ.49
6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	σελ.51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

1. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1 Ιστορική Αναδρομή	σελ.57
1.2 Παράθεση Νόμου Υπ' Αριθμόν 3089/2002	σελ.59
1.3 Γενικές Κρίσεις επί του Νομοσχεδίου	σελ.69
1.4 Παράθεση Νόμου Υπ' Αριθμόν 3305/2005	σελ.74
1.5 Συνοπτική Παρουσίαση των Διατάξεων του Σχ/Ν 3305/2005	σελ.107
1.6 Γενική Αξιολόγηση	σελ.117

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

1.1 Εισαγωγή	σελ.122
1.2 Ιατρική Δεοντολογία	σελ.123
1.2.1 Καθήκοντα και Υποχρεώσεις Γιατρού προς τον Ασθενή	σελ.124
1.2.2 Ιατρικό Απόρρητο	σελ.126
1.2.3 Δικαιώματα Ατόμων-Ασθενών	σελ.134
1.2.4 Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας	σελ.135
1.2.5 Σχέση Γιατρού-Ασθενούς	σελ.137
1.3 Νοσηλευτική Δεοντολογία	σελ.138
1.4 Η Ηθική Έχει και τα Όριά της	σελ.140
1.5 Ανηθικότητες της Ι.Υ.Α.	σελ.142

1.6 Ο Σεβασμός προς τον Ασθενή	σελ.150
1.7 Στην...«Υπηρεσία» της Επιστήμης	σελ.151
1.8 Ερευνητική Δεοντολογία	σελ.152
1.9 Εκπαίδευση και Επιμόρφωση	σελ.153
1.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	σελ.154
1.11 Ψυχολογικές Παράμετροι	σελ.157
1.12 Ο Ρόλος του Ειδικού της Ψυχικής Υγείας	σελ.166

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.172
2. ΣΚΟΠΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ	σελ.173
3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	σελ.173
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ.174
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	σελ.203

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄:

1. Το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «ΚΥΒΕΛΗ»	σελ.206
2. Το Πρώτο Παιδί Του «Σωλήνα» (1978)	σελ.209
3. 14 Φορές Μπαμπάς	σελ.211
4. Γιατί Θα Ήταν Χρήσιμο Να Μιλήσετε Στο Παιδί Σας	σελ.212
5. Αλήθειες και Μύθοι	σελ.214
6. Με Μια Ματιά	σελ.232

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄:

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	σελ.242
2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.247

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας, όλο και περισσότερα ζευγάρια αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της «στειρότητας». Αυτό μπορεί να οφείλεται στην γενικότερη φθορά της δημόσιας υγείας που χαρακτηρίζει τις «ανεπτυγμένες» κοινωνίες. Σε τακτά διαστήματα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εκδίδει οδηγίες προς την επιστημονική κοινότητα, οι οποίες περιγράφουν τι εννοούμε με τον όρο «φυσιολογικό» σπέρμα. Οι πλέον απαισιόδοξοι στηρίζονται σε τέτοιου είδους έγγραφα για να κινδυνολογούν, θεωρούν δε ότι οι κοινωνίες μας οδεύουν προς αυτοκαταστροφή, επειδή τα σπέρματα των ανδρών γίνονται, κατά γενική ομολογία, όλο και χειρότερα. Σήμερα, στις οδηγίες του ΠΟΥ, «νορμοσπερμία» τείνει να θεωρείται κάτι το οποίο θεωρούσαμε ολιγοσπερμία πριν δέκα χρόνια.

Πώς όμως να μην είναι χειρότερα τα σπέρματα των ανδρών οι οποίοι ζουν σε υπέρ-μολυσμένο περιβάλλον, υπό καθημερινή ψυχολογική πίεση, ανδρών που πίνουν, καπνίζουν, σιτίζονται κακώς, παίρνουν φάρμακα ανεξέλεγκτα και δεν έχουν «φυσιολογική» σεξουαλική ζωή; Η βιβλιογραφία βρίθει μελετών, οι οποίες υποδηλώνουν μεμονωμένη καταστρεπτική επίδραση του καπνού, ή του οινοπνεύματος, ή των ναρκωτικών, ή του στρες, ή ορισμένων αντιβιοτικών κ.α. στην σπερματογένεση. Πότε όμως θα δούμε μελέτες, οι οποίες θα αφορούν επιδράσεις στην σπερματογένεση παραγόντων που αποφεύγουμε να μετρήσουμε, επειδή η μέτρησή τους δεν είναι εύκολη και βολική, όπως οι συνεχείς διαπληκτισμοί, η κόλαση της Πλατείας Ομονοίας ένα μεσημέρι του Ιουνίου με κίνηση, μία επιστολή απολύσεως, ένας χωρισμός, ο θάνατος ενός συγκεκριμένου φίλου; Είμαστε κοινωνικά και συναισθηματικά όντα και δεν μπαίνουμε σε επιστημονικά «καλούπια» τόσο εύκολα. Η ιατρική επιστήμη, παρά την ευλαβική «ιεροτελεστία» της ορολογίας της, είναι εντελώς ανίκανη να προβλέψει όλες μας τις αντιδράσεις. Δεν είναι ίσως αρμόδια να εξηγήσει τα πάντα, υποχρεώνεται να μιλά με στατιστικές προσεγγίσεις που δεν φθάνουν ποτέ το 100%. Ευτυχώς, η Φύση είναι απρόβλεπτη και η Βιολογία διδάσκει το πώς.

Προβλήματα υπογονιμότητας υπήρχαν όμως ανέκαθεν, ανεξαρτήτως των κοινωνικών φορτίσεων που βάρυναν τα εκάστοτε άτεκνα ζευγάρια. Δεν πρέπει λοιπόν, να αποκλείσουμε την πιθανότητα το μέγεθος του προβλήματος της υπογονιμότητας, να οφείλεται κατά ένα μέρος στην «δημοσιοποίηση» που έχει δοθεί στο θέμα τα τελευταία χρόνια. Ας θυμηθούμε, για παράδειγμα, τι έγινε με την μόλυνση από τον ιό HIV και την επιδημία του AIDS σε χώρες όπως οι ΗΠΑ ή η Γαλλία: οι επιστήμονες δεν είδαν «αμέσως» τον κίνδυνο και τις προεκτάσεις του, δεν μπόρεσαν να προβλέψουν την

διάσταση της επιδημίας, παρά μόνο αφού άρχισαν να πραγματοποιούνται έλεγχοι σε μεγάλη κλίμακα. Παρατηρήθηκε όμως, ότι ο αριθμός των κρουσμάτων στον γενικό πληθυσμό, αρχίζει να μην αυξάνει τόσο γρήγορα όπως παλαιότερα. Αυτό δεν οφείλεται φυσικά στο ότι θεραπεύονται οι πάσχοντες, αλλά στο ότι στις χώρες αυτές ανιχνεύεται πλέον η πλειονότητα των προσβεβλημένων ατόμων. Στην Ελλάδα, υπάρχουν ακόμα και σήμερα ιατροί, οι οποίοι δυσπιστούν στην ανάγκη εξονυχιστικού ελέγχου για το AIDS και θεωρούν ότι δεν υφίσταται μεγάλος κίνδυνος. Με έναν ανάλογο μηχανισμό, μπορεί να θεωρηθεί ότι το πρόβλημα «μεγεθύνεται», η εντύπωση όμως αυτή είναι ίσως εσφαλμένη. Το βέβαιο είναι, ότι στην Ελλάδα η σχετική ανάγκη υπάρχει, ενώ κάποιοι εξακολουθούν να αγνοούν την έκταση του προβλήματος. Είναι εντούτοις γνωστό σε πολλούς ότι η υπογονιμότητα, παρακάμπτεται με ιατρική παρέμβαση και επομένως αυξάνει ολοένα ο αριθμός των κέντρων I.Y.A., παράλληλα με τον αριθμό των ζευγαριών που προσφεύγουν στις μεθόδους αυτές για να τεκνοποιήσουν.

2. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Υπογονιμότητα θεωρείται η αδυναμία σύλληψης ή η αδυναμία ολοκλήρωσης εγκυμοσύνης και γέννησης ζωντανού παιδιού, έπειτα από σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη και χρήση αντισυλληπτικών μέσων για διάστημα ενός έτους. Το πρόβλημα είναι αρκετά συχνό αφού απασχολεί το 15% των ζευγαριών και πρέπει να εξετάζεται στο πλαίσιο του συγκεκριμένου ζεύγους και όχι των δύο συντρόφων ξεχωριστά.

Ο αριθμός των ζευγαριών που ζητούν ιατρική βοήθεια έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Όπως και σε άλλους τομείς της ιατρικής, η επιτυχής αντιμετώπιση των προβλημάτων γονιμότητας εξαρτάται από την ακριβή διάγνωση των αιτιών της υπογονιμότητας, η οποία επιτυγχάνεται με το λεπτομερές ιστορικό, τη σωστή φυσική εξέταση του ζεύγους και τον σωστό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Η αναγνώριση της αιτίας αναζητείται στο ζευγάρι ως μονάδα και όχι χωριστά στον κάθε σύζυγο. Διεθνές μελέτες έδειξαν ότι ποσοστό 40% των περιστατικών υπογονιμότητας οφείλονται στον γυναικείο παράγοντα, 40% στον ανδρικό και 20% οφείλεται σε μικτά αίτια (γυναικείας και ανδρικής προέλευσης). Επίσης, ένα ποσοστό 10% ζευγαριών, παρουσιάζουν ανεξήγητη στειρότητα (όρος που χρησιμοποιείται όταν όλες οι κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις είναι φυσιολογικές).

Η δυνατότητα γονιμοποίησης είναι συνάρτηση του μεγέθους της δυνητικής γονιμότητας καθενός από τους συζύγους, που με την σειρά τους είναι σχετική. Π. χ. ένας άνδρας με ελαττωμένη ικανότητα γονιμοποίησης, λόγω ελάττωσης της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων, μπορεί να είναι γόνιμος όταν η γυναίκα έχει υψηλή γονιμοποιητική ικανότητα ή να αντιμετωπίζει πρόβλημα, όταν η γονιμοποιητική ικανότητα της γυναίκας είναι χαμηλή. Κάτι που πρέπει να λαμβάνεται επίσης υπόψη είναι το γεγονός, ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότερα από ένα προβλήματα σε κάθε ένα από τα δυο μέλη του ζεύγους.

Παράγοντες που επηρεάζουν την γονιμότητα είναι η ηλικία της γυναίκας και του άνδρα, η συχνότητα σεξουαλικής επαφής, η διάρκεια των προσπαθειών για επίτευξη εγκυμοσύνης, τυχόν προηγηθείσα αντισύλληψη (ειδικά με ενδομήτριο σπείραμα – IUD), επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, υπερβολική χρήση καφεΐνης, καπνού και αλκοόλης, καθώς και έντονο stress.

Η ηλικία του ζευγαριού έχει μεγάλη σημασία στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υπογονιμότητας. Στον άνδρα παρατηρείται μείωση της γονιμότητας μετά την ηλικία των 50 ετών, η οποία σχετίζεται με μεταβολές στο σπέρμα. Ωστόσο, δεν υπάρχει ανώτερη

ηλικία πέρα από την οποία ένας άνδρας δεν μπορεί να κάνει δικό του παιδί. Η ηλικία όμως, της γυναίκας σχετίζεται πάρα πολύ με την ωοθηκική επάρκεια και με την ποιότητα των ωαρίων. Έτσι, η ηλικία της γυναίκας αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα γονιμότητας του ζευγαριού. Η γονιμότητα της γυναίκας μειώνεται αρκετά χρόνια πριν από την εμμηνόπαυση, παρά την συνέχιση κανονικών μηνιαίων κύκλων. Ανάλογα, αυξάνονται και οι αυτόματες αποβολές με την ηλικία.

Στα συνήθη αίτια υπογονιμότητας περιλαμβάνονται:

- i. Προβλήματα από το σπέρμα (που αφορούν τον αριθμό, την κινητικότητα και την μορφολογία των σπερματοζωαρίων)
- ii. Διαταραχές ωοθηλακιορρηξίας
- iii. «Εχθρική» συμπεριφορά της τραχηλικής βλέννας και παθήσεις του τραχήλου
- iv. Παθήσεις της μήτρας
- v. Προβλήματα από τις σάλπιγγες (απόφραξη, συμφύσεις)
- vi. Ενδομητρίωση
- vii. Αυξημένη ηλικία της γυναίκας
- viii. Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, εργασιακό περιβάλλον)
- ix. Ανεξήγητη υπογονιμότητα, η οποία κατέχει σημαντικό ποσοστό (περίπου 25 – 30%) των περιπτώσεων υπογονιμότητας.

Βασικά στοιχεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογονιμότητας είναι:

- i. Η απομυθοποίηση του προβλήματος
- ii. Η ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού, που συχνά παραμελείται
- iii. Χρονοδιάγραμμα. Το ζευγάρι είναι σημαντικό να γνωρίζει το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την διαγνωστική έρευνα και θεραπεία.
- iv. Θεραπεία. Είναι ανάλογη της διάγνωσης και πρέπει να εξηγείται η αποτελεσματικότητά της σε κάθε περίπτωση.

Με την ραγδαία πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, κατά την τελευταία 15ετία, προσφέρεται στο υπογόνιμο ζευγάρι ένα ευρύ φάσμα επιλογών για την επίλυση των προβλημάτων γονιμότητας και την επίτευξη του πολυπόθητου στόχου της αναπαραγωγής.

2.1 Έρευνα Ανδρικής Υπογονιμότητας

Ο άνδρας ευθύνεται σε ποσοστό 40% για την υπογονιμότητα του ζευγαριού. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει το 5 – 10% των ανδρών που θέλουν να τεκνοποιήσουν. Παρόλα, τα προβλήματα γονιμότητας δεν πρέπει να εστιάζονται αποκλειστικά και μόνο στον άνδρα ή την γυναίκα, αλλά να λαμβάνεται υπόψη η σχετική συμμετοχή και των δύο συζύγων στην υπογονιμότητα.

Η ανδρική υπογονιμότητα, πλήρης ή μερική, μπορεί να παρακαμφτεί με πολύ καλή γονιμότητα εκ μέρους της γυναίκας και αντιστρόφως. Συνεπώς, ο έλεγχος του ζευγαριού πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα και στους δυο συντρόφους.

Η υπογονιμότητα στους άνδρες μπορεί να προέρχεται από πολλούς παράγοντες, όπως προβλήματα στην παραγωγή του σπέρματος, απόφραξη του συστήματος που περνάει το σπέρμα, αντισώματα κατά του σπέρματος, τραυματισμός των όσχεων, ορμονικά προβλήματα για την παραγωγή του καθώς και ανατομικές ανωμαλίες. Κάποιες ασθένειες που υπήρξαν στο παρελθόν, μολύνσεις καθώς και η κατανάλωση φαρμάκων μπορούν να επηρεάσουν την γονιμότητα.

Το λεπτομερές ιστορικό και η ανδρολογική εξέταση του ασθενούς είναι η βάση για την διερεύνηση και την ανεύρεση των αιτιών της ανδρικής υπογονιμότητας. Το οικογενειακό ιστορικό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον όσον αφορά τα κληρονομικά νοσήματα. Η διάρκεια της περιόδου της ελεύθερης (χωρίς αντισύλληψη) σεξουαλικής επαφής καθώς και οι εγκυμοσύνες που τυχόν προέκυψαν στο παρελθόν λαμβάνονται υπόψη. Κλινικές πληροφορίες σχετικά με παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, νοσήματα της παιδικής ηλικίας καθώς και οι συνθήκες ζωής πρέπει να καταγράφονται.

Η ανάλυση σπέρματος (σπερμοδιάγραμμα) είναι το πρώτο βήμα στην διερεύνηση κάθε προβλήματος στειρότητας ακόμη και αν ο άνδρας παλαιότερα είχε αποκτήσει παιδιά και γίνεται μετά από αποχή 48 – 72 ωρών.

Σύμφωνα με την μελέτη του MacLeod, έχει καθιερωθεί ως κατώτερος φυσιολογικός αριθμός σπερματοζωαρίων από τον αριθμό 20.000.000 /ml και κάτω. Το ποσοστό γονιμοποίησης ελαττώνεται κάτω από αυτό το όριο. Ελέγχεται επίσης, η κινητικότητα και η μορφολογία των σπερματοζωαρίων. Ο όγκος του σπέρματος φυσιολογικά κυμαίνεται από 2,5 – 4 ml. Η παρουσία πυοσφαιρίων μπορεί να σημαίνει φλεγμονή στον προστάτη ή την ουρήθρα. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που αξιολογούνται σε ένα σπερμοδιάγραμμα όπως το pH, και η περιεκτικότητα σε ψευδάργυρο ή φρουκτόζη.

Αν το σπερμοδιάγραμμα αποδειχτεί "παθολογικό", τότε πρέπει να γίνουν άλλες εξετάσεις, ώστε να διαγνωστεί η συγκεκριμένη αιτία της στειρότητας, δηλαδή που μπορεί να οφείλεται. Σε εκ γενετής ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων; Σε ενδοκρινολογικές διαταραχές; Η φυσιολογική λειτουργία του όρχεως για την παραγωγή σπερματοζωαρίων εξαρτάται από τη φυσιολογική λειτουργία του υποθαλάμου, της υπόφυσης και της αρμονικής συνεργασίας τους. Έτσι, οποιαδήποτε διαταραχή στον άξονα "υποθάλαμος-υπόφυση-όρχις" μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην παραγωγή ώριμων σπερματοζωαρίων. Σε ανατομικές βλάβες, όπως δυσπλασίες των γεννητικών οργάνων (π.χ. ατροφικοί όρχις), διαταραχές στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, ολιγοσπερμία η ασθενοσπερμία κ.ά. Σε χρήση φαρμάκων, αλκοόλ και καπνού, σε υπερβολικό στρες καθώς και σε αλλεργικούς παράγοντες ή ασθένειες.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορούμε να εκτιμήσουμε είναι τα αντισπερματικά αντισώματα. Μερικές φορές το ανοσοποιητικό σύστημα παίζει ρόλο στην υπογονιμότητα. Τα αντισώματα προσβάλλουν τα ξένα σώματα στον οργανισμό και πολεμούν ασθένειες και μολύνσεις. Τα αντισπερματικά αντισώματα προσβάλλουν το σπέρμα και συσσωρεύονται έτσι ώστε να χάσει την καλή κινητικότητά του καθώς και την σωστή λειτουργία του. Η θεραπεία σε αυτήν την περίπτωση περιλαμβάνει την χορήγηση φαρμάκων (στεροειδή), ώστε να καταστείλουν αυτά τα αντισώματα. Σε άλλες περιπτώσεις καθαρίζεται το σπέρμα στο εργαστήριο και γίνεται σπερματέγχυση ή και ICSI.

Οι αιματολογικές εξετάσεις για την μέτρηση ορμονών θα μας δώσουν σημαντικές πληροφορίες για το σπέρμα. Οι ορμόνες FSH και LH ευθύνονται για την δημιουργία του σπέρματος καθώς και για το επίπεδο τεστοστερόνης στο αίμα. Η ορμόνη LH ευθύνεται για την παραγωγή τεστοστερόνης, ενώ η FSH είναι ο δείκτης για την φυσιολογική λειτουργία του σπέρματος (γενικά όταν μειώνεται η παραγωγή σπέρματος τα επίπεδα της FSH στο αίμα αυξάνονται).

Η προλακτίνη είναι και αυτή μια ορμόνη που επηρεάζει τα επίπεδα τεστοστερόνης. Η υπερέκκριση αυτής της ορμόνης οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο τεστοστερόνης καθώς και σε σεξουαλική ανικανότητα. Οι ορμονικές αυτές ανωμαλίες μπορούν να αντιμετωπιστούν με θεραπεία με HCG και HMG.

Επιπλέον, σε περίπτωση που εντοπιστούν πληθώρα λευκών αιμοσφαιρίων, θα πρέπει να ερευνηθεί η πιθανότητα λοίμωξης στους γενετικούς οδούς, γιατί τα λευκά αιμοσφαίρια

μπορεί να ευθύνονται για μολύνσεις και/ή φλεγμονές. Αυτό μπορεί να βλάψει την ποιότητα του σπέρματος αλλά που όμως μπορεί εύκολα να αποκατασταθεί.

Τα αίτια της ανδρικής στειρότητας μπορεί να προέρχονται από διάφορους παράγοντες όπως:

Τρόπος ζωής:

Οτιδήποτε αυξάνει την θερμοκρασία των όρχεων, όπως μεγάλη σε διάρκεια ζεστά μπάνια, επαγγέλματα που απαιτούν πολλές ώρες καθιστικής εργασίας μπορεί να βλάψουν την παραγωγή σπέρματος. Επιπλέον η κατανάλωση φαρμάκων ή "ουσιών" μπορούν να επηρεάσουν την ανδρική γονιμότητα, όπως αλκοόλ, μαριχουάνα, κοκαΐνη, τσιγάρα, αναβολικά. Μερικά φάρμακα για το έλκος, την υπέρταση, την επιληψία, την κατάθλιψη ευθύνονται για την υπογονιμότητα.

Αυτά τα φάρμακα βέβαια δεν θα πρέπει εύκολα και αλόγιστα να τα διακόψει κάποιος, αλλά να ζητηθεί από το γιατρό ίσως να αντικατασταθούν.

Ορμονικές διαταραχές:

Ορμονικά προβλήματα στον οργανισμό επηρεάζουν το σπέρμα, όπως προβλήματα με τον θυρεοειδή, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, υψηλή ορμόνη FSH καθώς και πλεόνασμα προλακτίνης.

Ανοσολογικά προβλήματα:

Ανοσολογικές αντιδράσεις στο σπέρμα (αυτοανοσία) μπορεί να προκαλέσουν προσωρινή στειρώση. Αντισπερματικά αντισώματα μπορούν να επηρεάσουν το σπέρμα ώστε να μην είναι ικανό να γονιμοποιήσει.

Μολυσματικές ασθένειες:

Η παρωτίτιδα (μαγουλάδες) που μπορεί να περάσει κάποιος μετά την παιδική ηλικία καθώς και κάποια αφροδίσια νοσήματα όπως βλεννόρροια, χλαμύδια επηρεάζουν την ποιότητα του σπέρματος. Παράλληλα κάποιες μολύνσεις του προστάτη, κάνουν το σπέρμα αδύναμο σε αριθμό σπερματοζωαρίων και την κινητικότητά τους. Παράλληλα και η έκθεση σε χημικά, όπως μόλυβδο και αρσενικό, καθώς και σε βαφές και βερνίκια επηρεάζουν το σπέρμα.

Σεξουαλική ανικανότητα/σεξουαλικές δυσλειτουργίες:

Υπάρχουν αρκετά ιατρικά προβλήματα που συμβάλλουν σε αιτίες υπογονιμότητας όπως ο διαβήτης, τα φάρμακα για την κατάθλιψη κλπ. Πάνω από το 20% των ανδρών έχουν μειωμένη ερωτική διάθεση, ανικανότητα να διατηρήσουν στύση και πρόωρη εκσπερμάτωση. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα χαμηλού επιπέδου τεστοστερόνης ή άγχος για σεξουαλική επίδοση.

Απόφραξη:

Κάποια προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή μόλυνση μπορεί να προκαλέσει βλάβη του σπερματικού πόρου.

Τραυματισμός όρχεων:

Κάποιος σοβαρός τραυματισμός στους όρχεις είναι δυνατόν να προκαλέσει προβλήματα στην παραγωγή σπέρματος.

Κιρσοκήλη:

Εδώ έχουμε μια διόγκωση του αγγείου μέσα στους όρχεις, το οποίο εμποδίζει την σωστή αιμάτωση της περιοχής, καθώς και μια αύξηση της θερμοκρασίας. Αν και έχουν υπάρξει πολλές διαφωνίες, πολλοί πιστεύουν ότι είναι μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες για υπογονιμότητα και εύκολα μπορεί να θεραπευτεί, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι είναι ένα συχνό ανατομικό φαινόμενο χωρίς να πιστεύουν ότι μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα στην γονιμότητα. Γενικά όμως, θα λέγαμε ότι πολύ μεγάλη σε μέγεθος καθώς και επίπονη κιρσοκήλη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στους όρχεις αν δεν θεραπευτεί. Η επέμβαση που μπορεί να γίνει είναι χειρουργική φραγή ή η τοποθέτηση ειδικού μπαλονιού για να σταματήσει την ροή του αίματος.

Προηγούμενη αγγειεκτομή / στείρωση:

Η στείρωση που μπορεί να κάνει ένας άνδρας είναι συνήθως αναστρέψιμη (συνήθως γίνεται φραγή του σπερματικού πόρου). Όμως, αν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα από τότε που ο άνδρας έχει κάνει αυτήν την επέμβαση, είναι δυνατόν να μην επανέλθει κανονικά η ικανότητα του σπέρματος να γονιμοποιήσει μετά και από την αποκατάσταση του σπερματικού πόρου.

Παλίνδρομη εκσπερμάτωση:

Αυτό μπορεί να προέλθει από κάποια φάρμακα , χειρουργικές επεμβάσεις ή βλάβη κάποιων νεύρων. Στην περίπτωση αυτή, το σπέρμα έχει λάθος κατεύθυνση και η εκσπερμάτωση γίνεται μέσα στη ουροδόχο κύστη. Το σπέρμα είναι δυνατόν να το συλλέξουμε από τα ούρα και να χρησιμοποιηθεί στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Προηγούμενες θεραπείες για καρκίνο:

Η χημειοθεραπεία / ακτινοβολία μπορεί δημιουργήσει ανωμαλία στα σπερματοζώαρια και στειρώση. Γι' αυτό και πριν ξεκινήσει κάποιος μια τέτοια θεραπεία, θα πρέπει να δώσει σπέρμα για κατάψυξη.

Γενετικές ανωμαλίες:

Ένα μικρό ποσοστό σε υπογόνιμους άνδρες είναι και η παρουσία του συνδρόμου Klinefelter. Σε αυτήν την περίπτωση, οι άνδρες έχουν δύο χρωμοσώματα X και ένα Y σε αντίθεση με την φυσιολογική μορφή που είναι ένα χρωμόσωμα X και ένα Y.

Ο έλεγχος της ανδρικής υπογονιμότητας μπορεί να περιλαμβάνει:

- i.Ορμονικό έλεγχο (FSH, LH, τεστοστερόνη, προλακτίνη)
- ii.Χρωμοσωμικό έλεγχο
- iii.Θερμογραφία όσχεου
- iv.Βιοψία όρχεων
- v.Φλεβογραφία έσω σπερματικής φλέβας
- vi.Ανοσολογικό έλεγχο
- vii.Εξέταση σακχάρου αίματος, ούρων,
- viii.Καλλιέργεια ούρων και προστατικού υγρού

Ανάλογα με την αιτία της υπογονιμότητας, **η θεραπεία** μπορεί να είναι:

- i.Συντηρητική. Χορήγηση FSH, LH, τεστοστερόνη, κλομιφαίνης, αντιβιοτικά ανάλογα με το αίτιο ή
- ii.Χειρουργική. Κυρίως στις περιπτώσεις της κισσοκήλης και της απόφραξης.

2.2 Έρευνα Γυναικείας Υπογονιμότητας

Ο γυναικείος παράγοντας ευθύνεται για το 40% των υπογόνιμων ζευγαριών. Οι **παράγοντες** που αξιολογούνται για την γυναικεία υπογονιμότητα είναι:

- i. Η ηλικία
- ii. Οι σεξουαλικές σχέσεις
- iii. Το μαιευτικό ιστορικό (προηγούμενες κυήσεις, αποβολές, κ.α.)
- iv. Το ιστορικό εμμηνορρυσίας (αμηνόρροια, μηνομητρορραγίες κ.α.)
- v. Η αντισύλληψη
- vi. Και το ατομικό αναμνηστικό.

Στην κλινική εξέταση ελέγχεται το βάρος του σώματος, η ύπαρξη ή όχι υπερτρίχωσης ή ατελούς ανάπτυξης τρίχωσης και ο θυρεοειδής. Ακόμα, γίνεται πάντα γυναικολογική εξέταση.

Οι παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία της γυναικείας υπογονιμότητας είναι οι εξής:

- i. Σαλπινγικός παράγοντας
- ii. Διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας
- iii. Διαταραχές ή δυσλειτουργία της τραχηλικής βλέννης
- iv. Ενδομητρίωση
- v. Ινομώματα μήτρας
- vi. Ενδοπυελικές και ενδομητρικές συμφύσεις
- vii. Ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας
- viii. Γενετικά αίτια
- ix. Σχέση μεταξύ ηλικίας και γονιμότητας
- x. Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής
- xi. Ανεξήγητη υπογονιμότητα

Σαλπινγκικός παράγοντας:

Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 30% των προβλημάτων γονιμότητας στις γυναίκες οφείλεται σε προβλήματα που σχετίζονται με την ανατομία και λειτουργία των σαλπίγγων. Υψηλού κινδύνου παράγοντες είναι προηγηθείσα εξωμήτριος κύηση, ρήξη σκωληκοειδούς αποφύσεως, ιστορικό σαλπινγίτιδος ή προηγηθεισών χειρουργικών επεμβάσεων.

Ο έλεγχος της διαβατότητας των σαλπίγγων είναι σπουδαίας σημασίας και επιτυγχάνεται με τις παρακάτω εξετάσεις :

- i. Υστεροσαλπιγγογραφία: ακτινολογική μέθοδος απεικόνισης των σαλπίγγων.
- ii. Σαλπινγοσκόπηση: εφαρμόζεται για τον έλεγχο της λειτουργίας των σαλπίγγων.
- iii. Λαπαροσκόπηση: είναι η πλήρης αξιολόγηση των σαλπίγγων και γενικά της πυέλου.

Διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας:

Οι διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας - σημαντικός παράγων υπογονιμότητας- συναντώνται σε ποσοστό 15-25% των υπογόνιμων γυναικών. Οι ωοθήκες επιτελούν δύο σημαντικές λειτουργίες, την παραγωγή και περιοδική απελευθέρωση των ωαρίων (ωοθυλακιορρηξία), και την έκκριση στεροειδών ορμονών (οιστραδιόλη, προγεστερόνη και ανδρογόνα).

Με τον όρο διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας ονομάζουμε το σύνολο των ανωμαλιών εξ αιτίας των οποίων η ωορρηξία δεν πραγματοποιείται, ή πραγματοποιείται σε αραιά ή ακατάστατα διαστήματα. Η διάγνωση των διαταραχών ωοθυλακιορρηξίας γίνεται μέσω των παρακάτω εξετάσεων:

- i. PRG (προγεστερόνη αίματος):

Η ορμόνη αυτή παράγεται από την ωοθήκη μετά την ωορρηξία και φθάνει στα ανώτερα επίπεδα του αίματος σε 7 ημέρες. Τα επίπεδα της προγεστερόνης στο αίμα προσδιορίζουν την ποιότητα της ωορρηξίας.

- ii. FSH (θυλακιοτρόπος ορμόνη) και E2 (οιστραδιόλη):

Σε περιπτώσεις ανωμαλίας της περιόδου ή αδυναμίας πρόκλησης ωορρηξίας, η μέτρηση της FSH και της E2 την 3η ημέρα της περιόδου είναι ενδεικτική της λειτουργίας των ωοθηκών.

- iii. LH (ωχρινοποιητική ορμόνη) :

Η μέτρηση της LH , η οποία αυξάνεται 36 ώρες πριν την ωορρηξία, αποτελεί έμμεση μέθοδο για την πρόβλεψη της ωορρηξίας. Η μέτρηση γίνεται στο αίμα ή στα ούρα με αντιδραστήρια που πωλούνται στα φαρμακεία.

iv. Υπερηχογραφικός έλεγχος:

Κατά τη διάρκεια της παραγωγικής φάσης (1ης φάσης) του κύκλου με μία σειρά υπερηχογραφημάτων των ωοθηκών παρακολουθείται ο αριθμός και η ανάπτυξη των ωοθυλακίων, και αξιολογείται η λειτουργία των ωοθηκών. Κατά την ωορρηξία παρατηρείται εξαφάνιση του ή των ωοθυλακίων και συλλογή υγρού στον δουλγάσσειο χώρο.

v. Βιοψία ενδομητρικού ιστού:

Η βιοψία ενδομητρικού ιστού παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ικανοποιητική ανάπτυξη του ενδομητρίου , η οποία είναι καθοριστική για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και την υποστήριξη της κύησης.

Διαταραχές ή δυσλειτουργία της τραχηλικής βλέννης:

Ο τράχηλος της γυναίκας παράγει βλέννη, η σύσταση της οποίας - στα μέσα περίπου του εμμηνορυσιακού κύκλου - πρέπει να είναι διαυγής άχρωμη, υδαρής και άφθονη, ούτως ώστε να επιτρέπει στο φυσιολογικό σπέρμα να διεισδύσει και να οδηγηθεί προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες.

Προβλήματα γονιμότητας μπορεί να δημιουργηθούν από την παθολογική σύσταση της τραχηλικής βλέννης, (αποτέλεσμα συνήθως χειρουργικών επεμβάσεων, κρυοθερμοπηξίας, προηγούμενης βιοψίας ή θεραπείας του τραχήλου με laser), ή τη δυσλειτουργία της . Σε περίπτωση δυσλειτουργίας η τραχηλική βλέννη - αν και εμφανίζει φυσιολογική σύσταση - δεν επιτρέπει τη διέλευση φυσιολογικών σπερματοζωαρίων προς τη μήτρα και τις σάλπιγγες.

Επίσης, η ύπαρξη αντισπερμικών αντισωμάτων στην τραχηλική βλέννη μπορεί να προκαλέσει θάνατο ή ακινητοποίηση των σπερματοζωαρίων.

Ενδομητρίωση:

Είναι η παρουσία και ανάπτυξη ενδομητρικού ιστού (βλεννογόνου που επενδύει την κοιλότητα της μήτρας) σε περιοχές και όργανα που είναι εκτός της μήτρας , όπως το πυελικό περιτόναιο (κάλυμμα του εσωτερικού της κοιλίας), οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες το παχύ και το λεπτό έντερο και σπανιότερα άλλα όργανα.

Τα αίτια της ενδομητρίωσης και ο ακριβής μηχανισμός δημιουργίας της παραμένουν άγνωστα ενώ η θεραπεία της μπορεί να είναι φαρμακευτική (ορμονική), χειρουργική ή συνδυασμός και των δύο.

Ινομώματα μήτρας:

Τα ινομώματα μήτρας είναι καλοήθεις όγκοι που δημιουργούνται και μεγαλώνουν κάτω από το περίβλημα της μήτρας (υπορογόνια ινομώματα), μέσα στο μυικό τοίχωμα της μήτρας (ενδοτοιχωματικά) και τέλος στην ενδομήτρια κοιλότητα (υποβλεννογόνια). Τα αίτια που τα προκαλούν, δεν είναι εντελώς γνωστά, υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων και γενετικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην δημιουργία και ανάπτυξή τους.

Πέρα από την κλινική εξέταση της πυέλου, η ακριβής διάγνωση των ινομωμάτων μήτρας γίνεται με τις παρακάτω εξετάσεις:

i. Υπερηχογράφημα: Μέθοδος που χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα για την ακριβέστερη αξιολόγηση των ινομωμάτων που βρίσκονται εντός και πέριξ της μήτρας και του τραχήλου.

ii. Υστεροσαλπιγγογραφία: Ακτινολογική μέθοδος απεικόνισης του εσωτερικού της μήτρας και των σαλπίγγων.

iii. Υστεροσκόπηση: Διαδικασία κατά την οποία εισάγεται στη μήτρα λεπτό τηλεσκόπιο (υστεροσκόπιο) με σκοπό τον έλεγχο της εσωτερικής κοιλότητας της μήτρας, τη διάγνωση, αξιολόγηση και πιθανή αφαίρεση των ενδομητρικών ινομωμάτων.

iv. Λαπαροσκόπηση: Διαδικασία κατά την οποία εισάγεται στην κοιλιακή κοιλότητα δια μέσου του ομφαλού λεπτό τηλεσκόπιο με σκοπό τη διάγνωση, αξιολόγηση και μερικές φορές αφαίρεση των ινομωμάτων.

Η θεραπεία των ινομωμάτων είναι κυρίως η χειρουργική αφαίρεση τους, η οποία γίνεται είτε με ανοικτή επέμβαση (λαπαροτομία), είτε με χειρουργική λαπαροσκόπηση, ανάλογα με την εξειδίκευση και εμπειρία του χειρουργού.

Ενδοπυελικές και ενδομητρικές συμφύσεις:

Η κοιλιακή κοιλότητα καλύπτεται εσωτερικά από μία μεμβράνη το περιτόναιο, και τα ενδοκοιλιακά όργανα από την ορογόνο στοιβάδα. Οι επιφάνειες αυτές είναι στιλπνές και διατηρούνται υγρές από ελάχιστο υγρό που απεκκρίνουν τα κύτταρά τους, με αποτέλεσμα τα όργανα να διολισθαίνουν χωρίς να επέρχονται συγκολλήσεις (συμφύσεις) μεταξύ

γειτονικών οργάνων. Κάθε τραυματισμός, ή φλεγμονή των ιστών (χειρουργικές επεμβάσεις, περιτονίτιδα) καθώς και η ενδομητρίωση μπορεί να δημιουργήσουν συμφύσεις (συγκολλήσεις των οργάνων μεταξύ τους) οι οποίες αποτελούν συχνά αιτία υπογονιμότητας.

Το ιστορικό και η γυναικολογική εξέταση της ασθενούς δίνουν ενδείξεις για την ύπαρξη συμφύσεων. Ωστόσο αξιόπιστη επιβεβαίωση της διάγνωσης προκύπτει μετά από υστεροσκοπικό και λαπαροσκοπικό έλεγχο.

Η λύση των συμφύσεων είναι προτιμότερο να γίνεται με χειρουργική λαπαροσκόπηση σύμφωνα με τις αρχές της μικροχειρουργικής, και από εξειδικευμένα χέρια, για την σωστή επαναφορά της ανατομικής σχέσης των οργάνων και την αποφυγή υποτροπής ή και δημιουργίας επί πλέον συμφύσεων.

Ανατομικές ανωμαλίες μήτρας:

Ποσοστό 5% της γυναικείας υπογονιμότητας αποδίδεται σε ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας. Οι ανωμαλίες διακρίνονται σε συγγενείς και σε επίκτητες.

Συγγενείς, χαρακτηρίζονται οι ανωμαλίες που σχετίζονται με την ατελή διαμόρφωση του εσωτερικού της μήτρας κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής όπως είναι η μονόκερη μήτρα (μερικώς αναπτυγμένη), η δίκερη μήτρα (χωρισμένη σε 2 κοιλότητες), το διάφραγμα μήτρας, ενώ επίκτητες χαρακτηρίζονται αυτές που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής της γυναίκας, όπως είναι τα ενδομήτρια ινομώματα, οι πολύποδες, οι ενδομήτριες συμφύσεις. Ακόμα, λειτουργικές και ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας μπορούν να εμποδίσουν την πρόκληση και εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Διάγνωση των ανωμαλιών αυτών γίνεται με τη βοήθεια των παρακάτω εξετάσεων:

- i. Υπερηχοστερογραφία (υπερηχογράφημα μετά από διάταση της μήτρας με φυσιολογικό ορό)
- ii. Υστεροσαλπιγγογραφία
- iii. Υστεροσκόπηση
- iv. Λαπαροσκόπηση.

Γενετικά αίτια:

Γενετικά αίτια ενοχοποιούνται για καθ' έξιν αποβολές (διαδοχική απώλεια 3-4 κυήσεων) και αποτελούν παράγοντα υπογονιμότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα

ζευγάρια υποβάλλονται σε γενετικό έλεγχο (καρυότυπος ζεύγους, γενετικός έλεγχος εμβρυικών υπολοίπων που λαμβάνονται κατά την απόξεση μήτρας που ακολουθεί την αποβολή).

Σχέση μεταξύ ηλικίας και γονιμότητας:

Στις δυτικές κοινωνίες είναι όλο και πιο συχνό να γεννιούνται παιδιά από μεγαλύτερα σε ηλικία ζευγάρια, για αρκετούς λόγους. Πολλά ζευγάρια προτιμούν να αποκτήσουν παιδιά αφού αποκτήσουν οικονομική σιγουριά, ενώ έχουν αυξηθεί οι γάμοι σε μεγαλύτερη ηλικία ή και οι δεύτεροι γάμοι.

Η πιθανότητα αποβολής αυξάνεται και αυτή με την ηλικία. Στα 25-29 χρόνια είναι περίπου 10%, για να φτάσει το 34% στα 40-44. Επίσης αυξάνονται οι πιθανότητες χρωμοσωμικών ανωμαλιών.

Γιατί η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία;

Η γήρανση των ωοθηκών είναι ο σημαντικότερος παράγοντας. Οι ωοθήκες γερνούν, όπως όλα τα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν περίπου 300000 ωάρια κατά την εφηβεία. Για κάθε ωάριο που ωριμάζει και φτάνει στην ωορρηξία, τουλάχιστον 500 ωάρια δεν ωριμάζουν και αποσυντίθενται. Μέχρι να φτάσει την εμμηνόπαυση, στα 50 με 55 χρόνια, η γυναίκα έχει μόνο λίγες χιλιάδες ωάρια. Επειδή όλα τα ωάρια της γυναίκας έχουν παραχθεί κατά την εμβρυϊκή ζωή και δεν ανανεώνονται, τα ωάρια που έχουν απομείνει κατά την ηλικία της εμμηνόπαυσης, που έχουν την ηλικία της γυναίκας είναι πιο πιθανό να έχουν γενετικές ανωμαλίες.

Εξετάσεις που γίνονται συνήθως για να διαπιστωθεί η γονιμότητα σε μεγαλύτερες γυναίκες είναι η εξέταση αίματος και η μέτρηση των επιπέδων των ορμονών FSH, LH και οιστραδιόλης.

Παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής:

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής μπορεί να επηρεάσουν την γονιμότητα. Ο μεγάλος αριθμός σεξουαλικών συντρόφων προκαλεί αύξηση του κινδύνου προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, με συνέπεια την πιθανή λοίμωξη του γεννητικού συστήματος. Επίσης, το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο πρωτοπαθούς υπογονιμότητας, η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος από γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερα από 5 ποτήρια ημερησίως. Το σωματικό βάρος, εάν είναι πολύ μεγαλύτερο του φυσιολογικού ευθύνεται για διαταραχή της λειτουργίας του

υποθαλάμου, με αποτέλεσμα την ανωοθυλακιορρηξία. Η υπερβολική άσκηση και το άγχος συνδέονται επίσης με ανωοθυλακιορρηξία.

Ανεξήγητη υπογονιμότητα:

Παρ' όλες τις προόδους στη διάγνωση, η υπογονιμότητα παραμένει ανεξήγητη σε ποσοστό 25 – 30%. Πριν το 1900, η υπογονιμότητα χαρακτηριζόταν πάντοτε ανεξήγητη. Σε ειδικές μελέτες, οι εξετάσεις ρουτίνας σε γόνιμα ζευγάρια, επέτρεψαν τον εντοπισμό τουλάχιστον ενός παράγοντα υπογονιμότητας στα 2/3 των ζευγαριών. Επίσης, βρέθηκαν φυσιολογικά αποτελέσματα σε 5 από 32 υπογόνιμα ζευγάρια και σε 10 από 32 γόνιμα ζευγάρια. Κατά συνέπεια, το μη φυσιολογικό αποτέλεσμα δεν συνεπάγεται απαραίτητα και υπογονιμότητα.

Τι εννοούμε, όμως, όταν λέμε ανεξήγητη υπογονιμότητα; Ας υποθέσουμε ότι έχουν ελεγχθεί όλοι οι παράγοντες υπογονιμότητας και δεν έχει βρεθεί κάτι παθολογικό. Δηλαδή, οι παράμετροι του σπέρματος είναι εντός ορίων, οι σάλπιγγες διαβατές χωρίς συμφύσεις, η σαλπιγγωθηκική σχέση καλή, δεν υπάρχει ενδομητρίωση, γίνεται ωοθυλακιορρηξία και υπάρχει κανονική σεξουαλική επαφή τις γόνιμες μέρες. Γιατί τότε δεν υπάρχει σύλληψη; Είναι προφανές ότι δεν είναι δυνατόν να δοθούν απαντήσεις σε απλά ερωτήματα όπως:

- i. Απελευθερώθηκε ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία;
- ii. Το παρέλαβε η σάλπιγγα;
- iii. Έφθασαν τα σπερματοζωάρια μέχρι τη λήκυθο της σάλπιγγας;
- iv. Επήλθε γονιμοποίηση;
- v. Η αυλάκωση του ζυγωτή ήταν φυσιολογική;
- vi. Προέκυψε έμβρυο καλής ποιότητας, με δυναμική εξέλιξης;

Ιδού τουλάχιστον έξι αναπάντητα ερωτήματα. Να γιατί η ανεξήγητη υπογονιμότητα αποτελεί την αιτία υπογονιμότητας στο 25 – 30% των ζευγαριών.

Διαγνωστικές μέθοδοι διερεύνησης της γυναικείας υπογονιμότητας:

i. Αιματολογικές εξετάσεις: Οι αιματολογικές εξετάσεις γίνονται ώστε να ελεγχθούν τα επίπεδα των ορμονών. Τα επίπεδα των ορμονών FSH και LH μετριοούνται στην αρχή του κύκλου και δίνουν ένα δείγμα της ποσότητας και της ποιότητας των ωαρίων που ωριμάζουν στις ωοθήκες. Η προγεστερόνη μετριέται την 21η μέρα του κύκλου για να

αξιολογηθεί κατά πόσο υπάρχει φυσιολογική ωορρηξία. Τα επίπεδα της προλακτίνης, των οιστρογόνων, των ανδρογόνων και του θυρεοειδούς μπορεί επίσης να εξετασθούν.

ii. Υπέρηχος: το υπερηχογράφημα γίνεται για να εξετασθεί η υγεία των ωοθηκών, της μήτρας και της ανάπτυξης των ωοθυλακίων ώστε να αποκλεισθούν τυχόν γυναικολογικές ανωμαλίες.

iii. Εξέταση τραχηλικής βλέννας μετά από επαφή: αυτό το τεστ γίνεται για να εξεταστεί εάν η τραχηλική βλέννα γίνεται διαυγής και πιο δεκτική στο σπέρμα που θέλει να φτάσει μέχρι τις σάλπιγγες. Θα πρέπει να προηγηθεί επαφή 12 – 24 ώρες πριν την επίσκεψη στην κλινική για την εξέταση. Το τραχηλικό δείγμα θα εξεταστεί σε μικροσκόπιο για τυχόν ύπαρξη σπέρματος. Ο αριθμός του σπέρματος θα μετρηθεί και θα αξιολογηθεί το επίπεδο της δραστηριότητάς του.

iv. Υστεροσαλπιγγογραφία: είναι μια ακτινογραφία της μήτρας και των σαλπίγγων. Μια σκιαγραφική ουσία εκχύεται στην μήτρα και παρατηρείται μέσω μιας οθόνης ακτινοσκοπήσεων κατά πόσο οι σάλπιγγες είναι διαβατές ή έχουν υποστεί ζημιά.

v. Λαπαροσκόπηση: πρόκειται για μια ελαφριά χειρουργική επέμβαση, η οποία επιτρέπει την άμεση εξέταση των ωοθηκών, της μήτρας και των σαλπίγγων, ώστε να ανιχνευθεί και να αντιμετωπιστεί κάποιο πιθανό πρόβλημα. Η διαδικασία διενεργείται υπό γενική αναισθησία. Ο χειρουργός δημιουργεί μία μικρή τομή περίπου μισού εκατοστού κάτω από τον αφαλό από την οποία θα περάσει το λαπαροσκόπιο, ώστε να διαπιστώσει κατά πόσο οι σάλπιγγες είναι υγιείς. Το λαπαροσκόπιο είναι μία κάμερα ειδικά τροποποιημένη, η οποία περνάει μέσα στην κοιλιά και δίνει μία καθαρή εικόνα των οργάνων και του πιθανού προβλήματος. Επίσης, επιτρέπει στον χειρουργό να αποφασίσει εάν η περαιτέρω χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη ή εάν απαιτείται εξωσωματική γονιμοποίηση και γενικά ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος.

vi. Υστεροσκόπηση: αυτή η χειρουργική διαδικασία επιτρέπει την άμεση εξέταση της κοιλότητας της μήτρας με τηλεσκόπιο. Έτσι, πιθανοί πολύποδες ή συμφύσεις μπορεί να ανιχνευθούν και εφόσον κριθεί απαραίτητο, να αφαιρεθούν κατά την διάρκεια της ίδιας εξέτασης.

vii. Βιοψία ενδομητρίου: η εξέταση αυτή πραγματοποιείται 7 – 10 μέρες μετά την ωορρηξία. Για να αποφύγουμε τον κίνδυνο πρόκλησης βλάβης σε μία ενδεχόμενη εγκυμοσύνη πολλοί προτείνουν να γίνεται την 10^η – 12^η μέρα μετά την ωορρηξία, αφού προηγηθεί ένα αρνητικό τεστ εγκυμοσύνης.

3. ANATOMIA ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

3.1 Ανατομία Ανδρικών Γεννητικών Οργάνων

Εξωτερικά γεννητικά όργανα ανδρός

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα του ανδρός είναι το πέος και το όσχεον. Τα κύτταρα αναπαραγωγής και οι εκκρίσεις που τα συνοδεύουν παράγονται αλλά και μεταφέρονται στο εξωτερικό περιβάλλον από αυτά τα όργανα.

Το πέος :

Είναι το ανδρικό όργανο της συνουσίας. Αποτελείται από στυτικά μέρη γνωστά ως σπραγγώδη σώματα και την ουρήθρα, μέσα από την οποία απελευθερώνεται το σπέρμα. Η ελαφρά διογκωμένη περιοχή στην άκρη του πέους, στην οποία βρίσκεται το στόμιο της ουρήθρας, ονομάζεται βάλανος του πέους. Καλύπτεται από μια πτυχή δέρματος την ακροποσθία.

Το όσχεον :

Είναι ένας σάκος από χαλαρό δέρμα και υποδερμάτιο περιτονία, ο οποίος χωρίζεται σε δυο πλάγια μέρη. Ίνες λείων μυών οι οποίες ονομάζονται δαρτός χιτώνας του όρχεος βρίσκονται μέσα στην υποδερμάτιο περιτονία. Ο δαρτός χιτώνας και η υποδερμάτιος περιτονία χωρίζουν εσωτερικά το όσχεο σε δεξιό και αριστερό τμήμα και κάθε τμήμα περιλαμβάνει όρχι, επιδιδυμίδα και συσχετιζόμενα τμήματα.

Εσωτερικά γεννητικά όργανα ανδρός

Οι όρχεις :

Είναι οι γεννητικοί αδένες του άνδρα . Είναι όργανα με διπλή λειτουργία. Η εξωκρινής λειτουργία είναι η παραγωγή σπερματοζωαρίων και η ενδοκρινής είναι η παραγωγή ανδρογόνων ορμονών και κυρίως τεστοστερόνης. Οι όρχεις είναι τυπικά δυο, έχοντας σχήμα ωοειδές και διαστάσεις 4*2,5*2,5 cm. Εντοπίζονται στο όσχεο, το οποίο αποτελείται από δέρμα και από τους χιτώνες του όρχεως. Η ανατομική θέση του οσχέου επιτρέπει τη διατήρηση χαμηλότερων θερμοκρασιών για τους όρχεις από τις αντίστοιχες του σώματος. Η θερμοκρασία των όρχεων σχετίζεται με τη σπερματογένεση και τη γονιμότητα.

Η επιδιδυμής :

Είναι ένας απλούς, ελικοειδής σωλήνας, συνολικού μήκους 5-7m, τοποθετημένος επάνω και δίπλα στην οπίσθια επιφάνεια κάθε όρχεως. Είναι ο κύριος αποθηκευτικός χώρος των σπερματοζωαρίων. Προσθέτει επίσης μια ζωτικής σημασίας έκκριση στο σπέρμα (υγρό μέσα στο οποίο τα σπερματοζωάρια ενεργοποιούνται και αποθηκεύονται). Από την επιδιδυμίδα το σπέρμα περνάει από τον ορχικό πόρο.

Οι σπερματικοί ή ορχικοί πόροι :

Είναι ένας λεπτός μυώδης σωλήνας, μήκους 45cm με παχύ τοίχωμα, ο οποίος μεταφέρει το σπέρμα από τους όρχεις στην ουρήθρα.

Οι αδένες της σπερματοδόχου κύστεως :

Βρίσκονται πίσω από τον προστάτη και παράγουν υγρό.

Ο προστάτης :

Γύρω από την ουρήθρα, στη βάση της ουροδόχου κύστεως, βρίσκεται ο προστάτης, ο οποίος προσθέτει μια γαλακτώδη έκκριση στο σπέρμα. Το υγρό αυτό βοηθά στην διέγερση των σπερματοζωαρίων.

(Αυτό το γαλακτώδες υγρό είναι πολύ αλκαλικό και εξουδετερώνει το όξινο υγρό των όρχεων με τέτοιο τρόπο ώστε να διεγείρει τα σπερματοζωάρια. Τα σπερματοζωάρια είναι ακίνητα σε όξινο περιβάλλον αλλά πολύ ενεργά σε αλκαλικό).

Οι βολβουρηθραίοι (Κωπήρειοι) αδένες :

Βρίσκονται κάτω από τον προστάτη σε κάθε πλάγιο της ουρήθρας. Προσθέτουν και αυτοί εκκρίσεις στο σπέρμα μέσω πόρων, οι οποίοι ανοίγουν προς την ουρήθρα, η οποία στη συνέχεια μεταφέρει τα σπερματοζωάρια και τις εκκρίσεις στο εξωτερικό. Το σπέρμα είναι ένα μίγμα εκκρίσεων από τους όρχεις, τον προστάτη, τις σπερματοδόχους κύστες και τους βολβουρηθραίους αδένες.

3.2 Ανατομία Γυναικείων Γεννητικών Οργάνων

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής περιλαμβάνει τα έξω γεννητικά όργανα, τα έσω όργανα, την πύελο και τις συγγενείς πυελικές κατασκευές και τους μαστούς.

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής έχει 4 βασικές λειτουργίες :

- i. Να παράγει ωοθηκικές ορμόνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής.
- ii. Να παράγει το ωάριο καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδώσει το ωάριο στη μήτρα.
- iii. Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο έως τον τοκετό.
- iv. Να εκπληρώσει την «παραδόση» του προϊόντος της σύλληψης.

Τα εξωτερικά όργανα της γυναίκας

Το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης :

Είναι έπαρμα του δέρματος που καλύπτεται από χαρακτηριστικό τρίχωμα.

Τα μεγάλα χείλη :

Είναι δύο εξωτερικές πτυχές δέρματος οι οποίες περιβάλλουν το άνοιγμα του κόλπου.

Τα μικρά χείλη :

Παριστάνουν δυο μικρότερες πτυχές και βρίσκονται εσωτερικά των μεγάλων χειλέων.

Την κλειτορίδα :

Είναι ένα μικρό όργανο με στυτικό ιστό (όπως το πέος) το οποίο βρίσκεται στο σημείο που ενώνονται τα άνω άκρων των μικρών χειλέων.

Τον πρόδρομο του κόλπου :

Είναι χώρος στον οποίο εκβάλλουν η ουρήθρα, ο κόλπος και τα στόμια των βαρθολινείων και παραουρηθρικών αδένων.

Τους βαρθολίνειους αδένες :

Είναι αδένες μικρού μεγέθους και βρίσκονται όπισθεν των μικρών χειλέων εκκρίνοντας βλέννα με σκοπό τη διευκόλυνση της σεξουαλικής επαφής.

Τους παραουρηθρικούς αδένες ή αδένες του Skene :

Είναι οι αδένες που εκβάλλουν στον πρόδρομο του κόλπου. Μεταξύ κλειτορίδας και στομίου του κόλπου, βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας.

Τα εσωτερικά όργανα της γυναίκας

Τα εσωτερικά όργανα αναπαραγωγής βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα. Αποτελούνται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Επίσης συμπεριλαμβάνονται και τα όργανα – κατασκευές υποστήριξης.

Ο κόλπος :

Είναι ένας ινομύδης σωλήνας που υποδέχεται το πέος κατά τη σεξουαλική επαφή, και έχει μήκος περίπου 7,5 – 9 cm. Βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και εντέρου, ενώ το τοίχωμά του παρουσιάζει πτυχές, για να εκτείνεται κατά τη σεξουαλική επαφή. Στο άνω του μέρος (θόλο), προβάλλει ο τράχηλος της μήτρας, ενώ το κάτω του μέρος, καταλήγει στο αιδοίο. Στην είσοδο του κόλπου βρίσκεται μια μεμβράνη συνδετικού ιστού, ο παρθενικός υμένας.

Ο κόλπος εξυπηρετεί 3 σημαντικές λειτουργίες σαν δίοδος :

- i.είσοδος του πέους και παραλαβή του σπέρματος (υγρό μέσα στο οποίο μεταφέρονται τα σπερματοζώαρια)
- ii.εκκένωση της εμμήνου ρύσης και των εκκρίσεων της μήτρας και
- iii.παράδοση του προϊόντος της σύλληψης.

Η μήτρα :

Είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι ένα κοίλο όργανο σε σχήμα αχλαδιού με παχύς μυώδεις τοίχους, 6-7½ cm σε μήκος και περίπου 2 cm σε πάχος. Καταλαμβάνει το μέσον της πυέλου, μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από τον πυθμένα (στρογγυλεμένο άνω μέρος), το σώμα (μεσαίο τμήμα) και ένα στενό χαμηλότερο τμήμα (τράχηλος ή λαιμός). Ο πυθμένας και το σώμα σχηματίζουν το κυρίως σώμα της μήτρας. Το ενδοθήλιο της μήτρας ονομάζεται ενδομήτριο. Ο μυϊκός χιτώνας της μήτρας ονομάζεται μυομήτριο και ο συνδετικός ιστός γύρω από το μυ ονομάζεται περιμήτριο. Το ενδομήτριο δέχεται και τρέφει το γονιμοποιημένο ωάριο.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται πολύ μαλακή και αυξάνεται κατά πολύ σε μέγεθος για να κρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, γίνεται ένας λεπτός μυώδης σάκκος με μαλακά τοιχώματα που υποχωρεί με την κίνηση του εμβρύου. Η θέση της μήτρας ποικίλλει, με συνηθέστερη την πρόσθια κάμψη προς το έντερο και δεν έχει σχέση με τη γονιμότητα, ενώ οι παραμορφώσεις της κοιλότητας μπορεί να συνδέονται με υπογονιμότητα.

Ο τράχηλος :

Αποτελεί τμήμα της μήτρας με κυλινδρικό σχήμα που συνδέει την κοιλότητα της μήτρας με τον κόλπο και διαστέλλεται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Το έξω στόμιο του τραχήλου προβάλλει στον θόλο του κόλπου όπου καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο όμοιο με το επιθήλιο του κόλπου. Ο αυλός του τραχήλου (ενδοτράχηλος) έχει μήκος περίπου 4 cm ενώ καλύπτεται από κυλινδρικό αδενικό επιθήλιο. Το έσω στόμιο του τραχήλου αποτελεί το ανατομικό όριο μεταξύ του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας.

Ο τράχηλος είναι οργανικής σημασίας διότι βοηθάει τη διαδικασία της γονιμοποίησης παράγοντας μια βλέννα η οποία διευκολύνει την κίνηση των σπερματοζωαρίων μέσα απ' αυτήν τη δίοδο στο ταξίδι τους για να βρουν το ωάριο.

Οι σύνδεσμοι της μήτρας :

Είναι δύο σχηματισμοί που εκτείνονται από τα πλαϊνά τοιχώματα της μήτρας στα τοιχώματα της πυέλου. Οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες είναι προσκολλημένες σ' αυτούς τους συνδέσμους. Οι σύνδεσμοι αυτοί βοηθούν στην υποστήριξη των πυελικών οργάνων.

Οι σάλπιγγες (ωαγωγοί):

Είναι τα όργανα , εντός των οποίων φυσιολογικά γίνεται η γονιμοποίηση. Έχουν σχήμα επιμήκους σωληνίσκου και συνδέουν την κοιλότητα της μήτρας με το εσωτερικό της κοιλιάς. Οι σάλπιγγες είναι δυο, όπου εκφύονται από τα πλάγια του σώματος της μήτρας. Έχουν μήκος περίπου 10-13 cm και εξωτερικά διάμετρο 0,05-1,0 cm.

Διακρίνονται τέσσερα τμήματα της σάλπιγγας :

- i. Το διάμεσο (ενδομήτριο) τμήμα της σάλπιγγας
- ii. Ο ισθμός
- iii. Η λήκυθος

iv. Ο κώδωνας, που το άκρο του καταλήγει στους κροσσούς.

Οι ωοθήκες :

Αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας. Από ανατομικής πλευράς, οι ωοθήκες αποτελούν δυο ωοειδή αποπεπλατυσμένα μορφώματα με μήκος 3-5 cm, πλάτος 1,5-3 cm και πάχος 1,5-2,5 cm, που βρίσκονται στη μικρή πύελο. Είναι όργανα με διπλή λειτουργία, τα οποία παράγουν ωάρια (το γεννητικό υλικό της γυναίκας) και ορμόνες (κυρίως οιστρογόνα και προγεστερόνη).

Η κύρια λειτουργία τους είναι η αναπαραγωγική, δηλαδή, να μεταφέρουν το ωάριο κατά μήκος του σωλήνος από την ωοθήκη στη μήτρα με περισταλτικές κινήσεις. Η σύλληψη κανονικά λαμβάνει μέρος στο έξω ένα τρίτο της σάλπιγγας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Ο όρος αυτός έχει το πλεονέκτημα ότι λέει ακριβώς ότι περιέχει. Πρόκειται λοιπόν, για την δημιουργία παιδιών από γονείς οι οποίοι αδυνατούν να τεκνοποιήσουν από μόνοι τους, δηλαδή χωρίς ιατρική παρέμβαση και υποβοήθηση. Η βοήθεια αυτή μπορεί να αφορά μία ή περισσότερες φάσεις της φυσιολογικής τεκνοποίησης. Προϋποθέτει να υπάρχουν δύο υποψήφιοι γονείς, δηλαδή ένας άνδρας και μία γυναίκα.

Η ιατρική υποβοήθηση μπορεί να αρχίσει ήδη από το πρώτο στάδιο, εκείνο της απουσίας φυσιολογικών γαμετών. Εάν π.χ. το σπέρμα του άνδρα είναι «ασθενικό», η θεραπεία θα πάρει την μορφή φαρμακευτικής ή χειρουργικής παρεμβάσεως από έναν εξειδικευμένο ανδρολόγο, ουρολόγο ή ενδοκρινολόγο. Στην περίπτωση που η γυναίκα παρουσιάζει το πρόβλημα, εάν έχει για παράδειγμα, «κλεισμένες» σάλπιγγες, η προσφυγή σε έναν γυναικολόγο είναι απαραίτητη. Η θεραπεία θα πάρει την μορφή μιας μικροχειρουργικής επεμβάσεως. Στις περιπτώσεις αυτές, η ιατρική υποβοήθηση παύει και το ζευγάρι προχωρεί κανονικά στην τεκνοποίηση.

Ένα δεύτερο στάδιο είναι η αντιμετώπιση μεταβολικών προβλημάτων που μπορεί να παρουσιάζει η γυναίκα ή ο άνδρας και τα οποία αφορούν την ορμονική ρύθμιση της λειτουργίας των γεννητικών οργάνων. Η γυναίκα έχει μερικές φορές ακανόνιστο κύκλο, και είτε δεν παράγει ωάρια είτε δεν τα παράγει σε τακτά διαστήματα. Η θεραπεία μπορεί τότε να επιτευχθεί από έναν γυναικολόγο ή ενδοκρινολόγο, με την βοήθεια του οποίου θα «ρυθμιστεί» ο κύκλος. Αυτό γίνεται με τα φάρμακα τα οποία εμποδίζουν την παραγωγή ορμονών που, για κάποιο λόγο, εκκρίνονται σε υπερβολικές ποσότητες. Αφού ρυθμιστεί ο κύκλος, η εγκυμοσύνη μπορεί να έλθει φυσιολογικά και στην περίπτωση αυτή.

Μερικές φορές όμως, η πάθηση δεν επιτρέπει την φυσιολογική διέλευση των σπερματοζωαρίων από τον τράχηλο της μήτρας, όσο «καλό» και να είναι το σπέρμα. Η εγκυμοσύνη με φυσιολογικό τρόπο είναι αδύνατη, διότι τα σπερματοζωάρια δεν φθάνουν στην μητρική κοιλότητα, δεν μπορούν να «ανέβουν» στις σάλπιγγες, να συναντήσουν το ωάριο και να το γονιμοποιήσουν. Στις περιπτώσεις αυτές, η ιατρική παρέμβαση συνίσταται στο να παρακαμφθεί το «γεωγραφικό» πρόβλημα του τραχήλου, τοποθετώντας με ένα λεπτό καθετήρα, τα σπερματοζωάρια μέσα στην μητρική κοιλότητα. Είναι αυτό ακριβώς που ονομάζουμε ενδομητρική σπερματέγχυση.

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες τα πράγματα είναι πολύ πιο δύσκολα, τα προβλήματα πολύ περισσότερα, κι εκεί χρειάζεται ένα σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα για να εντοπισθεί με ακρίβεια, να αντιμετωπισθεί και να λυθεί το κάθε επί μέρους πρόβλημα. Μερικά προβλήματα είναι μάλιστα τέτοια που δεν επιτρέπουν να γίνει η γονιμοποίηση με φυσιολογικό τρόπο, δηλαδή μέσα στο σώμα της γυναίκας (in vivo) μετά από σεξουαλική επαφή των συντρόφων. Ένα ζευγάρι π.χ. στο οποίο η γυναίκα πάσχει από ενδομητρίωση και ταυτόχρονα ο άνδρας πάσχει από ολιγοασθενο-τερατοσπερμία, χρειάζεται πολύ περισσότερο χρόνο και πολύ μεγαλύτερη «υποβοήθηση» για να κάνει τελικώς παιδιά. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι το ζευγάρι αυτό θα χρειαστεί να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Αυτό σημαίνει ότι η γονιμοποίηση θα γίνει έξω από το σώμα (in vitro fertilization, IVF). Σε μια βαρύτερη περίπτωση, εάν ένας άνδρας παρουσιάζει φαινομενική αζωοσπερμία, θα χρειαστεί εξωσωματική γονιμοποίηση και μάλιστα υποβοήθηση της διεισδύσεως των σπερματοζωαρίων.

Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης περιλαμβάνει την προετοιμασία της ωοθήκης, με σκοπό την πολλαπλή ανάπτυξη ωοθυλακίων (φαρμακευτική διέγερση), την χειρουργική συλλογή των ωαρίων (ωοληψία), την καλλιέργεια των ωαρίων in vitro μαζί με τα σπερματοζωάρια, πράγμα που επιτρέπει συνήθως την γονιμοποίηση. Η γονιμοποίηση θέτει σε λειτουργία τα κυτταρικά προγράμματα αναπτύξεως που θα οδηγήσουν στον σχηματισμό του εμβρύου.

Επόμενο στάδιο, είναι η εμφύτευση ή εμβρυομεταφορά. Ένα έμβρυο δεν μπορεί να ζήσει έξω από το ανθρώπινο σώμα περισσότερο από μερικές μέρες, και γι' αυτό πρέπει να εμφυτευθεί στην μήτρα της μητέρας του. Στην περίπτωση κατά την οποία η γυναίκα δεν έχει μήτρα, ή η μήτρα της είναι ανίκανη να δεχτεί και να μεγαλώσει παιδιά, χρειάζεται πλέον όχι μόνο ιατρική παρέμβαση, αλλά και παρέμβαση μιας άλλης γυναίκας. Είναι η περίπτωση της υποκαταστάσεως της μήτρας ή «δανεικής» μήτρας.

Ο όρος I.Y.A. περιλαμβάνει τελικώς πολλές ενέργειες, από μια απλή επίσκεψη σε ένα γυναικολόγο μέχρι την επιστράτευση μιας πολυμελούς ομάδας ειδικών για να γεννηθεί ένα παιδί.

2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

2.1 Τεχνητή Σπερματέγχυση

Με τον όρο σπερματέγχυση αναφερόμαστε στη διαδικασία εναπόθεσης σπέρματος απευθείας στο εσωτερικό της μήτρας μετά από ειδική κατεργασία και με τη βοήθεια καθετήρα. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται, ότι βρίσκονται περισσότερα σπερματοζωάρια κοντά στη σάλπιγγα, όπου φυσιολογικά συμβαίνει η συνάντηση ωαρίου και σπερματοζωαρίου, δηλαδή η γονιμοποίηση. Το σπέρμα που χρησιμοποιείται στη διαδικασία της σπερματέγχυσης προέρχεται είτε από τον σύζυγο είτε -όταν αυτό δεν είναι δυνατό- από δότη, συνήθως μέσω τράπεζας σπέρματος.

Ενδομήτρια σπερματέγχυση:

Η διαδικασία της ενδομήτριας σπερματέγχυσης, συνδυάζεται με ήπια φαρμακευτική αγωγή για την καλύτερη ανάπτυξη ωοθυλακίων και ωαρίων, ώστε η πιθανότητα εγκυμοσύνης με τη μέθοδο αυτή να μεγιστοποιηθεί. Εφαρμόζεται στις περιπτώσεις γυναικών που έχουν τουλάχιστον μία διαβατή σάλπιγγα, αλλά αντιμετωπίζουν κάποιο άλλο πρόβλημα, όπως διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας, ήπιας μορφής ενδομητρίωση, ασυμβατότητα τραχηλικής βλέννας, ήπιο πρόβλημα σπέρματος στο σύζυγο ή υπογονιμότητα ανεξήγητης αιτιολογίας κ.λπ.

Για αυτή την ιατρική πράξη, δεν χρειάζεται καμία ιδιαίτερη προετοιμασία και δεν απαιτείται αναισθησία. Ο ιατρός, εναποθέτει το επεξεργασμένο σπέρμα στη μητρική κοιλότητα, (ενδομήτριος έγχυση), κοντά στη περίοδο της ωορρηξίας, με ένα εύκαμπτο πλαστικό καθετήρα. Μετά από λίγα λεπτά ηρεμίας, που σκοπό έχουν να αποτρέψουν συσπάσεις μήτρας και επομένως εκβολή του σπέρματος μέσω του τραχήλου, η γυναίκα μπορεί να επιστρέψει στις ασχολίες της. Αυτή η θεραπεία βασίζεται και προϋποθέτει τη φυσική ικανότητα του σπέρματος να φτάνει και να γονιμοποιεί το ωάριο. Σκοπός της μεθόδου αυτής, είναι να αυξήσει τον αριθμό των καλών σπερματοζωαρίων που φθάνουν στους ωαγωγούς, παρακάμπτοντας πιθανά προβλήματα πρόσβασης, έτσι ώστε να αυξάνεται η πιθανότητα γονιμοποίησης.

Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει με το σπέρμα του συντρόφου ή δωρητή. Αναλόγως του προβλήματος, μπορεί να χρειαστεί η γυναίκα να ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή για να διεγερθούν οι ωοθήκες και να αναπτύξουν περισσότερα του ενός ωάρια κάθε φορά.

Επιλέγεται συνήθως από νεαρά ζευγάρια που προσπαθούν να συλλάβουν τουλάχιστον για 1 χρόνο, αλλά δεν βρίσκουν τους λόγους της υπογονιμότητας. Μπορεί να είναι

αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται σπέρμα δωρητή και σε περιπτώσεις χαμηλού αριθμού σπερματοζωαρίων, φτωχής κινητικότητας, τραχηλικής στειρότητας και ανοσολογικών ανωμαλιών.

Αντίθετα με την τεχνητή γονιμοποίηση, δεν απαιτείται συλλογή ωαρίων ή γενική αναισθησία και είναι δημοφιλής σαν θεραπεία για συγκεκριμένα προβλήματα στειρότητας. Τα ποσοστά επιτυχίας ποικίλουν αλλά αν το πρόβλημα σχετίζεται με την ικανότητα των σπερματοζωαρίων να φτάσουν στο ωάριο και γενικά την προσβασιμότητα, μπορεί να είναι άριστη επιλογή. Αν υπάρξουν αρκετές αποτυχίες της μεθόδου, άλλες τεχνικές μπορούν να δώσουν καλύτερα ποσοστά επιτυχίας ανά προσπάθεια και ίσως να είναι ενδεδειγμένες. Το ποσοστό επιτυχίας ανά προσπάθεια είναι 15- 20%.

Η σπερματέγχυση, αν και μπορεί να πραγματοποιηθεί στον φυσικό κύκλο της γυναίκας (με απλή παρακολούθηση του καταμήνιου ωοθυλακίου της), συνήθως συνδυάζεται για καλύτερα αποτελέσματα με ήπια διέγερση ωοθηκών και πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας. Κατά την προβλεπόμενη ή προγραμματισμένη ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας, το ζευγάρι προσέρχεται στην Μονάδα Εξωσωματικής, ο σύζυγος δίνει σπέρμα το οποίο υφίσταται κατάλληλη, ειδική επεξεργασία στο εργαστήριο. Στην συνέχεια, μια ποσότητα του επεξεργασμένου και βελτιωμένου σπέρματος τοποθετείται με την βοήθεια ειδικών λεπτών καθετήρων που περνούν δια μέσω του τραχήλου της μήτρας στην ενδομητρική κοιλότητα. Η τεχνική είναι σχεδόν ανώδυνη για την γυναίκα και δεν απαιτείται η χορήγηση ουδεμίας αναισθησίας. Η γυναίκα αφού παραμείνει για λίγα λεπτά κλινήρης φεύγει και ακολουθεί την συνήθη δραστηριότητά της.

Σχετικά με τις πιθανότητες επίτευξης κύησης έπειτα από σπερματέγχυση, αυτές εξαρτώνται βέβαια από την βαρύτητα του προβλήματος και την τελική, μετά την επεξεργασία, κατάσταση του σπέρματος, θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι δεν ξεπερνούν στην καλύτερη περίπτωση το 15-20% ανά προσπάθεια. Επίσης, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι αν μετά από 3-4 σπερματεγχύσεις δεν έχει επιτευχθεί κύηση, καλύτερα θα είναι να προχωρούμε σε εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Ενδομητρο-σαλπυγο-περιτοναϊκή έγχυση (IUTPI):

Η ενδομητρο-σαλπυγο-περιτοναϊκή έγχυση αποτελεί τη νέα μέθοδο σπερματέγχυσης κατά την οποία γίνεται έγχυση με 10 ml επεξεργασμένου σπέρματος. Παρατηρήσεις που έγιναν κατά την κλινική εφαρμογή έδειξαν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, τα 4 ml του εγχυομένου σπέρματος που χρησιμοποιείται στην μηροσαλπυγγική έγχυση

σπερματοζωαρίων (FSP) δεν ήταν αρκετά για να προσπεράσουν τα σαλπινγικά στόμια της μήτρας επειδή η ενδομητρική πίεση που ασκούσε η ποσότητα των 4 ml δεν ήταν αρκετή. Έτσι, αυξήθηκε σταδιακά ο όγκος του εγχυόμενου σπέρματος, φτάνοντας τελικά τα 10 ml, ενώ συγχρόνως γινόταν έλεγχος της ενδομητρικής πίεσης. Ο μεγαλύτερος όγκος σπέρματος που χρησιμοποιήθηκε οδήγησε σε μία απρόσμενη αύξηση του ποσοστού κνήσεων. Εξάλλου, 10 ml σκιαγραφικού υλικού χρησιμοποιείται και στην υστεροσαλπιγγογραφία για να σκιαγραφηθεί ο τράχηλος, η ενδομητρική κοιλότητα, οι σάλπιγγες σε όλο τους το μήκος και να απελευθερωθεί στην ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα και στον Δουγλάσιο χώρο. Επιπλέον, το πιθανό θεραπευτικό αποτέλεσμα της υστεροσαλπιγγογραφίας, έχει εκτενώς συζητηθεί σε πολλά άρθρα της τελευταίας δεκαετίας, αφού το ποσοστό των κνήσεων αυξάνεται μετά από αυτή τη διαδικασία, ειδικά σε ασθενείς με ανεξήγητη στειρότητα. Άρα, υποστηρίζεται η υπόθεση ότι, πιθανώς τα μητρικά στόμια των σαλπίγγων είναι δυνατόν να φράσσονται από μεμβρανώδη στοιχεία. Τα 10 ml του εγχυόμενου σπέρματος είναι αρκετά, αφενός μεν να γεμίσουν την κοιλότητα της μήτρας, να διαπεράσουν, αφετέρου, το διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας και τη λήκυθο για να καταλήξουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα και στο Δουγλάσιο χώρο, όπου αναμιγνύονται με το περιτοναϊκό και το ωοθυλακικό υγρό. Με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνεται η ενδομητρο-σαλπιγγο-περιτοναϊκή έγχυση (IUTPI).

2.2 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (in vitro fertilization, IVF) αποτελεί την πλέον εξελιγμένη μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κατά την οποία η γονιμοποίηση και τα πρώτα βήματα της ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου πραγματοποιούνται έξω από το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, στο εμβρυολογικό εργαστήριο.

Ζευγάρια υποψήφια για εξωσωματική γονιμοποίηση είναι αυτά όπου :

- i.οι σάλπιγγες της γυναίκας είναι φραγμένες ή καταστραμμένες,
- ii.το σπέρμα του άνδρα παρουσιάζει σοβαρές διαταραχές,
- iii.η εφαρμογή απλούστερων μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής απέτυχε κατ' επανάληψη,
- iv.η ηλικία της γυναίκας είναι προχωρημένη και απαιτείται η υποβοήθηση με τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας,

v. όταν επιθυμείται η πραγματοποίηση προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης

vi. όταν επιθυμείται η επίτευξη κύησης με παρένθετη μήτρα.

Οι εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί **η σύζυγος** είναι:

i. Γυναικολογική Εξέταση

ii. Τεστ Παπανικολάου

iii. Υστεροσαλπιγγογραφία

iv. Πλήρης ορμονικός έλεγχος.

v. Καλλιέργεια Κολπικού Υγρού

vi. Ζευγάρια που η σύζυγος είναι μεγαλύτερη των 35 ετών, θα πρέπει να υποβληθεί σε μαστογραφία

Οι εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβληθεί **ο σύζυγος** είναι:

i. Σπερμοδιάγραμμα

ii. Καλλιέργεια σπέρματος

Από το ιστορικό του ζευγαριού και τα αποτελέσματα των εξετάσεων του κρίνεται αν απαιτείται περαιτέρω έλεγχος με ειδικότερες εξετάσεις, όπως είναι:

i. Λαπαροσκόπηση

ii. Ανοσολογικός έλεγχος

iii. Θρομβοφιλικός έλεγχος

iv. Διάφορα γενετικά τεστ κλπ.

Τα βασικά στάδια της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι τα ακόλουθα:

i. Ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών:

Για να αυξηθεί η αποδοτικότητα της εξωσωματικής γονιμοποίησης ως μεθόδου, επιδιώκουμε (εφόσον είναι εφικτό ή δεν αντενδείκνυται) να έχουμε περισσότερα από ένα ωάρια της γυναίκας σε κάθε προσπάθεια και τούτο διότι: κάποιο ή κάποια από τα ωάρια είναι πιθανόν να μην γονιμοποιηθούν εξωσωματικά, κάποιο ή κάποια από τα προκύπτοντα γονιμοποιημένα ωάρια είναι πιθανόν να μην συνεχίσουν την ανάπτυξή τους. Επιθυμούμε να χρησιμοποιήσουμε κατά την εμβρυομεταφορά τα καλύτερα ποιοτικής έμβρυα, οπότε

θέλουμε να έχουμε την δυνατότητα επιλογής, και να υπάρξουν κάποια πλεονάζοντα έμβρυα τα οποία θα καταψυχθούν ώστε να χρησιμοποιηθούν επί αποτυχίας ή επί επιθυμίας για δεύτερο παιδί, χωρίς η γυναίκα να υποβληθεί εκ νέου σε φαρμακευτική διέγερση ωοθηκών.

Η φαρμακευτική διέγερση των ωοθηκών θα πρέπει να γίνεται με εξατομικευμένο τρόπο για κάθε ζευγάρι, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και να αποφευχθούν οι επιπλοκές. Για τον λόγο αυτόν, ο χειρισμός των γυναικών που υποβάλλονται σε διέγερση ωοθηκών θα πρέπει να γίνεται αυστηρά από έμπειρους ιατρούς, που είναι εξειδικευμένοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι γυναίκες που ακολουθούν πρόγραμμα διέγερσης μπορούν να συνεχίζουν τις συνήθεις δραστηριότητές τους, θα πρέπει όμως να αφιερώνουν λίγο από τον χρόνο τους για στενή παρακολούθηση, όποτε το απαιτεί ο ειδικός που τις παρακολουθεί. Η ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών επιτυγχάνεται με την εφαρμογή κάποιου πρωτοκόλλου διέγερσης η επιλογή του οποίου εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στα πρωτόκολλα διέγερσης των ωοθηκών είναι:

Οι γοναδοτροπίνες, οι οποίες διεγείρουν τις ωοθήκες, χορηγούνται με την μορφή ενέσεων (συνήθως υποδόρια, δηλαδή στην κοιλιά ή στον μηρό με μικρή βελόνα τύπου ινσουλίνης ή με την εύκολη χρήση ειδικής πέννας), πρέπει να γίνονται την ίδια περίπου ώρα σε καθημερινή βάση, ενώ η δόση τους (πόσες 'μονάδες' δηλαδή θα χορηγηθούν) ρυθμίζεται ανάλογα με την γυναίκα και αναπροσαρμόζεται ανάλογα με την εξέλιξη του κύκλου. Υπάρχουν διάφορα σκευάσματα γοναδοτροπινών που διαφέρουν ανάλογα με το ποιες ορμόνες περιέχουν (FSH, LH, ή συνδυασμό τους) και με την προέλευσή τους (όπως ανασυνδυασμένες ή ανθρώπινες κεκαθαρμένες).

Τα **ανάλογα της υποθαλαμικής ορμόνης** που διεγείρει την έκλυση των γοναδοτροπινών: Η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτυγχάνει την καταστολή της παραγωγής των ενδογενών γοναδοτροπινών της γυναίκας, αυτών δηλαδή που η ίδια παράγει. Η καταστολή αυτή είναι σημαντική στα πρωτόκολλα διέγερσης γιατί αφενός μας επιτρέπει να έχουμε τον πλήρη έλεγχο της κατάστασης (αφού εμείς ρυθμίζουμε την διέγερση με τις ενέσεις γοναδοτροπινών), και αφετέρου μας εξασφαλίζει ότι δεν θα συμβεί μια αιφνίδια αύξηση της ενδογενούς LH που θα έχει σαν αποτέλεσμα την άκαιρη ωοθυλακιορρηξία και την αναπόφευκτη ακύρωση της προσπάθειας. Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι αναλόγων (οι αγωνιστές και οι ανταγωνιστές), που διαφέρουν ως προς το

χρονικό διάστημα που χρειάζονται για να επιτύχουν την επιζητούμενη καταστολή. Τα ανάλογα χορηγούνται σε καθημερινή βάση και την ίδια περίπου ώρα, με την μορφή υποδορίων ενέσεων ή σπανιότερα με την μορφή εισπνοών από την μύτη.

Η **χοριακή γοναδοτροπίνη** (ανθρώπιος ή ανασυνδυασμένη), η οποία χορηγείται εφάπαξ σε ενέσιμη μορφή την κατάλληλη χρονική στιγμή (ανάλογα με την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και την προβλεπόμενη ώρα της ωοληψίας) και προκαλεί την τελική ωρίμανση των ωοθυλακίων και την ωοθυλακιορρηξία.

Υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα ελεγχόμενης διέγερσης των ωοθηκών που βασικά διαφέρουν στο πότε θα ξεκινήσει η καταστολή με την χορήγηση των αναλόγων. Στο **επίμηκες (μακρύ) πρωτόκολλο**, ξεκινάμε την καθημερινή ένεση του αναλόγου από τον προηγούμενο της διέγερσης κύκλο (γύρω στις επτά ημέρες πριν από την αναμενόμενη πρώτη ημέρα περιόδου), και μετά την έναρξη της περιόδου και εφόσον τεκμηριωθεί η επιτυχία της καταστολής με μέτρηση της οιστραδιόλης στο αίμα ξεκινάμε την διέγερση των ωοθηκών με την χορήγηση γοναδοτροπινών. Στο **βραχύ (κοντό) πρωτόκολλο**, ξεκινάμε τις ενέσεις του αναλόγου την 2η ημέρα της περιόδου και την επομένη (δηλαδή την 3η ημέρα της περιόδου) ξεκινάμε και τις ενέσεις γοναδοτροπινών. Τέλος, στο **πρωτόκολλο ανταγωνιστή** ξεκινάμε πρώτα τις ενέσεις γοναδοτροπινών την 2η ημέρα της περιόδου και προσθέτουμε τις ενέσεις ανταγωνιστή όταν τα αναπτυσσόμενα ωοθυλάκια έχουν μέση διάμετρο 14-15 χιλιοστά, δηλαδή περίπου κατά την 6η-7η ημέρα διέγερσης.

Η στενή παρακολούθηση της γυναίκας που υποβάλλεται σε φαρμακευτική διέγερση είναι επιβεβλημένη, με διαδοχικά υπερηχογραφήματα και μετρήσεις των οιστρογόνων στο αίμα. Στα βραχεία πρωτόκολλα, καλό θα είναι να γίνεται υπερηχογράφημα ή και ορμονολογικός έλεγχος πριν την έναρξη των ενέσεων, ενώ στα επιμήκη πρωτόκολλα καλό θα είναι να τεκμηριώνεται η επιτυχία της καταστολής με ορμονολογικό έλεγχο και στην συνέχεια να ξεκινούν οι ενέσεις διέγερσης. Την 5η-7η ημέρα διέγερσης, γίνεται η πρώτη υπερηχογραφική εκτίμηση της απάντησης των ωοθηκών στην αγωγή, και ακολούθως η εκτίμηση επαναλαμβάνεται ανά 48 ώρες ή και καθημερινά. Τελικά, όποιο πρωτόκολλο και αν ακολουθεί η γυναίκα, όταν τα ωοθυλάκια έχουν μεγαλώσει ικανοποιητικά σε μέγεθος και παράγουν ικανοποιητικά επίπεδα οιστραδιόλης, θα της ζητηθεί να κάνει την ένεση χοριακής γοναδοτροπίνης συνήθως κάποια βραδινή ώρα (32 -36 ώρες πριν την προγραμματισμένη) ωοληψία. Ακολουθεί μια ημέρα χωρίς ενέσεις και την επομένη προγραμματίζεται η ωοληψία.

ii. Ωοληψία

Μετά την συλλογή των ωαρίων και του σπέρματος, ακολουθεί την ίδια ημέρα η γονιμοποίηση στο εργαστήριο. Ωάρια και σπερματοζώαρια τοποθετούνται σε ειδικό καλλιεργητικό περιβάλλον, και εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα στα σπερματοζώαρια, αυτά γονιμοποιούν τα ωάρια. Την επομένη ημέρα, ελέγχεται η επιτυχία της γονιμοποίησης (πόσα, δηλαδή, έμβρυα υπάρχουν), το ζευγάρι ενημερώνεται για το αποτέλεσμα και οργανώνεται η ημέρα της εμβρυομεταφοράς. Μέχρι την ημέρα αυτή, τα έμβρυα παραμένουν εντός των καταλλήλων καλλιεργητικών υλικών και αναπτύσσονται με αλληπάλληλους πολλαπλασιασμούς των κυττάρων τους.

iii. Εμβρυομεταφορά

Η εμβρυομεταφορά, η τοποθέτηση δηλαδή των γονιμοποιημένων ωαρίων που προέκυψαν από την εξωσωματική γονιμοποίηση στην μήτρα της γυναίκας, πραγματοποιείται συνήθως την 2η ή 3η ημέρα μετά την ωοληψία. Σε κάποιες περιπτώσεις η εμβρυομεταφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί την 5η ή 6η ημέρα, στο στάδιο των βλαστοκύστεων. Η γυναίκα προσέρχεται στην Μονάδα κατά την προγραμματισμένη ώρα, χωρίς να χρειάζεται να είναι νηστική (αφού δεν θα λάβει αναισθησία), και με μια απλή διαδικασία (που δεν είναι πιο επώδυνη από την λήψη ενός τεστ Παπανικολάου) γίνεται η εμβρυομεταφορά: από τα διαθέσιμα έμβρυα επιλέγονται εκείνα που με βάση κάποια μορφολογικά κριτήρια χαρακτηρίζονται ως τα 'καλύτερα', το(α) έμβρυο(α) προς μεταφορά τοποθετείται σε ειδική σύριγγα με λίγο καλλιεργητικό υγρό και δια μέσου ενός λεπτότατου καθετήρα που ο ιατρός έχει περάσει δια του τραχήλου της μήτρας, προωθείται στην ενδομητρική κοιλότητα. Η γυναίκα παραμένει κλινήρης για λίγη ώρα και στην συνέχεια μπορεί να αποχωρήσει από την Μονάδα. Ο αριθμός των εμβρύων που τοποθετούνται σε κάθε εμβρυομεταφορά, καθορίζεται μεν από παράγοντες όπως είναι η ηλικία της γυναίκας και η ποιότητα των διαθέσιμων εμβρύων, υπόκεινται όμως σε περιορισμό ώστε να αποφευχθούν οι πολύδυμες κυήσεις (οι οποίες αποτελούν το κυριότερο αίτιο γέννησης πρόωρων νεογνών, με όποιες δυσμενείς συνέπειες αυτό συνεπάγεται). Στην Ελλάδα, με βάση τις επίσημες οδηγίες της Αρχής που διέπει την εφαρμογή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στην χώρα μας, ο αριθμός αυτός δεν πρέπει να υπερβαίνει τα τρία έμβρυα για γυναίκες έως 40 ετών και τα τέσσερα έμβρυα για γυναίκες άνω των 40 ετών.

iv. Το διάστημα μετά την εμβρυομεταφορά.

Το διάστημα μετά την εμβρυομεταφορά, αποτελεί δίχως αμφιβολία το πιο ψυχοφθόρο όλης της διαδικασίας. Η γυναίκα θα πρέπει να ακολουθήσει τις οδηγίες για την φαρμακευτική αγωγή με σχολαστικότητα, και να μην πάρει ουδεμία πρωτοβουλία τροποποίησης της αγωγής αν πρώτα δεν ενημερώσει την Μονάδα. Η παραμονή στο κρεβάτι για όλο το διάστημα αυτό είναι άσκοπη, και δεν συστήνεται (το μόνο διάστημα κλινοστατισμού που ίσως έχει κάποια αξία είναι οι πρώτες 2-3 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά). Η γυναίκα μπορεί να συνεχίσει την συνήθη δραστηριότητα ή εργασία της, εφόσον δεν είναι υπερβολικά κοπιαστική. Η τεκμηρίωση της επίτευξης εγκυμοσύνης γίνεται με μέτρηση των επιπέδων της β-χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα (και όχι με τεστ κύησης ούρων) κατά την 14η ημέρα μετά την εμβρυομεταφορά. Ακόμα και αν η γυναίκα έχει δει αίμα την ημέρα που είναι να κάνει την εξέταση, θα πρέπει να την κάνει και να μην διακόψει την φαρμακευτική αγωγή μέχρι να βγεί το αποτέλεσμα. Επί θετικού αποτελέσματος, η γυναίκα θα πρέπει να επικοινωνήσει με την Μονάδα για να λάβει τις απαραίτητες οδηγίες ως προς την συνέχιση της υποστηρικτικής αγωγής.

2.3 Συναφείς Τεχνικές Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Πέραν της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης, υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία συναφών τεχνικών που πραγματοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση και εφόσον υπάρχει ειδική ένδειξη.

2.3.1 Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (GIFT)

Πρόκειται για μία σχετικά απλή τεχνική, η οποία παρουσιάζει ομοιότητες με την εξωσωματική με μόνη διαφορά, το γεγονός ότι η γονιμοποίηση συμβαίνει μέσα στο γυναικείο σώμα και όχι στο εργαστήριο.

Κατά τη θεραπεία αυτή, χορηγούνται στη γυναίκα ορμονικά φάρμακα για να διεγερθούν οι ωοθήκες και να παραχθούν πολλά ωάρια. Τα ωάρια αφού συλλεχθούν, αναμιγνύονται άμεσα με σπερματοζωάρια και μεταφέρονται με λαπαροσκοπική διαδικασία απευθείας στους ωαγωγούς, όπου λαμβάνει χώρα, η γονιμοποίηση. Η συγκεκριμένη θεραπεία απαιτεί τουλάχιστον έναν υγιή ωαγωγό.

Η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών συνίσταται σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας σπέρματος, ενδομητρίωσης χωρίς σαλπγγική βλάβη, ανεξήγητη στειρότητα ή σε δωρεά ωαρίων ή δωρεά σπέρματος ανά περίπτωση. Παρά τα καλά της αποτελέσματα χρησιμοποιείται σπάνια στις κλινικές του Ηνωμένου Βασιλείου και αντιπροσωπεύει λιγότερο από 1% των διαδικασιών υποβοηθούμενης σύλληψης. Προϋποθέτει δε, λαπαροσκοπική χειρουργική και γενική αναισθησία κάτι που εξηγεί μερικώς γιατί δεν είναι τόσο δημοφιλής.

2.3.2 Ενδοσαλπγγική Έγχυση Ζυγωτών ή Γονιμοποιημένων Ωαρίων (ZIFT)

Στην μέθοδο αυτή, η γυναίκα ακολουθεί το τυπικό πρόγραμμα της ελεγχόμενης ωοθηκικής διέγερσης, της ωοθυλακιορρηξίας. Πραγματοποιείται η ωοληψία, η λήψη σπέρματος, και γίνεται η εξωσωματική γονιμοποίηση στο εργαστήριο. Το ζυγωτό κύτταρο που προκύπτει μεταφέρεται στη σάλπιγγα στο προπυρηνικό στάδιο όπως λέγεται, συνήθως 24 ώρες μετά, λαπαροσκοπικά με γενική αναισθησία. (Έως 3 γονιμοποιημένα ωάρια μεταφέρονται λαπαροσκοπικά στη σάλπιγγα). Αν ολοκληρωθεί η διαίρεση του ζυγωτού και ξεπεράσει τα δύο κύτταρα τότε μιλάμε για **σαλπγγική μεταφορά εμβρύου (TET- Tubal Embryo Transfer)**. Διαφορετικά, η διαίρεση των εμβρύων συνεχίζεται εντός των σαλπγγων και φθάνουν στην μήτρα στο στάδιο της βλαστοκύστης.

Οι όροι ZIFT (μεταφορά γονιμοποιημένου ωαρίου στις σάλπιγγες) και TET (μεταφορά εμβρύων στις σάλπιγγες) αναφέρονται σε παραλλαγές της εξωσωματικής γονιμοποίησης, όπου γονιμοποιημένα ωάρια ή έμβρυα μεταφέρονται στις σάλπιγγες ώστε να μεταφερθούν στην μήτρα.

Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών με ανατομικό κώλυμα στον τράχηλο της μήτρας, που εμποδίζει την επιτυχή εμβρυομεταφορά, και όπου το GIFT δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω διαταραχών στην ποιότητα του σπέρματος και η γονιμοποίηση γίνεται μόνο με τη μέθοδο ICSI.

Η διαφορά μεταξύ των μεθόδων GIFT και ZIFT έγκειται στο ότι η ZIFT πραγματοποιείται 24-48 ώρες μετά την ωοληψία, αφού έχει πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση στο εργαστήριο και έχει πιστοποιηθεί η γονιμότητα του σπέρματος. Επίσης η ZIFT οικονομικά κοστίζει λίγο περισσότερο από τις κλασσικές τεχνικές IVF και GIFT.

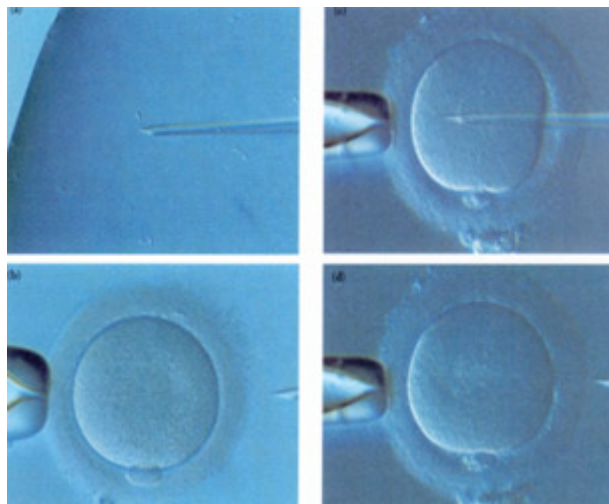
Οι τεχνικές αυτές αποτελούν παραλλαγές της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης, που όμως καθώς περνούν τα χρόνια εφαρμόζονται ολοένα και λιγότερο, μια και τα αποτελέσματα από την εφαρμογή τους δεν υπερτερούν της κλασσικής μεθόδου. Παλαιότερα εφαρμόζονταν σε γυναίκες με ενδομητρίωση, σήμερα όμως οι μόνες ουσιαστικές ενδείξεις για την εφαρμογή τους είναι αν για κάποιο λόγο θέλουμε να κάνουμε και διαγνωστική λαπαροσκόπηση στη γυναίκα κατά τον ίδιο χρόνο με την εξωσωματική, ή σε ζευγάρια με θρησκευτικού τύπου αναστολές για εξωσωματική γονιμοποίηση (στο GIFT η γονιμοποίηση, αν πραγματοποιηθεί, είναι 'ενδοσωματική').

2.3.3 Ενδοωαριακή Έγχυση Σπερματοζωαρίων (ICSI)

Πριν την εισαγωγή της Μικρογονιμοποίησης στην θεραπεία της υπογονιμότητας, οι άνδρες με φτωχό σπέρμα δεν είχαν τη δυνατότητα να βοηθηθούν αποτελεσματικά με τη μέθοδο της απλής, κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης. Σήμερα όμως, η μικρογονιμοποίηση αποτελεί μία ριζοσπαστική μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς είναι μία εξαιρετικά αποτελεσματική διαδικασία αντιμετώπισης των σοβαρών προβλημάτων της ανδρικής υπογονιμότητας και έχει βοηθήσει πολλά ζευγάρια με ανδρικό παράγοντα υπογονιμότητας να αποκτήσουν παιδί από το 1992 που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά. Ακόμη και οι άνδρες με ελάχιστα σπερματοζωάρια ή με σπέρμα που βρίσκεται εγκλωβισμένο στους όρχεις, έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν παιδί με την μέθοδο της μικρογονιμοποίησης (ICSI). Η Μικρογονιμοποίηση δίνει τη δυνατότητα στα ζευγάρια, τα οποία αντιμετωπίζουν πρόβλημα με ασθενές σπέρμα, σε ποιότητα και αριθμό σπερματοζωαρίων, να αποκτήσουν παιδί σε ποσοστά εξίσου υψηλά όπως και με την κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση. Είναι επίσης πολύ αποτελεσματική στις περιπτώσεις που το σπέρμα δεν έχει την ικανότητα να διαπεράσει την μεμβράνη του ωαρίου. Η μέθοδος της μικρογονιμοποίησης προτείνεται και στα ζευγάρια που έχουν ήδη δοκιμάσει μερικές προσπάθειες κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης χωρίς επιτυχία.

Η μέθοδος ακολουθεί αρχικά την ίδια διαδικασία της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η γυναίκα δηλαδή ακολουθεί το πρωτόκολλο διέγερσης των ωοθηκών μέχρι την ημέρα της ωοληψίας, που γίνεται όπως περιγράφεται στην κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ ο άντρας καλείται να δώσει, με αντανισμό, σπέρμα στον ειδικό διαμορφωμένο χώρο του Κέντρου. Σε περιπτώσεις αζωοσπερμίας λαμβάνεται σπέρμα από την επιδιδυμίδα με παρακέντηση MESE ή τους όρχεις με παρακέντηση ή

βιοψία TESE . Μετά την κατάλληλη επεξεργασία του σπέρματος, επιλέγεται ένα μόνο σπερματοζώαριο, το άριστο μορφολογικά και κινητικά, και τοποθετείται μέσα στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Για την διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται ένα ηλεκτρονικό μικροχειριστήριο συνδεδεμένο με ανάστροφο μικροσκόπιο. Έτσι, υπάρχει η δυνατότητα να ακινητοποιηθεί το ωάριο με μία γυάλινη μικροπιπέτα και με τη βοήθεια ενός μικροσωληναρίου να γίνει η μικρογονιμοποίηση, δηλαδή να τοποθετηθεί το σπερματοζώαριο που έχει επιλεγεί, μέσα στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου διαπερνώντας τη διαφανή μεμβράνη του. Όταν το μικροσωληνάριο αυτό βγει από το ωάριο, μετά την τοποθέτηση του σπερματοζωαρίου, η μεμβράνη κλείνει και πάλι ερμητικά και το ωάριο παίρνει το αρχικό του σχήμα. Τα γονιμοποιημένα ωάρια παρακολουθούνται για να διαπιστωθεί ότι διαιρούνται και αναπτύσσονται κανονικά μέχρι τη στιγμή που θα μεταφερθούν στη μήτρα της γυναίκας. Και στο σημείο αυτό ακολουθείται η ίδια διαδικασία εμβρυομεταφοράς με εκείνη της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης.



Εικόνα 2.1 : Απεικόνιση της μεθόδου ICSI.

2.3.4 Κρυοσυντήρηση

Η κρυοσυντήρηση εμβρύων καθώς και γενετικού υλικού (ωαρίων, σπερματοζωαρίων, ωοθηκικού και ορχικού ιστού) γίνεται σε υγροποιημένο άζωτο, στους $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ όπου μπορούν να διατηρηθούν, θεωρητικά, επ' άπειρον.

A) Έμβρυα

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα πλεονάζοντα έμβρυα μπορούν να κρυοσυντηρηθούν ώστε να χρησιμοποιηθούν σε επόμενο κύκλο της γυναίκας, χωρίς να χρειάζεται να υποβληθεί σε

διέγερση των ωοθηκών και ωοληψία. Η μεταφορά αποψυγμένων εμβρύων αυξάνει το συνολικό ποσοστό εγκυμοσύνης που επιτυγχάνεται σε μια γυναίκα με μια μόνο ωοληψία περίπου κατά 10 – 15 %. Η κατάψυξη εμβρύων φαίνεται ότι είναι ασφαλής μέθοδος και δεν προκαλεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες, ανεξάρτητα από τον χρόνο κρυοσυντήρησης. Από την άλλη πλευρά όμως, η κατάψυξη εμβρύων δημιουργεί ηθικά και νομικά προβλήματα, όπως σε περιπτώσεις εξαφανίσεως του ζεύγους, διαζυγίου ή θανάτου ενός εκ των δύο συζύγων ή συντρόφων ή, τέλος, διαφωνίας μεταξύ τους σχετικά με τη χρησιμοποίηση των κρυοσυντηρημένων εμβρύων. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαία η έγγραφη έκφραση της βούλησης του ζευγαριού, πριν από την εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης, σχετικά με την τύχη των κρυοσυντηρημένων εμβρύων τους (έρευνα, δωρεά ή καταστροφή) στις περιπτώσεις αυτές. Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητη η καθιέρωση ανώτατου ορίου φύλαξης των εμβρύων, π.χ. 5 έτη με δυνατότητα παράτασης, εάν το επιθυμούν και οι δύο σύζυγοι / σύντροφοι ή εάν συντρέχουν σοβαροί ιατρικοί λόγοι.

B) Ωάρια

Η κρυοσυντήρηση ωαρίων μπορεί να εφαρμοσθεί σε περιπτώσεις αφαίρεσης των ωοθηκών, χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας καθώς επίσης, και σε γυναίκες που πλησιάζουν την εμμηνόπαυση και δεν έχουν σύζυγο / σύντροφο. Αν και έχουν αναφερθεί εγκυμοσύνες από την μεταφορά στη μήτρα κρυοσυντηρημένων ωαρίων που γονιμοποιήθηκαν, τα αποτελέσματα μέχρι σήμερα είναι πτωχά και η μέθοδος δεν χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη.

Γ) Σπερματοζωάρια

Η κρυοσυντήρηση των σπερματοζωαρίων για μελλοντική χρήση γίνεται σε περιπτώσεις αφαίρεσης των όρχεων, χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, αδυναμίας εκσπερμάτισης (π.χ. παραπληγία), δυσκολία συλλογής σπέρματος ή παρατεταμένης απουσίας του συζύγου / συντρόφου. Η μέθοδος είναι ασφαλής και εφαρμόζεται από ετών με επιτυχία.

Η διάρκεια φύλαξης μπορεί να είναι είτε μέχρι την ολοκλήρωση της οικογένειας είτε μέχρι το πέρας της αναπαραγωγικής ζωής της συζύγου / συντρόφου. Εναλλακτικά, μπορεί να είναι συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ.5 έτη) με δυνατότητα παράτασης, εφόσον το επιθυμεί ο άντρας. Για τη χρησιμοποίηση του σπέρματος μετά το θάνατο του συζύγου / συντρόφου, θα πρέπει ο ίδιος να έχει συναινέσει με συμβολαιογραφική πράξη.

Δ)Ωοθηκικός και Ορχικός Ιστός

Η κρυοσυντήρηση ωοθηκικού και ορχικού υγρού εφαρμόζεται σε έφηβες ή νέες γυναίκες και σε άρρενες της προεφηβικής ηλικίας, αντίστοιχα, που πρόκειται να υποβληθούν σε αφαίρεση των γονάδων (ωοθηκών ή όρχεων), χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, προκειμένου να διαφυλαχθεί η δυνατότητα τεκνοποίησης, εφόσον επιβιώσουν από την πρωτοπαθή νόσο τους. Η μέθοδος βρίσκεται ακόμη σε ερευνητικό στάδιο, αφού δεν έχει εξασφαλισθεί η ωρίμανση in vitro των ωαρίων ή σπερματοζωαρίων μετά την απόψυξη. Και στις περιπτώσεις, αυτές η διάρκεια φύλαξης έχει ορισθεί στα 5 έτη με δυνατότητα παράτασης και θα πρέπει να συγκατατεθούν εγγράφως οι ενδιαφερόμενοι ή οι ασκούντες τη γονική μέριμνα, σε περιπτώσεις ανηλίκων.

2.3.5 Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη

Τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιούμε την τεχνική " assisted hatching" κατά την οποία πριν την εμβρυομεταφορά, με ειδικές μικροχειρουργικές τεχνικές δημιουργούμε στο περίβλημα του εμβρύου μικρές οπές, οι οποίες είναι απαραίτητες για να ανοίξει το περίβλημά του, δυο με τρεις μέρες μετά την εμβρυομεταφορά.

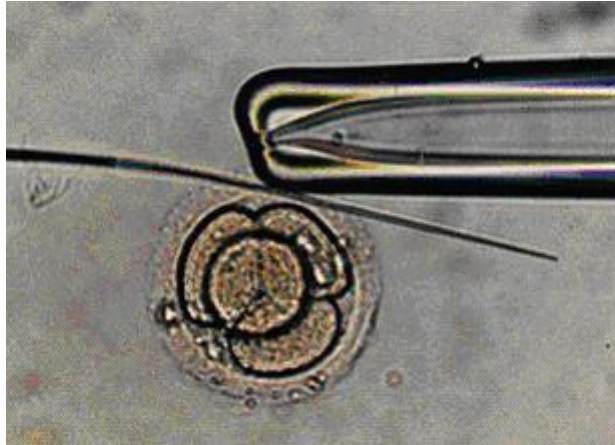
Το έμβryo περιβάλλεται από ένα πρωτεϊνικό περίβλημα που ονομάζεται Διαφανής Ζώνη. Το αναπτυσσόμενο έμβryo πρέπει να βγει από αυτό το εξωτερικό στρώμα για να εμφυτευθεί στη μήτρα. Έχει προταθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις η εμφύτευση IVF εμβρύων μπορεί να βοηθηθεί με την δημιουργία μιας τρύπας στην Διαφανή Ζώνη (Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη). Ξέρουμε ότι η καλλιέργεια εμβρύων μπορεί να αυξήσει την σκληρότητα της Διαφανούς Ζώνης και εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει βελτίωση των αποτελεσμάτων IVF μετά από Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη.

Η τρύπα στην Διαφανή Ζώνη γίνεται με μικροχειρισμό του εμβρύου και δημιουργείται είτε μηχανικά με βελόνα, με χημικά μέσα ή με laser.

Το laser είναι ότι πιο σύγχρονο έχει να προσφέρει η επιστήμη στον τομέα της υποβοηθούμενης εκκόλαψης και της βιοψίας του εμβρύου. Με το laser μας δίνεται η δυνατότητα με γρήγορη και ασφαλή διαδικασία:

- i.να λεπτύνουμε τη ζώνη του εμβρύου για να διευκολύνουμε την εμφύτευσή του, και
- ii.να αποσπάσουμε ένα κύτταρο από το έμβryo για σκοπούς προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης.

Πολλοί επιστήμονες συνιστούν την τεχνική αυτή, σε ζευγάρια που η σύζυγος είναι πάνω από 38 ετών με πολλές αποτυχίες στην εξωσωματική γονιμοποίηση, αποβολές, αδυναμία εμφύτευσης ή όταν η ζώνη που περιβάλλει το έμβρυο είναι πιο παχιά από όσο πρέπει την ημέρα της εμβρυομεταφοράς.



Εικόνα 2.2 :έμβρυο που υποβάλλεται σε υποβοηθούμενη εκκόλαψη

2.3.6 Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση

Είναι μια μέθοδος που επιτρέπει την ανίχνευση γενετικών ανωμαλιών του εμβρύου, όσο αυτό αναπτύσσεται σε συνθήκες καλλιέργειας στο εργαστήριο. Αναζητούνται συγκεκριμένες αριθμητικές ή δομικές χρωμοσωματικές βλάβες που είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση στο έμβρυο γνωστών, συγγενών και κληρονομικών νοσημάτων.

Τα προσβεβλημένα έμβρυα απομονώνονται και αποκλείονται από την εμβρυομεταφορά. Στη μήτρα μεταφέρονται επιλεκτικά μόνον τα υγιή. Αν το παθολογικό γονίδιο βρίσκεται σε χρωμόσωμα που καθορίζει το φύλλο, για να αποκλεισθεί το νόσημα, γίνεται επιλογή του φύλου στο έμβρυο. Διευκρινίζεται ότι η επιλογή του φύλου, γίνεται αποκλειστικά και μόνο για τέτοιες περιπτώσεις.

Η μέθοδος επιτελείται σε δυο χρόνους:

ί. αρχικά, διανοίγεται με ειδικό laser (ή με χημική διάβρωση) μια οπή στη διαφανή ζώνη (όπως κατά την υποβοηθούμενη εκκόλαψη) και αφαιρούνται ένα ή δυο βλαστομερίδια. Η βιοψία αυτή γίνεται από τον εμβρυολόγο με την βοήθεια του βελτιωμένου ειδικού εξοπλισμού της μικρογονιμοποίησης και τα έμβρυα επανατοποθετούνται σε συνθήκες καλλιέργειας.

ii.στη συνέχεια, τα βλαστομερίδια που αφαιρέθηκαν αποστέλλονται για εξέταση σε εξειδικευμένο εργαστήριο γενετικής.

Εάν χρειάζεται να συγκριθούν συγκεκριμένα γονίδια των γονέων με γονίδια του εμβρύου, η διαδικασία περιλαμβάνει και αιμοληψία και από τους δυο γονείς. Σημειώνεται ότι η τυποποίηση των γονιδίων των γονέων πρέπει να γίνει από το εργαστήριο γενετικής πολύ νωρίτερα για να είναι διαθέσιμη για σύγκριση την ημέρα της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης. Η απάντηση δίνεται κατά κανόνα σε μερικές ώρες ή το πολύ την επόμενη ημέρα, προκειμένου να επιλεγούν τα έμβρυα που δεν φέρουν τη βλάβη και να πραγματοποιηθεί η εμβρυομεταφορά τους.

Από πλευράς ασφάλειας, η βιοψία των εμβρύων στο στάδιο των 6-10 κυττάρων με αφαίρεση δυο βλαστομεριδίων, δεν φαίνεται να επηρεάζει δυσμενώς την ανάπτυξη του εμβρύου ή το ποσοστό εγκυμοσύνης. Αντιθέτως, η βιοψία στο στάδιο της βλαστοκύστης δίνει χαμηλότερα ποσοστά κύησης. Αν το παθολογικό γονίδιο βρίσκεται σε χρωμόσωμα που καθορίζει το φύλο, τότε για να αποκλεισθεί το νόσημα γίνεται επιλογή του φύλου στο έμβρυο. Ωστόσο, η διενέργεια της μεθόδου υπόκειται σε έλεγχο και έγκριση της Εθνικής Αρχής ΙΥΑ, υπό προϋποθέσεις που αναφέρονται στο νόμο 3305/05.

Παραδείγματα ασθενειών για τις οποίες μπορεί να εφαρμοστεί η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση είναι η β-μεσογειακή αναιμία, η κυστική ίνωση, το σύνδρομο Down, τα φυλοσύνδετα νοσήματα κ.α.

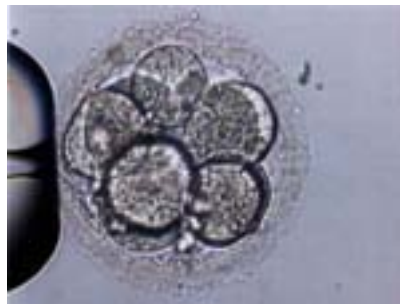
Η τεχνική αυτή πλεονεκτεί σε σχέση με τις συνήθεις μεθόδους προγεννητικού ελέγχου, δηλαδή την αμνιοπαρακέντηση και τη βιοψία τροφοβλάστης, γιατί αποφεύγεται το ενδεχόμενο διακοπής της κύησης αν ο έλεγχος ανιχνεύσει τη συγκεκριμένη πάθηση του εμβρύου. Μέχρι σήμερα για λόγους ασφάλειας, το αρνητικό αποτέλεσμα της προεμφυτευτικής διάγνωσης θα πρέπει να διασταυρωθεί με εκείνα της βιοψίας τροφοβλάστης ή της αμνιοκέντησης η οποία πρέπει να γίνεται σε περίπτωση κύησης. Πρέπει ωστόσο, να γίνει σαφές ότι η μέθοδος ανιχνεύει συγκεκριμένα νοσήματα και επομένως δεν αποκλείεται η γέννηση ενός παιδιού με άλλης μορφής γενετική βλάβη.

Από τα παιδιά που έχουν γεννηθεί μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι η μέθοδος αυτή, είναι ακριβής και ασφαλής. Όμως, δημιουργεί σοβαρούς ηθικοκοινωνικούς προβληματισμούς. Με την πρόοδο της γενετικής και κυρίως με την ολοκλήρωση της χαρτογράφησης του ανθρώπινου γονιδιώματος, μπαίνει το ερώτημα μέχρι ποιου σημείου επιτρέπεται να

ελέγχονται τα έμβρυα και τι αποτελεί σοβαρή ασθένεια που να δικαιολογεί την επιλογή των υγιών εμβρύων και την καταστροφή των μη υγιών.

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της ESHRE, συνιστά να μην εφαρμόζεται η προεμφυτευτική διάγνωση για την επιλογή μορφολογικών χαρακτηριστικών, αν και όταν αυτό θα είναι δυνατόν, ούτε για την επιλογή του φύλου του παιδιού, εκτός εάν γίνεται για να αποφευχθεί ένα φυλοσύνδετο γενετικό νόσημα. Επιπλέον, συνιστά να αξιολογούνται οι αρρώστιες με βάση τη συχνότητα που εμφανίζονται καθώς και τη βαρύτητά τους, προκειμένου να αποφασιστεί εάν θα πρέπει να γίνει προεμφυτευτικός ή προγεννητικός έλεγχος και επιλογή των εμβρύων. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, θα πρέπει να γίνεται εκτεταμένη και εμπειρισταωμένη συζήτηση και γενετική καθοδήγηση του ζευγαριού.

Μια άλλη εφαρμογή της προεμφυτευτικής διάγνωσης αποτελούν σε περιπτώσεις επανειλημμένων αποτυχημένων προσπαθειών εξωσωματικής γονιμοποίησης. Επίσης, με ειδική τεχνική είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν αλλοιώσεις των γεννητικών κυττάρων που σηματοδοτούν τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατό τους. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης πρέπει να προηγείται γενετική καθοδήγηση.



Εικόνα 2.3 : Απεικόνιση της Προεμφυτευτικής Γενετικής Διάγνωσης.

3. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ («ΔΑΝΕΙΚΗ ΜΗΤΡΑ»)

Η παρένθετη μητρότητα βρίσκει εφαρμογή μόνο σε ζευγάρια που διαθέτουν φυσιολογικά ωάρια και σπερματοζωάρια, αλλά η γυναίκα δε διαθέτει λειτουργική μήτρα ή δεν είναι δυνατόν να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους.

Στη μέθοδο αυτή, μεταφέρονται στη μήτρας τρίτης γυναίκας, το ενδομήτριο της οποίας έχει υποστεί την κατάλληλη ορμονική προετοιμασία, γονιμοποιημένα ωάρια ή μόνο σπερματοζωάρια από το ζευγάρι, το οποίο έχει συμφωνήσει με την γυναίκα να κυοφορήσει αντί αυτών και να τους παραδώσει το παιδί μετά την γέννησή του. Η γονιμοποίηση των ωαρίων ή των σπερματοζωαρίων γίνεται στο εργαστήριο.

Η μέθοδος αυτή δημιουργεί προβληματισμούς που σχετίζονται με τα τυχόν οικονομικά ανταλλάγματα, πέρα των ιατρικών εξόδων παρακολούθησης της κύησης και του τοκετού, αλλά και με τις πιθανές συναισθηματικές περιπλοκές. Για τους λόγους αυτούς, θα πρέπει να εφαρμόζεται με μεγάλη προσοχή, σε επιλεγμένες περιπτώσεις και μόνο για ιατρικούς λόγους.

Προκειμένου να γίνει η μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της γυναίκας που θα κυοφορήσει, απαιτείται δικαστική άδεια. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη έγγραφης και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνίας των προσώπων που επιδιώκουν την απόκτηση τέκνου και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Επίσης τα ωάρια που θα εμφυτευθούν πρέπει να είναι ξένα προς την κυοφόρο, δηλαδή να είναι της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει το παιδί ή τρίτης δότριας, ώστε να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα διεκδίκησης του παιδιού από την κυοφόρο. Ως προς το σπέρμα που θα χρησιμοποιηθεί, αυτό μπορεί να είναι είτε του συζύγου/συντρόφου είτε τρίτου δότη.

Το δικαστήριο, εφόσον βεβαιωθεί ότι η γυναίκα που επιθυμεί την απόκτηση τέκνου (η λεγόμενη μέλλουσα «κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα») είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει, ενώ βρίσκεται ακόμη σε ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής (δηλ. μέχρι τα πενήντα έτη ή και λίγο παραπάνω κατά περίπτωση), και ότι η μέλλουσα κυοφόρος είναι υγιής και κατάλληλη για κυοφορία, παρέχει την άδεια για την εφαρμογή της όλης διαδικασίας (άρθρο 1458 ΑΚ). Επιπλέον, θα πρέπει να έχει προηγηθεί ψυχολογική και κοινωνική διερεύνηση καθώς και πλήρης ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων μερών, για τους κινδύνους και τα προβλήματα που περικλείει η μέθοδος.

4. ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΤΗΣ Ι.Υ.Α.

Τα κυριότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι:

A. Τα ανάλογα της ορμόνης GnRH:

Είναι φαρμακευτικά ανάλογα της ορμόνης GnRH και έχουν σκοπό να αναστείλουν την άκαιρη αύξηση της ορμόνης LH που προκαλεί την ωοθυλακιωρρηξία. Έτσι, αποτρέπεται η ανεπιθύμητη ρήξη των ωοθυλακίων πριν την ωοληψία. Στο παρελθόν, όταν δεν υπήρχαν ανάλογα της GnRH, σημειωνόταν ακύρωση της προσπάθειας σε ποσοστό περίπου 20-30%, λόγω αύξησης της LH και πρόωρης ωοθυλακιωρρηξίας. Τα φάρμακα αυτά διακρίνονται σε:

- i. «συναγωνιστές» της GnRH (εμπορικές ονομασίες: Arvekar, Daronda, Suprefact) και
- ii. «ανταγωνιστές» της GnRH (εμπορικές ονομασίες: Orgalutran, Cetrotide).

B. Οι υποφυσιακές γοναδοτροπίνες:

Είναι φαρμακευτικά παραγόμενες υποφυσιακές γοναδοτροπίνες και χορηγούνται με σκοπό την ανάπτυξη και ωρίμανση πολλών ωοθυλακίων. Διακρίνονται σε:

i. ανασυνδυασμένες γοναδοτροπίνες (FSH, LH)

εμπορικές ονομασίες σκευασμάτων: Puregon (ανασυνδυασμένη FSH), Gonal-F (ανασυνδυασμένη FSH), Luveris (ανασυνδυασμένη LH) και

ii. γοναδοτροπίνες ούρων (HMG)

εμπορικές ονομασίες σκευασμάτων: Altermon (κεκαθαρμένη FSH), Metrodin-HP (κεκαθαρμένη FSH) και Menogon (HMG-με μείγμα FSH-LH).

Γ. Η χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG):

Είναι το τελευταίο ενέσιμο φάρμακο της θεραπείας. Χορηγείται σε συγκεκριμένη ώρα (περίπου 36-38 ώρες πριν την ωοληψία), εφ' άπαξ, όταν κριθεί ότι η ωρίμανση των ωοθυλακίων είναι ικανοποιητική για να ακολουθήσει η ωοληψία.

Εμπορικές ονομασίες σκευασμάτων: Ovitrelle (ανασυνδυασμένη χοριακή γοναδοτροπίνη), Pregnyl, Profasi (χοριακή γοναδοτροπίνη ούρων).

Τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούν είτε σε μορφή έτοιμου ενέσιμου διαλύματος, είτε σε μορφή σκόνης που αναμιγνύεται με ειδικό διαλύτη για να παραχθεί ενέσιμο διάλυμα, σε προγεμισμένο φυσίγγιο ή σύριγγα υπό μορφή πένας.

Οι ενέσεις γίνονται υποδόρια ή ενδομυϊκά, ανάλογα με τις οδηγίες που θα δοθούν από τον γιατρό. Η συσκευή πένας είναι βαθμονομημένη σε διεθνείς μονάδες, έτσι ώστε να μπορεί να χορηγηθεί το σκεύασμα από την ίδια την ασθενή υποδορίως, με ακρίβεια και ασφάλεια.

Δ. Η προγεστερόνη:

Χρησιμοποιείται συνήθως μετά την εμβρυομεταφορά για να υποστηρίξουμε ορμονικά την ωχρινική φάση και επομένως το «περιβάλλον» της μήτρας που θα υποδεχθεί το έμβρυο. Κυκλοφορεί είτε σε μορφή κολπικής κρέμας (Crinone), είτε σε χάπια (Utrogestan).

Ε. Άλλα φάρμακα:

Όπως οιστρογόνα, κορτιζόνη, αντιβιοτικά, ασπιρίνη ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν, εάν κριθούν απαραίτητα για τις ανάγκες του προγράμματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγούνται αντισυλληπτικά χάπια πριν την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος.

Γιατί είναι απαραίτητα τα φάρμακα

Τα φάρμακα που χορηγούμε είναι ανάλογα φυσικών ορμονών με σκοπό να δημιουργηθεί ένας φαρμακευτικά ελεγχόμενος γεννητικός κύκλος, ώστε:

- i. Να στρατολογηθούν και να ωριμάσουν πολλά ωοθυλάκια (με σκευάσματα γοναδοτροπινών).
- ii. Να αποφευχθεί η άκαιρη ωοθυλακιορρηξία και η απώλεια των ωαρίων από την πρόωρη αύξηση της ορμόνης LH. Προκαλείται δηλαδή προσωρινή διακοπή της επικοινωνίας της υπόφυσης με τις ωοθήκες, με αποτέλεσμα την καταστολή της λειτουργίας των αδένων (με τα συναγωνιστικά ή ανταγωνιστικά ανάλογα της GnRH).

iii. Να επιλεγεί η ιδανική χρονική στιγμή για την ωοθυλακιορρηξία (με σκευάσματα β-χοριακής γοναδοτροπίνης).

iv. Να υποστηριχθεί κατάλληλα το περιβάλλον της μήτρας για να υποδεχθεί το έμβρυο (με σκευάσματα προγεστερόνης).

Πιθανές παρενέργειες από τα φάρμακα

Οι παρενέργειες των φαρμάκων διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες. Στις βραχυπρόθεσμες παρενέργειες, όσον αφορά την κιτρική κλομιφένη, αυτή σπάνια μπορεί να προκαλέσει ήπιες παρενέργειες όπως πονοκέφαλο, ναυτία, εξάψεις και οπτικές διαταραχές, που είναι πλήρως αναστρέψιμες με την διακοπή των φαρμάκων. Όσον αφορά τις γοναδοτροπίνες, αυτές δεν προκαλούν πρωτοπαθώς παρενέργειες, παρά μόνο δευτεροπαθώς, από την διέγερση των ωοθηκών. Έτσι, όσο πιο ισχυρή είναι η απάντηση των ωοθηκών της γυναίκας στις γοναδοτροπίνες, τόσο πιο συχνές (και αναμενόμενες) είναι οι 'παρενέργειες' όπως φούσκωμα ή πόνος στην κοιλιά και δυσφορία στους μαστούς. Βέβαια, η σοβαρότερη παρενέργεια είναι το γνωστό σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, που δυστυχώς δεν μπορεί πάντα να προβλεφθεί και να αποφευχθεί αφού στην εμφάνισή του συμβάλει κατά πολύ η ιδιοσυστασία της κάθε γυναίκας. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται, αναλόγως της βαρύτητάς του, από εκσεσημασμένη διόγκωση των ωοθηκών, συλλογή υγρού στην κοιλιά της γυναίκας (ή και στον θώρακα), διάταση της κοιλιάς, ναυτία, εμέτους, δυσφορία, δυσκολία στην αναπνοή, επιρρέπεια στις θρομβώσεις, διαταραχή της λειτουργίας των νεφρών. Ευτυχώς, οι τελευταίες επιπλοκές εμφανίζονται σε λίγες μόνο περιπτώσεις του συνδρόμου, η αντιμετώπιση του οποίου πρέπει να είναι σχολαστική.

Η ερώτηση που υποβάλλεται σχεδόν πάντα από τα ζευγάρια που πρόκειται να υποβληθούν σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι για την ύπαρξη μακροπρόθεσμων παρενεργειών από την χρήση φαρμάκων. Γίνεται όλο και πιο αγωνιώδης η κατάσταση, όσο περισσότερες προσπάθειες αναγκάζεται να κάνει η γυναίκα. Βασικά, η μεγάλη ανησυχία αφορά την συσχέτιση των φαρμάκων υπογονιμότητας με τον κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων μορφών γυναικολογικού καρκίνου. Έτσι, η απάντηση στο ερώτημα αυτό θα πρέπει να είναι προσεκτική και επιστημονικά τεκμηριωμένη.

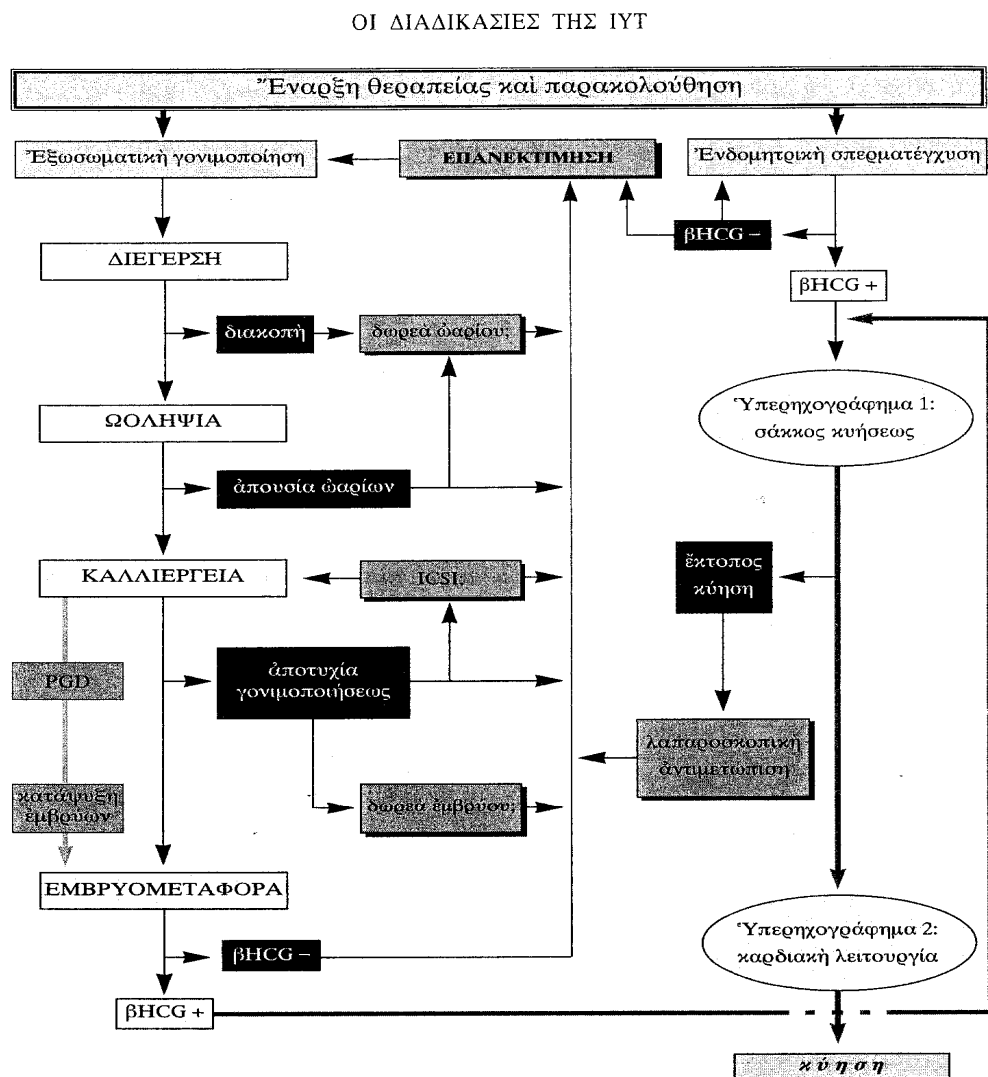
Η σχέση μεταξύ φαρμάκων γονιμότητας και καρκίνου του μαστού, έχει διερευνηθεί σε δώδεκα μεγάλες και αξιόπιστες μελέτες. Στις εννέα εξ αυτών, δεν αποδείχθηκε ουδεμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην λήψη φαρμάκων γονιμότητας και τον

κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, σε μία εξ αυτών παρατηρήθηκε αύξηση του κινδύνου στον υπογόνιμο γενικά πληθυσμό, ανεξάρτητα από την λήψη ή μη φαρμάκων, σε μία εξ αυτών παρατηρήθηκε μια παροδική μόνο αύξηση της συχνότητας του καρκίνου (για τον πρώτο χρόνο από την λήψη των φαρμάκων) που αποδόθηκε σε ανάπτυξη όγκων που προϋπήρχαν πριν την έναρξη της θεραπείας, ενώ μόνο σε μία εξ αυτών (που ήταν και σχετικά μικρότερης στατιστικής ισχύος) παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας του καρκίνου, μόνο σε γυναίκες που έκαναν χρήση των φαρμάκων για πάνω από έξι κύκλους διέγερσης ωοθηκών. Θα πρέπει να τονιστεί, ότι τα παραπάνω συμπεράσματα αφορούν τους 'φρέσκους' κύκλους διέγερσης ωοθηκών (και όχι τους κύκλους απόψυξης-εμβρυομεταφοράς κρυοσυντηρημένων εμβρύων). Συνεπώς, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα είναι μάλλον καθησυχαστικά όσον αφορά την μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε προσπάθειες εξωσωματικής.

Η σχέση μεταξύ φαρμάκων γονιμότητας και καρκίνου του ενδομητρίου, έχει διερευνηθεί σε έξι μεγάλες μελέτες και σε καμία από αυτές δεν βρέθηκε συσχέτιση των χορηγουμένων ενέσεων γοναδοτροπινών με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης του εν λόγω καρκίνου. Τέλος, παρομοίως καθησυχαστικά είναι και τα αποτελέσματα της συντριπτικής πλειοψηφίας των αξιόπιστων μελετών που διερεύνησαν την συσχέτιση των φαρμάκων γονιμότητας με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών.

5. ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΔΡΟΜΟΥ

Συνοψίζοντας, είναι χρήσιμο να παραθέσουμε ένα σχήμα, ώστε να γίνουν καλύτερα αντιληπτές οι απαιτούμενες διαδικασίες, στις οποίες ένα υπογόνιμο ζευγάρι πρέπει να ακολουθήσει για να τεκνοποιήσει. Σε καμία περίπτωση, δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι η σειρά των ιατρικών πράξεων, όπως αυτές περιγράφονται στο σχήμα, είναι υποχρεωτική. Έχει γίνει άλλωστε σαφές, ότι ορισμένα στάδια ενδέχεται να παρακαμφθούν ή να απαλειφθούν, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε υπογόνιμου ζευγαριού.



Σχήμα 2.1: Συνοπτική παράσταση των τυπικών διαδικασιών της Ι.Υ.Α. σε ένα οργανωμένο κέντρο. Το σχήμα συνοψίζει τις περισσότερες απ' τις διαδικασίες στις οποίες έχει γίνει αναφορά στο παρόν κεφάλαιο.

Πιο συγκεκριμένα, μετά την εμβρυομεταφορά, έχουμε συχνή επικοινωνία με τους υποψήφιους γονείς. Η σύντροφος/σύζυγος υπόκεινται σε υπερηχογραφήματα, μετρήσεις οιστραδιόλης, οδηγίες για ενέσεις, ωοληψία, σπερμοληψία, εμβρυομεταφορά και κατόπιν τους δίνονται κάποιες τελευταίες οδηγίες φαρμακευτικής υποστήριξης του τέλους του κύκλου (συνήθως χάπια ή κολπικά υπόθετα προγεστερόνης), και ύστερα από αυτή την διδαλωδή πορεία επέρχεται ένα διάλειμμα 10-15 ημερών. Την θέση αυτής της ηρεμίας, έρχεται να ανατρέψει το άγχος από τις μετρήσεις χοριακής γοναδοτροπίνης. Η ορμόνη αυτή είναι που χρησιμοποιείται στην πρόκληση της ωορρηξίας. Στην συγκεκριμένη όμως φάση, υποστηρίζει το ωχρό σωμάτιο να παράγει προγεστερόνη, την ορμόνη η οποία προετοιμάζει το ενδομήτριο να δεχτεί το έμβρυο και εμποδίζει την έμμηνο ρύση.

Εάν η τιμή της χοριακής γοναδοτροπίνης είναι ενθαρρυντική (μερικές δεκάδες μονάδες), το υπογόνιμο ζευγάρι αρχίζει να ελπίζει ξανά. Μετά από δύο μετρήσεις, σε διάστημα τριών ημερών η μία από την άλλη, η τιμή ανεβαίνει και τα χαμογέλα πλαταίνουν. Όταν όμως, αντί η τιμή της να ανεβαίνει, εκείνη κατεβαίνει, το χαμόγελο και η ελπίδα αρχίζουν να ξεθωριάζουν.

Η σύζυγος/σύντροφος, της οποίας η έμμηνος ρύση δεν της χτυπάει την πόρτα, η τιμή της γοναδοτροπίνης συνεχίζει να ανεβαίνει, φτάνοντας τις εκατοντάδες και ξεπερνά τις χίλιες μονάδες, τότε έρχεται η ώρα του πρώτου υπερηχογραφήματος. Όταν φανεί στο υπερηχογράφημα, ο μικροσκοπικός σάκκος, σαν μια μαύρη τρύπα σε γκρίζο φόντο, η συγκίνηση είναι μεγάλη για όλους. Έχουμε ήδη κερδίσει το στοίχημα. Βγήκαμε νικητές από την μάχη εναντίον της φύσης.

Τι συμβαίνει όμως σε αντίθετη περίπτωση; Όταν δηλαδή, η σύζυγος/σύντροφος φανεί συνεπής με τον μηνιαίο της κύκλο και η τιμή της γοναδοτροπίνης κατεβαίνει; Τι πήγε στραβά και δεν είχαμε το επιθυμητό αποτέλεσμα; Η κάθε αποτυχία σημαίνει μόνο επιπλέον προσπάθεια και τίποτε άλλο. Αυτό που προέχει είναι να αναλύσουμε με προσοχή την αποτυχία, να μεταβάλλουμε τι δεν πήγε καλά, κρατώντας σταθερό ότι λειτούργησε σωστά. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε, ότι η φύση συχνά ξεγελιέται ποτέ όμως εύκολα!!!

6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΘΟΔΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Τι μπορεί να τύχει σε ένα ζευγάρι όταν τα πράγματα "στραβώσουν", και πώς μπορεί να "στραβώσουν" τα πράγματα; Δεν γίνεται να μην αναφερθούμε στις επιπλοκές της ΙΥΑ, και σε ορισμένα παραδείγματα ιατρογενών κινδύνων.

Κατ' αρχήν, πρέπει να καταστήσουμε απολύτως σαφές ότι οι μέθοδοι της ΙΥΑ είναι ουσιαστικά ακίνδυνες και ότι είναι ελάχιστα επώδυνες. Όσα ακούγονται για φρικτούς πόνους, τεράστιες ταλαιπωρίες, αφάνταστη ψυχολογική πίεση κ.α. είναι συχνότατα φαντασιώσεις κάποιων, οι οποίοι δεν γνωρίζουν ακριβώς την διαδικασία. Ο κάθε άνθρωπος ωστόσο έχει το δικό του όριο αντοχής στον πόνο ή στο στρες, πράγμα που σημαίνει ότι το ίδιο τσίμπημα, της ίδιας βελόνης, από τον ίδιο χειριστή, μπορεί να προκαλέσει από αδιαφορία μέχρι... λιποθυμία!

Σύνδρομο Υπερδιέγερσης των Ωοθηκών: τα φάρμακα που χορηγούμε στη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και γενικότερα στα προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, διεγείρουν τις ωοθήκες ώστε να στρατολογήσουν και να ωριμάσουν πολλά ωοθηλάκια, με στόχο να παραχθούν πολλά ωάρια. Σε λίγες όμως, περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκληθεί υπερδιέγερση των ωοθηκών με αποτέλεσμα την εκδήλωση του συνδρόμου.

Το ΣΥΩ εκδηλώνεται στο 5% του συνόλου των γυναικών που εντάσσονται σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης και διακρίνεται σε ελαφράς, μέτριας και βαριάς μορφής, ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Η σοβαρή μορφή του συνδρόμου αφορά μόνο το 1% των γυναικών και εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες. Χαρακτηρίζεται από την αύξηση της διαπερατότητας των αγγείων και την μετατόπιση του υγρού από τα αγγεία στον λεγόμενο τρίτο χώρο (κοιλότητες όπως περιτοναϊκή, οι υποδόριοι ιστοί κ.α.).

Το σύνδρομο παρατηρείται μόνο μετά την χορήγηση χοριακής γοναδοτροπίνης και τα συμπτώματά του εμφανίζονται είτε 3-7 μέρες μετά την χορήγηση της χοριακής γοναδοτροπίνης (πρώιμη έναρξη) είτε 12-17 μέρες μετά (όψιμη έναρξη). Η επερχόμενη κύηση δεν απειλείται από το σύνδρομο, πυροδοτείται όμως και ενισχύεται από την παρουσία του κυήματος.

Τα συμπτώματα είναι διόγκωση και πόνος στην κοιλιά, πόνος στο στομάχι, τάση για έμετο, αύξηση του σωματικού βάρους και της περιμέτρου της κοιλιάς, τα οποία

προέρχονται από τις διογκωμένες ωοθήκες και από την παρουσία υγρού στην κοιλιά (ασκίτης). Σπάνια σε σοβαρότερες μορφές μπορεί να υπάρξει δυσχέρεια στην αναπνοή, λιποθυμική τάση κ.α. οπότε και απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο για παρακολούθηση και θεραπεία.

Η πορεία του, παρακολουθείται με καθημερινή μέτρηση του βάρους, της διούρησης, της διόγκωσης της κοιλιάς και του αιματοκρίτη. Εκτιμάται, επίσης, το μέγεθος των ωοθηκών και η ποσότητα του ασκίτικου υγρού με υπερηχογράφημα. Στην βαριά μορφή, επιβάλλεται επίσης, ο έλεγχος ουρίας, κρεατινίνης, λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών, πηκτικότητας του αίματος και παραμέτρων της ηπατικής βιολογίας. Η τιμή του αιματοκρίτη, των λευκών αιμοσφαιρίων, της ουρίας και της κρεατινίνης αλλά και οι διαστάσεις των ωοθηκών αποτελούν αντικειμενικούς δείκτες για την ταξινόμηση του ΣΥΩ σε μέτρια ή βαριά μορφή.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται ειδική φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη του ΣΥΩ στις γυναίκες που εκτιμάται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν το σύνδρομο. Η αντιμετώπισή του, είναι συντηρητική και αποσκοπεί στην επαναφορά των υγρών του σώματος από την κοιλιά στα αγγεία. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την ενδοφλέβια χορήγηση κολλοειδών διαλυμάτων ή διαλυμάτων πρωτεϊνών, τα οποία είναι δυνατόν να χορηγηθούν και προληπτικά, εάν υπάρχει υπόνοια ότι θα εκδηλωθεί ΣΥΩ, σε συνδυασμό με την χορήγηση γλυκοκορτικοειδών.

Έκτοπος (εξωμήτριος) κύηση: είναι η εγκατάσταση του εμβρύου σε θέση εκτός της κοιλότητας της μήτρας (σάλπιγγα, τράχηλο της μήτρας ή μητριάιο τμήμα της σάλπιγγας). Μπορεί να συμβεί μετά από αυτόματη σύλληψη σε ποσοστό 1-1,5%, ενώ στα προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι λίγο μεγαλύτερο και η αντιμετώπισή του επιτυγχάνεται με λαπαροσκοπική χειρουργική επέμβαση.

Ανάλογα με την θέση εμφύτευσης του ζυγωτή διακρίνουμε:

i.σαλπιγγική κύηση: ανευρίσκεται σε 99% περίπου των έκτοπων κυήσεων με εμφύτευση στη μία ή εξαιρετικά σπάνια και στις δυο σάλπιγγες. Η εμφύτευση του ζυγωτή μπορεί να γίνει σ' ένα από τα τέσσερα τμήματα της σάλπιγγας, οπότε αντίστοιχα διακρίνουμε: διάμεση (3%), ισθμική(25%), ληκυθική (55%) και κωδωνική (17%). Τα αίτια μπορεί να είναι μηχανικά, λειτουργικά ή άλλα.

ii.Ωοθηκική κύηση: η εμφύτευση γίνεται στην ωοθήκη και ανευρίσκεται σε συχνότητα 1:7000.

iii.Κοιλιακή κύηση: η εμφύτευση γίνεται στο περιτόναιο ή στο έντερο εξ' αρχής ή μετά από αποβολή του κυήματος από τον κώδωνα της σάλπιγγας (δευτεροπαθώς). Την συναντάμε σε συχνότητα 1:8000.

iv.Τραχηλική κύηση: η εμφύτευση γίνεται στον αυλό του τραχήλου (ενδοτράχηλο) και ανευρίσκεται σε συχνότητα 1:8000.

v.Ταυτόχρονη ενδομήτρια και έκτοπη (συνήθως σαλπινγική) κύηση. Η εμφύτευση των ζυγωτών γίνεται και στη μήτρα και σε μια άλλη θέση (συνήθως σάλπιγγα).

Η διάγνωση σήμερα, γίνεται έγκαιρα και πρώιμα, (6^η βδομάδα κύσεως), καθώς στο πρώτο υπερηχογράφημα που γίνεται 14 μέρες μετά την θετική δοκιμασία κύσεως συνήθως προσδιορίζεται με ακρίβεια η θέση ανάπτυξης του εμβρύου.

Πολύδυμη κύηση: η συχνότητα εμφάνισης τα τελευταία 20 χρόνια των πολύδυμων κυήσεων, έχει αυξηθεί εντυπωσιακά λόγω της ευρείας χρήσης των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η πιθανότητα επιτυχίας κύσεως εξαρτάται από τον αριθμό και την ποιότητα των εμβρύων που τοποθετούνται στην κοιλότητα της μήτρας κατά την εμβρυομεταφορά. Παράλληλα, αυξάνει όμως και η πιθανότητα να εμφυτευθούν περισσότερα του ενός έμβρυα, ειδικά όταν η γυναίκα βρίσκεται σε νεαρή ηλικία και όταν τα έμβρυα είναι καλής ποιότητας.

Συνήθως, οι δίδυμες κυήσεις δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα, υπό την προϋπόθεση ότι η παρακολούθηση γίνεται με αυξημένη εγρήγορση και φροντίδα. Στις τρίδυμες, τετράδυμες κ.λπ. κυήσεις τα προβλήματα είναι πιο συχνά και πιο δύσκολα. Αφορούν και την υγεία της μητέρας και την πιθανότητα πρώιμων και πρόωρων τοκετών. Τα χειρότερα, αν και σπάνια, επακόλουθα του πρώιμου τοκετού είναι οι εγκεφαλικές αιμορραγίες που συνδέονται με εγκεφαλική παράλυση. Εκτιμάται εξάλλου ότι η μέση διάρκεια κύησης είναι 260 ημέρες για την δίδυμη κύηση έναντι 280 ημερών της μονήρους, για την τρίδυμη είναι 210 ημέρες και για την τετράδυμη 190. Η εμφάνιση προεκλαμψίας είναι πέντε φορές συχνότερη στις πολύδυμες πρωτοτόκους και δέκα φορές στις πολύδυμες πολυτόκους.

Για τους παραπάνω λόγους, είναι καλό να περιορίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται στην κοιλότητα της μήτρας. Εάν, παρά τις προφυλάξεις αυτές, σημειωθεί ανεπιθύμητη πολύδυμη κύηση, υπάρχει η λύση της μείωσης του αριθμού των εμβρύων, αλλά η διαδικασία αυτή εγείρει αφ' ενός μεγάλα δεοντολογικά

και ηθικά θέματα και αφ' ετέρου συνδέεται με πιθανότητα απώλειας της κηύσεως σε ποσοστό περίπου 1-5% σύμφωνα με διάφορες μελέτες.

Τραυματισμοί ή αιμορραγία: στην εξωσωματική γονιμοποίηση, υπάρχει ένας απειροελάχιστος κίνδυνος τραυματισμού εσωτερικών οργάνων ή μεγάλων αγγείων κατά την ωοληψία. Ωστόσο, σε έμπειρα χέρια, εφ' όσον βέβαια λαμβάνονται όλες οι προφυλάξεις, ο κίνδυνος αυτός είναι πρακτικά αμελητέος.

Μικρή αιμορραγία είναι επίσης δυνατόν να προκληθεί κατά την διέλευση της βελόνης ωοληψίας από το τοίχωμα του θόλου του κόλπου. Αυτή η αιμόρροια είναι μικρή, ακίνδυνη και σταματά λίγο μετά το πέρας της ωοληψίας, χωρίς άλλες συνέπειες.

Μακροχρόνιες επιπτώσεις για την υγεία: κατά κανόνα, δεν υπάρχουν απώτερες επιπλοκές, ούτε μακροχρόνιες επιπτώσεις για την υγεία. Οι ανησυχίες του κοινού (κυρίως όσων έχουν ελλιπή πληροφόρηση) είναι θεωρητικά θεμιτές, αλλά πρακτικά αβάσιμες.

Όλες ανεξαιρέτως οι μεγάλες διεθνείς επιδημιολογικές έρευνες, συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος να αναπτυχθεί καρκίνος στην ωοθήκη, στη μήτρα ή στο μαστό είναι παρόμοιος με εκείνον του γενικού πληθυσμού.

Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, που έγιναν στην Αυστραλία σε 29.700 γυναίκες (Lancet, 1999), Μ. Βρετανία σε 5.556 γυναίκες (Hum Reprod., 2002), στη Γαλλία σε 92.555 γυναίκες (Hum Reprod., 2004), όπως και άλλες συγκεντρωτικές μελέτες ή μεταanalύσεις, έδειξαν ότι δεν υπήρξε στατικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που πήραν φάρμακα για εξωσωματική γονιμοποίηση και εμφάνισαν καρκίνο του μαστού, των ωοθηκών ή της μήτρας και σ' αυτές που δεν πήραν φάρμακα και τελικά εμφάνισαν καρκίνο.

Εξ' άλλου, δεν υπάρχουν ενδείξεις αυξημένου κινδύνου για καρκίνο στα παιδιά που γεννήθηκαν από εξωσωματική γονιμοποίηση σε σχέση με τα παιδιά από φυσική σύλληψη.

Για προληπτικούς λόγους, πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες τεστ Παπανικολάου και έλεγχος του μαστού. Μαστογραφία συνιστάται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 35 ετών. Στις περιπτώσεις που υπάρχει ιστορικό από τον μαστό (ατομικό ή οικογενειακό), ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας, πριν την έναρξη των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η γνώμη ειδικού μαστολόγου.

Ιατρικοί κίνδυνοι: Ας αναφερθούμε στα παραδείγματα των ιατρικών κινδύνων. Όσο θεαματικές και να είναι μερικές κακοτυχίες, το ποσοστό των προβλημάτων είναι πολύ

μικρό, έως ασήμαντο. Τα παραδείγματα που ακολουθούν είναι αληθινά και πρέπει να εκληφθούν, όσο είναι δυνατόν, χωρίς εμπάθειες, μέχρι και με χιούμορ για μερικά από αυτά. Αστεία ή κωμικοτραγικά γεγονότα μπορεί να συμβούν σε κάθε ιατρικό χώρο.

Να αρχίσουμε με ένα θλιβερό παράδειγμα, μοναδικό στην Γαλλία. Αφορά μια γυναίκα, μητέρα μιας κόρης 20 ετών, η οποία διέλυσε το γάμο της στα 42 της χρόνια, αφού γνώρισε έναν άλλο άνδρα, με τον οποίο αποφάσισε να κάνει ένα δεύτερο παιδί. Λόγω προβλημάτων στις σάλπιγγες, προσέφυγε σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Κατά την ωοληψία όμως, παρουσίασε καρδιακή κάμψη, έπειτα προσωρινή παύση της καρδιακής λειτουργίας, που δεν ανατάχθηκε αρκετά γρήγορα με αποτέλεσμα την εγκεφαλική ανοξία. Η γυναίκα αυτή βρίσκεται σήμερα σε αναπηρικό καρότσι, δεν μπορεί να κινηθεί και μιλά με δυσκολία.

Ένα παρεμφερές παράδειγμα που συνέβει στην Ελλάδα μας υποδεικνύει πόσο προσεκτικά οφείλουμε να εκλαμβάνουμε τα πράγματα. Πρόκειται για μία γυναίκα που εντάχθηκε σε ένα πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης για πρώτη φορά, παρουσίασε κατά την ωοληψία αναπνευστική ανεπάρκεια (δεν είχε ξαναπάρει νάρκωση ποτέ και ήταν αδύνατο να προβλεφθεί το πρόβλημα), σώθηκε χάρις στην άμεση παρέμβαση του αναισθησιολόγου. Η γυναίκα έμεινε έγκυος και γέννησε δυο υγιέστατα παιδιά. Το αναπνευστικό επεισόδιο θα μπορούσε να την είχε οδηγήσει στην αναπηρία ή στον τάφο.

Ένα τρίτο παράδειγμα, αφορά μια ευτραφή κυρία, η οποία ξυπνώντας από την νάρκωση, μετά την ωοληψία, ξέφυγε από τα χέρια των παρευρισκομένων, έπεσε στο πάτωμα του χειρουργείου και παραλίγο να σπάσει το κεφάλι της.

Τα παραδείγματα αυτά αρκούν για να πείσουμε ότι ο μεγαλύτερος ίσως ιατρογενής κίνδυνος της ΙΥΑ είναι η νάρκωση κατά την ωοληψία. Δεδομένου ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται στην διαδικασία είναι κατά κανόνα νέες, ενδέχεται η πιθανότητα ατυχήματος να είναι τελικώς μικρότερη. Ο κίνδυνος αλλεργικών αντιδράσεων σε κάποιο από τα φάρμακα είναι υπαρκτός, αλλά οι αντιδράσεις αυτές είναι σπάνιες και έχουν αμελητέες επιπλοκές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

1. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Από την εποχή του Σόλωνα, ο πολιτισμός μας διαθέτει έγγραφους νόμους, δηλαδή κείμενα στα όποια καταγράφονται οι οργανωτικοί κανόνες της κοινωνίας. Η θέσπιση των νόμων αποτελεί «δείγμα γραφής» ενός πολιτισμού και η εφαρμογή τους πληροφορεί για την ποιότητα της ζωής των πολιτών. Οι νόμοι που ισχύουν σήμερα για την Ι.Υ.Α. διεθνώς, αποκαλύπτουν και τις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των κρατών που τους έχουν θεσπίσει.

Στην Ελλάδα δεν υπήρχε καμία ειδική νομοθετική ρύθμιση για την Ι.Υ.Α. Ο νόμος 2071/1992 ανέφερε ότι η σύσταση και η λειτουργία μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης «θα ρυθμισθεί» με Προεδρικό Διάταγμα, που «θα εκδοθεί», μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ, με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας ("άρθρο 59: "Σύσταση και λειτουργία μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης", ΦΕΚ Α123,1992).

Ο γενικός αυτός νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, παρέπεμπε όμως σε Προεδρικά Διατάγματα που δεν είχαν δημοσιευθεί ακόμη, με αποτέλεσμα το συνεχιζόμενο νομικό κενό στην χώρα μας να αφήνει ελεύθερο το πεδίο σε κάθε είδους αυθαιρεσίες, με απρόβλεπτες συνέπειες για την δημόσια υγεία, με την ευρεία έννοια του όρου. Όσο τα Κέντρα λειτουργούσαν χωρίς κανόνες, τόσο οι Έλληνες πολίτες εκτίθεντο στην ανεξέλεγκτη πρακτική ορισμένων από αυτά. Είναι χαρακτηριστικό, ότι ο Ποινικός Κώδικας δεν περιείχε ούτε μια αναφορά στην γονιμότητα, πράγμα που σήμαινε ότι για μεγάλο διάστημα στην χώρα μας δεν υπήρχε καμία σχετική κύρωση.

Η μόνη συγκεκριμένη επίσημη διάταξη στην Ελληνική Νομοθεσία ήταν το Άρθρο 1471 του Αστικού Κώδικα, τροποποιημένου από τον Νόμο 1329 (15/2/1983), σύμφωνα με το οποίο ο σύζυγος της μητέρας δεν μπορούσε να αρνηθεί την πατρότητα του τέκνου εφ' όσον είχε δώσει συγκατάθεση για την σύλληψη μέσω τεχνητής γονιμοποίησης (εννοώντας, προφανώς, την σπερματέγχυση). Από πλευράς δεοντολογίας, λειτουργούσε επισήμως στο Υπουργείο Υγείας, ειδική Επιτροπή Ηθικής για την ιατρική δεοντολογία (η οποία θεσμοθετήθηκε με τον προαναφερθέντα νόμο), και Επιτροπή Οικογενειακού Προγραμματισμού. Οι δύο αυτές Επιτροπές, δεν είχαν εκπονήσει κανένα ειδικό κείμενο που να αφορά συγκεκριμένα θέματα δεοντολογίας της Ι.Υ.Α.

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι ενώ η γέννηση του πρώτου παιδιού στην Ελλάδα με τη χρήση των μεθόδων Ι.Υ.Α. είχε ήδη επιτευχθεί το 1984, η δημιουργία του νομοθετικού πλαισίου δεν κατέστη εφικτή, παρά πολύ αργότερα με την έκδοση των νόμων 3089/2002

(άρθρα 1455-1460 Αστικού Κώδικα) και 3305/2005, οι οποίοι αφορούν την Ι.Υ.Α. και την εφαρμογή της στη χώρα μας.

Η Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. αποτελεί το κεντρικό όργανο, το οποίο συστάθηκε για να παρακολουθήσει την εφαρμογή αυτών των νόμων. Ιδρύθηκε με τον νόμο 3305/2005 (άρθρο 19) και άρχισε να λειτουργεί το Δεκέμβριο του 2005 (ΦΕΚ 1710/Β/2005). Ακολουθεί το πρότυπο των Ανεξάρτητων Διοικητικών Αρχών και για την ίδρυσή της ελήφθησαν υπόψη οι κανόνες που διέπουν αυτές, καθώς και οι διατάξεις του νόμου 3051/2002. Επιπλέον, για τον θεσμικό ρόλο, το έργο και τις δραστηριότητες της Αρχής ελήφθησαν υπόψη η δομή, ο τρόπος λειτουργίας και οι δραστηριότητές της ήδη από το 1990 λειτουργούσας Βρετανικής Αρχής Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (HFEA).

Η Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. έχει δικό της προϋπολογισμό, προσωπική και λειτουργική ανεξαρτησία των μελών της και δική της Γραμματεία. Υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά δεν υπόκειται σε διοικητικό έλεγχο, με την έννοια του ιεραρχικού ελέγχου, από την εκτελεστική εξουσία.

Στη συνέχεια του κεφαλαίου παρουσιάζεται ο νόμος 3089/2002, ο οποίος έθεσε τις ιδεολογικές βάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που είχαν προκύψει από τις ραγδαίες βιοτεχνολογικές εξελίξεις. Ακολουθεί ο νεότερος νόμος 3305/2005 για την «εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής», ο οποίος αποτέλεσε συνέχεια και συμπλήρωση του προηγούμενου. Έτσι ο νέος νόμος είναι προσανατολισμένος στις διαδικαστικές, πρακτικές και παράπλευρες παραμέτρους της τεχνητής γονιμοποίησης. Προσδιόρισε τους ειδικότερους όρους προσφυγής στην τεχνητή γονιμοποίηση, καθόρισε επακριβώς τα πλαίσια κρυοσυντήρησης και έρευνας του γεννητικού υλικού, προέβλεψε για τον τρόπο ίδρυσης και λειτουργίας των ιατρικών μονάδων και της Εθνικής Αρχής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, καθιέρωσε ποινικές και διοικητικές κυρώσεις και θέσπισε ασφαλιστική κάλυψη των προσώπων που προσφεύγουν στην τεχνητή αναπαραγωγή.

1.2 Παράθεση νόμου υπ' αριθμόν 3089/2002

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:

Κεφάλαιο όγδοο

Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή

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 ίδια, 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 πληρεξούσιό της ή ύστερα από άδεια του δικαστηρίου, από τον νόμιμο αντιπρόσωπό της.

Με την αμετάκλητη δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή το τέκνο έχει αναδρομικά από τη γέννησή 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 ακύρωσή 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 συναίνεσή 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 ενηλικίωσή του.

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

10. Το άρθρο 1479 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 συναίνεσή 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 ταυτότητά του είναι ή γίνει εκ των υστέρων γνωστή.

Άρθρο τρίτο

1. Το άρθρο 1711 του Αστικού Κώδικα αντικαθίσταται ως εξής:

Άρθρο 1711

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 συμπαράσταση 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 εξομοίωσή 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" (ΦΕΚ143 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

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

1.3 Γενικές κρίσεις επί του νομοσχεδίου

Η ανάγκη μιας νομοθεσίας για την τεχνητή αναπαραγωγή

Η όλο και ευρύτερη διάδοση των σύγχρονων μεθόδων της τεχνητής αναπαραγωγής στον άνθρωπο, αποτελεί σήμερα μια πραγματικότητα που δεν επιδέχεται αμφισβήτηση. Ανεξάρτητα από το αν ο νομοθέτης επεμβαίνει ή όχι για να ρυθμίσει τα σχετικά ζητήματα, η εφαρμογή αυτών των μεθόδων ανταποκρίνεται σε ένα προφανές κοινωνικό ενδιαφέρον: οι μέθοδοι της τεχνητής αναπαραγωγής διευρύνουν ιδίως τις δυνατότητες δημιουργίας οικογένειας, αντιμετωπίζοντας τη φυσική αδυναμία απόκτησης παιδιών.

Ωστόσο, η παρέμβαση του νομοθέτη είναι εν προκειμένω αναγκαία, κατά το μέτρο που εγγυάται την ασφάλεια δικαίου σε έναν τομέα όπου εξ αντικειμένου δημιουργούνται σύνθετες βιοτικές σχέσεις. Κατά συνέπεια, κρίνεται, ότι το υπό συζήτηση νομοσχέδιο αποτελεί ευπρόσδεκτη νομοθετική πρωτοβουλία.

Η ουσία των ρυθμίσεων του νομοσχεδίου

Τα επί μέρους θέματα του νομοσχεδίου ρυθμίζονται με αφετηρία την, κατ' αρχήν, αποδοχή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η θέση αυτή ανταποκρίνεται στις σημερινές ηθικοκοινωνικές αντιλήψεις, στο μέτρο που οι τελευταίες υποστηρίζουν μια ευνοϊκή για την απόλαυση των θεμελιωδών δικαιωμάτων τεχνολογία, εδώ ειδικότερα για την απόλαυση των δικαιωμάτων στην αναπαραγωγή και τη δημιουργία οικογένειας. Ανάλογο είναι το γενικό πνεύμα και της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, κειμένου δεσμευτικού στα ζητήματα της βιοϊατρικής για τον Έλληνα νομοθέτη (ν. 2619/1998 σε συνδ. με το άρθ. 28 παρ. 1 Σ.).

Περαιτέρω, πάντως, το νομοσχέδιο υποβάλλει την τεχνητή αναπαραγωγή σε δύο ειδών ρυθμίσεις και περιορισμούς. Με αυτούς: α) δέχεται την προσφυγή στις μεθόδους της μόνον σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί, β) ορίζει ένα συγκεκριμένο, αυστηρό πλαίσιο στις σύνθετες σχέσεις συγγένειας που δημιουργούνται, ώστε να αποφεύγονται νομικές επιπλοκές.

Από νομική όσο και από ηθική άποψη τα δικαιώματα στην αναπαραγωγή και στη δημιουργία οικογένειας επιδέχονται περιορισμούς, αφού συνδέονται με συμφέροντα και δικαιώματα τρίτων προσώπων, αλλά και με το συμφέρον του παιδιού που πρόκειται να έλθει στον κόσμο. Ειδικά στην περίπτωση της τεχνητής αναπαραγωγής, όπου η βιολογική και ψυχολογική επιβάρυνση των μετεχόντων είναι σημαντική, οι περιορισμοί

εμφανίζονται και για τον λόγο αυτόν αναγκαίοι. Υπό το παραπάνω πρίσμα, εξετάζονται στη συνέχεια οι συγκεκριμένοι περιορισμοί των επί μέρους νέων άρθρων του Α.Κ., σύμφωνα με το σχέδιο.

Γενική παρατήρηση επί της χρησιμοποιούμενης ορολογίας

Ο όρος "γεννητικό υλικό" χρησιμοποιείται στα άρθρα 1456, 1459 εδ. α', β' και 1460. Ο όρος χρησιμοποιείται με ακρίβεια μόνο στο άρθρο 1460 του νομοσχεδίου, όπου εννοεί τους γαμέτες (σπέρμα και ωάρια). Στα άρθρα 1456 και 1459 εδ. α', β' η χρήση του όρου είναι αδόκιμη, καθώς καλύπτει τόσο τους γαμέτες όσο και τα πολύ πρώιμα στάδια της εμβρυϊκής ανάπτυξης.

Ο όρος "γονιμοποιημένο ωάριο" χρησιμοποιείται στο νομοσχέδιο (άρθ. 1458, 1459 εδ. γ') για να δηλώσει ακριβώς αυτά τα πρώιμα στάδια εμβρυϊκής ανάπτυξης (6-8 κύτταρα), θα μπορούσε δε να χρησιμοποιηθεί και στα άρθρα 1456 και 1459 εδ. α', β'. Παρόλο που η χρήση του δεν είναι επιστημονικά απολύτως ακριβής, καθώς στην ουσία πρόκειται για το γονιμοποιημένο ωάριο και τα προϊόντα του, είναι πάντως κατ' οικονομία ο ακριβέστερος όρος για την πλήρη κατανόηση των σχετικών ρυθμίσεων και από μη ειδικούς.

Παρατηρήσεις στα επί μέρους άρθρα

Άρθρο 1455

Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή αποτελεί εκδήλωση του ατομικού δικαιώματος στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, συνιστά δε την αναγκαία προϋπόθεση του δικαιώματος δημιουργίας οικογένειας. Από νομική άποψη, το εν λόγω δικαίωμα υπόκειται γενικά στους συνταγματικά προβλεπόμενους περιορισμούς (άρθ. 5 παρ. 1 Σ.), δηλαδή τον σεβασμό του Συντάγματος, των δικαιωμάτων των άλλων και των χρηστών ηθών. Το άρθρο 1455 εισάγει ακριβώς τέτοιους περιορισμούς για την άσκηση του δικαιώματος με τις μεθόδους της τεχνητής αναπαραγωγής.

Από την άποψη της βιοηθικής, ειδικότερα, το ενδιαφέρον εντοπίζεται στο ότι η τεχνητή αναπαραγωγή δεν δικαιολογείται για οποιονδήποτε λόγο, αλλά μόνον για την αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων. Ο περιορισμός αυτός είναι ορθός: η σημασία του να αποκτά κάποιος τη δυνατότητα άσκησης δικαιωμάτων τα οποία στερείται χωρίς τη θέλησή του (όπως τα δικαιώματα στην αναπαραγωγή και στη δημιουργία οικογένειας), δεν μπορεί να οδηγεί στον "φιλελευθερισμό" της προτίμησης των τεχνητών μεθόδων έναντι των φυσικών.

Ορθή επίσης κρίνεται, η απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, καθώς και η απαγόρευση επιλογής φύλου (εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή ασθένεια που συνδέεται με το φύλο), στο μέτρο που αντανakλούν κοινά αποδεκτές ηθικοκοινωνικές αντιλήψεις του σύγχρονου πολιτισμού, οι οποίες αποτυπώνονται και σε διεθνή κείμενα (Οικουμενική Διακήρυξη της UNESCO για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, Πρώτο Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης αυτής για την απαγόρευση της κλωνοποίησης).

Η γενική αυτή στάση του νομοσχεδίου οριοθετεί επαρκώς τη δυνατότητα προσφυγής στις μεθόδους της τεχνητής αναπαραγωγής και τις προϋποθέσεις εφαρμογής των τελευταίων.

Από την άλλη πλευρά, θεωρείται ότι η αξία του προσώπου, ως ενότητα ψυχής και σώματος, υπάρχει ήδη από το στάδιο του γονιμοποιημένου ωαρίου. Επομένως, δεν είναι ανεκτή η γονιμοποίηση περισσότερων του ενός ωαρίων σε κάθε κύκλο θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης, τεχνική που ακολουθείται γενικά προκειμένου να εξασφαλίζονται οι πιθανότητες επιτυχίας της μεθόδου, και που οδηγεί στη δημιουργία "πλεοναζόντων" γονιμοποιημένων ωαρίων. Όσον αφορά τη συγκεκριμένη διατύπωση της διάταξης της απαγόρευσης επιλογής φύλου, κάποιιοι θεωρούν ιδανική την επιλογή άλλων χαρακτηριστικών.

Άρθρο 1456

Οι προβλεπόμενες διαδικαστικές ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν τη σοβαρότητα της θέλησης όσων προσφεύγουν στις μεθόδους της τεχνητής αναπαραγωγής είναι αναγκαίες. Κρίνεται επίσης ορθή η εφαρμογή των εν λόγω μεθόδων και εκτός γάμου - όπως συνάγεται από το συγκεκριμένο άρθρο - αφού τα δικαιώματα στην αναπαραγωγή και τη δημιουργία οικογένειας, ως θεμελιώδη, ανήκουν στον καθένα.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν επιφυλάξεις όσον αφορά: α) αν ο νόμος θα πρέπει να ενθαρρύνει με ρητή πρόβλεψη τη δυνατότητα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε όσους αρνούνται να αναλάβουν τις κοινωνικά καθιερωμένες συμβατικές υποχρεώσεις για την απόκτηση τέκνων, που εκφράζει ο θεσμός του γάμου και β) αν θα πρέπει ρητά να αποκλεισθεί η τεχνητή αναπαραγωγή εκτός γάμου.

Άρθρο 1457

Το δικαίωμα στη δημιουργία οικογένειας περιλαμβάνει επίσης τη δυνατότητα της γονιμοποίησης γεννητικού υλικού ακόμη και μετά τον θάνατο του ενός εκ των δύο δοτών, όπως προβλέπει το νομοσχέδιο, θέτοντας τις παρακάτω προϋποθέσεις:

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

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

Ως προς το προβλεπόμενο στο εν λόγω άρθρο διάστημα διενέργειας της μεταθανάτιας τεχνητής γονιμοποίησης, (μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από την συμπλήρωση διετίας από τον θάνατο του άνδρα) θεωρείται σύμφωνα με κάποιες απόψεις, εξαιρετικά περιοριστική η ρύθμιση κατώτατου και ανώτατου χρονικού ορίου για τη διενέργεια μεταθανάτιας τεχνητής γονιμοποίησης.

Άρθρο 1458

Στις περιπτώσεις που η κυοφορία του γονιμοποιημένου εξωσωματικά ωαρίου δεν μπορεί να γίνει στη μήτρα της συζύγου (απουσία μήτρας, ανατομικές ανωμαλίες μήτρας μη συμβατές με την επιτυχή κυοφορία, σοβαρή πάθηση που θέτει σε κίνδυνο τη μητέρα ή το έμβρυο), υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς του εμβρύου στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας. Η γυναίκα αυτή θα το κυοφορήσει με σκοπό μετά τον τοκετό να το επιστρέψει στους βιολογικούς του γονείς. Η φιλοξενούσα γυναίκα θα πρέπει να ελεγχθεί ιατρικά και να διαθέτει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διατήρηση της εγκυμοσύνης και την ανάπτυξη του εμβρύου.

Ο νομοθέτης κρίνει απαραίτητη τη δικαστική άδεια, η οποία πρέπει να παρέχεται πριν από την μεταφορά ξένων γονιμοποιημένων ωαρίων, από: α) τα πρόσωπα που επιδιώκουν να αποκτήσουν παιδί και β) από την γυναίκα που έχει δεχτεί να το κυοφορήσει καθώς και από τον σύντροφο/σύζυγό της εφόσον είναι έγγαμη χωρίς κανένα όφελος.

Οι ρυθμίσεις που αφορούν την "παρένθετη μητρότητα" οδήγησαν στην υποστήριξη διαφόρων απόψεων, όσον αφορά την αναγνώριση της εν λόγω μεθόδου: α) υπέρ της αναγνώρισής της, ως αποδεκτής δυνατότητας άσκησης του δικαιώματος δημιουργίας οικογένειας, με τους περιορισμούς και τις εγγυήσεις που προβλέπει το σχέδιο, β) κατά της αναγνώρισής της, ως αποδεκτής δυνατότητας άσκησης του δικαιώματος

δημιουργίας οικογένειας, η εισαγωγή της θεωρείται πρόωρη, με βάση τις σημερινές κοινωνικές αντιλήψεις και την προκαλούμενη επιβάρυνση στις βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού της γυναίκας που κυοφορεί,

γ) κατά της αναγνώρισής της, φοβούμενοι ότι η ρύθμιση δεν προφυλάσσει από το ανεπιθύμητο ενδεχόμενο εμπορευματοποίησης τόσο των εμβρύων όσο και της "παρένθετης μητέρας".

Άρθρο 1459

Θεωρούνται θεμιτές οι διατάξεις που αφορούν τις πιθανές χρήσεις του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού. Ειδικά ως προς την χρήση του γεννητικού υλικού για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς, το σχέδιο νόμου, συμβαδίζει και με την από 21.12.2001 Εισήγηση της Βιοηθικής Επιτροπής "για τη χρήση των βλαστοκυττάρων στη βιοϊατρική έρευνα και την κλινική ιατρική", στην οποία τονίζεται ως αναγκαία προϋπόθεση η προηγούμενη συναίνεση ύστερα από κατάλληλη πληροφόρηση των δωτών των γαμετών (σημείο Β' 5).

Άρθρο 1460

Ο νομοθέτης διασφαλίζει την τήρηση της εμπιστευτικότητας των στοιχείων του τρίτου δότη γεννητικού υλικού, του παιδιού που θα γεννηθεί, καθώς και των γονέων του, ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή όλων των εν λόγω προσώπων.

1.4 Παράθεση Νόμου Υπ' Αριθμόν 3305/2005

Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

Κεφάλαιο α' Γενικές Διατάξεις

Άρθρο 1

Γενικές αρχές

1. Οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (I.Y.A.) εφαρμόζονται με τρόπο που εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής.
2. Κατά την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων πρέπει να λαμβάνεται κυρίως υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.

Άρθρο 2

Μέθοδοι και συναφείς τεχνικές

1. Μέθοδοι της I.Y.A. είναι ιδίως:
 - α. η τεχνητή σπερματέγχυση,
 - β. η εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων,
2. Τεχνικές συναφείς προς τις παραπάνω μεθόδους είναι ιδίως:
 - α. η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών,
 - β. η ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων,
 - γ. η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου,
 - δ. η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου,
 - ε. η υποβοηθούμενη εκκόλαψη,
 - στ. η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση.
3. Επιτρέπεται η έρευνα στα ανθρώπινα γονιμοποιημένα ωάρια υπό ειδικές προϋποθέσεις που ορίζονται στα άρθρα 11 και 12. Απαγορεύεται η κλωνοποίηση για

αναπαραγωγικούς σκοπούς, η δημιουργία χμαιρών και υβριδίων και η επιλογή φύλου, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο.

Άρθρο 3

Ορισμοί

Για τους σκοπούς του νόμου νοούνται ως:

1. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (I.Y.A.): κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (M.I.Y.A.).
2. Γεννητικά κύτταρα: κύτταρα με τα οποία επιτυγχάνεται η αναπαραγωγή και τα οποία μπορεί να είναι ανώριμα ή ώριμα.
3. Γαμέτες: τα ώριμα απλοειδή γεννητικά κύτταρα, δηλαδή το σπερματοζωάριο του άνδρα και το ωοκύτταρο (ωάριο) της γυναίκας.
4. Γονιμοποίηση: η διεργασία συγχωνεύσεως των γαμετών, η οποία αρχίζει με τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου στο ωοκύτταρο και ολοκληρώνεται με τη δημιουργία του ζυγώτη.
5. Ζυγώτης: το ωοκύτταρο από τη γονιμοποίηση μέχρι και τη σύντηξη των δύο απλοειδών πυρήνων.
6. Γονιμοποιημένο ωάριο: το ωοκύτταρο μετά τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου.
7. Τεχνητή σπερματέγχυση: η εισαγωγή σπερματοζωαρίων στο γυναικείο γεννητικό σύστημα με οποιονδήποτε τρόπο εκτός από τη γενετήσια επαφή. Διακρίνεται σε ομόλογη, όταν χρησιμοποιούνται σπερματοζωάρια του συζύγου ή συντρόφου, και ετερόλογη, όταν χρησιμοποιούνται σπερματοζωάρια τρίτου δότη.
8. Εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων: η εκτός του σώματος της γυναίκας γονιμοποίηση ωαρίων που έχουν ληφθεί από αυτήν επεμβατικά και η μεταφορά ενός ή περισσότερων γονιμοποιημένων ωαρίων στην ενδομήτρια κοιλότητα της ίδιας ή άλλης γυναίκας.
9. Παρένθετη μητρότητα: η περίπτωση κατά την οποία μία γυναίκα κυοφορεί και γεννά

(φέρουσα ή κυοφόρος), ύστερα από εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, με χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια, για λογαριασμό μίας άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους.

10. Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών: η μεταφορά γαμετών (ωαρίων και σπερματοζωαρίων) στη σάλπιγγα.
11. Ενδοσαλπγγική μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων: η μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων στη σάλπιγγα.
12. Ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου: η εισαγωγή ενός σπερματοζωαρίου εντός του ωοκυττάρου επεμβατικά, με μικροχειρισμό.
13. Κρυοσυντήρηση: η συντήρηση σε υγροποιημένο άζωτο γεννητικού υλικού, δηλαδή ορχικού ή ωοθηκικού ιστού, σπέρματος, γεννητικών κυττάρων και γονιμοποιημένων ωαρίων.
14. Υποβοηθούμενη εκκόλαψη: η διάνοιξη οπής επεμβατικά με μικροχειρισμό στη διαφανή ζώνη του γονιμοποιημένου ωαρίου.
15. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση: η αφαίρεση επεμβατικά με μικροχειρισμό πολικών σωματίων ή κυττάρων του γονιμοποιημένου ωαρίου προ της μεταφοράς, προκειμένου αυτά να αναλυθούν γενετικά.

Άρθρο 4

Προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α.

1. Οι μέθοδοι Ι.Υ.Α. εφαρμόζονται σε ενήλικα πρόσωπα μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε περίπτωση που το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πεντηκοστό έτος. Η εφαρμογή τους σε ανήλικα πρόσωπα επιτρέπεται κατ' εξαίρεση λόγω σοβαρού νοσήματος που επισύρει κίνδυνο στειρότητας, για να εξασφαλιστεί η δυνατότητα τεκνοποίησης. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται οι όροι του άρθρου 7.
2. Πριν από την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α. διενεργείται υποχρεωτικός έλεγχος ιδίως για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV-1, HIV-2), ηπατίτιδα Β και C και σύφιλη.

3. Αν τα πρόσωπα που μετέχουν στην εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. είναι οροθετικοί για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, απαιτείται, για την υποβολή σε μεθόδους Ι.Υ.Α., ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. (Αρχή) του άρθρου 19.

Άρθρο 5

Ενημέρωση και συναινέσεις

1. Τα πρόσωπα που επιθυμούν να προσφύγουν ή να συμμετάσχουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α. ενημερώνονται από το επιστημονικό προσωπικό των Μ.Ι.Υ.Α., λεπτομερώς και με τρόπο κατανοητό, ως προς τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους από την εφαρμογή των μεθόδων αυτών. Η ενημέρωση αυτή καλύπτει επίσης τις κοινωνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές συνέπειες της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α..
2. Η παροχή των παραπάνω πληροφοριών αποτελεί προϋπόθεση για τις έγγραφες συναινέσεις που προβλέπονται από τα άρθρα 1455 επ. Α.Κ. και τον παρόντα νόμο.
3. Η Αρχή καθορίζει τα απαραίτητα στοιχεία που περιλαμβάνονται στα έντυπα ενημέρωσης και εγγράφων συναινέσεων. Τα έγγραφα αυτά κατατίθενται στις Μ.Ι.Υ.Α. και φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο των προσώπων που αναφέρονται στην παράγραφο 1.

Κεφάλαιο β'

Διάθεση Γεννητικού Υλικού

Άρθρο 6

Αριθμός μεταφερόμενων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων

1. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται στην ενδομήτρια κοιλότητα ορίζεται ως εξής: σε γυναίκες ηλικίας μέχρι και σαράντα ετών έως τρία γονιμοποιημένα ωάρια και σε γυναίκες ηλικίας άνω των σαράντα ετών έως τέσσερα γονιμοποιημένα ωάρια. Με απόφαση της Αρχής καθορίζεται ο ακριβής αριθμός γονιμοποιημένων ωαρίων που μεταφέρονται σε επί μέρους ομάδες υποβοηθούμενων προσώπων, ανάλογα με την ηλικία και τις ιατρικές ενδείξεις.
2. Ο παραπάνω κανόνας ισχύει και για τον αριθμό ωαρίων που μεταφέρονται στην περίπτωση της ενδοσαλπγγικής μεταφοράς γαμετών.

3. Σε περίπτωση διάθεσης ωαρίων ή γονιμοποιημένων ωαρίων τα παραπάνω όρια ηλικίας αφορούν στη δότρια των ωαρίων.

Άρθρο 7

Κρυοσυντήρηση

1. Η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων εφαρμόζεται για τη διαφύλαξη και τη μελλοντική χρήση τους σε μεθόδους I.Y.A. ή για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.
2. Η κατάψυξη και η φύλαξη του γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων γίνεται σε κατάλληλα οργανωμένες Τράπεζες Κρυοσυντήρησης, όπως προβλέπεται στο άρθρο 18.
3. Η διάρκεια της Κρυοσυντήρησης καθορίζεται ως εξής:
 - α. Σπέρμα και ορχικός ιστός: αν το σπέρμα έχει κατατεθεί από τρίτο δότη, μέχρι δέκα (10) έτη, ενώ αν το σπέρμα ή ο ορχικός ιστός έχει κατατεθεί μόνο για μελλοντική προσωπική χρήση στο πλαίσιο εφαρμογής μεθόδων I.Y.A., μέχρι πέντε (5) έτη.
 - β. Ωάρια και ωοθηκικός ιστός: πέντε (5) έτη.

Στις παραπάνω περιπτώσεις α' και β' η διάρκεια κρυοσυντήρησης μπορεί να παραταθεί με έγγραφη αίτηση των δικαιουμένων προς την Τράπεζα Κρυοσυντήρησης.

 - γ. Ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια: πέντε (5) έτη με δυνατότητα παράτασης μόνο για άλλα πέντε (5) έτη. Για την παράταση της διάρκειας φύλαξης απαιτείται κοινή έγγραφη αίτηση των συζύγων ή συντρόφων προς την Τράπεζα Κρυοσυντήρησης.
4. Μετά την πάροδο των παραπάνω προθεσμιών το γεννητικό υλικό, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια που δεν έχουν χρησιμοποιηθεί είτε διατίθενται για ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφονται με απόφαση της Αρχής, κατόπιν αιτήσεως της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης.
5. Η δημιουργία ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων στο πλαίσιο νέου κύκλου θεραπείας δεν επιτρέπεται προ της εξαντλήσεως των υπάρχοντων κρυοσυντηρημένων, εφόσον ο αριθμός τους είναι επαρκής.
6. Η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων πραγματοποιείται κατόπιν έγγραφης συναίνεσης των προσώπων που τα καταθέτουν,

σύμφωνα με το άρθρο 1456 Α. Κ.. Αν πρόκειται για ζεύγος, απαιτείται η συναίνεση και των δύο συζύγων ή συντρόφων. Αν τα πρόσωπα είναι ανήλικα συναινούν και οι δύο γονείς, έστω και αν μόνον ο ένας έχει την επιμέλεια του ανηλίκου. Αν δεν υπάρχουν γονείς ή έχουν εκπέσει και οι δύο από τη γονική μέριμνα, η συναίνεση παρέχεται από τον επίτροπο, ύστερα από άδεια του εποπτικού συμβουλίου. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το δέκατο πέμπτο έτος της ηλικίας του συναινεί και ο ίδιος στην κρυοσυντήρηση. Η συναίνεση δίδεται ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση σύμφωνα με το άρθρο 5 και οπωσδήποτε πριν από την έναρξη του κύκλου θεραπείας. Με το ίδιο έγγραφο, τα εν λόγω πρόσωπα οφείλουν να δηλώσουν για την τύχη του κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού, των ζυγωτών και των γονιμοποιημένων ωαρίων κατ' εφαρμογή του άρθρου 1459 Α.Κ., εκτός αν πρόκειται για συντρόφους ή άγαμη γυναίκα, οπότε η εν λόγω δήλωση επιλογής γίνεται με ειδικό έγγραφο.

7. Εάν δεν υπάρχει η παραπάνω κοινή δήλωση, καθώς και σε περίπτωση διαφωνίας ως προς τη χρησιμοποίησή τους, διαζυγίου, ακύρωσης του γάμου, διάστασης, λήξης της ελεύθερης ένωσης ή θανάτου με την επιφύλαξη του άρθρου 1457 Α.Κ., το γεννητικό υλικό, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρούνται ή χρησιμοποιούνται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς ή καταστρέφονται, σύμφωνα με τους όρους του άρθρου 1459 Α.Κ. ύστερα από απόφαση της Αρχής, κατόπιν αιτήσεως της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης.

Άρθρο 8

Διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων

1. Απαγορεύεται η διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων με οποιοδήποτε αντάλλαγμα προς τον δότη.
2. Επιτρέπεται η διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων με σκοπό την υποβοήθηση στην απόκτηση τέκνου με μεθόδους Ι.Υ.Α. και διενεργείται με τη συναίνεση των δοτών. Σε περίπτωση που οι δότες είναι έγγαμοι ή συζούν σε ελεύθερη ένωση, απαιτείται και η έγγραφη συναίνεση του ή της συζύγου ή συντρόφου.
3. Η διάθεση γονιμοποιημένων ωαρίων πραγματοποιείται μόνο με πλεονάζοντα γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία έχουν δημιουργηθεί στο πλαίσιο θεραπευτικής αγωγής ενός ζεύγους και δεν προορίζονται για μελλοντική χρήση από τους ίδιους.

4. Η διάθεση ανακαλείται ελεύθερα πριν από τη χρησιμοποίηση των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων. Στην περίπτωση αυτή, οι δότες υποχρεούνται να δηλώσουν εγγράφως εάν επιθυμούν οι γαμέτες ή τα γονιμοποιημένα ωάρια τους:

- α. να χρησιμοποιηθούν από τους ίδιους, οπότε υποχρεούνται να καλύψουν τις σχετικές δαπάνες,
- β. να διατεθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς, ή
- γ. να καταστραφούν.

5. Δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη λήψη και την κρυοσυντήρηση των γαμετών.

Στις παραπάνω δαπάνες περιλαμβάνονται:

- α. οι ιατρικές, εργαστηριακές και νοσηλευτικές δαπάνες πριν, κατά και μετά τη λήψη των γαμετών,
- β. τα έξοδα της μετακίνησης και διαμονής του δότη,
- γ. κάθε θετική ζημία του δότη εξαιτίας αποχής από την εργασία του, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία που ο υποψήφιος δότης στερήθηκε εξαιτίας της απουσίας του για την προετοιμασία και πραγματοποίηση της λήψης των γαμετών.

Το ύψος των καλυπτόμενων δαπανών και της αποζημίωσης καθορίζεται με απόφαση της Αρχής.

6. Ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη σύμφωνα με το άρθρο 1460 παράγραφος 1 εδ. β' Α.Κ. φυλάσσονται με απόλυτη μυστικότητα και σε κωδικοποιημένη μορφή στην Τράπεζα Κρυοσυντήρησης και στο εθνικό αρχείο δοτών και ληπτώντου άρθρου 20 παράγραφος 2γ.

7. Οι δότες πρέπει να είναι ενήλικες με πλήρη δικαιοπρακτική ικανότητα. Προκειμένου για διάθεση σπέρματος, ο δότης πρέπει να μην έχει συμπληρώσει το τεσσαρακοστό έτος της ηλικίας του, ενώ προκειμένου για διάθεση ωαρίων η δότρια πρέπει να μην έχει συμπληρώσει το τριακοστό πέμπτο έτος της ηλικίας της. Τα ανωτέρω όρια ηλικίας μπορούν να αυξηθούν μέχρι την ηλικία των πενήντα και σαράντα ετών αντίστοιχα σε περίπτωση διάθεσης γονιμοποιημένων ωαρίων, ή όταν συντρέχει σπουδαίος λόγος, ύστερα από απόφαση της Αρχής.

8. Στις περιπτώσεις του τρίτου εδαφίου της προηγούμενης παραγράφου πρέπει να προηγείται ειδική ενημέρωση των ληπτών σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης γενετικού νοσήματος και να συνιστάται προγεννητικός έλεγχος.
9. Οι δότες υποβάλλονται υποχρεωτικώς σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, τον οποίο καθορίζει η Αρχή με απόφαση της και δεν γίνονται δεκτοί αν πάσχουν από κληρονομικά, γενετικά ή μεταδοτικά νοσήματα. Η χρήση νωπού σπέρματος, που προέρχεται από τρίτο δότη, δεν επιτρέπεται.

Άρθρο 9

Ειδικοί περιορισμοί

1. Η χρήση γαμετών που προέρχονται από περισσότερους του ενός δότες, κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας, απαγορεύεται.
2. Τα τέκνα που προέρχονται από γαμέτες του ίδιου τρίτου δότη δεν επιτρέπεται να υπερβαίνουν τα δέκα, εκτός εάν πρόκειται για γέννηση νέου τέκνου από ζεύγος το οποίο έχει ήδη αποκτήσει τέκνο από γαμέτες του εν λόγω δότη. Με απόφαση της Αρχής μπορεί να καθοριστεί ο ακριβής αριθμός των τέκνων που προέρχονται από τον ίδιο δότη, ανάλογα με τον πληθυσμό μιας συγκεκριμένης περιοχής και άλλες ειδικές συνθήκες.
3. Η επιλογή του τρίτου δότη, του οποίου οι γαμέτες θα χρησιμοποιηθούν σε κάθε κύκλο θεραπείας, γίνεται από τη Μ.Ι.Υ.Α.. Κατά την επιλογή των γαμετών λαμβάνονται ιδίως υπόψη η ομάδα αίματος στο σύστημα ABO και Rhesus, καθώς και τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά των ληπτών με τους οποίους θα δημιουργηθούν δεσμοί συγγενείας. Τα παραπάνω ισχύουν και στη διάθεση γονιμοποιημένων ωαρίων χωρίς αντάλλαγμα.
4. Δεν επιτρέπεται η λήψη γαμετών από κλινικώς νεκρά άτομα, εκτός αν συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρθρου 1457 Α.Κ..
5. Οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται υποχρεωτικά μετά τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη γονιμοποίηση, χωρίς να υπολογίζεται ο ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους.

Άρθρο 10

Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

1. Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση διενεργείται με τη συναίνεση των ενδιαφερόμενων προσώπων και με άδεια της Αρχής, για να διαγνωσθεί αν τα γονιμοποιημένα ωάρια είναι φορείς γενετικών ανωμαλιών, ώστε να αποτραπεί η μεταφορά τους στη μήτρα. Η εν λόγω άδεια χορηγείται, αφού διαπιστωθεί ότι η Μ.Ι.Υ.Α. διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό ή συνεργάζεται με αντίστοιχη μονάδα ή εργαστήριο, το οποίο πληροί τις προϋποθέσεις αυτές.
2. Πριν από την εφαρμογή της μεθόδου είναι υποχρεωτική η παροχή γενετικής συμβουλευτικής στα ενδιαφερόμενα πρόσωπα.

Άρθρο 11

Έρευνα που δεν οδηγεί σε εγκυμοσύνη

1. Η έρευνα γίνεται σε πλεονάζοντες ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν διατεθεί για το σκοπό αυτόν, σύμφωνα με το άρθρο 1459 Α. Κ..
2. Η εν λόγω έρευνα διενεργείται προκειμένου:
 - α. να διευρυνθούν οι γνώσεις για την ανθρώπινη αναπαραγωγή,
 - β. να βελτιωθούν οι μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας της υπογονιμότητας, καθώς και του ελέγχου της γονιμότητας (αντισύλληψης),
 - γ. να εντοπισθούν τα αίτια των αποβολών και να αναπτυχθούν τρόποι αντιμετώπισης τους,
 - δ. να αναπτυχθούν τεχνικές ελέγχου και θεραπείας των γενετικών νόσων και των συγγενών ανωμαλιών,
 - ε. να μελετηθεί η βιολογία των εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων και οι πιθανές θεραπευτικές χρήσεις τους.
3. Η έρευνα σε γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. διενεργείται ύστερα από άδεια της Αρχής, υπό τις εξής ιδίως προϋποθέσεις:
 - α. έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή,
 - β. έγγραφη συναίνεση των δοτών,

γ. διενέργεια της έρευνας επί των γονιμοποιημένων ωαρίων εντός δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη δημιουργία τους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο ενδιαμέσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους,

δ. προηγούμενη αντίστοιχη έρευνα σε πειραματόζωα, εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό,

ε. η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

4. Οι γαμέτες, οι ζυγώτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία έχουν υποβληθεί στην προαναφερθείσα έρευνα, απαγορεύεται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης.

Άρθρο 12

Έρευνα που οδηγεί σε εγκυμοσύνη

1. Έρευνα είναι δυνατόν επίσης να διενεργηθεί σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης σε πρόσωπα που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., όταν σκοπός της έρευνας είναι η απόκτηση σημαντικών γνώσεων, σχετικών με την επιτυχή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και τη γέννηση υγιούς παιδιού.

2. Η έρευνα αυτή διενεργείται ύστερα από άδεια της Αρχής, εφόσον πληρούνται οι όροι του άρθρου 16 του Ν. 26/9/1998 και υπό τις εξής ιδίως προϋποθέσεις:

α. έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Αρχή,

β. έγγραφη συναίνεση των συμμετεχόντων προσώπων, ύστερα από ενημέρωση σύμφωνα με το άρθρο 5,

γ. προηγούμενος αντίστοιχος πειραματισμός σε ζώα ή και σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που δεν έχουν χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης, εκτός αν αυτό δεν είναι επιστημονικά εφικτό,

δ. τα προσδοκώμενα από την έρευνα οφέλη να είναι εμφανώς περισσότερα από τους πιθανούς κινδύνους για το παιδί που θα γεννηθεί και για τη γυναίκα που θα το κυοφορήσει,

ε. η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την αναγκαία τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

Άρθρο 13

Παρένθετη μητρότητα

1. Η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται υπό τους όρους που προβλέπονται στα άρθρα 1458 Α.Κ. και όγδοο του Ν. 3089/2002.
2. Η γυναίκα που πρόκειται να κυοφορήσει υποβάλλεται στις ιατρικές εξετάσεις του άρθρου 4 και σε ενδελεχή ψυχολογική αξιολόγηση.
3. Το άρθρο 4 παράγραφοι 2 και 3 εφαρμόζεται επίσης για τον έλεγχο της υγείας των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο.
4. Η συμφωνία για κυοφορία από τρίτη γυναίκα γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Δεν συνιστά αντάλλαγμα:

α. η καταβολή των δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία,

β. κάθε θετική ζημία της κυοφόρου εξαιτίας αποχής από την εργασία της, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία, τις οποίες στερήθηκε λόγω απουσίας, με σκοπό την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία.

Το ύψος των καλυπτόμενων δαπανών και αποζημιώσεων καθορίζεται με απόφαση της Αρχής.

Κεφάλαιο γ'

Διακίνηση Γεννητικού Υλικού

Άρθρο 14

Διακίνηση

1. Η διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς επίσης και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους, διενεργείται μόνο μέσω Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυοσυντήρησης οι οποίες έχουν λάβει ειδική προς τούτο άδεια από την Αρχή.
2. Η διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς επίσης και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους, είναι ελεύθερη από και προς τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η διακίνηση από και προς

τρίτη χώρα επιτρέπεται ύστερα από άδεια της Αρχής, η οποία παρέχεται αφού ληφθούν υπόψη ιδίως η ύπαρξη επαρκών μηχανισμών ελέγχου και πιστοποίησης της ποιότητας, η τήρηση προτύπων ασφαλείας και γενικά η ισχύουσα νομοθεσία στις χώρες προέλευσης και τελικού προορισμού του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων.

3. Απαγορεύεται η διακίνηση γονιμοποιημένων ωαρίων, τα οποία προέρχονται από κλωνοποίηση, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για αναπαραγωγικούς σκοπούς. Επίσης, απαγορεύεται η διακίνηση υβριδίων και χμαιρών.

Άρθρο 15

Ιχνηλασιμότητα

Η διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων και των βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους πρέπει να γίνεται υπό συνθήκες οι οποίες εξασφαλίζουν την ιχνηλασιμότητα του υλικού, από τον δότη έως τον λήπτη και το αντίστροφο. Τα σχετικά στοιχεία τηρούνται από τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυοσυντήρησης σε ειδικό αρχείο, σύμφωνα με τα άρθρα 16 παράγραφος 6 και 17 παράγραφος 7 και διαβιβάζονται στο τμήμα μητρώων και αρχείων της Αρχής.

Κεφάλαιο δ'

Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζες Κρυοσυντήρησης

Άρθρο 16

Ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ι.Υ.Α.

1. Οι μέθοδοι και οι συναφείς τεχνικές του άρθρου 2 εφαρμόζονται σε ειδικά προς τούτο οργανωμένες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.), οι οποίες λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους φορείς. Οι Μ.Ι.Υ.Α. που λειτουργούν ως ιδιωτικοί φορείς υποχρεούνται να έχουν διασύνδεση με νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική που βρίσκεται σε εύλογη χιλιομετρική απόσταση από αυτές και διαθέτει τμήμα μαιευτικής-γυναικολογίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης έπειτα από εισήγηση της Αρχής καθορίζονται οι όροι της διασύνδεσης αυτής.

2. Οι Μ.Ι.Υ.Α. ιδρύονται και λειτουργούν με άδεια του αρμόδιου φορέα, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις. Αν η Μ.Ι.Υ.Α. λειτουργεί αυτοτελώς ως νομικό πρόσωπο ή ως μονάδα νομικού προσώπου, η άδεια χορηγείται στο νομικό πρόσωπο. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η άδεια χορηγείται στον υπεύθυνο ιατρό που ορίζεται στην παράγραφο 4.
3. Η άδεια λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ισχύει για τρία (3) έτη και ανανεώνεται κάθε φορά για ίσο χρόνο, αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι τηρούνται οι όροι λειτουργίας.
4. Για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α., η ελάχιστη στελέχωση της περιλαμβάνει:

α. έναν ιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ως υπεύθυνο,

β. έναν επιστήμονα των βιοϊατρικών επιστημών, πτυχιούχο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού,

γ. μία μαία, με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α.,

δ. έναν ιατρό αναισθησιολόγο, αν εφαρμόζονται από τη Μ.Ι.Υ.Α. μέθοδοι που απαιτούν αναισθησία.

Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, καθορίζονται οι λοιποί όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α., η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Η άδεια λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ανακαλείται, με εισήγηση της Αρχής, προσωρινά μέχρι έξι (6) μήνες αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι έπαψαν να υπάρχουν οι απαιτούμενες για τη χορήγηση της προϋποθέσεις, οριστικά δε αν αυτό επαναληφθεί και διαπιστωθεί κατά τον επόμενο έλεγχο.

6. Οι Μ.Ι.Υ.Α. τηρούν αρχείο με τα στοιχεία και τα ιατρικά δεδομένα των προσώπων που υποβάλλονται σε μεθόδους Ι.Υ.Α. και συναφείς τεχνικές. Το περιεχόμενο του αρχείου αυτού διαβιβάζεται στην Αρχή και ενσωματώνεται στα αρχεία τα οποία αυτή τηρεί, σύμφωνα με το άρθρο 20 παράγραφος 2.

Άρθρο 17

Ίδρυση και λειτουργία Τραπεζών Κρυοσυντήρησης

1. Οι Τράπεζες Κρυοσυντήρησης συντηρούν και διαθέτουν ανθρώπινους γαμέτες, ωθηκικό και ορχικό ιστό, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια, τα οποία προορίζονται να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς στο πλαίσιο της Ι.Υ.Α..
2. Οι Τράπεζες Κρυοσυντήρησης μπορούν επίσης να συντηρούν και να διαθέτουν βλαστικά κύτταρα, τα οποία προορίζονται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς.
3. Οι Τράπεζες Κρυοσυντήρησης ιδρύονται με άδεια του αρμόδιου φορέα, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής, η οποία ελέγχει αν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις. Λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους ιδιωτικούς φορείς είτε εντός των Μ.Ι.Υ.Α. είτε αυτοτελώς. Αν η Τράπεζα λειτουργεί αυτοτελώς ως νομικό πρόσωπο ή ως μονάδα νομικού προσώπου, η άδεια χορηγείται στο νομικό πρόσωπο. Σε κάθε άλλη περίπτωση, χορηγείται στον υπεύθυνο ιατρό ή επιστήμονα των βιοϊατρικών επιστημών που ορίζονται στην παράγραφο 5.
4. Η άδεια λειτουργίας της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης ισχύει για τρία (3) έτη και ανανεώνεται κάθε φορά για ίσο χρόνο, αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι τηρούνται οι όροι λειτουργίας.
5. Προκειμένου να χορηγηθεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, η ελάχιστη στελέχωση της Τράπεζας Κρυοσυντήρησης περιλαμβάνει:
 - α. έναν ιατρό ή επιστήμονα των βιοϊατρικών επιστημών πτυχιούχο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, με αποδεδειγμένη τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού, ως υπεύθυνο,
 - β. έναν επιστήμονα των βιοϊατρικών επιστημών ή τεχνολόγο ιατρικών εργαστηρίων με αποδεδειγμένη πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α. σε αναγνωρισμένο κέντρο της Ελλάδας ή του εξωτερικού.

Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, καθορίζονται οι λοιποί όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης, η διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Η άδεια λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσυντήρησης ανακαλείται, με εισήγηση της Αρχής, προσωρινά μέχρι έξι (6) μήνες αν διαπιστωθεί από την Αρχή ότι έπαψαν να υπάρχουν οι απαιτούμενες για τη χορήγησή της προϋποθέσεις, οριστικά δε αν αυτό επαναληφθεί και διαπιστωθεί κατά τον επόμενο έλεγχο.

7. Οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης τηρούν αρχείο του υλικού το οποίο φυλάσσεται και διατίθεται από αυτές. Τα στοιχεία του αρχείου αυτού διαβιβάζονται στην Αρχή και ενσωματώνονται στα αρχεία τα οποία αυτή τηρεί, σύμφωνα με το άρθρο 20 παράγραφος 2.

Άρθρο 18

Κοινοποίηση εξαιρετικών συμβάντων

Οι Μ.Ι.Υ.Α. και οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης υποχρεούνται να ενημερώνουν χωρίς καθυστέρηση την Αρχή για οποιοδήποτε εξαιρετικό συμβάν, το οποίο προκύπτει κατά τη λειτουργία τους ή κατά την εφαρμογή των μεθόδων Ι.Υ.Α. είτε κατά τη διακίνηση ανθρώπινου γεννητικού υλικού, γονιμοποιημένων ωαρίων και των βιολογικών συστατικών ή παραγώγων τους.

Κεφάλαιο ε'

Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Άρθρο 19

Σύσταση - Αποστολή - Νομική φύση

1. Συνιστάται Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Αρχή Ι.Υ.Α.), με αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, καθώς και την ενάσκηση των αρμοδιοτήτων που της ανατίθενται κάθε φορά.
2. Η Αρχή αποτελεί ανεξάρτητη διοικητική αρχή, με δικό της προϋπολογισμό και

δική της γραμματεία και δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Κατά την ενάσκηση των καθηκόντων τους, τα μέλη της Αρχής απολαύουν προσωπικής και λειτουργικής ανεξαρτησίας. Η Αρχή υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει έδρα την Αθήνα.

3. Οι πιστώσεις για τη λειτουργία της Αρχής εγγράφονται σε ειδικό φορέα στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τον προϋπολογισμό της Αρχής εισηγείται ο Πρόεδρος της, ο οποίος είναι και διατάκτης των δαπανών της, στον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών. Ποσοστό των κάθε είδους εσόδων του Δημοσίου από την εφαρμογή του παρόντος νόμου, συμπεριλαμβανομένων των παραβόλων και προστίμων που επιβάλλει η Αρχή, διατίθεται για τις ανάγκες της Αρχής. Το ποσοστό αυτό καθορίζεται κάθε φορά με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 20

Αρμοδιότητες της Αρχής

1. Η Αρχή έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α. Ελέγχει αν πληρούνται οι προβλεπόμενες από τον παρόντα νόμο προϋποθέσεις για τη σύσταση και λειτουργία των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης, για να τους χορηγηθεί άδεια λειτουργίας ή να ανανεωθεί η υπάρχουσα. Επιπλέον, διενεργεί εκτάκτους ελέγχους αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν καταγγελίας.

β. Εκδίδει τις προβλεπόμενες από τις διατάξεις του παρόντος νόμου άδειες, υπό τις προϋποθέσεις που η ίδια ορίζει.

γ. Καταρτίζει τον ειδικό κώδικα δεοντολογίας για τα θέματα που σχετίζονται με την Ι.Υ.Α. και ελέγχει την τήρηση του.

δ. Εγκρίνει τα πρωτόκολλα για τη διενέργεια έρευνας σε γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια είτε αυτά χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης είτε όχι, σύμφωνα με τα άρθρα 11 και 12.

ε. Συλλέγει και αρχειοθετεί τα κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης.

στ. Ενημερώνει και διαφωτίζει το κοινό σχετικά με τα θέματα της Ι.Υ.Α. μέσω της περιοδικής δημοσίευσης των αποτελεσμάτων της δραστηριότητας των Μ.Ι.Υ.Α. σε εθνικό επίπεδο και με κάθε άλλο πρόσφορο μέσο. Επίσης παρακολουθεί και καταγράφει τις επιστημονικές και τις κοινωνικές εξελίξεις στον τομέα της Ι.Υ.Α..

ζ. Αναθέτει σε μέλος ή μέλη της τη διενέργεια διοικητικών εξετάσεων και επιβάλλει τις κατά το άρθρο 27 διοικητικές κυρώσεις.

η. Καταγγέλλει τις παραβάσεις των διατάξεων του παρόντος νόμου στις αρμόδιες δικαστικές αρχές.

θ. Συντάσσει κάθε χρόνο έκθεση για την εκτέλεση της αποστολής της κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος. Η έκθεση υποβάλλεται από τον Πρόεδρο της Αρχής στον Πρόεδρο της Βουλής και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κοινοποιείται στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και εν γένει δημοσιοποιείται με ευθύνη της Αρχής.

ι. Εξετάζει αναφορές ή καταγγελίες σχετικά με την εφαρμογή του νόμου και την προστασία των δικαιωμάτων των αιτούντων, όταν αυτά τίγονται από τον τρόπο εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α., καθώς και σχετικά με εξαιρετικά συμβάντα, και ενημερώνει τους ενδιαφερόμενους για τις σχετικές ενέργειες της.

ια. Γνωμοδοτεί και υποβάλλει προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για απαιτούμενες νέες ρυθμίσεις ή τροποποιήσεις του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου.

ιβ. Συνεργάζεται με αντίστοιχες Αρχές άλλων Κρατών, καθώς και με Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Οργανισμούς και φορείς σε ζητήματα σχετικά με την άσκηση των αρμοδιοτήτων της.

ιγ. Εκδίδει κανονιστικές πράξεις για τη ρύθμιση ειδικών τεχνικών και λεπτομερειακών θεμάτων, στα οποία αναφέρεται ο παρών νόμος. Οι κανονιστικές πράξεις της Αρχής δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Οι λοιπές αποφάσεις ισχύουν από την έκδοση ή την κοινοποίηση τους.

ιδ. Αποφασίζει για την τύχη των γαμετών, του γεννητικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων που βρίσκονται ή φυλάσσονται σε νωπή ή κρυοσυντηρημένη

κατάσταση σε μια Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζα Κρυοσυντήρησης, η λειτουργία της οποίας έχει ανασταλεί ή διακοπεί για οποιονδήποτε λόγο.

ιε. Ασχολείται και με κάθε άλλο, μη ρητώς αναφερόμενο στον παρόντα νόμο θέμα, το οποίο κατά την κρίση της εντάσσεται στο πεδίο της Ι.Υ.Α..

2. Η Αρχή τηρεί τα ακόλουθα εθνικά μητρώα και αρχεία:

α. Μητρώο αδειών λειτουργίας Μ.Ι.Υ.Α. και Τραπεζών Κρυοσυντήρησης.

β. Αρχείο των αποτελεσμάτων της εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α..

γ. Αρχείο απόρρητων ιατρικών στοιχείων των δοτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, σύμφωνα με την παράγραφο 6 του άρθρου 8. Τα στοιχεία των δοτών καταχωρίζονται σε κωδικοποιημένη μορφή.

δ. Άκρως απόρρητα αρχεία που περιέχουν τα στοιχεία ταυτότητας δοτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και τον αντίστοιχο κωδικό.

3. Τα παραπάνω μητρώα και αρχεία περιέχουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, κατά την έννοια του Ν. 2472/1997. Η πρόσβαση στα υπό στοιχεία α' και β' μητρώα και αρχεία της προηγούμενης παραγράφου επιτρέπεται με άδεια της Αρχής, τηρουμένων των προϋποθέσεων του Ν. 2472/1997. Η πρόσβαση στο υπό στοιχείο γ' αρχείο της προηγούμενης παραγράφου επιτρέπεται, με άδεια της Αρχής, μόνο στο τέκνο, για λόγους σχετικούς με την υγεία του.

Άρθρο 21

Συγκρότηση της Αρχής

1. Η Αρχή συγκροτείται από τον Πρόεδρο και οκτώ μέλη. Ως Πρόεδρος ορίζεται Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι., εν ενεργεία ή μη είτε σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου είτε στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής-γυναικολογίας, με πείρα στην Ι.Υ.Α..
2. Ο Πρόεδρος της Αρχής διορίζεται με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, ύστερα από εισήγηση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και γνώμη της Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής. Με την ίδια διαδικασία επιλέγεται και διορίζεται ο αναπληρωτής του Προέδρου.

Τα μέλη της Αρχής, καθώς και οι αναπληρωτές τους, διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Η θητεία του Προέδρου, των μελών της Αρχής και των αναπληρωτών τους είναι τετραετής και μπορεί να ανανεωθεί μία μόνο φορά. Κανείς δεν μπορεί να υπηρετήσει περισσότερα από οκτώ συνεχόμενα έτη στην ίδια θέση.
4. Η σύνθεση των μελών της Αρχής ανανεώνεται κατά το ήμισυ ανά τετραετία. Στο τέλος της πρώτης θητείας, τέσσερα μέλη της Αρχής, τα οποία κληρώνονται από τον Πρόεδρο, παρουσία όλων των μελών της, αμέσως μετά τη λήψη της απόφασης επιλογής τους, διορίζονται για επιπλέον θητεία δύο ετών. Ο Πρόεδρος της Αρχής και ο αναπληρωτής του διορίζονται πάντοτε για πλήρη θητεία.
5. Σε περίπτωση θανάτου, παραίτησης ή έκπτωσης μέλους της Αρχής διορίζεται νέο μέλος για το υπόλοιπο της θητείας. Η θητεία των μελών της Αρχής παρατείνεται αυτοδικαίως μέχρι το διορισμό νέων.
6. Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής διορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές, οι οποίοι πρέπει να διαθέτουν τις ίδιες ιδιότητες και προσόντα. Εφόσον Πρόεδρος της Αρχής οριστεί Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι., εν ενεργεία ή μη, σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου, ο αναπληρωτής του πρέπει να είναι υποχρεωτικά Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Ε.Ι. στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας και αντίστροφα.
7. Ως μέλη της Αρχής ορίζονται:
 - α. ένας Καθηγητής Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου,
 - β. ένας Καθηγητής ιατρικού τμήματος Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, στο γνωστικό αντικείμενο της μαιευτικής - γυναικολογίας, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,
 - γ. ένας Καθηγητής Α.Ε.Ι., τουλάχιστον της βαθμίδας του μόνιμου Επίκουρου, στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας ή βιοχημείας ή εμβρυολογίας ή γενετικής, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,
 - δ. ένα πρόσωπο με κύρος και εμπειρία στον τομέα της βιοηθικής και της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων,

ε. ένας μαιευτήρας - γυναικολόγος του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,

στ. ένας επιστήμονας στο γνωστικό αντικείμενο της βιολογίας ή βιοχημείας ή εμβρυολογίας ή γενετικής του Εθνικού Συστήματος Υγείας ή του ιδιωτικού τομέα, με πείρα στην Ι.Υ.Α.,

ζ. ένας ψυχολόγος με πείρα στη συμβουλευτική των υπογόνιμων ατόμων,

η. ένα πρόσωπο που έχει υποβληθεί σε μεθόδους Ι.Υ.Α..

8. Στον Πρόεδρο, στα μέλη της Αρχής και στους αναπληρωτές τους που ανήκουν στο Διδακτικό Επιστημονικό Προσωπικό Α.Ε.Ι. επιτρέπεται η άσκηση των καθηκόντων τους στο οικείο Α.Ε.Ι., με καθεστώς πλήρους απασχόλησης.

Άρθρο 22

Λειτουργία της Αρχής

1. Η Αρχή καταρτίζει τον κανονισμό λειτουργίας της, με τον οποίο ρυθμίζονται ιδίως η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών της, η σύσταση ειδικών τμημάτων και επιτροπών, η διαδικασία ακρόασης των ενδιαφερομένων, θέματα πειθαρχικής διαδικασίας και ο τρόπος διεξαγωγής των ελέγχων που προβλέπονται στην περίπτωση α' της παραγράφου 1 του άρθρου 20.
2. Η Αρχή συνεδριάζει ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει την Αρχή ύστερα από αίτηση τεσσάρων τουλάχιστον μελών της.

Η Αρχή συνεδριάζει νόμιμα όταν στη σύνθεση της μετέχουν τουλάχιστον πέντε μέλη (απαρτία) συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου ή του αναπληρωτή του. Οι αποφάσεις της Αρχής λαμβάνονται με την πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των άρθρων 14 και 15 του Ν. 2690/1999.

3. Η Αρχή συνεδριάζει και σε τμήματα, συντιθέμενα από τρία τουλάχιστον μέλη προεδρευόμενα από τον Πρόεδρο ή τον αναπληρωτή του. Στις αρμοδιότητες των τμημάτων αυτών περιλαμβάνονται ιδίως:

- α. οι έλεγχοι και αδειοδοτήσεις,
- β. η τήρηση των μητρώων και αρχείων,

- γ. η επιστημονική τεκμηρίωση και η έρευνα,
- δ. η βιοηθική και η δεοντολογία,
- ε. η επικοινωνία και η ενημέρωση του κοινού.

Ο κανονισμός λειτουργίας της ρυθμίζει περαιτέρω τη σύνθεση, τους όρους λειτουργίας των τμημάτων και την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ ολομέλειας και τμημάτων. Αποφάσεις των τμημάτων μπορούν να τροποποιούνται ή να ανακαλούνται από την ολομέλεια.

- 4. Ο Πρόεδρος εκπροσωπεί την Αρχή δικαστικώς και εξωδίκως. Ο Πρόεδρος μπορεί να αναθέτει την εκπροσώπηση της Αρχής σε μέλος της ή σε υπάλληλό της.
- 5. Στον Πρόεδρο της Αρχής ανήκει η ευθύνη της λειτουργίας της. Ο Πρόεδρος είναι διοικητικός προϊστάμενος του προσωπικού της Γραμματείας, ασκεί την επ' αυτού πειθαρχική εξουσία και μπορεί να επιβάλλει πειθαρχική ποινή επίπληξης ή και προστίμου ίσου προς το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών του εγκαλουμένου. Ο Πρόεδρος μπορεί να εξουσιοδοτεί μέλος της Αρχής ή ανώτερο υπάλληλο της να υπογράφει με εντολή Προέδρου έγγραφα, εντάλματα ή άλλες πράξεις.
- 6. Ένδικα βοηθήματα κατά των αποφάσεων της Αρχής μπορεί να ασκεί και το Δημόσιο δια του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού.
- 7. Κάθε δημόσια αρχή υποχρεούται να παρέχει τη συνδρομή της στην Αρχή.

Άρθρο 23

Κωλύματα - ασυμβίβαστα μελών της Αρχής

- 1. Δεν μπορεί να διοριστεί Πρόεδρος, αναπληρωτής του Προέδρου ή μέλος της Αρχής:
 - α. Υπουργός, υφυπουργός, γενικός γραμματέας υπουργείου ή αυτοτελούς γενικής γραμματείας και βουλευτής.
 - β. Διοικητής, διευθυντής, διαχειριστής ή ασκών διευθυντικά καθήκοντα εν γένει είτε σε επιχείρηση που παρέχει υπηρεσίες Ι.Υ.Α. είτε σε επιχείρηση που παράγει, μεταποιεί, διαθέτει ή εμπορεύεται φαρμακευτικά προϊόντα, καθώς και υλικά και θεραπευτικά μέσα χρησιμοποιούμενα στην Ι.Υ.Α..
- 2. Για τη διαπίστωση των ως άνω κωλυμάτων και ασυμβιβάστων, οι υποψήφιοι για τις θέσεις Προέδρου και μέλους της Αρχής υποβάλλουν υπεύθυνη δήλωση, στην οποία αναφέρουν τις θέσεις τις οποίες κατέχουν στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

3. Εκπίπτει από την ιδιότητα του μέλους της Αρχής όποιος, μετά το διορισμό του:
- α. αποκτά μία από τις ιδιότητες που συνιστούν κώλυμα διορισμού, σύμφωνα με τις δύο προηγούμενες παραγράφους ή
 - β. προβαίνει σε πράξεις ή αναλαμβάνει οποιαδήποτε εργασία ή έργο ή αποκτά άλλη ιδιότητα που δεν συμβιβάζονται με τα καθήκοντα του ως μέλους της Αρχής.
4. Στη διαπίστωση των ασυμβιβάστων της προηγούμενης παραγράφου προβαίνει η Αρχή, χωρίς συμμετοχή του μέλους της, στο πρόσωπο του οποίου ενδέχεται να συντρέχει το ασυμβίβαστο. Η Αρχή αποφασίζει ύστερα από ακρόαση του εν λόγω μέλους. Τη διαδικασία κινεί είτε ο Πρόεδρος της Αρχής είτε ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο24

Υποχρεώσεις και δικαιώματα μελών της Αρχής

1. Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους τα μέλη της Αρχής υπακούουν στη συνείδηση τους και το νόμο. Υπόκεινται στο καθήκον εχεμύθειας. Ως μάρτυρες ή πραγματογνώμονες μπορούν να καταθέτουν στοιχεία που αφορούν αποκλειστικά και μόνο στην τήρηση των διατάξεων του παρόντος νόμου από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Το καθήκον εχεμύθειας υφίσταται και μετά την με οποιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των μελών της Αρχής.
2. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι μηνιαίες αποδοχές του Προέδρου και των μελών της Αρχής, καθώς και η αποζημίωση τους για κάθε συνεδρίαση στην οποία συμμετέχουν. Στους αναπληρωτές καταβάλλεται το τριάντα τοις εκατό (30%) των αποδοχών του Προέδρου και των τακτικών μελών αντίστοιχα, εφόσον κατά βεβαίωση του Προέδρου προσέφεραν κατά τη διάρκεια του μηνός υπηρεσία, πλην της τυχόν συμμετοχής τους σε συνεδριάσεις της Αρχής, καθώς και αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν. Οι διατάξεις για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων προσώπων με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας, που ισχύουν κάθε φορά, έχουν εφαρμογή και για τη μετακίνηση των μελών και των υπαλλήλων της Γραμματείας της Αρχής. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης.
3. Τα μέλη της Αρχής υπέχουν πειθαρχική ευθύνη για κάθε παράβαση των υποχρεώσεων τους που απορρέουν από τον παρόντα νόμο. Την πειθαρχική αγωγή ασκεί

ενώπιον του πειθαρχικού συμβουλίου ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τον Πρόεδρο και τα μέλη της Αρχής και ο Πρόεδρος της Αρχής για τα μέλη της. Το πειθαρχικό συμβούλιο αποτελείται από έναν Αντιπρόεδρο του Συμβουλίου της Επικρατείας, ως πρόεδρο, έναν Αρεοπαγίτη, έναν Σύμβουλο του Ελεγκτικού Συνεδρίου και δύο Καθηγητές Α.Ε.Ι., έναν σε γνωστικό αντικείμενο του δικαίου και έναν Καθηγητή της ιατρικής σε γνωστικό αντικείμενο της Ι.Υ.Α..

Χρήη γραμματέα του συμβουλίου εκτελεί υπάλληλος της Αρχής. Ο Πρόεδρος, τα μέλη και ο γραμματέας του συμβουλίου ορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές. Για τα μέλη του συμβουλίου που είναι δικαστικοί λειτουργοί απαιτείται απόφαση του οικείου ανώτατου δικαστικού συμβουλίου. Το συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τριετή θητεία. Το Συμβούλιο συνεδριάζει με την παρουσία τεσσάρων τουλάχιστον μελών, μεταξύ των οποίων οπωσδήποτε ο Πρόεδρος ή ο αναπληρωτής του και αποφασίζει με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Αν υπάρχουν περισσότερες από δύο γνώμες, οι ακολουθούντες την ασθενέστερη οφείλουν να προσχωρήσουν σε μία από τις επικρατέστερες. Το πειθαρχικό συμβούλιο αποφασίζει σε πρώτο και τελευταίο βαθμό την απαλλαγή ή την παύση του εγκαλουμένου. Η αμοιβή του Προέδρου, των μελών και του γραμματέα του συμβουλίου καθορίζεται κατά συνεδρίαση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατά παρέκκλιση κάθε άλλης διατάξεως.

4. Μέλος της Αρχής ή υπάλληλος της Γραμματείας της, ο οποίος, κατά παράβαση του παρόντος νόμου, γνωστοποιεί με οποιονδήποτε τρόπο απόρρητα ή προσωπικού χαρακτήρα δεδομένα, προσιτά σε αυτόν λόγω της υπηρεσίας του, ή αφήνει άλλον να λάβει γνώση αυτών, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) ετών και χρηματική ποινή από 6.000,00 ευρώ έως 30.000,00 ευρώ. Αν όμως τέλεσε την πράξη με σκοπό να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον αθέμιτο όφελος ή να βλάψει άλλον, επιβάλλεται κάθειρξη.

Αν η πράξη του πρώτου εδαφίου τελέστηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή.

Άρθρο 25

Γραμματεία της Αρχής

1. Η Αρχή εξυπηρετείται από Γραμματεία, η οποία λειτουργεί σε επίπεδο Διευθύνσεως και συγκροτείται από τα εξής ιδίως τμήματα:

- α. διοίκησης,
- β. οικονομικής διαχείρισης,
- γ. γραμματειακής υποστήριξης,
- δ. μηχανογραφικών εφαρμογών,
- ε. επικοινωνίας και διεθνών σχέσεων.

2. Η οργάνωση της Γραμματείας, η διαίρεση της σε τμήματα και γραφεία και οι επί μέρους αρμοδιότητες τούτων, ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού κατά κλάδους και ειδικότητες, ο ελάχιστος αριθμός υπαλλήλων κατά τμήμα, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια καθορίζονται με Προεδρικό Διάταγμα που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση της Αρχής, η οποία διατυπώνεται μέσα σε δύο μήνες από τη συγκρότηση της.

Με όμοιο Προεδρικό Διάταγμα μπορούν να ιδρύονται νέα τμήματα, να καταργούνται ή να συγχωνεύονται τα υπάρχοντα και να ανακατανέμονται ή να μεταβάλλονται οι αρμοδιότητες τους. Με το ίδιο Προεδρικό Διάταγμα καθορίζονται οι προϋποθέσεις κατανομής και ένταξης του υπηρετούντος προσωπικού στα τυχόν νέα τμήματα που θα συσταθούν.

Τα θέματα εσωτερικής οργάνωσης και λειτουργίας της Γραμματείας της Αρχής ρυθμίζονται από εσωτερικό κανονισμό, που εκδίδεται από την Αρχή και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

3. Η πλήρωση όλων των θέσεων της Γραμματείας, καθώς και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού της, γίνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παράγραφος 1,2,3,5 και 6 του Ν. 3051/2002. Για το σκοπό αυτόν συνιστώνται υπηρεσιακό συμβούλιο και δευτεροβάθμιο πειθαρχικό συμβούλιο, όπως ορίζεται στο άρθρο 4 παράγραφος 3 του ίδιου νόμου.

Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος, η πλήρωση των θέσεων προϊσταμένων υπηρεσιακών μονάδων της Γραμματείας μπορεί να γίνει και με απόσπαση ή με μετάταξη υπαλλήλων βαθμού Α' ή αντίστοιχου του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ., με τη συναίνεση των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων υπαλλήλων.

Διορισμός σύμφωνα με την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου γίνεται μόνο στις θέσεις που δεν θα πληρωθούν με απόσπαση ή με μετάταξη, μετά από δημόσια προκήρυξη. Για την απόσπαση ή τη μετάταξη απαιτείται γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου της υπηρεσίας από την οποία αποσπάται ή μετατάσσεται ο υπάλληλος. Τον προϊστάμενο της Γραμματείας επιλέγει η Αρχή κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη. Οι αποσπασμένοι εξακολουθούν να αμείβονται από την οργανική τους θέση.

Ο χρόνος της προηγούμενης υπηρεσίας των αποσπώμενων ή μετατασσομένων από Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., λογίζεται ως χρόνος πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

Κεφάλαιο στ' Κυρώσεις

Άρθρο 26

Ποινικές κυρώσεις

1. Όποιος κατά παράβαση των άρθρων 1455 Α.Κ. και 2 παράγραφος 3 του παρόντος προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, σε επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, σε δημιουργία χμαιρών και υβριδίων, σε τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, σε μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή σε ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο δεκατεσσάρων (14) ημερών από τη γονιμοποίηση, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δεκαπέντε (15) ετών.

2. Όποιος κατά παράβαση του άρθρου 8 πωλεί ή αγοράζει ή προσφέρει προς πώληση ή αγορά γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, καθώς και όποιος μεσολαβεί στην πώληση ή αγορά των ανωτέρω, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα (10) ετών. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος ηθελημένα αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την πώληση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων.

3. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, για σκοπούς άλλους από εκείνους που προβλέπονται στο Ν. 3089/2002 και στον παρόντα νόμο, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών.

4. Όποιος δημιουργεί γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς σκοπούς ή διενεργεί

έρευνα κατά παράβαση των άρθρων 11 και 12, τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα (10) ετών. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος χρησιμοποιεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά παράβαση του άρθρου 11 παράγραφος 4, καθώς και όποιος χρησιμοποιεί για τον ίδιο σκοπό γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά την οποία όμως δεν τηρήθηκαν οι όροι του άρθρου 12.

5. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς την έγγραφη συναίνεση των προσώπων, όταν αυτή απαιτείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους. Σε περίπτωση που χρησιμοποιούνται γαμέτες ή γονιμοποιημένα ωάρια τρίτων προσώπων χωρίς την έγγραφη συναίνεση των συζύγων ή συντρόφων, επιβάλλεται ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους.

6. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. κατά παράβαση των ορίων ηλικίας που προβλέπονται στα άρθρα 1455 παράγραφος 1 εδ. β' Α.Κ. και των άρθρων 4 παράγραφος 1 και 8 παράγραφος 7 του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους.

7. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο ή την άδεια της Αρχής, που προβλέπονται στο άρθρο 4 παράγραφοι 2, 3 τιμωρείται με ποινή φυλάκισης μέχρι ενός έτους.

8. Όποιος μετέχει στη διαδικασία απόκτησης τέκνου μέσω παρένθετης μητρότητας, χωρίς να τηρηθούν οι όροι των άρθρων 1458 Α.Κ., 8 του Ν. 3089/2002 και 13 του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών και με χρηματική ποινή τουλάχιστον 1.500,00 ευρώ. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος δημόσια ή με την κυκλοφορία εγγράφων, εικόνων ή παραστάσεων αναγγέλλει, προβάλλει ή διαφημίζει, έστω και συγκαλυμμένα, την απόκτηση τέκνου μέσω τρίτης γυναίκας ή παρέχει κατ' επάγγελμα μεσιτικές υπηρεσίες με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή προσφέρει με τον ίδιο τρόπο υπηρεσίες δικές του ή άλλου για την επίτευξη του σκοπού αυτού.

9. Σε περίπτωση διάθεσης γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, όποιος προβαίνει σε χρήση αυτών στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. χωρίς τον αναγκαίο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο ή χρησιμοποιεί νωπό σπέρμα τρίτου δότη, κατά παράβαση του άρθρου 8 παράγραφος 9, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών.

10. Όποιος χρησιμοποιεί γαμέτες από περισσότερους του ενός δότες κατά τη διάρκεια

του ίδιου κύκλου θεραπείας ή προκαλεί τη γέννηση περισσότερων από δέκα τέκνων με γαμέτες του ίδιου δότη, κατά παράβαση του άρθρου 9, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών (3) μηνών.

11. Όποιος αποκαλύπτει καθ' οιονδήποτε τρόπο την ταυτότητα των δοτών και ληπτών γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, κατά παράβαση των άρθρων 1460 Α.Κ. και των άρθρων 8 παράγραφος 6 και 20 παράγραφος 2 περίπτωση γ' και δ' του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών, εκτός αν προβλέπεται βαρύτερη ποινή από άλλο νόμο.

12. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια μετά το θάνατο εκείνου από τον οποίο προέρχονται, κατά παράβαση των όρων του άρθρου 1457 Α.Κ., ή αποσπά γαμέτες από κλινικώς νεκρά άτομα κατά παράβαση του άρθρου 9 παράγραφος 4 του παρόντος, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών (3) μηνών.

13. Όποιος θέτει σε λειτουργία Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζα Κρυοσυντήρησης, κατά παράβαση των άρθρων 16 και 17, ή εφαρμόζει μεθόδους Ι.Υ.Α. εκτός των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον τριών (3) μηνών και χρηματική ποινή τουλάχιστον 2.000,00 ευρώ.

14. Όποιος εισάγει γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια από χώρες εκτός Ελλάδος, με σκοπό τη χρήση τους στην Ι. Υ.Α., ή για ερευνητικούς σκοπούς, χωρίς την τήρηση των προϋποθέσεων ελέγχου και ιχνηλασιμότητας των άρθρων 14 και 15 τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους.

Άρθρο 27

Διοικητικές κυρώσεις

1. Όποιος κατά παράβαση των άρθρων 1455 Α.Κ. και 2 παράγραφος 3 του παρόντος προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, δημιουργία χμαιρών και υβριδίων, τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο 14 ημερών από τη γονιμοποίηση, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 1 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος επί τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ. Επί τελέσεως εκ νέου μίας από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού

200.000,00 έως 400.000,00 ευρώ.

2. Όποιος κατά παράβαση του άρθρου 8 πωλεί ή αγοράζει, ή προσφέρει προς πώληση ή αγορά, γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια, ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, καθώς και όποιος μεσολαβεί στην πώληση ή αγορά των ανωτέρω, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 2 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος επί τουλάχιστον ένα έτος και πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 30.000,00 έως 60.000,00 ευρώ. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου, με σκοπό την πώληση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων. Επί τελέσεως εκ νέου μίας από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ.

3. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια ή προϊόντα προερχόμενα από γονιμοποιημένα ωάρια, για σκοπούς άλλους από εκείνους που προβλέπονται στο Ν. 3089/2002 και στον παρόντα νόμο, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 3 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ.

4. Όποιος δημιουργεί γονιμοποιημένα ωάρια για ερευνητικούς σκοπούς ή διενεργεί έρευνα κατά παράβαση των άρθρων 11 και 12, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 4 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 30.000,00 έως 60.000,00 ευρώ και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον ενός έτους. Με την ίδια ποινή τιμωρείται όποιος χρησιμοποιεί για την επίτευξη εγκυμοσύνης γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά παράβαση του άρθρου 11 παράγραφος 4, καθώς και όποιος χρησιμοποιεί για τον ίδιο σκοπό γαμέτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν υποβληθεί σε έρευνα, κατά την οποία όμως δεν τηρήθηκαν οι όροι του άρθρου 12. Επί τελέσεως εκ νέου μίας από τις παραπάνω παραβάσεις, επιβάλλεται πρόστιμο ποσού 50.000,00 έως 100.000,00 ευρώ και ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος για δύο (2) έτη.

5. Σε περίπτωση διάθεσης γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, όποιος προβαίνει σε χρήση αυτών στο πλαίσιο Ι.Υ.Α. χωρίς τον αναγκαίο κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, ή χρησιμοποιεί νωπό σπέρμα τρίτου δότη κατά παράβαση του άρθρου 8 παράγραφος 9, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 9 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον έξι (6)

μηνών.

6. Σε περίπτωση εφαρμογής μεθόδων I.Y.A. χωρίς την έγγραφη συναίνεση των προσώπων, όταν αυτή απαιτείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3089/2002 και του παρόντος νόμου, καθώς και σε περίπτωση χρησιμοποίησης γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων τρίτων προσώπων χωρίς την έγγραφη συναίνεση των συζύγων ή συντρόφων, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 5 ποινές επιβάλλεται και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης από τρεις (3) έως έξι (6) μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας.

7. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων I.Y.A. κατά παράβαση των ορίων ηλικίας που προβλέπονται στο άρθρο 1455 παράγραφος 1 εδ. β' Α.Κ. και στα άρθρα 4 παράγραφος 1 και 8 παράγραφος 7 του παρόντος, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 6 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης από τρεις (3) έως έξι (6) μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας.

8. Όποιος προβαίνει σε εφαρμογή μεθόδων I.Y.A. χωρίς τον απαιτούμενο έλεγχο ή την άδεια της Αρχής, που προβλέπονται στο άρθρο 4 παράγραφοι 2 και 3, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 7 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

9. Όποιος χρησιμοποιεί γαμέτες από περισσότερους του ενός δότες κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας ή προκαλεί τη γέννηση περισσότερων από δέκα τέκνων με γαμέτες του ίδιου δότη, κατά παράβαση του άρθρου 9, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 10 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον τριών (3) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

10. Όποιος χρησιμοποιεί γεννητικό υλικό ή γονιμοποιημένα ωάρια μετά το θάνατο εκείνου από τον οποίο προέρχονται ή αποσπά γαμέτες από κλινικώς νεκρά άτομα, κατά παράβαση των όρων των άρθρων 1457 Α. Κ. και 9 παράγραφος 4 του παρόντος, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 12 ποινικές κυρώσεις, τιμωρείται και με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος τουλάχιστον έξι (6) μηνών.

Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και πρόστιμο ποσού τουλάχιστον 10.000,00 έως 20.000,00 ευρώ.

11. Σε περίπτωση θέσεως σε λειτουργία Μ.Ι.Υ.Α. ή Τράπεζας Κρυσυντήρησης, κατά παράβαση των άρθρων 16 και 17, ή εφαρμογής μεθόδων Ι.Υ.Α. εκτός των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, επιβάλλεται, εκτός από τις προβλεπόμενες στο άρθρο 26 παράγραφος 13 ποινές και προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος των υπευθύνων μέχρι έξι (6) μήνες. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος.

12. Η εφαρμογή μεθόδων Ι.Υ.Α. χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του ζεύγους, ή κατόπιν ελλιπούς ενημέρωσης του, κατά παράβαση των άρθρων 5 και 8 παράγραφος 8, επισύρει κατά της Μ.Ι.Υ.Α. πρόστιμο ποσού 1.500,00 έως 3.000,00 ευρώ.

13. Σε περίπτωση παράβασης του άρθρου 6, σχετικά με τον αριθμό των μεταφερομένων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων, επιβάλλεται κατά των υπευθύνων για την εν λόγω μεταφορά, πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. τουλάχιστον έξι (6) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α..

14. Η ελλιπής τήρηση αρχείων από τις Μ.Ι.Υ.Α. και τις Τράπεζες Κρυσυντήρησης, η παράλειψη διαβίβασης των στοιχείων τους στην Αρχή, καθώς και η παράλειψη κοινοποίησης εξαιρετικών συμβάντων, κατά παράβαση των άρθρων 16 παράγραφος 6, 17 παράγραφος 7 και 19, τιμωρείται με πρόστιμο ποσού 1.500,00 έως 3.000,00 ευρώ. Επιπλέον, επιβάλλεται προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης τουλάχιστον έξι (6) μηνών. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, οι παραπάνω ποινές επαυξάνονται ανάλογα με τη βαρύτητα της παράβασης.

15. Στην περίπτωση παράβασης των όρων της κρυσυντήρησης γεννητικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων, όπως ορίζονται στο άρθρο 7 παράγραφοι 1-4, επιβάλλεται κατά της Μ.Ι.Υ.Α. ή της Τράπεζας Κρυσυντήρησης πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ.

16. Σε περίπτωση δημιουργίας ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων κατά παράβαση του άρθρου 7 παράγραφος 5, επιβάλλεται στη Μ.Ι.Υ.Α. πρόστιμο ποσού 1.000,00 έως 2.000,00 ευρώ.

17. Η διενέργεια προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης κατά παράβαση των όρων του

άρθρου 10, τιμωρείται με πρόστιμο ποσού 2.000,00 έως 4.000,00 ευρώ και προσωρινή ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α. επί ένα έτος. Αν η παράβαση τελεσθεί εκ νέου, επιβάλλεται οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας της Μ.Ι.Υ.Α..

18. Όλες οι παραπάνω διοικητικές κυρώσεις επιβάλλονται από την Αρχή. Σε περίπτωση ανάκλησης άδειας λειτουργίας ή άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος, η Αρχή εισηγείται την ανάκληση στον αρμόδιο φορέα.

Κεφάλαιο ζ'

Ασφαλιστικές Διατάξεις

Άρθρο 28

Ασφαλιστική κάλυψη

1. Με Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των συναρμόδιων Υπουργών, ύστερα από γνώμη της Αρχής, καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η απαιτούμενη διαδικασία για την κάλυψη από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς των δαπανών εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. και των συναφών τεχνικών, καθώς και η κάλυψη των ανασφάλιστων δικαιούχων από το πρόγραμμα κοινωνικής πρόνοιας.

2. Με το ίδιο Προεδρικό Διάταγμα καθορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών μητρότητας, τις οποίες χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και τα δικαιώματα που σχετίζονται με τους όρους και τις συνθήκες εργασίας, σε περίπτωση παρένθετης μητρότητας.

Κεφάλαιο η'

Τελικές- μεταβατικές Διατάξεις

Άρθρο 29

Έναρξη λειτουργίας της Αρχής

1. Μέσα σε τέσσερις (4) μήνες από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, διορίζεται ο Πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής, καθώς και οι αναπληρωτές τους.

2. Ο χρόνος της έναρξης λειτουργίας της Αρχής ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται το αργότερο μέσα σε τρεις (3) μήνες μετά τη συγκρότηση της. Από το διορισμό των μελών της και έως την πλήρωση των

θέσεων της Γραμματείας της, σύμφωνα με το άρθρο 25 παράγραφος 3, η Αρχή εξυπηρετείται από προσωπικό το οποίο αποσπάται προσωρινά σε αυτήν, με απόφαση της, κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη.

3. Έως ότου η Αρχή λειτουργήσει σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, η εκκαθάριση των δαπανών της γίνεται από τη Διεύθυνση Οικονομικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε βάρος του προϋπολογισμού του.

4. Η κατά την παράγραφο 2 του παρόντος άρθρου απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το χρόνο έναρξης λειτουργίας της Αρχής δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και σε τέσσερις (4) τουλάχιστον ημερήσιες πολιτικές εφημερίδες ευρείας κυκλοφορίας που εκδίδονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και σε δύο τουλάχιστον ημερήσιες οικονομικές εφημερίδες.

5. Μέσα σε δώδεκα (12) μήνες από την έναρξη λειτουργίας της, η Αρχή εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων που προβλέπονται από τα άρθρα 16 παράγραφος 4, 17 παράγραφος 5 και 28 παράγραφος 1, καθορίζει τα στοιχεία των εντύπων ενημέρωσης και έγγραφης συναίνεσης που προβλέπονται στο άρθρο 5 παράγραφος 3, καθώς και τον τρόπο ελέγχου των Μ. Ι. Υ. Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης που προβλέπεται στο άρθρο 20 παράγραφος 1α.

Άρθρο 30

Υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης

1. Οι υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης εξακολουθούν να λειτουργούν με την παρούσα σύνθεση τους, μέχρι να εκδοθεί η κατά τα άρθρα 16 παράγραφος 2 και 17 παράγραφος 3 άδεια λειτουργίας τους. Μέχρι την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων που προβλέπονται στα άρθρα 16 παράγραφος 4 και 17 παράγραφος 5 του παρόντος, οι υπεύθυνοι των Μ.Ι.Υ.Α. και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης που ήδη λειτουργούν, θα πρέπει να έχουν τα προσόντα που προβλέπονται στις παραγράφους 4α και 5α των ιδίων άρθρων.

2. Οι Μ.Ι.Υ.Α. και οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης οι οποίες λειτουργούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, υποχρεούνται να γνωστοποιήσουν στην Αρχή, μέσα σε έξι (6) μήνες από την έναρξη λειτουργίας της, τα ακόλουθα στοιχεία:

α. την επωνυμία ή τον τίτλο και την έδρα τους,

- β. το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και την ιδιότητα του εκπροσώπου τους,
- γ. την περιγραφή των δραστηριοτήτων τους,
- δ. την ύπαρξη κρυοσυντηρημένου γεννητικού υλικού, γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, καθώς και την προέλευση τους,
- ε. το ονοματεπώνυμο, τη διεύθυνση και την ιδιότητα του προσωπικού που απασχολούν.

3. Μέσα σε έξι (6) μήνες από την έναρξη ισχύος των προεδρικών διαταγμάτων και των αποφάσεων και πράξεων που προβλέπονται στο άρθρο 29 παράγραφος 5, οι υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυοσυντήρησης της προηγούμενης παραγράφου υποβάλλουν αίτηση για χορήγηση άδειας λειτουργίας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 16 παράγραφος 2 και 17 παράγραφος 3 του παρόντος.

Άρθρο 31

Καταργούμενη διάταξη

Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, καταργείται η παράγραφος 2 του άρθρου 59 του Ν. 2071/1992.

Άρθρο 32

Η προβλεπόμενη από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 17 και της παρ. 2 του άρθρου 19 του Π.Δ. 235/2000 (ΦΕΚ 199 Α') προθεσμία προσαρμογής των ιδιωτικών κλινικών, όπως αυτή έχει παραταθεί με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 15 του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 Α'), της παρ. 2 του άρθρου 14 του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256 Α'), της παρ. 7 του άρθρου 19 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α), της παρ. 1 του άρθρου 33 του Ν. 3204/2003 (ΦΕΚ 296 Α') και του άρθρου 39 του Ν. 3252/2004 (ΦΕΚ 132 Α') παρατείνεται μέχρι την 30ή Ιουνίου 2005.

Άρθρο 33

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεση του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 26 Ιανουαρίου 2005

1.5 Συνοπτική Παρουσίαση των Διατάξεων του Σχ/Ν 3305/2005

Το Σχέδιο Νόμου (Σχ/Ν) με τίτλο «Εφαρμογή των Μεθόδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποτελείται από τριάντα δύο (32) άρθρα, κατανεμημένα σε οκτώ (8) Κεφάλαια.

Το **Κεφάλαιο Α' (άρθρα 1-5)**, που φέρει τον τίτλο «Γενικές Διατάξεις» αναφέρεται στις γενικές αρχές που διέπουν όλες τις μεθόδους και τις συναφείς τεχνικές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ΙΥΑ), στην χρησιμοποιούμενη ορολογία, στις προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων ΙΥΑ, καθώς και στην απαραίτητη ενημέρωση και συναίνεση των προσώπων που υποβάλλονται ή συμμετέχουν στις μεθόδους αυτές.

Το **1^ο άρθρο** ορίζει ότι η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις αρχές της ελευθερίας του ατόμου, της ικανοποίησης της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων και της προστασίας των δικαιωμάτων του παιδιού που θα γεννηθεί ως θεμελιώδεις αρχές που θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά την εφαρμογή των μεθόδων ΙΥΑ.

Στο **2^ο άρθρο** καταγράφονται, ενδεικτικά, οι μέθοδοι ΙΥΑ και οι συναφείς τεχνικές. Μεταξύ άλλων είναι η τεχνική σπερματέγχυση (η απλούστερη), η εξωσωματική γονιμοποίηση (η ευρέως διαδεδομένη) κ.α.

Το **3^ο άρθρο** δίδει τους ορισμούς των τεχνικών όρων που χρησιμοποιούνται στο Σχ/Ν.

Το **4^ο άρθρο** ορίζει την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου ως την επιτρεπόμενη ηλικία όλων των ενήλικων ατόμων που επιθυμούν να συμμετέχουν σε οποιαδήποτε μέθοδο ΙΥΑ. Καθιερώνεται η υποχρέωση υποβολής σε ιατρικές εξετάσεις των ενδιαφερομένων για HIV-1, HIV-2, Ηπατίτιδα Β και C.

Στο **5^ο άρθρο** καθίσταται υποχρεωτική η πλήρης ενημέρωση των ενδιαφερομένων σχετικά με τη διαδικασία, τις εναλλακτικές λύσεις, τα πιθανά αποτελέσματα και τους ενδεχόμενους κινδύνους των μεθόδων ΙΥΑ.

Το **Κεφάλαιο Β' (άρθρα 6-13)**, με τίτλο «Διάθεση Γεννητικού Υλικού» αναφέρεται στις προϋποθέσεις και τους περιορισμούς της διάθεσης των ωαρίων, του σπέρματος και των γονιμοποιημένων ωαρίων, στην κρυοσυντήρησή τους, στη διάθεσή τους χωρίς αντάλλαγμα και στην έρευνα επ' αυτών.

Το **6^ο άρθρο** ορίζει τον αριθμό των μεταφερόμενων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων στην ενδομήτρια κοιλότητα ανά ηλικία της υποβαλλόμενης σε ΙΥΑ γυναίκας. Ο αριθμός τους ξεκινά από 2 και φτάνει τα 4 γονιμοποιημένα ωάρια όσο αυξάνεται η ηλικία. Σε περίπτωση διάθεσης χωρίς αντάλλαγμα ωαρίων ή γονιμοποιημένων ωαρίων, η σχέση αριθμού ωαρίων και ηλικίας αφορά στη δότρια αυτών.

Στο **7^ο άρθρο** ρυθμίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής της κρυοσυντήρησης γεννητικού υλικού, ζυγών και γονιμοποιημένων ωαρίων σε ειδικές Τράπεζες Κρυοσυντήρησης (η ίδρυσή τους προβλέπεται στο άρθρο 8 του υπό εξέταση Σχ/Ν). Το χρονικό διάστημα συντήρησης του γεννητικού υλικού ορίζεται στα πέντε (5) έτη, με δυνατότητα παράτασής του, κατόπιν αίτησης του ενδιαφερομένου προς την Τράπεζα Κρυοσυντήρησης. Κατ' εξαίρεση, όμως, ορίζεται στα δέκα (10) έτη, όταν το σπέρμα έχει κατατεθεί από τρίτο δότη.

Το **8^ο άρθρο** ορίζει ότι η διάθεση των γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων γίνεται **χωρίς αντάλλαγμα**, και με την έγγραφη συναίνεση των δοτών. Τα προς διάθεση γονιμοποιημένα ωάρια και γαμέτες προέρχονται από τα πλεονάζοντα που έχουν δημιουργηθεί, στο πλαίσιο θεραπευτικής αγωγής ενός ζευγαριού, και δεν προορίζονται για δικιά τους μελλοντική χρήση. Τέλος, προβλέπεται η υποβολή των δοτών σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο για κληρονομικά, γενετικά ή μεταδοτικά νοσήματα χρήζει αναγκαία ενώ απαγορεύεται η χρήση νωπού σπέρματος.

Στο **9^ο άρθρο** αναφέρονται κάποιοι ειδικοί περιορισμοί όσον αφορά στις μεθόδους ΙΥΑ. Μεταξύ άλλων απαγορεύεται η χρήση γαμετών που προέρχονται από περισσότερους από έναν δότη, κατά τη διάρκεια του ίδιου κύκλου θεραπείας. Δεν επιτρέπεται η λήψη γαμετών για χρήση από κλινικώς νεκρά άτομα.

Το **10^ο άρθρο** αναφέρεται στην **προεμφυτευτική γενετική διάγνωση**, και προβλέπει ότι αυτή γίνεται μόνο μετά από άδεια της Εθνικής Αρχής ΙΥΑ, για την ύπαρξη τυχόν γενετικών ανωμαλιών των γονιμοποιημένων ωαρίων, ώστε να αποφευχθεί η μεταφορά τους στη μήτρα. Σύμφωνα με την Αιτιολογική Έκθεση, η **χρήση της μεθόδου για επιλογή του φύλου, χωρίς να συντρέχει ιατρικός λόγος, δεν επιτρέπεται.**

Στο **11^ο άρθρο** ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή έρευνας των πλεοναζόντων ανθρωπίνων γαμετών, ζυγών και γονιμοποιημένων ωαρίων, ενώ αναφέρεται ρητά ότι δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίησή τους για την επίτευξη εγκυμοσύνης.

Το **12^ο άρθρο** παρουσιάζει τους όρους, σύμφωνα με τους οποίους πρέπει να πραγματοποιηθεί μια έρευνα στο προαναφερθέν γεννητικό υλικό, με σκοπό την επίτευξη εγκυμοσύνης. Σε μια τέτοια περίπτωση, όπως και στο άρθρο 11, απαιτείται ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή ΙΥΑ.

Στο **13^ο άρθρο** ρυθμίζονται δύο ειδικότερα θέματα αναφορικά με την παρένθετη μητρότητα. Το πρώτο αφορά στον έλεγχο της υγείας τόσο της τρίτης γυναίκας όσο και των προσώπων, για τα οποία αυτή θα κυφορήσει. Το δεύτερο αφορά στην **απαγόρευση (χρηματικού) ανταλλάγματος μεταξύ των δύο μερών στην παρενθετική μητρότητα.**

Το **Κεφάλαιο Γ' (άρθρα 14-16)**, που τιτλοφορείται «*Διακίνηση Γενετικού Υλικού*» θέτει τις προϋποθέσεις για τη θεμιτή διακίνηση γεννητικού υλικού, γονιμοποιημένων ωαρίων και βιολογικών συστατικών και παραγώγων τους.

Στο **14^ο άρθρο** ρυθμίζονται θέματα που αφορούν α) στη διακίνηση γεννητικού υλικού που γίνεται από Μονάδες ΙΥΑ ή από Τράπεζες Κρυοσυντήρησης που έχουν λάβει ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή ΙΥΑ, β) στην ελεύθερη διακίνηση υλικού από και προς τις τρίτες χώρες, για την οποία χρειάζεται ειδική άδεια της Αρχής και πρέπει να τηρούνται συγκεκριμένα πρότυπα ασφάλειας και γ) στην **απαγόρευση γονιμοποιημένων ωαρίων που προέρχονται από κλωνοποίηση.**

Το **15^ο άρθρο** αφορά στη διασφάλιση της ιχνηλασιμότητας του διακινούμενου υλικού από τον δότη έως τον λήπτη και το αντίστροφο.

Το **16^ο άρθρο** ρυθμίζει θέματα κοινοποίησης εξαιρετικών συμβάντων.

Το **Κεφάλαιο Δ' (άρθρα 17-19)**, με τον τίτλο «*Μονάδες ΙΥΑ και Τράπεζες Κρυοσυντήρησης*» αφορά στους όρους ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων ΙΥΑ και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης.

Στο **17^ο άρθρο** αναφέρονται οι όροι ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων ΙΥΑ, οι οποίες δύναται να λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους φορείς. Στη δεύτερη περίπτωση υποχρεούνται να βρίσκονται σε επιστημονική διασύνδεση με νοσοκομείο του ΕΣΥ. Η άδεια λειτουργίας των Μονάδων ανανεώνεται ανά τριετία, με δυνατότητα ανάκλησής της. Η ελάχιστη σύνθεση της κάθε μονάδας περιλαμβάνει ένα γιατρό μαιευτήρα-γυναικολόγο, έναν επιστήμονα των βιοϊατρικών επιστημών, μια μαία και έναν ιατρό αναισθησιολόγο.

Στο **18^ο άρθρο** ρυθμίζονται θέματα ίδρυσης και λειτουργίας των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, οι οποίες μπορούν να λειτουργούν σε νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές είτε εντός των ΜΙΥΑ, είτε αυτοτελώς. Η άδεια λειτουργίας των Τραπεζών ανανεώνεται κάθε τρία έτη, με δυνατότητα ανάκλησής της προσωρινά ή οριστικά. Το ελάχιστο απαραίτητο προσωπικό για τη λειτουργία των Τραπεζών είναι ένα ιατρός και ένας επιστήμονας των βιοϊατρικών επιστημών.

Το **19^ο άρθρο** υποχρεώνει τις Μονάδες ΙΥΑ και τις Τράπεζες να ενημερώνουν την Αρχή για οποιοδήποτε εξαιρετικό συμβάν.

Στο **Κεφάλαιο Ε' (άρθρα 20-26)**, με τον τίτλο «*Εθνική Αρχή ΙΥΑ*» ρυθμίζονται όλα τα θέματα που αφορούν στη σύσταση, συγκρότηση και λειτουργία του κεντρικού οργάνου (Αρχή ΙΥΑ), υπεύθυνο για τον έλεγχο της εφαρμογής του Ν.3089/2002 και του παρόντος νόμου.

Στο **20^ο άρθρο** συστήνεται Εθνική Αρχή ΙΥΑ, ως ανεξάρτητη διοικητική αρχή, υπαγόμενη στον υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η Αρχή δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο.

Το **21^ο άρθρο** απαριθμεί αναλυτικά όλες τις αρμοδιότητες της Αρχής (ελεγκτικές, γνωμοδοτικές, ενημερωτικές κ.λπ.).

Στο **22^ο άρθρο** ρυθμίζονται θέματα συγκρότησης της Αρχής, η οποία αποτελείται από τον Πρόεδρο και έξι (6) μέλη, με τετραετή θητεία και δυνατότητα ανανέωσης για μία ακόμη φορά. Ο Πρόεδρος προέρχεται από το ΔΕΠ των ΑΕΙ στο αντικείμενο του δικαίου ή της μαιευτικής-γυναικολογίας, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται με ΠΔ, κατόπιν εισήγησης του υπουργού Υγείας.

Το **23^ο άρθρο** αναφέρεται σε εσωτερικά θέματα λειτουργία της Αρχής ΙΥΑ. Μεταξύ άλλων προβλέπει και τη λειτουργία της σε τμήματα των τριών τουλάχιστον μελών.

Το **24^ο άρθρο** απαριθμεί τα ασυμβίβαστα του προέδρου και των μελών της Αρχής.

Το **25^ο άρθρο** αφορά στις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των μελών της Αρχής. Μεταξύ άλλων, ρυθμίζονται θέματα που αφορούν στις μηνιαίες αποδοχές, καθώς και στην πειθαρχική ευθύνη του προέδρου και των μελών της Αρχής.

Το **26^ο άρθρο** περιλαμβάνει θέματα που αφορούν στη Γραμματεία της Αρχής, ως Διεύθυνση, αποτελούμενη από επιμέρους Τμήματα. Ακόμη ρυθμίζονται θέματα πλήρωσης θέσεων των υπηρεσιακών μονάδων της Γραμματείας.

Στο Κεφάλαιο ΣΤ' (άρθρα 27-28), που τιτλοφορείται «*Κυρώσεις*» παρουσιάζονται οι ποινικές (27^ο άρθρο) και οι διοικητικές κυρώσεις (28^ο άρθρο) για τις παραβάσεις τόσο των ρυθμίσεων του παρόντος Σχ/Ν όσο και των διατάξεων των άρθρων 1455-1460 ΑΚ (άρθρο πρώτο του Ν.3089/2002).

Το Κεφάλαιο Ζ' (άρθρο 29), με τίτλο «*Ασφαλιστικές Διατάξεις*» ρυθμίζει το θέμα της **κάλυψης των δαπανών** από την εφαρμογή των μεθόδων ΙΥΑ τόσο των ασφαλισμένων, μέσω των ταμείων τους όσο και των ανασφάλιστων, μέσω του προγράμματος της κοινωνικής πρόνοιας. Το θέμα αυτό ρυθμίζεται με ΠΔ του υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και των συναρμόδιων υπουργείων.

Το Κεφάλαιο Η' (άρθρα 30-32) τιτλοφορείται «*Τελικές – Μεταβατικές Διατάξεις*».

Το 30^ο άρθρο ρυθμίζει το χρόνο έναρξης της λειτουργία της Αρχής μέσα σε τρεις (3) μήνες μετά τη συγκρότησή της, όπως ορίζεται με απόφαση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής διορίζονται μέσα σε τέσσερις μήνες από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου. Επίσης, τακτοποιούνται θέματα εκκαθάρισης των δαπανών της Αρχής.

Στο 31^ο άρθρο αναφέρονται οι μεταβατικές προθεσμίες για τη γνωστοποίηση στην Αρχή των στοιχείων των ΜΙΥΑ και των Τραπεζών Κρυσυντήρησης, που ήδη λειτουργούν.

Το 32^ο άρθρο καταργεί τη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 59 του Ν.2071/1992 «*Οι μονάδες αυτές λειτουργούν υποχρεωτικά σε ειδικώς οργανωμένα νοσοκομεία ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ ή ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές*».

Κατ' Άρθρον Παρατηρήσεις

Άρθρο 5

Ενημέρωση και συναινέσεις

Η διάταξη προβλέπει τη φύλαξη του ιατρικού φακέλου των προσώπων που συμμετέχουν στις μεθόδους Ι.Υ.Α. .

Η Ο.Κ.Ε. προτείνει να προστεθεί η φράση «εφαρμοζομένης της νομοθεσίας για την προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων». Αν και κάτι τέτοιο έτσι και αλλιώς προκύπτει από την ισχύουσα νομοθεσία, η προσθήκη μιας τέτοιας φράσης δεν στερείται του παιδαγωγικού χαρακτήρα που πρέπει να έχει ο νόμος.

Άρθρο 6

Αριθμός μεταφερομένων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων

Κλιμακώνεται ο αριθμός των γονιμοποιημένων ωαρίων που επιτρέπεται να τοποθετηθούν σε γυναίκες ανάλογα με την ηλικία τους.

Με την ευκαιρία αυτής της διάταξης, και δεδομένου ότι σε πολλά σημεία της νομοθεσίας τίθενται ηλικιακά όρια, θα πρέπει να καθιερωθεί ρητά υποχρέωση των Μονάδων Ιατρικά Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και των Τραπεζών Κρυοσυντήρησης να ζητούν και να λαμβάνουν από τους συμμετέχοντες στις διαδικασίες αντίγραφο της ταυτότητάς τους ώστε να διαπιστώνουν έγκαιρα την ηλικία των συμμετεχόντων. Το αντίγραφο αυτό θα πρέπει να φυλάσσεται στον ιατρικό φάκελο.

Άρθρο 8

Διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων χωρίς αντάλλαγμα

Παρ. 7-8

Μεταξύ άλλων, προβλέπεται ότι «συνιστάται» προγεννητικός έλεγχος στις περιπτώσεις εκείνες όπου οι δότες σπέρματος ή δότριες ωαρίων είναι από 41-50 ετών και 36-40 ετών.

Σκόπιμο θα ήταν να είναι υποχρεωτικός ο προγεννητικός έλεγχος. Σε περίπτωση άρνησης υποβολής σε τέτοιο έλεγχο, δεν θα πρέπει να γίνει δεκτή η προσφορά.

Άρθρο 9

Ειδικοί περιορισμοί

Ορίζεται ότι τα τέκνα που προέρχονται από γαμέτες του ίδιου τρίτου δότη δεν επιτρέπεται να υπερβαίνουν τα δέκα.

Ο αριθμός αυτός κρίνεται ιδιαίτερα υψηλός για τα δεδομένα της χώρας μας και ιδιαίτερα των μικρών και μεσαίου μεγέθους πόλεων στην επαρχία. Εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν από τη συνύπαρξη 10 ετεροθαλών αδελφών που δεν γνωρίζουν τη μεταξύ τους σχέση σε μία μικρή πόλη.

Θα πρέπει α) να μειωθεί δραστικά ο αριθμός αυτός και β) να δημιουργηθεί η υποδομή εκείνη στην Αρχή που θα είναι απαραίτητη για την παρακολούθηση σε πανελλήνιο επίπεδο τέτοιων ενδεχομένων (κοινοποίηση των στοιχείων των δοτών στην Αρχή και μηχανογραφική τήρηση των στοιχείων ώστε να είναι δυνατή η διασταύρωσή τους).

Άρθρο 17

Ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ι.Υ.Α.

Μεταξύ άλλων προβλέπεται η έκδοση Π.Δ. για τους όρους και τις προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας καθώς τη διαδικασία χορήγησης και ανάκλησής της.

Επειδή ανάλογη πρόβλεψη στο ν. 2071/1992 δεν υλοποιήθηκε ποτέ, προτείνεται να προστεθεί η φράση «μέσα σε ένα έτος από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου».

Επίσης, θα πρέπει να προβλεφθεί απευθείας από το νόμο ως κύρωση η δυνατότητα του Υπουργού να διατάξει την αναστολή λειτουργίας μιας τέτοιας μονάδας εάν δεν υποβάλει εμπρόθεσμα τα δικαιολογητικά που θα προβλέπονται από το Π.Δ. για τη χορήγηση μιας τέτοιας άδειας ή εάν αυτά δεν είναι επαρκή. Η διατύπωση της διάταξης ως έχει στο Σχέδιο Νόμου δεν αναφέρεται σε αυτό το ενδεχόμενο.

Άρθρο 18

Ίδρυση και λειτουργία Τραπεζών Κρυοσυντήρησης

Παράγραφος 3

Προβλέπεται ότι οι Τράπεζες Κρυοσυντήρησης λειτουργούν σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή άλλους ιδιωτικούς φορείς «είτε εντός των Μ.Ι.Υ.Α. είτε αυτοτελώς».

Προς αποφυγήν παρερμηνειών, θα πρέπει να προστεθεί μετά τη λέξη αυτοτελώς η φράση «όταν δεν διενεργούνται σ' αυτές ιατρικές πράξεις».

Πάντως γενικότερα για το θέμα των Τραπεζών αυτών, εκφράζεται ο προβληματισμός για το κατά πόσον θα είναι δυνατή η εφαρμογή στην πράξη των περιορισμών που προβλέπονται από το νόμο σχετικά με τη συλλογή και τη χρήση του γενετικού υλικού. Ίσως θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα σύστημα συλλογής και φύλαξης αυτού του υλικού αντίστοιχο με το σύστημα που υπάρχει σήμερα στην αιμοδοσία.

Κεφάλαιο δ'

Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζες Κρυοσυντήρησης

Άρθρο 17

Ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Προβλέπεται η δυνατότητα λειτουργίας τέτοιων μονάδων και εκτός των νοσοκομείων ή των ιδιωτικών κλινικών.

Η λειτουργία των μονάδων αυτών εκτός νοσοκομείων ή κλινικών είναι σήμερα μία πραγματικότητα που δεν υπάγεται στην πράξη σε καμία ρύθμιση. Και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όπως υπάρχουν τέτοιες μονάδες που προσφέρουν τέτοιες υπηρεσίες με κοινωνικά υπεύθυνο τρόπο, άλλο τόσο υπάρχουν μονάδες των οποίων η λειτουργία εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία των ασθενών.

Όπως επισημάνθηκε και στη Γενική Αξιολόγηση, είναι αναγκαία η καθιέρωση αυστηρών προδιαγραφών λειτουργίας για τις μονάδες αυτές και, κυρίως, η δημιουργία μιας διαδικασίας πιστοποίησης της ανταπόκρισης των μονάδων αυτών στις προδιαγραφές αυτές.

Κεφάλαιο ε΄

Εθνική Αρχή ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Άρθρο 22

Συγκρότηση της Αρχής

Ισχύει η παρατήρηση που διατυπώθηκε στη Γενική Αξιολόγηση σχετικά με την ανάγκη κοινωνικής εκπροσώπησης στην Αρχή.

Άρθρο 23

Λειτουργία της Αρχής

Παράγραφος 2

Προβλέπεται, μεταξύ άλλων, ότι η Αρχή συνεδριάζει και όταν το ζητήσουν πέντε τουλάχιστον από τα μέλη της.

Δεδομένου ότι τα μέλη της Αρχής είναι συνολικά επτά (εκ των οποίων το ένα είναι ο Πρόεδρος), η προϋπόθεση των πέντε ατόμων για να συγκληθεί η Αρχή θεωρείται αυστηρή. Προτείνεται να μειωθεί ο αριθμός.

Άρθρο 24

Κωλύματα-Ασυμβίβαστα μελών της Αρχής

Παράγραφοι 1 και 2

Ορίζονται τα πρόσωπα που δεν μπορούν να διοριστούν Πρόεδρος, Αντιπρόεδρος ή μέλος της Αρχής. Μεταξύ αυτών είναι και ο διοικητής, διευθυντής, διαχειριστής, μέλος του δ.σ. ή ασκών διευθυντικά καθήκοντα σε επιχείρηση που παράγει, μεταποιεί, διαθέτει ή εμπορεύεται φαρμακευτικά προϊόντα, υλικά, και ειδικά θεραπευτικά μέσα χρησιμοποιούμενα στην Ι.Υ.Α.

Παράλληλα, προβλέπεται και η υποχρέωση υποβολής υπεύθυνης δήλωσης για την κατοχή μετοχών των επιχειρήσεων αυτών.

Η ανάγκη αποφυγής της σύγκρουσης συμφερόντων επιβάλλει να ισχύει το ασυμβίβαστο και για τους μετόχους, εταίρους κ.λπ. τέτοιων επιχειρήσεων. Η Ο.Κ.Ε. δεν παραβλέπει τις νομικές δυσχέρειες που μπορεί να δημιουργήσει η ρητή θέσπιση μιας τέτοιας απαγόρευσης. Επειδή όμως η επιλογή ορισμένων προσώπων για διορισμό μιας τέτοιας Αρχής είναι πρωτευόντως πολιτικό και δευτερευόντως νομικό θέμα, εκφράζει την ευχή, κατά την επιλογή των μελών και του Προέδρου της Αρχής ο εκάστοτε Υπουργός να μην διορίζει άτομα που μετέχουν τα ίδια ή συγγενικά τους πρόσωπα στο μετοχικό κεφάλαιο και την εν γένει ιδιοκτησία τέτοιων επιχειρήσεων. Προς το σκοπό αυτό, τόσο ο ίδιος όσο και η αρμόδια Κοινοβουλευτική Επιτροπή θα πρέπει να ζητά πλήρη ενημέρωση από τους υποψηφίους για τα θέματα αυτά.

Άρθρα 27-28

Ποινικές και διοικητικές κυρώσεις

Ορίζονται οι ποινικές κυρώσεις για παραβιάσεις των διατάξεων της σχετικής νομοθεσίας.

Δεδομένης της σημασίας των προστατευόμενων αγαθών αλλά και της δυνατότητας αποκόμισης σημαντικών αθέμιτων κερδών, προτείνεται η αύξηση των προβλεπόμενων κύριων και παρεπόμενων ποινών καθώς και η πρόβλεψη/αύξηση χρηματικών ποινών στις παραγράφους 5, 6, 7, 8, 10, 12 και 13 του άρθρου 27.

Με το ίδιο σκεπτικό προτείνονται αντίστοιχες αυξήσεις στις διοικητικές κυρώσεις και πρόστιμα των παραγράφων 4, 6, 7, 8, 9,10, 11, 12, 13, 14 και 15 του άρθρου 28.

Κεφάλαιο Η΄

Τελικές μεταβατικές διατάξεις

Άρθρο 30

Έναρξη λειτουργίας της Αρχής

Η Ο.Κ.Ε. εκφράζει την ευχή να συγκροτηθεί η Αρχή και να αρχίσει η λειτουργία της σε μικρότερο διάστημα από τις προθεσμίες (4 και 3 μήνες αντίστοιχα) που προβλέπει η διάταξη.

Άρθρο 31

Υπάρχουσες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης

Προβλέπεται η υποχρέωση γνωστοποίησης στην Αρχή ορισμένων στοιχείων από τις υφιστάμενες Μ.Ι.Υ.Α. και Τράπεζες Κρυσυντήρησης εντός 6 μηνών από την έναρξη λειτουργίας της και ορίζεται ότι θα συνεχίσουν να λειτουργούν με την παρούσα σύνθεσή τους μέχρι να εκδοθεί η άδεια που προβλέπεται στα άρθρα 17 και 18.

Θα πρέπει να προβλεφθεί η κύρωση της αναστολής λειτουργίας σε περίπτωση μη υποβολής των στοιχείων αυτών.

1.6 Γενική Αξιολόγηση

Οι ραγδαίες εξελίξεις της ιατρικής και της βιολογίας τα 25 τελευταία χρόνια στον τομέα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν δημιουργήσει τεράστιες δυνατότητες απόκτησης τέκνων στα άτομα εκείνα που για βιολογικούς λόγους δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα χωρίς ιατρική συνδρομή.

Ταυτόχρονα όμως με αυτή τη θετική εξέλιξη, σημειώθηκε και μια ανησυχητική αύξηση του ποσοστού των ζευγαριών που δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν χωρίς ιατρική βοήθεια. Σήμερα υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό περίπου 17% των ζευγαριών που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία στην Ελλάδα παρουσιάζουν βιολογικά προβλήματα τεκνοποιίας και χρήζουν ιατρικής υποβοήθησης. Αν και οι αιτίες του φαινομένου αυτού δεν έχουν προσδιορισθεί με απόλυτη ακρίβεια, πρέπει να σημειωθεί ότι έχει διαπιστωθεί η διασύνδεση της εξέλιξης αυτής με περιβαλλοντικούς (μόλυνση) και κοινωνικούς παράγοντες (συνθήκες και ρυθμοί απασχόλησης, ηλικία στην οποία αρχίζουν οι προσπάθειες αναπαραγωγής) που δεν προβλέπεται ότι θα εξαλειφθούν στο μέλλον. Αντίθετα, οι ενδείξεις συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι το φαινόμενο αυτό θα επιταθεί στο μέλλον.

Σε μία χώρα, όπως η Ελλάδα, όπου υπάρχει έντονο δημογραφικό πρόβλημα τις τελευταίες δεκαετίες και αναμένεται η έντασή του στο προσεχές μέλλον, θα πρέπει η κοινωνία μας να αξιοποιήσει τις δυνατότητες που προσφέρει στον τομέα αυτό η πρόοδος της επιστήμης και να αυξηθεί έτσι η τεκνοποιία, γεγονός που πέραν από τη χαρά που θα φέρει στα ίδια τα ενδιαφερόμενα άτομα, θα αποτελέσει μία θετική εξέλιξη σε μια γηράσκουσα και μειούμενη αριθμητικά κοινωνία.

Όπως όμως συμβαίνει συνήθως σε τέτοιου είδους εξελίξεις, πέραν από τις ευκαιρίες και τις δυνατότητες που διανοίγονται, δημιουργούνται και σημαντικά προβλήματα στα οποία καλείται να απαντήσει ο νομοθέτης αλλά και η επιστημονική ευσυνειδησία των εμπλεκόμενων επιστημόνων.

Η Ο.Κ.Ε., πριν υπεισέλθει στις νομοθετικές παραμέτρους του ζητήματος, τονίζει ότι κυρίαρχο ρόλο στην ορθή και χωρίς αρνητικές παρενέργειες αξιοποίηση των εξελίξεων στον τομέα της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έχει το αίσθημα κοινωνικής ευθύνης που πρέπει να διέπει τους επιστήμονες που διεξάγουν τέτοιες διαδικασίες. Οι ανθρώπινες σχέσεις, τόσο μεταξύ των ζευγαριών, όσο και μεταξύ των ιατρών και των ατόμων που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, σε τέτοιου είδους εγχειρήματα είναι τόσο

ευαίσθητες ώστε η εφαρμογή του νόμου, σε σημαντικό βαθμό, εξαρτάται από τους ίδιους τους εμπλεκόμενους και η απειλή κυρώσεων μόνο δευτερευόντως μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο. Παράλληλα, η επιθυμία τεκνοποιίας είναι τόσο έντονη στην πλειοψηφία των ατόμων που δεν έχουν βιολογικά αυτή τη δυνατότητα, ώστε ο κίνδυνος να πέσουν θύματα εκμετάλλευσης είναι επίσης υπαρκτός.

Για τους λόγους αυτούς, η Ο.Κ.Ε. θεωρεί ότι θα πρέπει η Πολιτεία, σε συνεργασία με τους επιστημονικούς φορείς (ιατρών, νομικών κ.λπ.), να συμβάλει στην μεγαλύτερη δυνατή ενημέρωση των πολιτών για τα ζητήματα που αναφέρονται στην εφαρμογή των μεθόδων της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ώστε να υπάρξει μία αυξημένη συνειδητοποίηση των ευκαιριών που παρέχει αλλά και των ορίων που έχει και πρέπει να έχει η διαδικασία αυτή.

Ως προς τη νομοθετική πτυχή των ζητημάτων αυτών, η Ο.Κ.Ε. διαπιστώνει ότι ο νόμος αυτός έρχεται να συμπληρώσει μαζί με το ν. 3089/2002 το νομοθετικό πλαίσιο που είναι αναγκαίο να υπάρχει για τη ρύθμιση των ζητημάτων αυτών. Ο ν. 3089/2002 αφορούσε τις καθαρά νομικές πτυχές των ζητημάτων αυτών καθώς α) όριζε τους λόγους για τους οποίους επιτρέπεται η προσφυγή σε μεθόδους ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και β) ρύθμιζε κυρίως τις έννομες σχέσεις που δημιουργούνται σε περιπτώσεις ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ενώ το παρόν Σχ/Ν αναφέρεται στις ιατρικές πτυχές των διαδικασιών αυτών, θέτοντας το ιατρικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιτρέπεται να διεξαχθούν οι σχετικές διαδικασίες.

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, με την επιφύλαξη των κατ' άρθρον παρατηρήσεων που ακολουθούν, θεωρεί ότι το θεσμικό πλαίσιο που δημιουργείται από το υπό κρίση Σχέδιο Νόμου και τον προαναφερθέντα νόμο 3089/2002 ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις ανάγκες ρυθμιστικής παρέμβασης στις διαδικασίες ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Σημαντικά στοιχεία του δημιουργημένου πλαισίου αποτελούν:

- i. Η καθιέρωση ηλικιακών ορίων για τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων σε διάφορες επί μέρους διαδικασίες ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής,
- ii. Η καθιέρωση συγκεκριμένων ιατρικών εξετάσεων ως υποχρεωτικών πριν την έναρξη τέτοιων διαδικασιών,
- iii. Η πρόβλεψη ασφαλιστικής κάλυψης των δαπανών στις οποίες υποβάλλονται τα ενδιαφερόμενα άτομα. Η κάλυψη αυτή δεν ήταν μέχρι σήμερα επαρκής καθώς αφορούσε

μόνο τη φαρμακευτική αγωγή. Πρόσφατα, ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία άρχισαν να καταβάλουν και ένα ποσό (352 Ευρώ) πέραν της φαρμακευτικής δαπάνης αλλά αυτό δεν καλύπτει παρά μικρό μόνο μέρος της δαπάνης (περίπου 3.000 Ευρώ).

Ειδικά για την ασφαλιστική κάλυψη των ατόμων που υποβάλλονται στις διαδικασίες αυτές, η Ο.Κ.Ε. προτείνει τα εξής:

i. Δεδομένου ότι αποτελεί ένα ορθό μέτρο κοινωνικής πολιτικής, να εξετασθεί η δυνατότητα ανάληψης του κόστους από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και όχι από τα ταμεία.

ii. Να καθιερωθεί ανώτατο όριο στη χρηματοδότηση των ατελέσφορων προσπαθειών. Μάλιστα, το ποσό της χρηματοδότησης θα μπορούσε να είναι αποκλιμακούμενο. Η εύλογη επιθυμία τεκνοποιίας ορισμένες φορές οδηγεί σε μεγάλο αριθμό ατελέσφορων προσπαθειών παρά το ότι από κάποιο σημείο και μετά οι πιθανότητες επιτυχίας είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Δεδομένης της σημασίας του θέματος αυτού και της ανάγκης να υπάρξει δημόσιος διάλογος επ' αυτού, ίσως το όριο θα πρέπει να τεθεί από τον ίδιο το νόμο.

iii. Ενδεχομένως, θα πρέπει να εξετασθούν και άλλα όρια στη χρηματοδότηση όταν το όφελος για τα άτομα και το σύνολο είναι –από αντικειμενική άποψη μικρά: π.χ. δεν κρίνεται σκόπιμη η χρηματοδότηση τέτοιων διαδικασιών για άτομα που έχουν ήδη ένα ή περισσότερα τέκνα και προέκυψε στη συνέχεια η βιολογική αδυναμία τεκνοποιίας.

iv. Η υποχρέωση πλήρους ενημέρωσης των ενδιαφερομένων και η παροχή έγγραφης συναίνεσης,

v. Η δημιουργία μιας ανεξάρτητης Αρχής ειδικά για τα θέματα αυτά με σημαντικές ελεγκτικές και άλλες δραστηριότητες. Επειδή η Αρχή αυτή θα χειρίζεται θέματα για τα οποία θα πρέπει να υπάρχει μία διαλεκτική σχέση με την κοινωνία, κρίνεται σκόπιμο να υπάρξει κοινωνική εκπροσώπηση στην Αρχή αυτή,

vi. Η καθιέρωση προϋποθέσεων για τη λειτουργία των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Στο σημείο αυτό όμως, η Ο.Κ.Ε. υπογραμμίζει την ανάγκη αυστηρής τήρησης των διατάξεων για τις προϋποθέσεις λειτουργίας των Μονάδων αυτών, καθώς ανάλογες διατάξεις προβλέπονταν να εκδοθούν με Π.Δ. από το ν. 2071/1992 αλλά το διάταγμα ποτέ δεν εκδόθηκε. Είναι χαρακτηριστικό ότι σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα, χωρίς

ουσιαστικά έλεγχο ως προς τις προδιαγραφές τους, πενήντα (50) εξειδικευμένα κέντρα, εκ των οποίων αρκετά λειτουργούν εκτός νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών, και παρά την ισχύουσα από το 1992 απαγόρευση.

Η ανάγκη θέσπισης αυστηρών προδιαγραφών και τήρησής τους επιβάλλει την επαρκή στελέχωση και χρηματοδότηση της Αρχής ώστε να μπορέσει να αποτελέσει το μέσο για τη διασφάλιση της εφαρμογής του νόμου, ιδιαίτερα ως προς τον τρόπο λειτουργίας των Μονάδων, καθώς η μέχρι σήμερα εμπειρία έχει δείξει, ότι πέραν από τις επιστημονικά άρτια λειτουργούσες Μονάδες υπάρχουν και περιπτώσεις πλημμελούς λειτουργίας με όλους τους κινδύνους που κάτι τέτοιο συνεπάγεται για τα άτομα αλλά και το κοινωνικό σύνολο.

Πριν υπαισέλθει η Ο.Κ.Ε. στις κατ' άρθρον παρατηρήσεις, θα ήθελε να επισημάνει ένα ευρύτερο θέμα που τίθεται επ' ευκαιρία του εν λόγω Σχ/Ν. Η νομοθεσία για την υιοθεσία και η νομοθεσία για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, παρά τις επί μέρους διαφορές τους, διακρίνονται από δύο σημαντικά κοινά στοιχεία: α) την ικανοποίηση της εύλογης επιθυμίας των ζευγαριών να μεγαλώσουν παιδιά και να δημιουργήσουν οικογένεια και β) την έμφαση που δίδουν και πρέπει να δίδουν στο συμφέρον των παιδιών που πρόκειται να γεννηθούν ή να υιοθετηθούν. Υπάρχουν όμως σημεία στα οποία η πολιτική της χώρας μας στα δύο αυτά θέματα, αν όχι σε επίπεδο νομοθεσίας, τουλάχιστον σε επίπεδο ακολουθούμενης πρακτικής από τις κρατικές υπηρεσίες που ασχολούνται με αυτές (π.χ. υιοθεσία από γυναίκες χωρίς σύντροφο) δεν εναρμονίζονται μεταξύ τους. Θα πρέπει να γίνει ευρύς διάλογος για το θέμα αυτό μεταξύ των εμπλεκομένων υπηρεσιών, της πολιτικής ηγεσίας και των φορέων της κοινωνίας για να διευθετηθούν αυτές οι αντιφάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

1.1 Εισαγωγή

Η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες, έχουν πρωταρχική θέση στον χώρο της υγείας. Επηρεάζουν τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις ηθικές επιλογές για την προστασία και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου -υγιούς, ασθενούς ή ανάπηρου- και την εξασφάλιση άριστης ποιότητας στη φροντίδα υγείας.

Με τον όρο Δεοντολογία εννοούμε, τους κανόνες καθηκόντων που αναπτύσσονται σε διάλογο με την κοινωνία. Αφορούν τα επιστημονικά επαγγέλματα και είναι ένας τύπος εφαρμοσμένων κανόνων συμπεριφοράς, ηθικές αρχές με τις οποίες καθορίζονται οι πράξεις σαν σωστές ή εσφαλμένες στο ιδιαίτερο πρόβλημα του τομέα που εξετάζεται. Όσο περισσότερο ένα έργο ασχολείται με τον άνθρωπο τόσο πιο απαιτητική είναι η Δεοντολογία του.

Η Δεοντολογία έχει σαν αντικείμενό της αυτά που πρέπει να γίνονται, δηλαδή, την τακτική που επιβάλλεται και είναι ανάγκη να ακολουθεί καθένας, όταν εκτελεί ένα έργο, μια υπηρεσία. Οι κανόνες της όμως, δεν έχουν άκαμπτη ισχύ και δεν απαιτούν στρατιωτική πειθαρχία, αλλά βιώνονται και εφαρμόζονται μέσα σε πνεύμα πλήρους ελευθερίας. Άλλωστε αυτό δηλώνει και η ετυμολογία της, δηλαδή, την εσωτερική εκείνη παρόρμηση της πραγματικά ελεύθερης συνείδησης, η οποία οδηγεί στην τήρηση υποχρεώσεων, που υποβάλλονται από τον νόμο της αγάπης.

Τα ζητήματα της Δεοντολογίας, αφορούν τόσο την Ιατρική - Νοσηλευτική Δεοντολογία, όσο και τα δικαιώματα των ασθενών. Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, με νομικά δεσμευτική ισχύ, βασίζεται στον πρόσφατο νόμο 3418/2005, ο οποίος και αντικατέστησε το βασιλικό διάταγμα του 1955. Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στην Ιατρική και Νοσηλευτική Δεοντολογία, καθώς και στα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α.

1.2 Ιατρική Δεοντολογία

Δεοντολογία στην ιατρική λέγεται το σύστημα των επαγγελματικών κανόνων που καθορίζει τον τρόπο συμπεριφοράς του γιατρού κατά την εξάσκηση του επαγγέλματος του.

Μέχρι και τη δεκαετία του 1970, τα κύρια κριτήρια αξιολόγησης της επιστημονικής ικανότητας ενός ιατρού βασιζόνταν στη γνώση της τεχνικής, στην εξέταση του σώματος και στην αντιμετώπιση των ιατρικών συμπτωμάτων. Σήμερα, ως κύρια κλινική δεξιότητα αναγνωρίζεται η επικοινωνία, με την οποία κτίζεται η σχέση του θεράποντα με τον ασθενή. Η επικοινωνία πλέον θεωρείται πρωταρχική παράμετρος για την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, κάθε επιπέδου.

Η λήψη του ιστορικού αποτελεί το πρώτο επίπεδο για την αξιοποίηση της επικοινωνίας με τον ασθενή. Ο θεράπων, αποδεχόμενος το γεγονός ότι ο ασθενής του δεν κατέχει την επιστημονική γλώσσα, θα πρέπει να διαθέτει ευγένεια και υπομονή στην προσπάθειά του να συγκεντρώσει τις χρήσιμες πληροφορίες.

«... είναι σχεδόν βέβαιο πως, όταν όλοι οι γιατροί διαθέσουν λίγο χρόνο για να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας, τα πράγματα θα εξελιχθούν προς το καλύτερο... Οι ασθενείς θα είναι πιο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα, το ίδιο και οι γιατροί... Η ποιότητα της φροντίδας θα αναβαθμισθεί και οι περιπτώσεις ιατρικού λάθους θα ελαχιστοποιηθούν...»

Θέλοντας να καθοριστούν οι κανόνες για την διαφύλαξη της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ασθενών αλλά και των ιατρών, τέθηκε σε ισχύ (με το Ν. 3418/2005) ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Κώδικας σύγχρονος, που διέπεται από πνεύμα προστασίας των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Ατομικών Ελευθεριών, τόσο των ιατρών, όσο και των ασθενών. Νόμος που λαμβάνει υπόψη του όλη τη μέχρι τώρα ισχύουσα νομοθεσία και που αγγίζει εξαιρετικά σύγχρονα ζητήματα, όπως τις μεταμοσχεύσεις, την υποβοήθηση στην ιατρική αναπαραγωγή, τη βιοϊατρική έρευνα. Η αναμόρφωση του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 1955, που ερειδόταν σε αναγκαστικό νόμο του 1939, ήταν απολύτως αναγκαία.

Με τον νέο Κώδικα, τέθηκαν, για πρώτη φορά, σε ισχύ διατάξεις, όπως της ενημέρωσης και συναίνεσης του ασθενή, της παρουσίας του γιατρού στο διαδίκτυο μέχρι την κλωνοποίηση ανθρώπων.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται θέματα τα οποία αφορούν την εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α. και τίγονται στον Νέο αυτό Κώδικα Δεοντολογίας.

1.2.1 Καθήκοντα και υποχρεώσεις γιατρού προς τον ασθενή...

Ο γιατρός οφείλει να ασκεί ευσυνείδητα το επάγγελμά του και να συμπεριφέρεται τόσο κατά την άσκηση του επαγγέλματος όσο και εκτός αυτής, κατά τρόπο αντάξιο της αξιοπρέπειας και εμπιστοσύνης, τις οποίες απαιτεί το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει να τηρεί απόλυτη εχεμύθεια για οτιδήποτε είδε, άκουσε, έμαθε ή έπεσε στην αντίληψη του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, και το οποίο αποτελεί απόρρητο του αρρώστου ή της οικογένειας αυτού, με την εξαίρεση των περιπτώσεων κατά τις οποίες ειδικές διατάξεις νόμων τον υποχρεώνουν στην αποκάλυψη του απορρήτου αυτού. Οφείλει να λαμβάνει κάθε δυνατή προφύλαξη για να μην αναφέρονται στα επαγγελματικά του βιβλία ή τις επιστημονικές του δημοσιεύσεις απροκάλυπτες ενδείξεις, οι οποίες θα μπορούσαν να παραβιάσουν το ιατρικό απόρρητο.

Επιπλέον, οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και την πείρα που έχει αποκτήσει, τηρώντας τις διατάξεις που ισχύουν για τη προφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγείων.

Κάθε γιατρός οφείλει να παρέχει σε οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύκτας πρώτες βοήθειες για αιφνίδιες και άλλες επικίνδυνες ή σοβαρές ασθένειες και ατυχήματα, χωρίς να εξαρτά την παροχή της συνδρομής αυτής από άμεση πληρωμή. Από την υποχρέωση αυτή απαλλάσσεται, όταν υπάρχουν λόγοι που τον δικαιολογούν, ή όταν η βοήθεια μπορεί να παρασχεθεί από άλλον περισσότερο διαθέσιμο γιατρό.

Οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις του ιδιωτικού και δημοσίου βίου του, να ασκεί το ιατρικό λειτούργημα ευσυνείδητα και σύμφωνα με τους νόμους και να συμπεριφέρεται κατά τρόπο αντάξιο, προς την αξιοπρέπεια και την εμπιστοσύνη, τις οποίες εμπνέει το ιατρικό επάγγελμα. Με τη συμπεριφορά, την εμφάνιση, τους λόγους, τα έργα και τον υποδειγματικό τρόπο ζωής αυτού, οφείλει να επισύρει το σεβασμό προς την ατομική τιμή και αξιοπρέπεια του, την τιμή και αξιοπρέπεια του ιατρικού σώματος και της ιατρικής επιστήμης, της οποίας είναι λειτουργός. Κάθε πράξη ή παράλειψη, που αντίκειται προς το καθήκον αυτό του γιατρού,

επισύρει κυρώσεις σε βάρος του ανάλογες με τη βαρύτητα του παραπτώματος και σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του κώδικα περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος.

Ο γιατρός οφείλει να επιδεικνύει σε όλους τους ασθενείς ίση μέριμνα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τη βαρύτητα της ασθένειας και ανεξάρτητα από τα προσωπικά του αισθήματα. Οφείλει απόλυτο σεβασμό στην τιμή και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη θεραπευτική ή χειρουργική επέμβαση ή πειραματισμός, ο οποίος μπορεί να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση των ασθενών, οι οποίοι δεν πάσχουν από πνευματική ασθένεια.

Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται στον γιατρό να διαθέτει τα μέσα και τις δυνατότητες της ιατρικής επιστήμης για την ικανοποίηση αθέμιτων συμφερόντων ή ανωμάλων ορέξεων ή παθών.

Επίσης, απαγορεύεται η πειραματική πρόκληση ασθένειας για την επιστημονική έρευνα ή η παράταση ή επιδείνωση υφιστάμενης ασθένειας, για σκοπούς πειραματικούς ή άλλους.

Ο γιατρός οφείλει απεριόριστη μέριμνα για τη διατήρηση και διάσωση της ανθρώπινης ζωής. Υποχρεώνεται να αποφεύγει με επιμέλεια κάθε επέμβαση, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αναπαραγωγής ή τη διακύβευση της ζωής, με εξαίρεση τις περιπτώσεις αποδεδειγμένης και αναπόφευκτης θεραπευτικής ανάγκης.

Η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων καθώς και η εισήγηση ή σύσταση ιατρικής εξέτασης, πρέπει να δικαιολογούνται από τη βαρύτητα της ασθένειας, από τη θέληση του ασθενούς ή των οικείων του, οι οποίοι παράλληλα καθοδηγούνται από γιατρό, ο οποίος υποχρεώνεται να επιδιώκει τον περιορισμό των ιατρικών επισκέψεων στο κατώτατο δυνατό όριο.

Κάθε γιατρός μπορεί να αρνηθεί υπηρεσία προς ασθενή, με την εξαίρεση των περιπτώσεων επείγουσας ανάγκης, ανειλημμένων υποχρεώσεων, παραγγελίας των αρχών και της περιπτώσεως, κατά την οποία ο γιατρός θα διέτρεχε τον κίνδυνο να θεωρηθεί ότι παραβαίνει την εκτέλεση ανθρωπιστικού καθήκοντος. Όταν ο γιατρός κρίνει ότι έχει σοβαρούς λόγους να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών του, έχει υποχρέωση να εξασφαλίσει προηγουμένως την αναπλήρωσή του από άλλον συνάδερφο, αφού τον ενημερώσει κατάλληλα.

Ο γιατρός δεν επιτρέπεται να αναμιγνύεται στις οικογενειακές υποθέσεις, παρά μόνο όταν ρητά του ζητηθεί. Με σεβασμό προς όλα τα δόγματα, βοηθά τους πελάτες του στην εκτέλεση του θρησκευτικού τους καθήκοντος και την επιδίωξη των ηθικών και υλικών συμφερόντων τους. Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του επιθυμούν την επίκληση θρησκευτικού λειτουργού ή δημοσίου λειτουργού ή συμβολαιογράφου, ο γιατρός οφείλει να υποδείξει την κατάλληλη στιγμή. Αυτό ισχύει και προκειμένου για τις επισκέψεις συγγενών ή φίλων προς τον ασθενή.

Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του ζητούν τη σύσταση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων γιατρός δικαιούται να υποδείξει το σύμβουλο της επιλογής του, αλλά υποχρεώνεται να αφήνει στην οικογένεια ελευθερία εκλογής και να αποδέχεται το σύμβουλο της επιλογής της, εμπνεόμενος πάντα από το συμφέρον του αρρώστου και την πρωταρχική σημασία της εμπιστοσύνης του τελευταίου προς τον γιατρό.

Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του επιβάλλουν ως σύμβουλο, γιατρό με τον οποίο ο θεράπων γιατρός δεν έχει αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, μπορεί να αποσύρεται χωρίς να πρέπει να δικαιολογήσει σε καμιά περίπτωση την αποχώρησή του σε οποιονδήποτε. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή ειδικού γιατρού, εργαστηριακού ή χειρουργού.

Ο γιατρός οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα, διακριτικότητα και μετριοπάθεια τα ζητήματα της ιατρικής αμοιβής απέχοντας από κάθε ενέργεια ή απαίτηση, η οποία μπορεί να δικαιολογήσει μομφή εναντίον του για κερδοσκοπία ή αισχροκέρδεια.

Η διεκδίκηση της νόμιμης ιατρικής αμοιβής και η άσκηση των σχετικών δικονομικών μέτρων, πρέπει να διενεργείται κατά τρόπο ο οποίος δεν αντιβαίνει στην αξιοπρέπεια και τον κατ' εξοχήν ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος.

1.2.2 Ιατρικό απόρρητο

Κάθε άτομο έχει το θεμελιώδες δικαίωμα προστασίας του απορρήτου της ιδιωτικής του ζωής. Το δικαίωμα αυτό αποκτά βαρύνουσα σημασία όταν πρόκειται για ασθενείς. Γι' αυτό, το ιατρικό απόρρητο αποτελεί σημαντική αρχή στην άσκηση της Ιατρικής, όπου η μη εξουσιοδοτημένη αποκάλυψη πληροφοριών ίσως έχει προσωπικές, κοινωνικές ή νομικές επιπτώσεις. Γι' αυτό το λόγο, θα γίνει προσπάθεια ανάλυσης της έννοιας αυτής με σκοπό την ακριβή διευκρίνησής της.

Ο ασθενής, αποκαλύπτοντας στο γιατρό προσωπικά του στοιχεία, τού μεταβιβάζει ένα μεγάλο μέρος της αυτονομίας του και αυτή η προσφερόμενη αυτονομία πρέπει να διαφυλαχθεί.

Σύμφωνα με ένα νομικό ορισμό, ως ιατρικό απόρρητο θεωρείται κάθε γεγονός που είναι γνωστό σε περιορισμένο μόνο κύκλο προσώπων, τα οποία έχουν συμφέρον ή επιθυμούν να παραμείνει αυτό γνωστό μόνο σε αυτά. Έτσι, ιατρικό απόρρητο θα πρέπει να θεωρηθεί:

- Καθετί που ο ασθενής εμπιστεύτηκε στο γιατρό ή στο νοσηλευτή.
- Καθετί που ο γιατρός ή ο νοσηλευτής πληροφορήθηκε, συνήγαγε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την άσκηση των καθηκόντων του ή επ' ευκαιρία αυτής.
- Καθετί που είτε είναι μειωτικό, είτε όχι.
- Η θετική ή αρνητική ακόμη διαπίστωση του γιατρού ή του νοσηλευτή.
- Κάθε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να θεωρείται ως απόρρητη, ακόμη και αν αυτό ήδη φημολογείται.
- Ακόμη και η είσοδος στο ιατρείο ή τη νοσηλευτική μονάδα.

Στην εποχή μας, η διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου κινδυνεύει περισσότερο από άλλοτε και η προστασία του είναι περισσότερο επιβεβλημένη, δεδομένου ότι το δικαίωμα αυτό των ασθενών βρίσκεται, στην πράξη, κάτω από συνεχή απειλή από την αυξανόμενη πολυσύνθετη δομή του συστήματος υγείας.

Η ιατρική επιστήμη αλλά και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες. Η γραφειοκρατία αυξάνεται, οι ατομικοί φάκελοι των ασθενών πληθαίνουν, ενώ το περιεχόμενό τους έχει γίνει ιδιαίτερα λεπτομερές. Η φροντίδα υγείας δεν ανήκει μόνο σε ένα πρόσωπο –το γιατρό– αλλά είναι συχνά αντικείμενο ομάδας εργασίας, όπου ο γιατρός, που έχει το ιστορικό, πρέπει να δώσει τις πληροφορίες του φακέλου του ασθενούς και στους άλλους. Ακόμα, τα τελευταία χρόνια, η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, οι ανάγκες της επιστημονικής έρευνας, αλλά και πολλές άλλες «κατά συνθήκη» παραβιάσεις, θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου. Συχνά, μεγάλος αριθμός εργαζομένων του νοσοκομείου έχει άμεση πρόσβαση στο φάκελο του ασθενούς.

Το ιατρικό απόρρητο ως ηθικός κανόνας

Η προστασία του ιατρικού απορρήτου θεωρείται ένα από τα αρχαιότερα καθήκοντα του γιατρού απέναντι στον ασθενή. Η ιερότητα αυτής της υποχρέωσης του γιατρού ανάγεται στη σχέση πνευματικού-πιστού. Με τον ίδιο τρόπο, αποτελεί ηθικό αξίωμα να διαφυλάττει τα μυστικά του ασθενούς. Ήδη, πριν από την εποχή του Ιπποκράτη, όταν τη θεραπευτική ασκούσαν μάγοι ή ιερείς, αλλά και στην Αρχαία Βαβυλώνα, στις παραδόσεις των Σουμερίων και Σιμιτών, στο Ρωμαϊκό Δίκαιο, ακόμα και σε άλλους μακρινούς πολιτισμούς, στη Βραχμανική περίοδο του Ινδικού λαού, στους Μεσαιωνικούς χρόνους, βλέπουμε κυρίαρχο και πολύ έντονο το στοιχείο του ιατρικού απορρήτου.

Η βάση του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του απορρήτου της προσωπικής του ζωής, είναι η εμπιστοσύνη που διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Ο ασθενής, εμπιστευόμενος το γιατρό του, θα του αποκαλύψει πληροφορίες για την υγεία του και τον εαυτό του και αξιώνει οι πληροφορίες αυτές να παραμείνουν μυστικές. Ο όρος «εμπιστευτικός» περιγράφει μια εκπεφρασμένη ή εικαζόμενη συμφωνία μεταξύ γιατρού-ασθενούς, ότι ο γιατρός δεν θα αποκαλύψει αυτά που του είπε ο ασθενής σε κάποιον που δεν είναι άμεσα εμπλεκόμενος στη θεραπεία του. «Ο ασθενής αναζητά δύο πράγματα στο γιατρό του. Το ένα είναι η επιστημονική του κατάρτιση και το άλλο η απόλυτη εχεμύθειά του. Και τα δύο είναι ισοδύναμα».

Παρακάτω αναφέρονται οι τρεις αξίες, οι οποίες καταδεικνύουν την ηθική διάσταση του απορρήτου:

- i) Το δικαίωμα του ατόμου στην περιφρούρηση της ιδιωτικής του ζωής (privacy)
- ii) Το δικαίωμα του γιατρού στη μυστικότητα (secrecy)
- iii) Η εμπιστοσύνη (confidence) ως βάση της σχέσης γιατρού-ασθενούς.

Αλλά και οι τρεις λόγοι, για τους οποίους ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να σεβαστεί το απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή είναι:

i) η ευπαθής θέση (vulnerability) του ασθενούς. Από τη στιγμή που ο ασθενής έρχεται στο γιατρό με φόβο, πόνο ή ανάγκη, ο γιατρός έχει την υποχρέωση να προστατέψει και να σεβαστεί αυτή την ευπάθεια του ασθενούς του.

ii) ο γιατρός ανήκει σ' ένα επάγγελμα με χαρακτήρα συμβουλευτικό (consulting profession) και οι συμβουλές είναι από τη φύση τους ιδιωτικές.

iii) η αμοιβαία εμπιστοσύνη (confidence) που διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Η εμπιστοσύνη είναι ουσιαστικό στοιχείο γι' αυτή τη σχέση, όχι μόνο σε ηθικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο. Εάν ο ασθενής δεν νιώθει με απόλυτη εμπιστοσύνη ότι οι πληροφορίες που θα δώσει θα παραμείνουν μυστικές, ίσως αποκρύψει πληροφορίες για την υγεία του και τη ζωή του, που πιθανόν είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τη θεραπεία του. Αυτός ο συλλογισμός περιέχει επίσης ένα άλλο ωφελμιστικό επιχείρημα, που αφορά το συμφέρον της κοινωνίας. Εάν ένα άτομο, π.χ., υποφέρει από κάποιο μεταδοτικό νόσημα και διστάζει να πάει στο γιατρό από φόβο μήπως διαδοθεί αυτή η πληροφορία, τελικά δεν θα ζητήσει ιατρική συμβουλή και έτσι θέτει σε κίνδυνο την υγεία της κοινότητας, δεδομένου ότι, εφόσον δεν θεραπευτεί, θα μεταδίδει τη νόσο. Επίσης, ασθενείς που φοβούνται μήπως διαρρεύσουν τα μυστικά τους και καταστραφεί η καριέρα τους (π.χ. ομοφυλόφιλοι, ναρκομανείς κ.λπ.) αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία για τον ίδιο λόγο.

Το ιατρικό απόρρητο ως δεοντολογική υποχρέωση

Σε όλα τα κείμενα Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, από τον Ιπποκρατικό Όρκο μέχρι σήμερα, η τήρηση του ιατρικού απορρήτου αναγνωρίζεται ως καθήκον του γιατρού και δικαίωμα του ασθενούς, ενώ αποτελεί γενική αρχή δικαίου σε όλα τα πολιτισμένα κράτη του κόσμου.

Το πρώτο κωδικοποιημένο κείμενο που αναφέρεται στην υποχρέωση του γιατρού να σέβεται το ιατρικό απόρρητο είναι ο Ιπποκρατικός Όρκος. Στη συγκεκριμένη παράγραφο αναφέρει: «Όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω ή, πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ, θεωρώντας ότι αυτά είναι μυστικά». Ο Ιπποκρατικός Όρκος θεωρεί το ιατρικό απόρρητο ως απόλυτο καθήκον του γιατρού, δέχθηκε όμως κριτική ότι είναι πατερναλιστικός και διφορούμενος, καθώς αφήνεται στη διακριτική ευχέρεια του γιατρού να αποφασίσει εάν αυτά τα μυστικά μπορούν να ειπωθούν, όπως ο γιατρός «θεωρεί». Αντίθετα, η «μοντέρνα» επαναδιατύπωση του Ιπποκρατικού Όρκου στη Διακήρυξη της Γενεύης (1948) είναι πιο σαφής ως προς αυτό το καθήκον των γιατρών: «Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα γνωρίζει για τους ασθενείς του, εξαιτίας της εχεμύθειας που διέπει τη σχέση τους... ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενούς». Άλλοι κώδικες δεοντολογίας ορίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την υποχρέωση προστασίας του

απορρήτου. Ο Κώδικας Δεοντολογίας της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρίας (American Medical Association), π.χ., λέει ότι «Ο γιατρός δεν μπορεί να αποκαλύψει τα μυστικά που του έχουν εμπιστευτεί οι ασθενείς... εκτός εάν απαιτείται να το κάνει από το νόμο ή αν καθίσταται απαραίτητο για την προστασία τρίτων ή της κοινωνίας». Η Βρετανική Ιατρική Εταιρία (British Medical Association), στο βιβλίο της Handbook of Medical Ethics, προχωράει ακόμα περισσότερο, ορίζοντας και τις εξαιρέσεις μη τήρησης του απορρήτου, που ισχύουν σε όλα σχεδόν τα κράτη. Συγκεκριμένα, αναφέρει: «Ο γιατρός πρέπει να διατηρεί μυστικότητα σε όλα όσα ξέρει. Σ' αυτή τη γενική αρχή, όμως, υπάρχουν πέντε εξαιρέσεις, που αποδεσμεύουν το γιατρό από την τήρηση του απορρήτου. Αυτές είναι: όταν ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του, όταν πρόκειται για το συμφέρον του ασθενούς, όταν υπερισχύει το καθήκον του γιατρού απέναντι στην κοινωνία, για ερευνητικούς σκοπούς και αφού εγκριθεί από την αρμόδια Επιτροπή Ηθικής για την κλινική έρευνα και όταν οι πληροφορίες απαιτούνται για νομικές διαδικασίες».

Επίσης, νεότερα δεοντολογικά κείμενα αποτρέπουν τους γιατρούς από το να αποθηκεύουν τα προσωπικά στοιχεία των ασθενών σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές ή, αν αυτό συμβαίνει, να γίνεται κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις. Τέτοια κείμενα είναι η Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Γενικών Γιατρών για το Ιατρικό Απόρρητο (1979), η Απόφαση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης για τη χρησιμοποίηση των Ηλεκτρονικών Υπολογιστών στην Ιατρική (1983) και η Διεθνής Συνδιάσκεψη Ιατρικών Συλλόγων, που επεξεργάστηκε τις Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (1987).

Τη διαφύλαξη των ιατρικών αρχείων με ατομική τους ευθύνη και την προστασία απορρήτου, ακόμα και από τον εργοδότη τους και τη διοίκηση, προστατεύουν άλλα δύο κείμενα Διεθνών Οργανώσεων, ο Χάρτης του Μισθωτού Γιατρού και ο Χάρτης του Νοσοκομειακού Γιατρού, που υιοθετήθηκαν από τη Γενική Συνέλευση της Διαρκούς Επιτροπής των Γιατρών της ΕΟΚ το 1984 και το 1985, αντίστοιχα. Επίσης, η προστασία του ιατρικού απορρήτου και ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής των ασθενών αναφέρονται και σε διεθνή κείμενα δεοντολογίας, που αφορούν στα δικαιώματα των ασθενών γενικότερα, όπως η Διακήρυξη της Λισσαβόνας του 1981 για τα Δικαιώματα του Ασθενούς και η επαναδιατύπωσή της το 1995, η πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου του 1984 για την κατάρτιση του Ευρωπαϊκού Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενούς, καθώς και οι Αρχές για τα Δικαιώματα των Ασθενών, του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1994.

Από ελληνικής πλευράς, τα δεοντολογικά κείμενα που αφορούν στην προστασία του ιατρικού απορρήτου είναι το άρθρο 23 του ΑΝ 1565/1939 «Περί Κώδικα Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος», όπου ορίζεται ότι «Ο γιατρός οφείλει να τηρεί απόλυτον εχεμύθειαν διά παν ό,τι είδεν, ήκουσεν, έμαθεν ή ηννόησεν εν τη ασκήσει του επαγγέλματος αυτού, και το οποίον αποτελεί απόρρητον του αρρώστου ή των οικείων αυτού, εξαιρέσει των περιπτώσεων καθ' ας ειδικαί διατάξεις νόμων τον υποχρεώνουσιν εις την αποκάλυψιν του απορρήτου τούτου», ενώ στο άρθρο 22 του ίδιου νόμου τίθενται οι προϋποθέσεις για την έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και γνωματεύσεων, με σκοπό την προστασία του απορρήτου.

Επίσης, το ΒΔ της 25-5/6-7-1995 «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας», στο άρθρο 15 ορίζει το γιατρό ως υπεύθυνο για τη διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών. Συγκεκριμένα, «Ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει πάσαν δυνατή προφύλαξιν όπως μη αναφέρονται εις τα επαγγελματικά αυτού βιβλία ή επιστημονικά δημοσιεύσεις αποκάλυπτοι ενδείξεις δυνάμεναι να παραβιάσουν το ιατρικόν απόρρητον...» και συνεχίζει ορίζοντας τους όρους έκδοσης οποιουδήποτε εγγράφου, που αφορά τον ασθενή, ενώ στο άρθρο 18 του ίδιου ΒΔ αναφέρεται: «Η αυστηρά τήρησις του ιατρικού απορρήτου αποτελεί υποχρέωσιν παντός ιατρού παρέχοντος την ιατρικήν συνδρομήν μέσω οργανισμών ή ιδρυμάτων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου πάσης φύσεως και κατηγορίας. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρή αυστηρώς και απαρεγκλίτως το ιατρικόν απόρρητον. Οιαδήποτε δήλωσις αντικειμένη προς την αρχήν του επαγγελματικού απορρήτου αποφεύγεται...» και συνεχίζει ότι από την υποχρέωση αυτή απαλλάσσονται –και μόνο απέναντι στους εντολείς τους και το αντικείμενο της εντολής– όσοι ασκούν υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης. Τέλος ο Νέος Κώδικας Δεοντολογίας, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ (με το Ν. 3418/2005), αναφέρεται στο Ιατρικό Απόρρητο στο άρθρο 13 λέγοντας ότι «ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή στους οικείους του.

Ο γιατρός ή ο νοσηλευτής που παραβιάζει το ιατρικό απόρρητο είναι δυνατό να υπέχει ποινική, αστική ή πειθαρχική ευθύνη, όπως αναφέρει το άρθρο 36 «Κυρώσεις» του Κώδικα Δεοντολογίας (βλ. παράρτημα).

«Κατά συνθήκη» παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου

Το ιατρικό απόρρητο βάλλεται από πολλές πλευρές στα σύγχρονα κοινωνικά συστήματα. Οι παρακάτω περιπτώσεις δείχνουν το μη απόλυτο χαρακτήρα της αρχής του απορρήτου, ως ηθικής και δεοντολογικής αρχής, που θεωρούνται δικαιολογημένες παραβιάσεις για την επίτευξη της κοινωνικής και οργανωτικής λειτουργίας της Πολιτείας.

i. *Ηλεκτρονικός φακέλος του ασθενούς.* Η χρήση υπολογιστών για την τήρηση στοιχείων των ασθενών είναι πολύ χρήσιμη, δεδομένου ότι μπορεί να αποθηκεύσει τεράστιες ποσότητες πληροφοριών, να δώσει άμεση απάντηση στο γιατρό ή τον ασθενή και να προσφέρει πιο αποδοτική διαχείριση των δεδομένων. Όμως, μπορεί να αποτελέσει και απειλή για το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς και της προστασίας του ιατρικού απορρήτου. Έτσι, το δίλημμα που γεννάται και απασχολεί όλο και περισσότερο τους αρμόδιους φορείς, τους ασθενείς αλλά και διεθνείς οργανισμούς, είναι: Μπορούμε να θυσιάζουμε το δικαίωμα του ασθενούς για προστασία της ιδιωτικής του ζωής για χάρη του οφέλους που προκύπτει από τους ηλεκτρονικούς φακέλους; Μέχρι να υπάρξει σχετική ρυθμιστική νομοθεσία, το θέμα αυτό παραμένει σε εκκρεμότητα, θέτοντας σε δοκιμασία την εμπιστοσύνη των ασθενών και τη διαφύλαξη της αρχής του απορρήτου.

ii. *Έρευνα.* Για την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης και για την πρόληψη των ασθενειών διεξάγονται έρευνες, που θέτουν σε κίνδυνο τη διαφύλαξη του απορρήτου, δεδομένου ότι για τις επιδημιολογικές έρευνες κυρίως χρειάζεται να συγκεντρωθούν πληροφορίες από τους φακέλους των ασθενών και να εξεταστούν αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμών. Στην περίπτωση αυτή και ο ερευνητής και ο γιατρός που έχει περιθάψει τον ασθενή πειθαρχούν στους κανόνες του επαγγελματικού απορρήτου και της κοινής επαγγελματικής ηθικής. Τα τελευταία χρόνια απαιτείται έγκριση των ερευνητικών πρωτοκόλλων από τις Επιτροπές Δεοντολογίας, ώστε να προστατεύεται το απόρρητο των πληροφοριών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

iii. *Θεσμός των κοινωνικών και ιδιωτικών ασφαλίσεων και πρόνοιας.* Για την εφαρμογή αυτού του θεσμού, όταν υπάρχει ο ασφαλιστικός κίνδυνος, ο οποίος συνίσταται στη βλάβη της υγείας του δικαιούχου ή τρίτου ή ακόμα στην αιτία θανάτου τρίτου προσώπου, καταβάλλεται στο δικαιούχο χρηματική αποζημίωση. Για να αποδειχθεί όμως ο επερχόμενος ασφαλιστικός κίνδυνος, διακινείται ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών, που αφορούν την κατάσταση της υγείας του δικαιούχου, στον οποίο έχει πρόσβαση επίσης

μεγάλος αριθμός προσώπων. Έτσι, με την εξάπλωση του θεσμού της ασφάλισης, διαφαίνεται να υπάρχει κοινωνική αποδοχή για την αναγκαιότητα της αποκάλυψης του ιατρικού απορρήτου με σκοπό την εκπλήρωση του ασφαλιστικού δικαιώματος του δικαιούχου ασθενούς. Παρόμοιος κίνδυνος για το ιατρικό απόρρητο προέρχεται και από τους ενδιάμεσους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (HMOs), που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του ασθενούς.

iv. *Δημόσια έγγραφα.* Ο πολίτης καταθέτει σε υπηρεσίες έγγραφα (πιστοποιητικά, βεβαιώσεις κ.λπ.), που έχουν σχέση με την υγεία του, για την επιδίωξη οποιουδήποτε έννομου συμφέροντος. Συχνά, οι ασθενείς ζητούν απ' το γιατρό με αίτησή τους – αποδεσμεύοντας έτσι το γιατρό από το καθήκον τήρησης της μυστικότητας– να τους χορηγήσουν έκθεση για την κλινική τους κατάσταση, που θα καταθέσουν στον εργοδότη τους, στο δικηγόρο τους ή στον ασφαλιστή τους, στην αστυνομία κ.λπ., δημοσιοποιώντας όμως προσωπικά τους στοιχεία σχετικά με την υγεία τους.

v. *Οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.* Η γραφειοκρατία, η πολυπλοκότητα και ο όγκος των εργασιών που υπάρχουν σε ένα νοσοκομείο επιτρέπουν την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου. Πολλές άλλες κατηγορίες προσωπικού –εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό– χειρίζονται τα έγγραφα και το φάκελο του ασθενούς (λογιστήριο, γραφείο κίνησης, γραμματεία, αρχείο φακέλων, εργαστήρια κ.λπ.). Σε έρευνα που έκανε Αμερικανός γιατρός, διαπίστωσε ότι 25–100 άτομα επαγγελματιών υγείας και διοικητικού προσωπικού είχαν πρόσβαση στο φάκελο των ασθενών. Είναι προφανές ότι ο σύγχρονος τρόπος θεραπείας, που απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ γιατρών και μιας μεγάλης ομάδας άλλων επαγγελματιών, συνεπάγεται διακίνηση των πληροφοριών. Στο νοσοκομείο, εκτός από τη θεραπεία και την έρευνα, γίνεται και η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτριών, επισκεπτών υγείας, διοικητικών υπαλλήλων κ.ά., οι οποίοι έχουν πρόσβαση στα στοιχεία του ασθενούς. Στην περίπτωση που αυτά τα άτομα δεν καθοδηγούνται από κάποιον κώδικα ηθικής, η προστασία του απορρήτου απειλείται. Τέλος, οι αλλαγές στις κοινωνικές αξίες κάνουν λιγότερο ευαίσθητους τους γιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας στις πληροφορίες που ο ασθενής θέλει να παραμείνουν εμπιστευτικές.

vi. *Υποδομή του νοσοκομείου.* Τα παλιά αλλά και τα σύγχρονα νοσοκομεία φιλοξενούν συνήθως περισσότερους από έναν ασθενή στο ίδιο δωμάτιο. Τα πολύ προσωπικά θέματα του ασθενούς συχνά συζητώνται μεγαλόφωνα στο κρεβάτι του και όλες οι εξετάσεις γίνονται παρουσία των άλλων ασθενών, με συνέπεια να βάλλεται για μία ακόμα φορά η

προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς. Άτομα που εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας, δυσκολεύονται να καταλάβουν πώς αισθάνονται οι ασθενείς εκείνη την ώρα και ότι μερικοί ασθενείς χρειάζονται περισσότερη διακριτικότητα σ' αυτό το θέμα από άλλους. Έτσι, αρκετές φορές ο ασθενής νιώθει ντροπή και ταπείνωση.

vii. *Ασθενής και οικογένεια*. Γενικά, όταν ο ασθενής είναι λογικός και υπεύθυνος, ο γιατρός πρέπει να παίρνει την άδειά του σχετικά με το ποιον θα ενημερώσει από τα μέλη της οικογένειάς του, τι πληροφορίες θα δώσει, σε ποια έκταση κ.λπ. Αυτό είναι ένδειξη σεβασμού του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του ιατρικού απορρήτου και ο γιατρός που δεν το τηρεί οδηγεί σε σημαντική κάμψη το ιατρικό απόρρητο.

viii. *Μέσα μαζικής ενημέρωσης*. Πολλές φορές, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (τηλεοπτικά κανάλια, ραδιόφωνο, εφημερίδες, περιοδικά) αναφέρονται σε περιστατικά ασθενών χωρίς μέριμνα για την τήρηση του ιατρικού απορρήτου και συνήθως χωρίς τη συγκατάθεση του ίδιου του ασθενούς. Εκτός από τους δημοσιογράφους, το απόρρητο καταρρίπτεται –ιδιαίτερα μετά το θάνατο του ασθενούς– και από μια άλλη κατηγορία, τους βιογράφους σημαντικών προσώπων (πολιτικών, καλλιτεχνών κ.λπ.). Στην περίπτωση αυτή, περιγράφεται λεπτομερειακά η κατάσταση της υγείας των ανωτέρω προσώπων και οι σχετικές πληροφορίες συνήθως δίνονται από τους θεράποντες γιατρούς τους.

ix. *Φορολογικές αρχές*. Η φορολογική νομοθεσία στην Ελλάδα υποχρεώνει το γιατρό σε επίδειξη καρτελών, αποδείξεων και άλλων εγγράφων στις φορολογικές υπηρεσίες, που περιέχουν το όνομα και στοιχεία για τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών. Το βιβλίο ασθενών προσβάλλει ευθέως το ιατρικό απόρρητο, ενώ τα διάτρητα συνταγολόγια εμμέσως. Έτσι, παραβιάζονται από το ίδιο το κράτος συνταγματικά δικαιώματα των ασθενών. **Το Ιατρικό απόρρητο είναι συνώνυμο των Προσωπικών δεδομένων.**

1.2.3 Δικαιώματα Ατόμων – Ασθενών

Η ισχύουσα νομοθεσία στη χώρα μας καλύπτει τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη και σε περίπτωση νοσηλείας του. Κάθε άνθρωπος :

- i. Έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της τυχόν ασθένειάς του.
- ii. Έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη

διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

iii. Έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

iv. Δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά την κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που δίνονται. Η πληροφόρηση του, πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

v. Σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, το ίδιο το άτομο ή ο εκπρόσωπός του, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ίδιο ανά πάσα στιγμή. Πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

vi. Έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων πρέπει να είναι εγγυημένος.

vii. Έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

viii. Έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

1.2.4 Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω η ανάγκη της θέσπισης και της σωστής ερμηνείας βασικών κανόνων δεοντολογίας, με βάση τις θεμελιακές αρχές της βιοηθικής και η

έκφραση γνώμης για ειδικότερα προβλήματα στο χώρο της υγείας, ήταν η αιτία για τη δημιουργία των επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας με συμβουλευτικό χαρακτήρα.

Έργο της κάθε επιτροπής αποτελεί η τήρηση των κανόνων της δεοντολογίας, οι οποίοι περιβάλλονται με ισχύ νόμου, ώστε η απομάκρυνση από αυτούς ή η παραβίασή τους να αποτελεί αυθύπαρκτο αδίκημα, ανεξάρτητα κάποτε και ενός αγαθού αποτελέσματος. Επομένως, μπορεί να διατηρηθεί ο συμβουλευτικός χαρακτήρας των επιτροπών, εφ' όσον υπάρχουν: κώδικας ιατρικής και νοσηλευτικής δεοντολογίας με σύγχρονες διατάξεις, συνταγμένος με βάση τις διεθνείς για κάθε θέμα παραδοχές και ειλικρινή διάθεση όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας για να τον εφαρμόσουν.

Επιτροπές ηθικής σε νοσοκομεία και ερευνητικά ιδρύματα υπάρχουν σχεδόν σε όλες τις χώρες με ανεπτυγμένη έρευνα, με σκοπό τον έλεγχο των ερευνητικών προγραμμάτων, ειδικά όταν αυτά γίνονται σε ανθρώπινο υλικό. Τέτοιες επιτροπές οι οποίες δημιουργήθηκαν στις Ην. Πολιτείες τη δεκαετία του '70 είναι για παράδειγμα : Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978) και η Presidents Commission for the Study of Ethical Problems (1982).

Οι επιτροπές αυτές είναι διεπιστημονικές και συμμετέχουν ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες υγείας, αλλά όχι οι υπεύθυνοι για το ερευνητικό πρόγραμμα ή τη θεραπεία του αρρώστου. Επίσης μετέχουν και εκπρόσωποι άλλων επιστημών, νομικής, θεολογίας, φιλοσοφίας. Η σύνθεση αυτών των επιτροπών διαφέρει από χώρα σε χώρα και από ίδρυμα σε ίδρυμα.

Μια μελέτη μάλιστα που έγινε σε μια ομάδα επιτροπών σε διάφορα νοσοκομεία, με σκοπό την εξέταση της λειτουργίας τους, έδειξε μεταξύ άλλων ότι η επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη λήψη αποφάσεων ήταν πολύ μεγάλη.

Όσον αφορά τη χώρα μας στο θέμα των επιτροπών, το 1992 με το νόμο 2071/92 ιδρύεται Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως επιτελικό όργανο.

Βασικό πάντως για κάθε λειτουργό υγείας είναι η πεποίθηση ότι καμιά επιτροπή, κωδικοποίηση ή νομοθετική ρύθμιση δεν μπορεί να βοηθήσει αυτόν και τον άρρωστο, όσο η κατανόηση και η παραδοχή ότι η δεοντολογία αποτελεί κυρίως συνειδησιακό χρέος του.

1.2.6 Σχέση γιατρού - ασθενούς

Η προστασία των προσώπων που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες είτε θεραπευτικών μεθόδων είτε φαρμακευτικών σκευασμάτων (που ενδιαφέρουν ειδικότερα εδώ), έχει ως αφετηρία την ιδιαίτερη σχέση γιατρού/ασθενούς.

Σε κάθε σχέση γιατρού/ασθενούς είναι δεδομένη η ευάλωτη θέση του δεύτερου. Την αδυναμία αυτή εξισορροπεί η προσωπική του εμπιστοσύνη στον γιατρό και, τελικά, η ιδιαίτερη ευθύνη του τελευταίου απέναντι στον ασθενή, η οποία - εκτός της ηθικής - έχει και νομική σημασία.

Ωστόσο, ειδικά στην περίπτωση των κλινικών μελετών, υπάρχει ένα πρόσθετο στοιχείο. Ο ασθενής είναι διατεθειμένος να υπαχθεί σε μια κλινική μελέτη, αποδεχόμενος εξ ορισμού κάποια αβεβαιότητα ως προς τις συνέπειες στην υγεία του. Ο γιατρός, από την πλευρά του, έχει πολύ πιο εμπεριστατωμένη επίγνωση αυτής της αβεβαιότητας και - με δεδομένη αυτήν ακριβώς την επίγνωση - πρέπει να εγγυηθεί την προστασία θεμελιωδών έννομων αγαθών του ασθενούς, που μπορεί να κινδυνεύσουν κατά τη διαδικασία της κλινικής μελέτης, ιδίως της υγείας και της ελευθερίας του. Η ιατρική ευθύνη, λοιπόν, επιτείνεται εδώ: ο έλεγχος της "τεχνικής"/επιστημονικής καταλληλότητας του σκευάσματος πρέπει να "συμβαδίζει" με τη "δεοντολογική" καταλληλότητα της συγκεκριμένης μελέτης, που εγγυάται την προστασία όσων δέχθηκαν να συμμετάσχουν σε αυτήν.

Η ιατρική και η ερευνητική δεοντολογία έχουν επεξεργασθεί διεξοδικά, ιδίως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, αρχές, σύμφωνα με τις οποίες είναι αποδεκτός ο πειραματισμός στον άνθρωπο γενικά, αλλά και ειδικότερα στο πλαίσιο των κλινικών μελετών φαρμάκων, χωρίς να διακυβεύεται η αξιοπιστία τους.

Στο πλαίσιο της αυξημένης του ευθύνης, σύμφωνα με τα παραπάνω, ο γιατρός που διενεργεί κλινικές μελέτες δεσμεύεται από τα εξής:

- Αναγκαία προϋπόθεση για την ηθική αποδοχή διενέργειας μιας κλινικής μελέτης είναι η ύπαρξη αβεβαιότητας στην ιατρική κοινότητα ως προς το ποια θεραπεία, η ισχύουσα ή μια νέα, είναι καταλληλότερη για την αντιμετώπιση μιας πάθησης. Μόνον εφόσον υπάρχει επιστημονική αβεβαιότητα, επομένως, είναι ηθικά αποδεκτό ένας γιατρός να προτείνει σε έναν εθελοντή ασθενή να συμμετάσχει σε μια κλινική μελέτη, με στόχο την αξιολόγηση της νέας θεραπείας έναντι της ισχύουσας. Ακριβώς δε επειδή ο γιατρός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει εκ των προτέρων ποια είναι η καταλληλότερη θεραπεία, η υπαγωγή του ασθενούς στην ομάδα που λαμβάνει την ισχύουσα ή την υπό μελέτη αγωγή με την μέθοδο

της "τυχαιοποίησης", πέρα από την επιστημονική της αξιοπιστία, συνάδει και με το δεοντολογικό αυτό αίτημα.

Εφόσον μια κλινική μελέτη κρίνεται ηθικά αποδεκτή, οι αρχές που αφορούν την προστασία όσων συμμετέχουν είναι κυρίως:

- i) Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου, που επιβάλλει ιδίως την συμμετοχή σε κλινική μελέτη με τη θέληση του προσώπου, και μάλιστα ύστερα από κατάλληλη σχετική ενημέρωσή του (informed consent). Η ίδια αρχή επιβάλλει ιδιαίτερη προστασία εκείνων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν, καθώς και των προσώπων που ζουν σε συνθήκες περιορισμού της ελευθερίας τους.
- ii) Η αρχή της ωφέλειας (beneficence), σύμφωνα με την οποία το πιθανό όφελος όποιου συμμετέχει σε κλινική μελέτη πρέπει να υπερτερεί της πιθανής βλάβης που μπορεί να υποστεί.
- iii) Η αρχή της δέουσας μεταχείρισης (justice), σύμφωνα με την οποία η επιλογή των προσώπων πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη αντικειμενικά κριτήρια, ώστε τα πιθανά οφέλη ή οι βλάβες να κατανέμονται εξ ίσου. Η αρχή της δέουσας μεταχείρισης επιβάλλει επίσης την αποκατάσταση της ενδεχόμενης ζημίας, κατά τη διάρκεια της μελέτης.

1.3 Νοσηλευτική Δεοντολογία

Η νοσηλευτική σαν επιστήμη της υγείας, που ασχολείται με τον άνθρωπο, είναι επιστήμη της ζωής και έχει στερεά ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια, όπως άλλωστε έχει και η ιατρική. Βασίζεται στις υψηλές ηθικές αξίες για τον άνθρωπο και την υγεία, καθώς και στους ίδιους κυρίως νοσηλευτές, τους οποίους θέλει καλλιεργημένους και υπεύθυνους ανθρώπους, να ασκούν το έργο τους με συνέπεια και να αντιμετωπίζουν τον συνεργάτη και τον άρρωστο σαν μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα, σαν ύψιστη ηθική αξία.

Με τον όρο Νοσηλευτική Δεοντολογία, εννοούμε το σύνολο των γνώσεων και κανόνων, που καθορίζουν την συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του, τόσο στον δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό βίο, έτσι που να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στο:

- i. να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του, στο χώρο της εργασίας,
- ii. να τον βοηθάει να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις, τόσο με τους συνεργάτες, όσο και με τους αρρώστους και τους συνοδούς τους,
- iii. να τον ευαισθητοποιεί και να τον βοηθάει να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει,
- iv. να τον προσανατολίζει να βλέπει τον άρρωστο σαν μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα, με ανάγκες και δικαιώματα,
- v. να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από την σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.

Τι είναι όμως ηθική; Η λέξη ηθική προέρχεται από τον αρχαίο Ελληνικό κόσμο και χρησιμοποιείται πολύ από τον Αριστοτέλη. Παράγεται από τη λέξη ήθος που και αυτή προέρχεται και συνδέεται με τη λέξη έθος. Έθος και έθος λέγεται κυρίως η συνήθεια. Παρ' όλο ότι ήθος κατά τον Όμηρο σημαίνει διαμονή ή κατοικία των ανθρώπων και των ζώων, η λέξη αυτή αποδίδεται στον Αριστοτέλη, ο οποίος πίστευε ότι οι αρετές βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από τη συνήθεια και την άσκηση. Έτσι η ηθική που δείχνει την ιδιαίτερη πολιτεία του ανθρώπου, τον τρόπο ζωής του, έχει άμεση σύνδεση με τη συνήθεια και την άσκηση. Επομένως, μπορεί να λεχθεί ότι η ηθική περιγράφει τη ζωή κάθε ανθρώπου, νοσηλευτή, ιατρού, κοινωνικού λειτουργού κλπ.

Η ηθική κρίνει τη σχέση μέσων και σκοπών καθώς και την τέχνη ελέγχου των μέσων, ώστε να υπηρετούν τους ανθρώπινους σκοπούς. Περιλαμβάνει θέματα σύγκρουσης, εκλογής και συνείδησης. Όπου παρουσιάζεται σύγκρουση, υπάρχει εκλογή μεταξύ αντικρουόμενων εναλλακτικών επιλογών. Και η εκλογή επηρεάζεται από τις αξίες, τις οποίες ενσυνείδητα ενστερνίζεται ο ώριμος άνθρωπος.

Στην καρδιά της νοσηλευτικής, υπήρχε και υπάρχει πάντα, ένα φλογερό ενδιαφέρον και μια ιερή αγωνία για την ανάπτυξη, μετάδοση και τήρηση των δεοντολογικών αρχών και αξιωμάτων σε όλους τους τομείς της έκφρασης της. Σκοπός της νοσηλευτικής δεοντολογίας, είναι να εφοδιάσει τον νοσηλευτή με ένα αξιολογικό πλαίσιο αναφοράς, ως πυξίδα προσανατολισμού για τις υπεύθυνες κρίσεις, επιλογές, αποφάσεις, στάσεις και

πράξεις του στην καθημερινή εργασία. Η εργασία του μπορεί να είναι κλινική, συμβουλευτική, διοικητική, διδακτική, συγγραφική, ερευνητική.

Ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας που πρόσφατα θεσπίστηκε με προεδρικό διάταγμα (216/25-7-2001, ΦΕΚ 167, τεύχος α'), βασιζόμενος στον παρόμοιο διεθνή κώδικα, αλλά και στα ελληνικά δεδομένα, δίνει οδηγίες συμπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας κατάλληλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων με συνεπή τήρηση των ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και της άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Ιδιαίτερα τονίζονται η καλλιεργημένη προσωπικότητα του νοσηλευτή, το νοσηλευτικό απόρρητο, η ευθύνη και η συνεργασία.

Παρακάτω θα αναφερθούν μερικά από τα ηθικά διλήμματα που παρουσιάστηκαν με την εφαρμογή των μεθόδων της I.Y.A.. Όπως είναι φυσικό, δεν είναι δυνατόν να αναλυθούν όλα τα προβλήματα, έχει γίνει όμως προσπάθεια, να παρουσιαστούν τα σημαντικότερα από αυτά.

1.4 Η Ηθική Έχει και τα Όριά της

Όταν γεννήθηκε η Louise Brown, το πρώτο «παιδί του σωλήνα» στον κόσμο, οι αντιδράσεις υπήρξαν μεγάλες. Παρόμοιες αντιδράσεις ξέσπασαν όταν, μερικά χρόνια αργότερα, γεννήθηκε το πρώτο παιδί από έμβρυο που είχε καταψυχθεί. Φυσικά, η Καθολική Εκκλησία ήταν από τους πρώτους που εξέφρασαν ανησυχίες και τοποθετήθηκε αμέσως αρνητικά ως προς τις νέες αυτές «δυνατότητες» του ανθρώπου, δηλαδή να τεκνοποιεί παρά την Θεία Θέληση. Οι καιροί όμως είχαν αλλάξει και η εποχή του Γαλιλαίου είχε οριστικά τελειώσει. Δεν υπήρξαν πυρές, ούτε αφορισμοί, μόνο φραστικές αντιδράσεις. Ας μην ξεχνάμε ότι η Καθολική Εκκλησία και ο ίδιος ο Πάπας έχουν επανειλημμένως τονίσει την αντίδρασή τους σε τεχνολογικά επιτεύγματα, όταν εκείνα δημιουργούν καταστάσεις οι οποίες έρχονται σε σύγκρουση με τα δόγματά της. Για παράδειγμα, αντιδρούσε ανέκαθεν στην χρησιμοποίηση των προφυλακτικών, επειδή τα πλαστικά αυτά «κατασκευάσματα» εμποδίζουν την τεκνοποιία. Όταν εμφανίστηκε και άρχισε να εξαπλώνεται ραγδαίως η επιδημία του AIDS, η Καθολική Εκκλησία βρέθηκε μπροστά σε ένα δίλημμα: να επιτρέψει ή όχι την χρήση των προφυλακτικών, τα οποία, όπως γνωρίζουμε, είναι ο πλέον φθηνός και ασφαλής τρόπος αποφυγής της μόλυνσης;

Το παράδειγμα των προφυλακτικών είναι χαρακτηριστικό: τι είναι το ηθικό, στην προκειμένη περίπτωση; Ποιος είναι αρμόδιος να κρίνει κάτι τέτοιο; Είναι το θέμα καθαρά

εκκλησιαστικό, ή μήπως η κοινωνία πρέπει να διαμορφώνει και να επιβάλλει τελικώς, τους ηθικούς κανόνες; Σαφώς η Εκκλησία έχει δικαίωμα, ίσως και υποχρέωση να ασχολείται με τα θέματα της Ηθικής. Δεν είναι σωστό όμως να έχει και την αποκλειστικότητα του δικαιώματος αυτού, ούτε και καμία υποχρέωση να ασχολείται μόνο με την Ηθική. Η θετική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ιατρικής τεχνολογίας από την Εκκλησία θα μπορούσε να βοηθήσει ψυχολογικά πολλά ζευγάρια που ακόμη και σήμερα φοβούνται, προσφεύγοντας στην ΙΥΑ, ότι πράττουν κάτι ανήθικο ή αφύσικο, επειδή ακριβώς η Εκκλησία έχει δηλώσει την αντίθεσή της με την ανθρώπινη παρέμβαση στον τομέα της τεκνοποιίας.

Είναι λυπηρό το γεγονός ότι η Εκκλησία σπάνια συνέδρανε την προσπάθεια της Επιστήμης διεθνώς. Μάλλον προσπαθούσε συχνά να καταστείλει τα επιστημονικά επιτεύγματα και τις ελευθερίες του ανθρώπου που απέρρεαν από αυτά. Βέβαια, δεν υπάρχει λόγος να αναλύσουμε αυτό το θέμα, είναι πρόπον ωστόσο να επισημάνουμε ότι ο στόχος θα έπρεπε να είναι κοινός και μοναδικός: η βελτίωση της ζωής μας. Εκκλησία και Επιστήμη συχνά ενεπλάκησαν σε αντιδικίες για την υπεράσπιση των εκατέρωθεν συμφερόντων τους, αφήνοντας τον λαό στο περιθώριο, με μοναδικό αποτέλεσμα μια τεράστια καθυστέρηση στην ηθική εξέλιξη του ανθρώπου.

Η ηθική έχει και τα όριά της: δεν είναι πρόπον να έχουμε το ηθικό δικαίωμα να ασχολούμαστε με δήθεν θεμελιώδεις ηθικούς προβληματισμούς που απορρέουν από την εφαρμογή της ΙΥΑ στον άνθρωπο. Η δυστυχία του ανθρώπου στις μέρες μας επιβάλλει να μετριάσουμε τα λόγια και να βλέπουμε τα πράγματα στην αληθινή τους διάσταση. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα που δείχνουν πόσο υπεροπτικά ανάρμοστες είναι κάποιες γενικές συζητήσεις. Ας εξετάσουμε το «θεμελιώδες» ηθικό θέμα: επιτρέπεται να δημιουργούμε «παιδιά του σωλήνα»; Πολλοί λένε ότι αυτό είναι ανήθικο, διότι υπάρχουν τόσα πολλά εγκαταλελειμμένα παιδιά. Η εφαρμογή της ΙΥΑ σε ευρεία κλίμακα, αρκετά χρόνια τώρα, έχει επιτύχει να γνωρίσουν την γονική ευτυχία μερικές δεκάδες χιλιάδες ζευγάρια. Η Ι.Υ.Α. δεν έχει παράγει σωρούς άχρηστων παιδιών διεθνώς. Έχει απλώς βοηθήσει ελάχιστους ανθρώπους να ζήσουν κάτι που η Φύση τους είχε προσωρινά απαγορεύσει. Για ποιο λόγο κανείς δεν αντιδρά κατά της υπάρξεως των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα νοσοκομεία μας, όπου με σαφέστατη ιατρική παρέμβαση σώζονται καθημερινά ζωές που θα είχαν χαθεί εάν δεν υπήρχε αυτή η παρέμβαση; Η κοινωνία λοιπόν, διαμορφώνει συζητήσεις γύρω από ψεύτικα προβλήματα. Δεν

συγκρίνουν τα συγκρίσιμα, δημιουργούν προβλήματα εκεί που δεν υπάρχουν και δεν ασχολούνται με τα αληθινά.

Ο Pasteur έλεγε ότι δεν υπάρχει εφαρμοσμένη επιστήμη, παρά μόνο εφαρμογές της επιστήμης. Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονται οι ανακαλύψεις μπορεί και οφείλει να αποτελεί αντικείμενο συζήτησεως. Από αυτόν εξαρτάται ευθέως η ποιότητα της ζωής μας, όχι από την φιλολογική συζήτηση του κατά πόσο η έρευνα σε ορισμένα θέματα πρέπει να επιτρέπεται ή όχι. Επειδή όμως ο άνθρωπος έχει επιμελώς φροντίσει να διατηρεί όσο το δυνατόν περισσότερους συνανθρώπους του στην άγνοια, με μοναδικό σκοπό να τους εξουσιάζει ευκολότερα, η έρευνα αυτομάτως γίνεται κάτι το αφ' αυτού επικίνδυνο. Αδιάψευστο παράδειγμα: η χρήση της πυρηνικής ενέργειας! Μια τεχνολογική καινοτομία, η οποία, εάν είχε τελειοποιηθεί με ορθολογικό και προγραμματισμένο τρόπο, με τον δέοντα σεβασμό, θα είχε ίσως λύσει το ενεργειακό πρόβλημα του πλανήτη μας. Αντί για κάτι τέτοιο, χρησιμοποιήθηκε για στρατιωτικούς σκοπούς και αποτελεί σήμερα έναν άμεσο κίνδυνο ολικής καταστροφής του.

Ας ασχοληθούμε επομένως με τον τρόπο εφαρμογής της όποιας επιστημονικής ανακάλυψης. Στον τομέα της Ι.Υ.Α., οι ανακαλύψεις δεν είναι πολλές, έχουν όμως ιδιαίτερη σημασία, εφ' όσον αναφέρονται στο ένστικτο της διαίωσισεως του είδους. Οι «στείροι» υποψήφιοι γονείς είναι διατεθειμένοι να υποστούν οποιαδήποτε θυσία, να διατρέξουν απίστευτους κινδύνους, προκειμένου να τεκνοποιήσουν. Μάλιστα όσο η τύχη δεν τους βοηθά, τόσο περισσότερο πεισμώνουν και τόσο περισσότερο καταρρακώνουν την ψυχή τους, μεγιστοποιώντας περαιτέρω το πρόβλημα.

11.5 Ανηθικότητες της ΙΥΑ

Ελλιπής ενημέρωση

Όταν μια νέα τεχνική αναπτύσσεται και προτείνονται εφαρμογές της στον άνθρωπο, το κοινό πρέπει να ενημερωθεί ώστε να κατανοήσει τις νέες δυνατότητες.

Ένα σημείο το οποίο πρέπει να προσέξουμε στο θέμα της Ι.Υ.Α., είναι ότι στο μυαλό του ανθρώπου, αρχίζει να διεισδύει και να εξαπλώνεται η ιδέα ότι οι γενετικές αναλύσεις, επεμβάσεις και παρεμβάσεις, δεν είναι κάτι που πρέπει να μας τρομάζει, ούτε και το οποίο ενέχει κινδύνους. Αυτό αποτελεί μια «ανηθικότητα» για το λόγο ότι δεν έχει προηγηθεί η ανάλογη ενημέρωση του κοινού.

Όλα τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται ή αναφέρονται σε διαφημίσεις και σε άλλες μορφές παροχής πληροφόρησης προς το κοινό, πρέπει να μπορούν να ελεγχθούν από την Επιτροπή Διαπίστευσης Αναπαραγωγικής Τεχνολογίας σε οποιαδήποτε επερχόμενη επίσκεψη διαπίστευσης. Τα δεδομένα αυτά, πρέπει να βασίζονται σε στοιχεία που να είναι στατιστικά κατανοητά. Εάν παρέχονται σε μικρούς αριθμούς πρέπει να διαθέτουν την ακόλουθη ένδειξη: «Τα ποσοστά επιτυχίας βασίζονται σε μικρούς αριθμούς και μπορεί επομένως να μην είναι αντιπροσωπευτικά». Τα ποσοστά αυτά, πρέπει να αναφέρονται σε πάνω από 12 μήνες εμπειρίας και να περιλαμβάνουν αριθμούς. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην αποφυγή παραπλανητικών διαφημίσεων και στην αποφυγή γενικεύσεων περιορισμένων εμπειριών που μπορεί να ενθαρρύνουν ή να αποθαρρύνουν αδικαιολόγητα τις προσδοκίες των υπογόνιμων ζευγαριών.

Ένας τρόπος για να γίνει μια αληθινή διαφωτιστική εκστρατεία, με σκοπό να πέσουν τα πέπλα της άγνοιας και της παραπληροφορήσεως, είναι να αρχίσει μια συζήτηση και να προκύψει μια κοινωνική θέση, βάση της οποίας θα πορευτεί η επιστημονική, πολιτική και νομική πρακτική όλων μας στο μέλλον.

Δωρεά γαμετών

Η ετερόλογη σπερματέγχυση δεν αφορά έναν «ασθενή» (τον υπογόνιμο άνδρα, ή την υπογόνιμη γυναίκα), αλλά ένα ζευγάρι που, ενώ το επιθυμεί, δεν τεκνοποιεί, λόγω ενός συγκεκριμένου προβλήματος στον άνδρα. Σκοπός δεν είναι απλώς η «θεραπεία» της «ανδρικής στειρότητας», αλλά η επιτυχία εγκυμοσύνης, δηλαδή η δημιουργία ενός παιδιού: η απουσία του κατά την διάρκεια της «θεραπείας» δεν πρέπει να οδηγεί στην εκ των προτέρων άρνηση των συνεπειών της μελλοντικής υπάρξεώς του. Άλλος καίριος εμπλεκόμενος παράγων είναι και ο δότης του σπέρματος, ο οποίος επίσης «απουσιάζει» από την «θεραπευτική» διαδικασία, και δεν είναι βεβαίως ένας απλός άνθρωπος που κάποια μέρα έτυχε να δώσει το σπέρμα του. Ακόμα, η ίδια η κοινωνία πρέπει να έχει λόγο, εφ' όσον η ετερόλογη σπερματέγχυση διακόπτει, στην πραγματικότητα, την «εξ' αίματος» πατρογονική σχέση, και μάλιστα με τρόπο σαφώς προσχεδιασμένο, ενώ η σχέση αυτή αποτελεί θεσμικό υπόβαθρο της κοινωνίας και της θρησκείας μας.

Ειδικότερα όσον αφορά το δότη, ο περιορισμός του στον ρόλο του εμπόρου βιολογικών υλικών είναι άδικος, εφ' όσον δεν παρέχει άλλο κίνητρο παρά μόνο το οικονομικό όφελος. Αυτό όμως προσκρούει σε μian άλλη θεμελιώδη αρχή της κοινωνίας μας : ότι τα βιολογικά υλικά, όπως το αίμα, ή τα ανθρώπινα μέλη και όργανα, δεν μπορούν

να αποτελούν αντικείμενο αγοραπωλησίας. Οι κοινωνίες μας θεσπίζουν νόμους και διατάξεις που απαγορεύουν και τιμωρούν τόσο το εμπόριο ανθρωπίνων μελών, ιστών και οργάνων, όσο και την κατανάλωσή τους (κανιβαλισμό) : δεν υπάρχει επομένως κανένας απολύτως λόγος οι γαμέτες να αποτελούν εξαίρεση σε τόσο θεμελιώδεις κανόνες!

Επομένως, η απαραίτητη αναβάθμιση του ρόλου του δότη, υπόκεινται κατ' ανάγκη στην ανιδιοτελή δωρεά των γαμετών του. Αυτό έχει υποχρεωτικά συνέπειες ως προς τον τρόπο εξευρέσεως και ελέγχου των δωρητών. Η ίδια η λέξη «δωρητής» διαφέρει άλλωστε από την λέξη «δότης».

Οι ανεξέλεγκτες δωρεές

Είναι φυσικό εάν ερωτηθούν οι ενδιαφερόμενοι, η απάντηση στο ερώτημα «είναι ηθικό να γίνονται δωρεές;» θα είναι καταφατική. Εκείνος που δεν έχει ικανούς γαμέτες είναι η ίδια η πηγή «ζητήσεως» δωρεών.

Ας ανατρέξουμε λίγο στο παρελθόν, προ της τελειοποίησης των μεθόδων της Ι.Υ.Α.. Στα παλιά χρόνια, ζευγάρια που δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά, δεν έκαναν παιδιά και το πρόβλημα λυνόταν από μόνο του. Πολλοί χώριζαν, ή έκαναν νόθα παιδιά, γεγονός που επίσης έλυσε κατά κάποιο τρόπο το πρόβλημα.

Το ηθικό ζήτημα ανακύπτει όταν το ζευγάρι θεωρείται δεδομένο, αποκλείεται δηλαδή η διάλυσή του ή η μοιχεία και ένας από τους δύο είναι υπογόνιμος ή στείρος. Για την υπογονιμότητα το πράγμα είναι σχετικώς ξεκάθαρο : η υπογονιμότητα αντιμετωπίζεται με ιατρική παρέμβαση που θα έπρεπε πλέον να θεωρείται ως μια απλή ιατρική παρέμβαση, όπως η τοποθέτηση ενός βηματοδότη σε καρδιακούς, ή η χρήση αναπνευστήρα για την παροδική υποστήριξη μιας αναπνευστικής ανεπάρκειας. Παραδείγματος χάριν, ανάλογα με το αν κατοικεί στο Βέλγιο, στην Ελλάδα, ή στο Μπουτάν, ένας άνδρας με 50.000 σπερματοζώαρια ανά εκσπερμάτωση θεωρείται γόνιμος, υπογόνιμος ή στείρος : στο Μπουτάν δεν υπάρχει τρόπος να τεκνοποιήσει, στην Ελλάδα θα του προταθεί κατά κανόνα να «ξεχάσει» και να χρησιμοποιήσει ξένο σπέρμα, μετά από μερικές αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης, τέλος στο Βέλγιο θα τεκνοποιήσει κατά πάσα πιθανότητα μετά από δύο ή τρεις προσπάθειες μικρογονιμοποίησης.

Εάν δεχτούμε τα σημερινά όρια της τεχνολογίας, ένας άνδρας που διαθέτει έστω και ένα σπερματοζώαριο στο σπέρμα του ή ακόμη και στην επιδιδυμίδα, ή έστω και ένα ανώριμο αλλά απλοειδές σπερματογόνο, πρέπει να θεωρείται γόνιμος. Το ίδιο ισχύει και για μια γυναίκα (φαινομενικώς) εμμηνοπαυσιακή, δηλαδή χωρίς ουσιαστικό κύκλο, η

οποία όμως, με τεράστιες δόσεις ορμονών, ή με βιοψία της ωθήκης και in vitro ωρίμανση, μπορεί να παράγει έστω και ένα ώριμο ωάριο. Οι τεχνικές δυνατότητες σήμερα επιτρέπουν, να συλλέγει το πολύτιμο αυτό κύτταρο, να γονιμοποιηθεί επιλεκτικώς από το σπέρμα του συζύγου με μικρογονιμοποίηση, να διασπαστεί σε τέσσερα ή περισσότερα ισοδύναμα έμβρυα με μόσχευση και το ζευγάρι να τεκνοποιήσει μέχρι και πολύδυμα! Βέβαια, απαιτείται επιπλέον χρόνος και έρευνα μέχρι να παγιωθούν οι εργαστηριακές τεχνικές «λεπτομέρειες», αλλά αυτό θα έπρεπε να θεωρείται απλώς και μόνο ως... θέμα χρόνου!

Αυτή τη στιγμή η τεχνολογία επιτρέπει τέτοιου είδους επιτεύγματα και υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει συγκεκριμένο γονικό σχέδιο, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι κάθε άλλη πράξη (δωρεά γαμετών, ή εμβρύων, ή ακόμη και η υιοθεσία) είναι ανήθικη. Η θέση αυτή είναι απόλυτη, διότι δεν «παίζουμε» με τα πράγματα αυτά: εάν δηλαδή οι δυο υποψήφιοι γονείς θέλουν να παραβούν τους φυσικούς κανόνες και να επιστρατεύσουν για τον σκοπό αυτό όλες ανεξαιρέτως τις τεχνολογικές δυνατότητες, τότε η κοινωνία, η εκκλησία, το κράτος, η ιατρική, η βιολογία, η κοινωνική πρόνοια, δηλαδή θεσμοί, επιστήμη και άνθρωποι οφείλουν σύσσωμοι να συνεργαστούν σκληρά για να τους επιτρέψουν να το επιτύχουν.

Η κοινωνία μας δεν πρέπει να παρέχει στον εαυτό της το ηθικό δικαίωμα να δημιουργεί παιδιά που κανείς δεν θέλησε να δημιουργήσει, παιδιά που προέρχονται από την ψύχωση κάποιας γυναίκας που εγωιστικά επιθυμεί μόνο και μόνο να κυφορήσει, ή κάποιου άνδρα που απαιτεί απογόνους -ή διαδόχους- επειδή δεν ξέρει τι να κάνει την περιουσία του. Ο άνθρωπος γεννιέται και πεθαίνει γυμνός και μόνος, και είναι μάταιο να καταστρατηγεί προς δικό του όφελος τα λίγα αγαθά της ζωής του, την ελευθερία, την δημιουργία, την αγάπη προς τον σύντροφό του ή τους απογόνους του.

Με το ίδιο σκεπτικό θεωρείται θεμιτή, από ηθική άποψη, η χρησιμοποίηση υποκατάστατης μήτρας, αλλά υπό την προϋπόθεση ότι η «βιολογική» μητέρα βρίσκεται σε συνεχή επαφή με την «τροφό» και ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να αναγνωρίσει ότι και η «τροφός» αποκτά μητρικά δικαιώματα... Το θέμα αυτό είναι μεν μια σχετικώς σπάνια υποπερίπτωση ιατρικής παρεμβάσεως στην ανθρώπινη τεκνοποιητική διαδικασία, έχει όμως ηθικές και νομικές προεκτάσεις. Στην νομική του διάσταση, το παιδί κινδυνεύει να αποτελέσει αντικείμενο δίκης, εάν η τροφός αρνηθεί να το παραδώσει στη βιολογική του μητέρα. Ως προς την ηθική του όμως πλευρά, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι τα πράγματα δεν είναι εύκολα επειδή ακριβώς ο άνθρωπος δεν είναι μηχανή, είναι σώμα

πολύπλοκο, αλλά ταυτόχρονα και ψυχή και συναίσθημα και νους. Αισθάνεται επομένως πράγματα που δεν εντάσσονται σε ηθικά ή νομικά πλαίσια, ειδικά κατά την τόσο σημαντική περίοδο της εγκυμοσύνης. Εάν υπήρχε δυνατότητα να αναπτυχθούν έμβρυα σε τεχνητό πλακούντα, τότε θα γλιτώναμε από την ανάγκη εξευρέσεως υποκατάστατης μήτρας. Ίσως όμως, να υπήρχαν άσχημες εξελίξεις. Τεχνητοί πλακούντες (ή ανθρώπινες κηύσεις σε μήτρες ζώων), επιλογή μεταγονιδιακών κατασκευών και κλωνοποίηση εμβρύων θα επέτρεπαν την μαζική παραγωγή ανθρώπων κατά βούληση. Γυναίκες που «φοβούνται» την εγκυμοσύνη για χίλιους δυο λόγους , θα απαιτούσαν αμέσως να τεκνοποιήσουν χωρίς να «κουβαλήσουν» το παιδί στην κοιλιά τους.

Δωρεές γαμετών θα έπρεπε να πραγματοποιούνται μόνο σε εξαιρετικά ιδιάζουσες περιπτώσεις. Υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις, όπως η ανάγκη προλήψεως της μεταβιβάσεως συγκεκριμένων νοσημάτων, όπου η χρήση των γαμετών ενός μέλους του ζευγαριού είναι επικίνδυνη για την υγεία του παιδιού ή της μητέρας. Το ηθικό μας πλαίσιο επιτρέπει την τεκνοποίηση με ιατρική υποβοήθηση στα ζευγάρια αυτά, χρησιμοποιώντας ξένους γαμέτες. Εκεί ανακύπτουν όλα τα προβλήματα που συνδέονται με την εξεύρεση, τον έλεγχο και τη συντήρηση των γαμετών αυτών, προβλήματα μερικές φορές δυσεπίλυτα.

Στην Ελλάδα, η σημερινή κοινωνική «ηθική» των υποψηφίων γονέων δεν επιβάλλει κανενός είδους περιορισμό. Στην Γαλλία, υπάρχουν ζευγάρια που περιμένουν ένα και δύο χρόνια μέχρι να βρεθεί ένας δωρητής που να τους «ταιριάζει». Στην Ελλάδα φαίνεται να ισχύει η αρχή «παιδί θέλω, τώρα το θέλω» και είναι λίγοι οι υποψήφιοι γονείς που θα περίμεναν ένα και δύο χρόνια να αρχίσουν τις προσπάθειες. Τα όρια της ηθικής εδώ είναι σαφή: επειδή δεν υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση, οι υποψήφιοι γονείς δεν αναρωτιούνται σχεδόν ποτέ για τους κινδύνους των δωρεών και αρκούνται πολύ εύκολα στις διαβεβαιώσεις του γιατρού τους ότι «το σπέρμα έχει ελεγχθεί».

Δωρεά εμβρύων

Η δωρεά εμβρύων επιτρέπει στη μεν γυναίκα να ζήσει την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού, στον δε άνδρα να την παρακολουθήσει. Το θέμα είναι πολύπλοκο: εάν θεωρήσουμε ότι ανακύπτει εδώ θέμα ψυχικής ισορροπίας του άτεκνου ζευγαριού, η οποία δεν μπορεί να επανέλθει παρά μόνο εάν υπάρξει εγκυμοσύνη και τοκετός, τότε βέβαια η δωρεά εμβρύων αποκτά μια ψυχιατρική ένδειξη. Για να δικαιολογηθεί όμως η πρακτική αυτή, θα έπρεπε επιπλέον να αποδειχθεί ότι η υιοθεσία δεν αποκαθιστά επαρκώς την ψυχική υγεία του ζευγαριού, πράγμα που απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Τα άτεκνα

ζευγάρια θέλουν κυρίως να ζήσουν την χαρά του να είναι γονείς, θέλουν να μοιραστούν την συγκίνηση και τις ευθύνες ανατροφής των παιδιών τους και, όταν το επιτυγχάνουν, γίνονται πολύ καλοί γονείς, τουλάχιστον όσο και οι άλλοι. Μπορούν όμως να πράξουν κάτι τέτοιο με συνέπεια, μόνο αφού ξεπεράσουν την προσωπική ψυχική πικρία της στειρότητάς τους (το ίδιο ισχύει, όπως προκύπτει και από ψυχολογικές μελέτες, για την αποδοχή της δωρεάς γαμετών από τον γονέα του οποίου οι γαμέτες θα υποκατασταθούν). Το να παρέχουμε την δυνατότητα στα ζευγάρια αυτά να βιώσουν την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού ισοδυναμεί με το να τους «χρυσώσουμε το χάπι», χωρίς να είμαστε βέβαιοι ότι τους έχουμε ουσιαστικώς βοηθήσει να γίνουν καλοί και άξιοι γονείς.

Προκύπτει και ένα άλλο θέμα: αφού το παιδί δεν είναι υιοθετημένο, αλλά φαίνεται και «ουσιαστικά» δικό τους, οι γονείς έχουν κάθε «συμφέρον» να το αναθρέψουν μέσα στο ψέμα ως προς την προέλευσή του, με αποτέλεσμα να στηρίζουν σε σαθρές ηθικές βάσεις όλη τους την οικογένεια. Επιπλέον αφού το παιδί δεν γνωρίζει την προέλευσή του, ανακλύπει και ο κίνδυνος αιμομιξίας, όταν φθάσει σε ηλικία γάμου. Ειδικά στην Ελλάδα, όπου οι γαμέτες και τα έμβρυα μοιράζονται εδώ και χρόνια χωρίς να ελέγχονται τα πρακτικά των δωρεών, το πρόβλημα αυτό είναι υπαρκτό και θα μας απασχολήσει αναπόφευκτα στο μέλλον, με απρόβλεπτες συνέπειες.

Περισσότερα από ένα έμβρυα

Ένα άλλο, βαθύ ηθικό δίλημμα της υποβοηθούμενης γονιμότητας έχει να κάνει με την ίδια την επιστημονική μέθοδο. Προκειμένου να αυξηθούν οι πιθανότητες μιας επιτυχούς κύησης, οι επιστήμονες εμφυτεύουν στη μήτρα της υποψήφιας μητέρας περισσότερα από ένα έμβρυα.

Η πρακτική αυτή, σύμφωνα με τους ειδικούς, αυξάνει την πιθανότητα πολλαπλής κύησης και παράλληλα το ενδεχόμενο να προκύψουν παιδιά με σοβαρά προβλήματα υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, οι γονείς δεν επιθυμούν να αποκτήσουν πολλά παιδιά και οι επιστήμονες υποχρεώνονται να προβούν σε τεχνητή διακοπή της κύησης των μη επιθυμητών εμβρύων, μια πρακτική στην οποία εναντιώνονται αρμόδιοι φορείς και η επίσημη Εκκλησία.

Τέλος, πολλά είναι τα ερωτήματα που προκύπτουν σχετικά με την τύχη των γονιμοποιημένων ωαρίων που δεν εμφυτεύονται στη μήτρα κάποιας υποψήφιας μητέρας όταν η τελευταία αποφασίσει, από κοινού με το σύντροφό της, ότι δεν επιθυμεί πλέον να αποκτήσει παιδιά.

Βιοηθική και προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

Ο προεμφυτευτικός έλεγχος είναι μια λύση για ζευγάρια με οικογενειακό ιστορικό κληρονομικών νοσημάτων. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει στα ζευγάρια να αποφύγουν όλα τα προβλήματα (συναισθηματικά και οικονομικά) που θα είχε το μέγαλωμα ενός παιδιού με γενετικό νόσημα και ακόμα την αποφυγή μιας ανεπιθύμητης αποβολής. Όμως η διαδικασία αυτή δημιουργεί νέα ηθικά ερωτήματα.

Το κυριότερο ερώτημα που προκύπτει είναι για το πώς θα αντιμετωπίζεται το γονιμοποιημένο ωάριο που φέρει την ανωμαλία. Υπάρχουν 3 απόψεις : α) Το ωάριο αυτό είναι μέρος του σώματος της μητέρας και δεν αποτελεί ακόμα ζωντανό ανθρώπινο οργανισμό. β) Το ωάριο αυτό αποτελεί ένα ανθρώπινο οργανισμό αφού ένας νέος γονότυπος έχει δημιουργηθεί. γ) Το ωάριο αυτό αποτελεί ένα δυναμικά αναπτυσσόμενο οργανισμό του οποίου τα δικαιώματα αναγνωρίζονται από τη στιγμή που δεν συγκρούονται με τα κοινωνικά και τα μητρικά συμφέροντα. Ένα άλλο ερώτημα που προκύπτει είναι η απομόνωση που θα επέλθει στα άτομα με γενετικά νοσήματα. Η παρεμπόδιση στο έργο της φύσης μπορεί να στραφεί εναντίον μας αφού οι γενετικές ατέλειες είναι αυτές που συμβάλουν στη ποικιλότητα και στην εξέλιξη.

Η επιλογή φύλου

Η επιλογή του φύλου του εμβρύου δικαιολογείται και αυτή μόνον για σοβαρούς λόγους υγείας, δηλαδή την αποφυγή της εκδήλωσης φυλοσύνδετων νοσημάτων. Η Επιτροπή Βιοηθικής δεν βλέπει δικαιολογημένη την επιλογή φύλου για "κοινωνικούς" λόγους (π.χ. την "εξισορρόπηση" των φύλων των παιδιών σε μια οικογένεια). Όσο και αν υπάρχουν σχετικά επιχειρήματα, οι κοινωνικές προκαταλήψεις που εξακολουθούν να επικρατούν σε σχέση με τη θέση των δύο φύλων, ακόμη και στις ευρωπαϊκές κοινωνίες, θα οδηγούσαν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα, αν ήταν ελεύθερη αυτή η δυνατότητα.

Παιδιά... κατά παραγγελία!!!

«Θα ήθελα ο γιος μου να γίνει ψηλός, όμορφος, με αθλητικό σώμα, έξυπνος, ευγενικός και επιτυχημένος». Σίγουρα κάπως έτσι, έχουν φανταστεί το παιδί τους σχεδόν όλοι οι γονείς. Και, φυσικά, μέχρι πρόσφατα η υλοποίηση αυτής της επιθυμίας είχε να κάνει με την ανατροφή, τη συμπεριφορά των γονέων, τα κοινωνικά πρότυπα καθώς και τις συναναστροφές του. Όχι πλέον.

Η κλωνοποίηση άνοιξε την όρεξη των επιστημόνων, οι οποίοι άρχισαν να πειραματίζονται ευρύτερα με το ανθρώπινο γονιδίωμα και, ω του θαύματος, τα κατάφεραν! Όσοι επισκέπτονται μια κλινική υποβοηθούμενης γονιμότητας, μπορούν πλέον να προκαθορίζουν το φύλο, τα φυσικά χαρακτηριστικά (χρώμα ματιών και μαλλιών, ύψος, βάρος) ακόμη και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού που θα αποκτήσουν.

Επίσης, μπορούν να ελέγξουν αν το προς γέννηση έμβρυο έχει προδιάθεση για κάποια ασθένεια και σε περίπτωση που κάτι τέτοιο ισχύει να τερματίσουν πρόωρα την κύηση ή ακόμη και να την αποφύγουν, όπως ακριβώς ένας πελάτης δοκιμάζει ένα ρούχο προτού το αγοράσει...

Δυστυχώς οι πειραματισμοί με το ανθρώπινο DNA δεν αποδείχθηκαν και τόσο επιτυχείς. Πολλά παιδιά που γεννήθηκαν "κατά παραγγελία" μπορεί να είχαν τα επιθυμητά από τους γονείς τους φυσικά χαρακτηριστικά, ωστόσο στην πορεία εκδήλωσαν σοβαρές, σωματικές ή ψυχικές, ασθένειες.

Οι ηθικές αλλά και νομικές διαστάσεις του ζητήματος είναι και σε αυτήν την περίπτωση ολοφάνερες. Το ανθρώπινο είδος γίνεται αντικείμενο εμπορικής διαπραγμάτευσης δίχως καμία απολύτως αναστολή, γεγονός που δημιουργεί ποικίλα προβλήματα. "Πώς θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε τα άτομα που προέρχονται από 'κατά παραγγελία' γονιμοποίηση όταν αυτά εκδηλώνουν ανάρμοστη συμπεριφορά, αντίθετη με αυτή που προστάζουν οι νόμοι;", αναρωτήθηκε πρόσφατα ένας νομοθέτης στις ΗΠΑ. "Μήπως θα πρέπει να τους χρεώνουμε με το ακαταλόγιστο, επειδή η συμπεριφορά τους οφείλεται σε εξωγενείς, μη ελεγχόμενους παράγοντες; Ή κάτι τέτοιο θα δημιουργήσει νομικό προηγούμενο με δυσάρεστες συνέπειες στο μέλλον;"

1.6 Ο Σεβασμός προς τον «Ασθενή»

Η δεοντολογικώς ορθή αντιμετώπιση ενός υπογόνιμου ή στείρου ζευγαριού, προϋποθέτει την ύπαρξη σεβασμού. Δηλαδή τον επαγγελματικό σεβασμό, ο οποίος διδάσκεται στο σχολείο και στο πανεπιστήμιο. Στην ιατρική και την βιολογία, ο σεβασμός αυτός αναφέρεται στον ασθενή, και όχι μόνο στην προσωπικότητα, αλλά και στο σώμα του και τα πάσης φύσεως «προϊόντα» ή «παράγωγα» του σώματος, όσο και εάν αυτά είναι αποκρουστικά, επειδή τυχαίνει να έχουν μερικές φορές αηδιαστική οσμή ή άσχημη όψη.

Όλοι μας έχουμε ζήσει αυτή την απουσία σεβασμού στην Ελλάδα. Δεν έχει κανείς παρά να μπει σε μερικά μεγάλα νοσοκομεία για να το διαπιστώσει. Ο Ιπποκράτης έλεγε ότι ο γιατρός «δέον» να παρουσιάζεται στον ασθενή του καθαρός, ευπαρουσίαστος, χαμογελαστός και μάλιστα ελαφρώς αρωματισμένος! Ο λόγος; Εάν δεν σέβεται τον εαυτό του, πως θα σεβαστεί τον ασθενή του; Πολλοί Έλληνες θεωρούν ότι η σημερινή Ελληνική ιατρική πραγματικότητα στην χώρα μας, δυστυχώς ακόμη βλέπουμε πράγματα αδιανόητα σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Ειδικότερα στην ΙΥΑ, ο σεβασμός παίρνει άλλη διάσταση, διότι η τεκνοποίηση δεν εμπλέκει μόνο το σώμα των ασθενών, αλλά και τον ψυχισμό τους, και την ιδιωτική, ερωτική και συζυγική τους ζωή.

Επιπτώσεις της ελλείψεως «σεβασμού»

Ο σεβασμός επιβάλλει στο ιατρικό, υπόλοιπο επιστημονικό, παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό των κέντρων ΙΥΑ να φέρονται με τρόπο που αρμόζει στο σώμα και το πνεύμα των «πελατών» τους. Αυτό και μόνο θα έπρεπε να υποχρεώνει όλα τα κέντρα ΙΥΑ που λειτουργούν στην χώρα μας να παρέχουν, τουλάχιστον, πλήρη τεχνική ενημέρωση ως προς την διαδικασία, ψυχολογικές συμβουλές και υποστήριξη των ζευγαριών, αδιάλειπτη ιατρική παρουσία, σαφείς ιατρικές οδηγίες κ.ο.κ.

Ο θεράπων ιατρός είναι φυσικά εκείνος που εκτιμά, κρίνει και δίνει φαρμακολογικές οδηγίες στην υποψήφια μητέρα. Εάν γίνει λάθος εκτιμήσεως, πράγμα θεμιτό και ανθρώπινο, υπάρχει τρόπος να αποφευχθούν οι επιπτώσεις, υπό την προϋπόθεση ότι ο γιατρός θέτει υπό συζήτηση το κάθε περιστατικό στην ολομέλεια της θεραπευτικής ομάδας, ή τουλάχιστον σε μια επιτροπή συναδέλφων. Το να έχει κάποιος συνάδελφος διαφορετική γνώμη περί του πρακτέου, είναι επίσης θεμιτό. Στις επιστημονικές κοινότητες όμως, η απόφαση καλό είναι να λαμβάνεται συλλογικώς, διότι με τον τρόπο αυτό ελαττώνεται ο κίνδυνος παραλείψεων και σφαλμάτων.

Όταν όμως η ιατρική εξασκείται σε προσωπική και όχι ομαδική βάση, όπως συμβαίνει σε αρκετά κέντρα ΙΥΑ, ανακύπτει μεγάλο δεοντολογικό θέμα. Εάν το ζευγάρι ζητήσει πληροφορίες ή επεξηγήσεις από έναν άλλο γιατρό ή ένα οποιοδήποτε άλλο μέλος της «ομάδας», η θέση του ερωτωμένου είναι εξαιρετικά δύσκολη. Εάν παραθέσει την δική του προσωπική άποψη, ενδέχεται αυτή να διαφέρει από εκείνη του συναδέλφου του και επομένως εκθέτει τον τελευταίο στον ασθενή. Εάν ο ερωτώμενος υπεκφύγει, παραπέμποντας στον συνάδελφο εκείνο ο οποίος έδωσε τις αρχικές οδηγίες, κλονίζει την εμπιστοσύνη απέναντί του, εμμέσως δε απέναντι σε όλη την ομάδα, η οποία κρίνεται πάντοτε συνολικά από το ζευγάρι. Δημιουργείται έτσι ένα νεφέλωμα, μέσα στο οποίο οι υποψήφιοι γονείς αποπροσανατολίζονται, τρομάζουν και η εμπιστοσύνη τους δοκιμάζεται. Μην λησμονούμε ότι όλα αυτά συμβαίνουν ενώ το ζευγάρι υποβάλλεται σε πολύπλοκες ιατρικές επεμβάσεις, ενώ οι ψυχολογικές συνθήκες είναι εξαιρετικά λεπτές και η εμπιστοσύνη αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία.

Η εμπειρία δείχνει ότι αρκετά ζευγάρια, μόλις βεβαιωθούν για την εγκυμοσύνη, εξαφανίζονται. Ένα καθόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό αλλάζει μάλιστα μέχρι και μαιευτήρα. Οι άνθρωποι δεν είναι αναισθητοί, έχουν όρια τα οποία δεοντολογικώς οφείλουμε να ανακαλύψουμε και να σεβαστούμε, ειδάλλως διατρέχουμε τον κίνδυνο να πληγώσουμε εκεί που δεν πρέπει, με άγνωστες συνέπειες για την ισορροπία του ζευγαριού και κυρίως του μελλοντικού παιδιού τους. Η δεοντολογία αυτή είναι άγραφη, η τήρηση της εξαρτάται κατά ένα μέρος από την ευαισθησία του κάθε γιατρού, είναι όμως διδακτέα και διδάξιμη, όπως όλα όσα μαθαίνει ο άνθρωπος κατά την διάρκεια των σπουδών του.

1.7 Στην... "Υπηρεσία" της Επιστήμης

Η συζήτηση για τη βιοηθική πλευρά της υποβοηθούμενης γονιμότητας περιπλέκεται ακόμη περισσότερο όταν τα γονιμοποιημένα έμβρυα αποτελούν αντικείμενο βιολογικής έρευνας.

"Αυτό που κάνουμε είναι να χρησιμοποιούμε τον άνθρωπο για να εναντιωθούμε στη φύση", λέει χαρακτηριστικά ένας νομοθέτης στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο οποίος καταλήγει με μια σκληρή φράση: "Η χρήση του ανθρώπου ως πειραματόζωο έχει το τίμημά της και αυτό καλά θα κάνουν να το αντιληφθούν όσοι δεν θέτουν κανέναν απολύτως φραγμό στην επιστημονική έρευνα".

1.8 Ερευνητική δεοντολογία

Δεν υπάρχει γνώση χωρίς ανανέωση και έρευνα. Είναι επομένως απαραίτητο να γίνονται συνεχώς μελέτες, πόσο μάλλον σε έναν τομέα ο οποίος γνώρισε την ανάπτυξή του τόσο πρόσφατα. Τα δεοντολογικά ερωτήματα που ανακύπτουν εδώ είναι κρίσιμα, επειδή το ερευνητικό «αντικείμενο» δεν είναι άψυχο, ούτε καν ζωϊκό, αλλά ανθρώπινο.

Όταν δημοσιεύεται μια μελέτη που περιέχει αποτελέσματα πειραμάτων στον άνθρωπο, θεωρείται δεδομένο ότι έχουν ληφθεί όλες οι προφυλάξεις και υπάρχουν έγγραφες συγκαταθέσεις: οι «ασθενείς» που συμμετέχουν σε πειραματικές μελέτες έχουν πάντοτε δικαίωμα να ενημερωθούν και να επιλέξουν εάν και κατά πόσο επιθυμούν να συμμετάσχουν. Η επιστημονική δεοντολογία υποχρεώνει τους ερευνητές να εξηγήσουν πλήρως και να συζητήσουν εκτενώς την μεθοδολογία, τους σκοπούς και τα επιδιωκόμενα οφέλη από τα συμπεράσματα της μελέτης με όλους τους εμπλεκόμενους ασθενείς. Στις «ευνοούμενες επιστημονικές κοινότητες» απαιτείται πλέον όχι μόνο η έγγραφη αποδοχή και έγκριση των συμμετεχόντων, αλλά και η θετική γνωμοδότηση του επιστημονικού συμβουλίου του ερευνητικού ιδρύματος όπου προγραμματίζεται να γίνει η μελέτη. Ειδικότερα στα θέματα της ΙΥΑ και της Γενετικής, συχνότατα επιβάλλεται και η έγκριση από ένα συμβούλιο ή μια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας, όχι μόνο στο επίπεδο του ιδρύματος, αλλά και σε τοπικό ή και εθνικό επίπεδο. Στα συμβούλια αυτά μετέχουν επιστήμονες ανεξάρτητοι από την συγκεκριμένη μελέτη, αλλά και όλες οι άλλες κατηγορίες ενδιαφερομένων, εκπρόσωποι των συλλόγων των ασθενών, ψυχολόγοι, επιχειρηματίες, κληρικοί, νομικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, διοικητικοί υπάλληλοι κ.λπ.

Η πρακτική των έγγραφων συναινέσεων προκύπτει από διεθνή κείμενα: στον Κώδικα της Νυρεμβέργης (1947), το άρθρο 1 αναφέρει ρητώς ότι είναι απολύτως ουσιώδες να υπάρχει εκούσια συναίνεση του ασθενούς στο πείραμα. Στην Πρώτη Διακήρυξη του Ελσίνκι (18^η Διεθνής Συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, 1964), το άρθρο 9 των θεμελιωδών διατάξεων αναφέρει ότι οι ασθενείς πρέπει να έχουν ενημερωθεί πλήρως για το αντικείμενο, τους σκοπούς και τους κινδύνους της πειραματικής μελέτης και να έχουν παράσχει την συγκατάθεσή τους, την οποία διατηρούν το δικαίωμα να ανακαλέσουν οποτεδήποτε. Άλλες αντίστοιχες διατάξεις υπάρχουν στην Διακήρυξη της Μανίλλα. Ρητή απαγόρευση των πειραμάτων χωρίς συγκατάθεση σε ανθρώπινα όντα, βρίσκεται στο άρθρο 7 της διεθνούς Συμφωνίας της Νέας Υόρκης για τα πολιτικά δικαιώματα (1966).

Η πρακτική αυτή έχει επεκταθεί μέσω του νόμου ή και χωρίς αυτόν, σε πολλά κέντρα ΙΥΑ ανά τον κόσμο, ειδικά όταν πρόκειται για ονομαστικές αιτήσεις κρυσταλλοποίησης εμβρύων και φυσικά για όλες τις μικροχειρουργικές επεμβάσεις στα ανθρώπινα έμβρυα. Κάτι τέτοιο δεν αποσκοπεί στην κάλυψη πιθανών σφαλμάτων των ιατρών ή των εμβρυολόγων. Αποτελεί ελάχιστη αναγνώριση από μέρους τους ότι το κυτταρικό υλικό με το οποίο ασχολούνται δεν είναι τυχαίο, έχει σαφέστατα «δικαιώματα» και κυρίως πηγάζει από ένα γονικό σχέδιο.

1.9 Εκπαίδευση και επιμόρφωση

Η δεοντολογία διδάσκεται. Δεν διδάσκεται όμως για να ξεχαστεί. Δυστυχώς πολλοί απόφοιτοι των πανεπιστημίων της χώρας έχουν διδαχθεί απλώς μια «τέχνη», την οποία ο χρόνος και η «λογική της πιάτσας» διαβρώνουν καθημερινά με αμετάκλητο τρόπο. Η μόρφωση και κυρίως η επιμόρφωση των επιστημόνων θα περίμενε κανείς να γίνεται σωστά και ολοκληρωμένα από τα πανεπιστήμια της χώρας. Όταν όμως οι φοιτητές δεν διδάσκονται να περνούν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους στην Πανεπιστημιακή βιβλιοθήκη, αλλά αντιθέτως γαλουχούνται με την φιλοσοφία του «σπούδασε για να μπορείς να βγάλεις περισσότερα χρήματα», καταλήγουμε σε αδιέξοδα.

Είναι απλώς ανάγκη το σύστημα να υποστεί κάποιον έλεγχο, να δαμαστεί αυτή η ανεξέλεγκτη και ανοργάνωτη πορεία της Ελληνικής ΙΥΑ. Από μια πλευρά, οι ίδιοι οι επιστήμονες είναι κατ' εξοχήν αρμόδιοι να θέσουν τους φραγμούς οι οποίοι πρέπει να τεθούν στην επιστημονική δραστηριότητά τους.

1.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

... Ενώ το πολυπόθητο δεν έρχεται, πλήθος συναισθημάτων κατακλύζουν το ζευγάρι. Η απογοήτευση μεγάλη, πολλά ερωτηματικά, ενοχές και στενοχώρια οδηγούν αργά ή γρήγορα το ζευγάρι στην πόρτα του ειδικού, της επιστήμης. Και εκεί ξεκινάει μια μεγάλη διαδικασία που επιβάλλει μεγάλες αντοχές, υπομονή, επιμονή, θέληση και συνεργασία. Ποιος φταίει, μήπως φταίω εγώ, γιατί σε εμάς, θα μπορέσουμε ποτέ να αποκτήσουμε παιδάκι, είναι μερικά από τα ερωτήματα που «πνίγουν» τα ζευγάρια.

Η νοσηλευτική δεν είναι απλά ένα επάγγελμα, ένας τρόπος να διοχετεύσουμε την δραστηριότητά μας. Είναι ένας μακροχρόνιος αγώνας. Ο νοσηλευτής καλείται να αναμετρηθεί με τον αντίπαλο «πόνος» επάνω στο πεδίο «άνθρωπος». Σημαντικό ρόλο, λοιπόν στην επιτυχή έκβαση της εφαρμογής των μεθόδων της ΙΥΑ, είναι η αντιμετώπιση των ζευγαριών από νοσηλευτική πλευρά.

Ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να φροντίζει το ζευγάρι, σεβόμενος τις προσωπικές του ανάγκες και αξίες. Νοσηλεύει με το ίδιο ενδιαφέρον και σεβασμό κάθε άτομο ανεξαρτήτως φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής κατάστασης, φύλου, ηλικίας ή κατάστασης υγείας. Σέβεται τις προσδοκίες και τον τρόπο ζωής των ατόμων αυτών. Σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προκειμένου να ικανοποιήσει όχι μόνο τις βιολογικές, αλλά και τις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να αντανακλά το σεβασμό στο δικαίωμα των ατόμων και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη τους για τη φροντίδα που τους προσφέρεται. Σ' αυτό βοήθιούνται τα άτομα όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, χωρίς να ασκείται πίεση. Σε κάθε επικοινωνία νοσηλευτή με το κάθε ζευγάρι, πρέπει να πρυτανεύει ο σεβασμός προς τα άτομα αυτά και να υπολογίζεται πάντα η προσωπική τους γνώμη.

Ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τις πληροφορίες που ζητούν οι υποψήφιοι γονείς, χωρίς να υπερβαίνει τα όρια της δικής του αρμοδιότητας και ευθύνης και να παραπέμπει, για απαντήσεις που είναι πέρα απ' τις δικές του αρμοδιότητες, σε άλλους επιστήμονες υγείας. Κάθε πληροφορία που αφορά τα άτομα αυτά, είτε στην αρχή είτε στην πορεία της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί, πρέπει να δίνεται με τρόπο ειλικρινή, κατανοητό, σοβαρό και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα, τις αξίες και τα ιδανικά τους. Βέβαια, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να τηρεί απόρρητη κάθε πληροφορία που αφορά το ζευγάρι. Αποτελεί δικαίωμα αυτών, ποιες και πόσες πληροφορίες θα δώσουν, σε

ποιον και με ποιες λεπτομέρειες μέσα στην Μονάδα. Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι, η απόκρυψη στοιχείων που αφορούν τα άτομα αυτά (σωματική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση), μπορεί ίσως να οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα, έχοντας σαν αποτέλεσμα μια λάθος εκτίμηση που μπορεί αργότερα να αποβεί καθοριστική. Για παράδειγμα, ένα ζευγάρι μπορεί να μην είναι έτοιμο να βιώσει όλη την «επίπονη» διεργασία μιας μεθόδου, λόγω κακής επικοινωνίας ή μη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων που μπορεί να υπήρχε και να υπάρχει ακόμα μεταξύ τους. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας θα πρέπει προτού προβούν σε έναρξη της οποιαδήποτε διαδικασίας, να γνωρίσουν το ζευγάρι, να υπάρξουν συζητήσεις, μέχρις ότου να σχηματιστεί μια πρώτη εικόνα του ζευγαριού. Βέβαια, πέρα απ' τους ειδικούς της ψυχικής υγείας, όλη η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να παρατηρεί και να αναγνωρίζει σημεία των ατόμων αυτών που μπορεί να βοηθήσουν ή να εμποδίσουν τις μετέπειτα διαδικασίες. Η παρατηρητικότητα -στοιχείο βασικό που θα πρέπει να έχει ο νοσηλευτής- δίνει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάθε στοιχείο του χαρακτήρα του κάθε ατόμου, ώστε να μπορεί να διακρίνει τυχόν μεταβολές στην συμπεριφορά τους στην πορεία της μεθόδου που θα εφαρμοστεί, αλλά και να γνωρίζει στοιχεία του χαρακτήρα του ενός που θα μπορούν να βοηθήσουν σε περίπτωση αδυναμίας του άλλου. Όταν η μνήμη, η ακρίβεια και η υπευθυνότητα συνδυάζονται με την παρατηρητικότητα, μειώνεται στο ελάχιστο η πιθανότητα λάθους.

Για το ζευγάρι που καταφτάνει στην Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, τα πράγματα δεν είναι εύκολα. Η δυσκολία απόκτησης παιδιού, η άγνοια της κατάστασής τους αλλά και των εξελίξεων της ιατρικής επιστήμης, τους δημιουργεί φόβο. Είναι κατανοητό τα άτομα αυτά να θέλουν αρχικά να κρύψουν πράγματα προσωπικά τους ή απλώς να μην είναι έτοιμοι να «ανοιχτούν» σε κάποιον που μόλις γνώρισαν. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίσει με χαμόγελο και αγάπη το νεοφερθέν ζευγάρι. Βασική προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη σωστών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ τους (νοσηλευτής-υποψήφιοι γονείς). Απαραίτητη είναι η κατανόηση και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Το αίσθημα της εμπιστοσύνης κυριαρχεί στην καρδιά των ατόμων αυτών, όταν η συμπεριφορά του νοσηλευτή αποπνέει συνέπεια, ειλικρίνεια, σεβασμό προς την προσωπικότητά τους, αλλά κυρίως αγάπη. Η αγάπη, αυτό το «συν» που μεταβάλλει τον άνθρωπο σε «συνάνθρωπο», είναι το κυριότερο προσόν που πρέπει να κοσμήει τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να πλησιάσει το ζευγάρι, να δημιουργήσει άνετο κλίμα και να το βοηθήσει να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις ανάγκες του, αλλά και τις αξίες στις οποίες πιστεύει μέσα στα πλαίσια της φροντίδας που του προσφέρει, και

προσπαθεί με την συγκατάθεση των ίδιων, τη συμμετοχή των συγγενών και φίλων στη φροντίδα τους.

Η διατήρηση άριστων σχέσεων με τους συναδέλφους νοσηλευτές, γιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, αποτελεί βασικό παράγοντα για την καλή συνεργασία και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν. Ο σεβασμός και η αρμονική συνεργασία με τους γιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις οδηγίες τους, διατηρούν συγχρόνως την επιστημονική ανεξαρτησία και την ιδιότητα του νοσηλευτή, ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Η δημιουργία του κατάλληλου και ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος αποτελεί ένα ακόμα καθήκον του νοσηλευτή, ώστε να μπορεί να προσφερθεί η μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών. Τα ζευγάρια που αποφασίζουν να προβούν σε εφαρμογή μιας από τις μεθόδους για να τεκνοποιήσουν, είναι λογικά περισσότερο ψυχολογικά επιβαρυνμένοι. Η προσεχτική λοιπόν προσέγγιση ακόμα και του χώρου, μπορεί να συμβάλλει θετικά στην ψυχολογική τους κατάσταση.

Η ανάγκη για αποτελεσματική αντιμετώπιση των ατόμων που καταφεύγουν στη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, απαιτεί συνεχή ενημέρωση των νοσηλευτών σύμφωνα πάντα με τις εξελίξεις και τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν είναι απλά ένα προσόν, αλλά η ανάγκη των καιρών μας. Την επιβάλλουν λόγοι γενικοί όπως, η σπουδαιότητα της μορφώσεως και η σημασία της για τη ζωή του ανθρώπου αλλά και ειδικοί που θα μπορούσαν να διακριθούν σε ατομικούς, επαγγελματικούς και κοινωνικούς. Δεν πρέπει να είναι όμως μόνο μια εξωτερική ανάγκη, αλλά και μια βαθιά εσωτερική αναζήτηση, γιατί η δίψα για μάθηση είναι πάντα ένδειξη πνευματικής ευρωστίας και η επιθυμία για βελτίωση απόδειξη ψυχικής υγείας. Τα προσόντα και οι γνώσεις ίσως μας δημιουργούν μια προσωπικότητα αξιόλογη, που μπορεί υπεύθυνα να αντιμετωπίζει τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των μεθόδων της ΙΥΑ.

1.11 Ψυχολογικές Παράμετροι

Όταν διακόπτεται η αντισύλληψη και το επιθυμητό παιδί δεν έρχεται, τα ζευγάρια αντιμετωπίζουν την αδυναμία ικανοποίησης μιας πολύπλοκης επιθυμίας. Παράλληλα κλονίζεται η παντοδυναμία τους καθώς συνειδητοποιούν, αφενός, ότι δεν ελέγχουν το σώμα τους και, αφετέρου, ότι ο προγραμματισμός μιας εγκυμοσύνης δεν οδηγεί αναγκαστικά στην πραγματοποίησή της. Συνεπώς, τα υπογόνιμα άτομα, βιώνουν διπλή απογοήτευση.

Σήμερα, η αδυναμία απόκτησης παιδιού αντιμετωπίζεται με την υιοθέτηση μιας από τις τεχνικές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στο παρόν άρθρο παρουσιάζονται οι ψυχολογικές παράμετροι των τεχνικών αυτών.

Εξωσωματική γονιμοποίηση

Η μέθοδος αυτή έχει χαρακτηριστεί από τα ζευγάρια τα οποία συμμετέχουν αλλά και από τους κλινικούς και τους ερευνητές ως μια διαδικασία σωματικά και ψυχικά απαιτητική. Είναι σωματικά απαιτητική λόγω της πληθώρας των φαρμακευτικών ουσιών που είναι απαραίτητες, στην πρώτη φάση της διαδικασίας, προκειμένου να δημιουργηθούν πολλαπλά ωοθηλάκια. Η λήψη των φαρμακευτικών αυτών ουσιών δημιουργεί σε πολλές γυναίκες το φόβο ότι επιχειρώντας να αποκτήσουν ένα παιδί θέτουν μακροπρόθεσμα σε κίνδυνο την υγεία τους. Παράλληλα, οι απαιτήσεις ενός προγράμματος εξωσωματικής γονιμοποίησης (συχνές εξετάσεις αίματος, καθημερινές ενέσεις, υπερηχογραφήματα) ανατρέπουν την καθημερινή ρουτίνα της ζωής των γυναικών σε βαθμό που συχνά να δημιουργούνται προβλήματα στην εργασία τους.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα η πιο δύσκολη φάση της εξωσωματικής γονιμοποίησης φαίνεται να είναι εκείνη που εκτείνεται από την ολοκλήρωση της διαδικασίας μετά την εμβρυομεταφορά μέχρι την ημέρα του αιματολογικού ελέγχου για τη διαπίστωση της επίτευξης ή μη της εγκυμοσύνης. (Leiblum et al., 1987, Παπαληγούρα, 1992, 1999). Η φάση αυτή είναι ιδιαίτερα «επενδεδυμένη», καθώς η γνώση ότι υπάρχει ένα έμβρυο στη μήτρα τους, επιτρέπει στη φαντασίωση τους να καλπάσει. Συχνά δε οι συστάσεις των γιατρών, μετά την εμβρυομεταφορά, για προφύλαξη που συνεπάγεται έναν πιο ήρεμο τρόπο ζωής από τον συνηθισμένο, ενισχύουν τη φαντασίωση της εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες γυναίκες παραμένουν κλινήρεις τις πρώτες μέρες μετά την εμβρυομεταφορά και στη συνέχεια κλεισμένες στο σπίτι τους κατεχόμενες από την ανησυχία ότι κάποια

κίνηση τους μπορεί να τις οδηγήσει να «αποβάλλουν» το έμβρυο που ο γιατρός τους «έδωσε» (Παπαληγούρα, 1992,1999).

Ένα βασικό πρόβλημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι τα ακόμη σχετικά χαμηλά ποσοστά επιτυχίας της τεχνικής αυτής. Πολλές γυναίκες, μετά από ένα αρνητικό αποτέλεσμα βυθίζονται σε απόγνωση ενώ υπάρχει κίνδυνος κάποιες από αυτές να εμφανίσουν κατάθλιψη (Golombok, 1992, Leiblum et al., 1987). Χαρακτηριστικά, σε μια έρευνα, όπου παρακολούθηθηκαν 86 άτομα μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης διαπιστώθηκε ότι, ένα χρόνο αργότερα το 66% των γυναικών και το 40% των ανδρών ανέφερε ότι μετά την αποτυχία επίτευξης εγκυμοσύνης εμφάνισε κατάθλιψη (Baram et al., 1988). Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα κατάθλιψης υποχωρούν μέσα στους επόμενους μήνες, κάποιες φορές όμως επιμένουν μέχρι και 18 μήνες μετά την αποτυχημένη προσπάθεια (Baram et al.,1988). Το πώς θα βιωθεί η εμπειρία αυτή από ένα ζευγάρι, θα εξαρτηθεί από τον ψυχικό εξοπλισμό του κάθε ατόμου, από την υποστήριξη που θα έχει ο καθένας από το περιβάλλον του, καθώς και από τον αριθμό των προσπαθειών στις οποίες έχουν τα ζευγάρια υποβληθεί (Golombok,1992).

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η μη συμμετοχή του συζύγου, ο οποίος συνήθως παρουσιάζεται μόνο στη φάση της λήψης των ωαρίων όπου καλείται να δώσει το σπέρμα του για τη γονιμοποίηση. Πολλοί άνδρες διατυπώνουν «παράπονα» λέγοντας ότι αισθάνονται αμέτοχοι από τη διαδικασία που ακολουθείται καθώς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν επιχειρεί να τους εμπλέξει περισσότερο στη διάρκεια της θεραπείας (Papaligouira & Papagounos, 1996).

Τέλος ένα κοινό γνώρισμα όλων των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ότι διαχωρίζουν τη σεξουαλική επαφή από την αναπαραγωγή με αποτέλεσμα πολλά ζευγάρια να μην επενδύουν στη σεξουαλική τους σχέση.

Παρά τα παραπάνω ζητήματα που αναφέρθηκαν, η εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης, από ψυχολογικής απόψεως, είναι τεχνική όπου τα πάντα είναι διάφανα με αποτέλεσμα να μην οδηγεί σε πολύπλοκες ψυχικές συγκρούσεις. Δεν αλλοιώνεται η γενεαλογία, σταδιακά παρατηρείται, τουλάχιστον στην πόλη των Αθηνών, ότι η διαδικασία τηρείται όλο και λιγότερο μυστική (Παπαληγούρα, 1992, Papaligouira, 1999).

Πολύδυμες κήσεις

Ένα σημαντικό πρόβλημα κατά την εφαρμογή των νέων μεθόδων αναπαραγωγής είναι ότι, συχνά οι γιατροί προκειμένου να αυξήσουν τα ποσοστά επιτυχίας μεταφέρουν στη μήτρα της υποψήφιας μητέρας πολλά έμβρυα, (ωάρια τα οποία έχουν γονιμοποιηθεί από τα σπερματοζωάρια στο δοκιμαστικό σωλήνα) με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολύδυμες κήσεις. Οι πολύδυμες κήσεις είναι η αιτία σοβαρών επιπλοκών στον τοκετό, περιγεννητικής θνησιμότητας, συγγενών ανωμαλιών, θνησιμότητας της μητέρας και του εμβρύου και προκαλούν σοβαρά κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα (Hazekamp et al., 2000, Olivennes, 2000). Σε μια έρευνα με γονείς τρίδυμων βρεφών, ηλικίας 12 μηνών, διαπιστώθηκε ότι αυτοί είχαν σε υψηλό ποσοστό κατάθλιψη και ότι ανησυχούσαν μήπως χωρίσουν από τον ή τη σύντροφο τους (Craig, 1999). Η αύξηση των πολύδυμων κήσεων είναι εντυπωσιακή τα τελευταία χρόνια. Χαρακτηριστικά, μεταξύ 1980-1997 οι δίδυμες κήσεις αυξήθηκαν κατά 52%, οι τρίδυμες κατά 142%, οι τετράδυμες κατά 123% (US Department of Health and Human Services 1999). Οι γιατροί, στην προσπάθεια τους να περιορίσουν τις πολύδυμες κήσεις ακολουθούν τη διαδικασία της εμβρυϊκής μείωσης. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται μεταξύ της 9^{ης} και της 12^{ης} εβδομάδας κήσης, όπου, με την ενδοκοιλιακή εισαγωγή βελόνας εγχύεται στο έμβρυο χλωριούχο κάλλιο ώστε να σταματήσει η καρδιακή λειτουργία (ASRM, 1996). Με τον τρόπο αυτό διακόπτεται η κήση ορισμένων εμβρύων. Ο κίνδυνος να αποβληθούν όλα τα έμβρυα είναι περίπου 8% (Craig, 1999).

Όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις της εμβρυϊκής μείωσης, σε μια έρευνα διαπιστώθηκε ότι ένα χρόνο αργότερα το 1/3 των γυναικών είχαν ακόμα καταθλιπτικά συναισθήματα (Andrews, 1999). Η εμβρυϊκή μείωση μπορεί να είναι πολύ επώδυνη για ανθρώπους οι οποίοι επιχειρούν επί μακρόν διάστημα να αποκτήσουν ένα παιδί και στη προσπάθεια τους αυτή αναγκάζονται να «φονεύσουν» κάποια έμβρυα τους. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας αναφέρουν δύο παράγοντες οι οποίοι είναι κρίσιμοι στην ψυχική διαχείριση της εμβρυϊκής μείωσης. Ο πρώτος αφορά στο κατά πόσον συμφωνούν τα ζευγάρια μεταξύ τους για την εφαρμογή της μείωσης και ο δεύτερος στην ψυχική προετοιμασία για την αποδοχή της τεχνικής αυτής. Και στις περιπτώσεις όμως όπου εφαρμόζεται η τεχνική αυτή, εμφανίζεται μια αντίληψη «επείγοντος» η οποία είναι χαρακτηριστική σε όλο το φάσμα της Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο χρόνος των περίπου 2 εβδομάδων που έχουν τα ζευγάρια στη διάθεση τους για να επιλύσουν το δίλημμα του να διακινδυνεύσουν μια πολύδυμη κήση ή να εφαρμόσουν την τεχνική της

εμβρυϊκής μείωσης είναι ανεπαρκής. Κυρίως, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι, παρά τις επιπλοκές τις οποίες δημιουργούν οι πολύδυμες κύσεις, πολλά υπογόνιμα ζευγάρια τις επιθυμούν, γιατί φαίνεται να θεωρούν ότι έτσι αυξάνεται η πιθανότητα απόκτησης ενός παιδιού (Faber, 1997, Gleicher et al., 1995).

Παράλληλα, προκύπτει ένα σημαντικό ζήτημα, το κατά πόσον είναι ηθικά αποδεκτή η πρακτική αυτή όταν δεν έχουν ληφθεί όλες οι αναγκαίες προφυλάξεις προκειμένου να αποτραπεί μια πολύδυμη κύηση (Pennings, 2000). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ο νόμος 3305/2005 που ψηφίστηκε στη χώρα μας μεριμνά για τον περιορισμό των πολύδυμων κύσεων ορίζοντας ότι σε γυναίκες ηλικίας μέχρι και σαράντα ετών επιτρέπεται να μεταφερθούν έως τρία γονιμοποιημένα ωάρια και σε γυναίκες ηλικίας άνω των σαράντα ετών έως τέσσερα γονιμοποιημένα ωάρια.

Δωρεά σπερματοζωαρίων

Η πρακτική της χρήσης σπέρματος δότη είναι πολύ παλιά. Αρχικά γινόταν με μια απλή σπερματέγχυση, σήμερα εφαρμόζεται παράλληλα με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Αναφορικά με τη συχνότητα με την οποία εφαρμόζεται η τεχνική αυτή στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1994 αναφέρθηκαν περισσότερες από 8000 περιπτώσεις (HFEA, 1994).

Τα ψυχολογικά ζητήματα που ανακύπτουν από τη συμμετοχή δότη στην αναπαραγωγή είναι η ανωνυμία ή μη του δότη, και η αποκάλυψη ή η απόκρυψη των γεγονότων της σύλληψης στο παιδί. Και τα δύο αυτά ζητήματα είναι, συνήθως, αλληλένδετα με την έννοια ότι η ανωνυμία του δότη ενισχύει τη μυστικότητα αλλά και η μυστικότητα μειώνει τη σημασία της ταυτοποίησης του δότη.

Όσον αφορά στο τι πράττουν τα ζευγάρια αναφορικά με το ζήτημα της αποκάλυψης ή της απόκρυψης, σύμφωνα με μια έρευνα στην Ευρώπη, κανένας γονέας δεν είχε αποκαλύψει στο παιδί του ότι αποκτήθηκε με τη συμμετοχή δότη (Cook et al., 1995). Σε μια άλλη έρευνα, στην Ολλανδία, διαπιστώθηκε ότι το 74% των γονέων είχαν αποφασίσει να αποκρύψουν από το παιδί τον τρόπο σύλληψης του (Brewaeys et al., 1997). Οι Soderstrom - Anttila και οι συνεργάτες του (1998) αναφέρουν ότι μόνο το 38% των ζευγαριών τα οποία είχαν ακολουθήσει θεραπεία υπογονιμότητας θα ανέφεραν στα παιδιά τον τρόπο απόκτησης τους. Στις Η.Π.Α. βρέθηκε αντίστοιχο ποσοστό 73% των γονέων που δεν είχε πρόθεση να αναφέρει στο παιδί την εμπλοκή δότη στη σύλληψη του (Klock et al., 1994). Σε μια μελέτη στη Σουηδία διαπιστώθηκε ότι, παρότι ο νόμος επιτρέπει στα

παιδιά όταν ενηλικιωθούν να πληροφορηθούν την ταυτότητα του δότη, 89% των γονέων δεν είχαν ενημερώσει τα παιδιά τους για τις συνθήκες σύλληψης τους (Gottlieb et al., 2000). Μια ενδιαφέρουσα μελέτη σύγκρινε τη στάση ετερόφυλων και ομοφυλόφιλων ζευγαριών ως προς την ανωνυμία του δότη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενώ τα ετερόφυλα ζευγάρια επιχειρούσαν να μιμηθούν την παραδοσιακή οικογένεια, και συνεπώς δεν ήθελαν να πουν στα παιδιά τους για το δότη, τα περισσότερα ομοφυλόφιλα ζευγάρια είχαν προγραμματίσει να αναφέρουν στο παιδί τον τρόπο σύλληψης του. Επίσης το 40% των ζευγαριών αυτών επιθυμούσε να καταχωρηθεί η ταυτότητα του δότη (Brewaeys et al., 1993).

Σχετικά με την ανωνυμία του δότη το επιχείρημα που προβάλλεται από όσους είναι υπέρ αφορά το συμφέρον του παιδιού που θα αποκτηθεί. Όσοι υποστηρίζουν την ανωνυμία θεωρούν ότι αυτή εξασφαλίζει το συμφέρον του παιδιού επειδή δεν διαταράσσεται η σχέση του πατέρα με το παιδί του και εξασφαλίζει ότι το παιδί δεν θα υποστεί κάποιον κοινωνικό στιγματισμό. Τα επιχειρήματα κατά της ανωνυμίας του δότη είναι πρώτον ότι το παιδί έχει ανάγκη να γνωρίζει την καταγωγή του, και δεύτερον ότι αποτελεί δικαίωμα του να γνωρίζει τα όσα αφορούν στην απόκτηση του (Daniels, 2004, Delaisi de Parseval, 1981, Mc Whinnie, 1996).

Οι υπέρμαχοι της τελευταίας αυτής άποψης επικαλούνται τις ολέθριες επιπτώσεις που έχει η πρακτική της απόκρυψης και της ανωνυμίας στην υιοθεσία. Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί ότι η επίκληση του παραδείγματος της συνθήκης της υιοθεσίας είναι άτοπη καθώς υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της απόκτησης παιδιού με σπέρμα δότη και της απόκτησης παιδιού με υιοθεσία. Τα παιδιά που αποκτώνται με τη συμμετοχή δότη δεν έχουν βιώσει την εγκατάλειψη και έχουν γενετική σχέση με τη μητέρα τους. Συνεπώς, η απουσία γενετικής σχέσης μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για τα παιδιά που αποκτώνται μετά από συμμετοχή δότη από τα υιοθετημένα παιδιά (Golombok 1998, Shenfield , 1994).

Στις περιπτώσεις όπου χρησιμοποιείται σπέρμα δότη δεν παρατηρείται αυξημένη ψυχοπαθολογία ούτε μεγαλύτερα ποσοστά διαζυγίων. Η οδύνη, όμως, δεν οδηγεί απαραίτητα σε ψυχοπαθολογία. Ο τρόμος αυτού που δεν έχει ποτέ ειπωθεί μπορεί να είναι παρών στις οικογένειες αυτές καθιστώντας αναγκαία τη συμμετοχή ειδικού της ψυχικής υγείας. Όσον αφορά την ανάπτυξη των παιδιών που αποκτήθηκαν με συμμετοχή δότη οι έρευνες δείχνουν ότι οι οικογενειακές και οι κοινωνικές τους σχέσεις δεν διαφέρουν από εκείνες των παιδιών που αποκτήθηκαν «φυσιολογικά» (Cook et al., 1995, Golombok et al.,

1995). Δεδομένου, όμως, ότι η μυστικότητα καλύπτει τις οικογένειες που δημιουργήθηκαν με τη συμμετοχή δότη οι μελέτες είναι περιορισμένες και τα μεθοδολογικά προβλήματα δεν επιτρέπουν να εξαχθεί ένα ασφαλές συμπέρασμα αναφορικά με το συμφέρον του παιδιού (Broderick & Walker, 1995).

Τα επιχειρήματα υπέρ της αποκάλυψης είναι αυτά που σήμερα κυριαρχούν μεταξύ των ειδικών της ψυχικής υγείας. Μάλιστα σε ένα πρόσφατο βιβλίο ο Ken Daniels (2004), ο οποίος έχει αφιερώσει 27 χρόνια από την επαγγελματική του ζωή επιχειρώντας να κατανοήσει το σύνθετο ζήτημα της απόκτησης παιδιού με σπέρμα δότη, ισχυρίζεται ότι η αγάπη είναι ισχυρότερη από το φόβο και ότι ο φόβος οδηγεί στο στιγματισμό και στη ντροπή.

Η συνεργασία με κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας επιτρέπει στα ζευγάρια να εξεργασθούν τα πολύπλοκα ζητήματα και τις απώλειες που ενέχονται στην απόκτηση παιδιού με σπέρμα δότη καθιστώντας εφικτή την αναγνώριση του ανομολόγητου και ξεπερνώντας το φόβο αυτού που δεν λέγεται. Στην πορεία αυτή, οι ίδιοι θα μπορούν να αποφασίσουν τι εξυπηρετεί καλύτερα τη δική τους ψυχική υγεία και εκείνη των παιδιών τους. Στην περίπτωση που αποφασίσουν να μην συζητήσουν την εμπλοκή του δότη σημαντικό είναι η απόφαση της απόκρυψης να μην απορρέει από μια ασυνείδητη ανάγκη άρνησης της στειρότητας του πατέρα και η επιθυμία απόκτησης παιδιού να μην προέρχεται από την ανάγκη κάλυψης της στειρότητας αυτής. Το παιδί που θα γεννηθεί να μην είναι, όπως αναφέρει η Delaisi de Parseval «un enfant prothèse» (Delaisi & Verdier, 1994).

Αναμφισβήτητα, όταν εμπλέκεται τρίτο πρόσωπο στην αναπαραγωγή ή ψυχοθεραπεία ή η συμβουλευτική δεν αποτελούν «είδος» πολυτελείας αλλά πρώτης ανάγκης, καθώς η όλη διαδικασία αφορά πρωτίστως τους ειδικούς της ψυχικής υγείας και δευτερευόντως τους γιατρούς (Delaisi de Parseval, 1981, Παπαληγούρα, 2000, Raphael - Leff, 2003).

Δωρεά ωαρίων

Η πρώτη επιτυχής εγκυμοσύνη μετά από δωρεά ωαρίων έγινε το 1984 (Cohen, 1996). Η συνθήκη προσομοιάζει με την αντίστοιχη της δωρεάς σπέρματος αλλά έχει μια καθοριστικής σημασίας διαφορά. Το γεγονός ότι η μητέρα κυοφορεί, βιώνει τον τοκετό και το θηλασμό λειτουργεί σαν μια φαντασιστική θεραπεία της στειρότητας της (Weil et al., 1994). Η απώλεια του ότι δεν μπόρεσε να αναπαράγει τα γονίδια της είναι ανάλογη με

εκείνη του πατέρα που χρησιμοποιεί δότη σπέρματος για να αποκτήσει ένα παιδί, αλλά η βιολογική συμμετοχή της βοηθάει στο μεταβολισμό της πραγματικότητας και μοιάζει να είναι «ευκολότερο» για το ζευγάρι να κατασκευάσει μια ιστορία από κοινού (Bydlowski, 1997). Όσον αφορά στο ζήτημα της αποκάλυψης και της απόκρυψης στη δωρεά ωοθηλακίων κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι η αποκάλυψη είναι ευκολότερη στη δωρεά ωαρίων από ότι στη συνθήκη της δωρεάς σπέρματος (Applegarth et al., 1995). Τα ποσοστά αποκάλυψης στη δωρεά ωαρίων είναι πολύ υψηλότερα από ότι στη δωρεά σπέρματος και κυμαίνονται μεταξύ 38%-88% (Greenfeld et al., 1998, Soderstrom – Anttila et al., 1998). Τα διαφορετικά αυτά ποσοστά μπορεί και να αποτυπώνουν τη διαφορετική σημασία της ανδρικής και της γυναικείας στειρότητας. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες η επιθυμία αποκάλυψης ή απόκρυψης εξαρτάται από την επιλογή ταυτοποιημένης ή ανώνυμης δότριας. Η Greenfeld και οι συνεργάτες της (1998) διαπίστωσαν ότι τα ζευγάρια τα οποία επέλεξαν να γνωρίζουν τη δότρια, είχαν περισσότερες πιθανότητες να επιθυμούν να αποκαλύψουν τα γεγονότα της σύλληψης στο παιδί τους από τα ζευγάρια τα οποία επέλεξαν μια ανώνυμη δότρια. Αντίθετα, σε μια πρόσφατη μελέτη η ανωνυμία της δότριας δεν επηρέαζε την πρόθεση αποκάλυψης στα παιδιά (Greenfeld & Klock, 2004).

Τα ζευγάρια τα οποία επιλέγουν γνωστή δότρια συχνά επιλέγουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή μια κοντινή φίλη. Στις περιπτώσεις αυτές, η διερεύνηση της σχέσης του ζευγαριού με τη δότρια είναι σημαντική. Πρέπει να εξασφαλισθεί ότι η δότρια δεν εξαναγκάζεται ψυχολογικά να συμμετάσχει στη δωρεά και να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της δωρεάς στη σχέση της λήπτριας με τη δότρια αλλά και στη σχέση που θα έχει η δότρια με το παιδί που θα αποκτηθεί.

Δωρεά εμβρύων

Τα παραπάνω ισχύουν και στις περιπτώσεις δωρεάς εμβρύων όπου το ζευγάρι δεν έχει γενετική σχέση με το παιδί που αποκτά και, συνεπώς, η συνθήκη αυτή προσομοιάζει περισσότερο με την υιοθεσία. Η κρυοσυντήρηση εμβρύων τα οποία δεν εμφυτεύονται σε έναν κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης επιτρέπει τη δωρεά τους σε άλλα υπογόνιμα ζευγάρια. Τα ζευγάρια που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση επιλέγουν σε μεγάλα ποσοστά να δωρίσουν έμβρυα τους σε άλλα υπογόνιμα ζευγάρια (Lamelle & Englert, 1995).

Υποκατάστατη μητρότητα

Η πρακτική της υποκατάστατης μητρότητας, παρένθετης μητρότητας, φέρουσα μητέρας ή δανεικής μήτρας είναι η πλέον αμφιλεγόμενη τεχνική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, γεγονός που αποτυπώνεται και στην αδυναμία των ειδικών να συμφωνήσουν σε έναν όρο για να την περιγράψουν. Η πρακτική αυτή αναφέρεται για πρώτη φορά στη Γένεση (κεφ. 16, 1) όταν η Σάρα, η οποία δεν μπορούσε να αποκτήσει παιδιά, ζήτησε από τον Αβραάμ να τεκνοποιήσει με τη δούλη της Άγαρ.

Στις Η.Π.Α η πρώτη περίπτωση υποκατάστασης, με έγγραφη συμφωνία μεταξύ των μελών και με σπερματέγχυση, συνέβη το 1977. Με την τεχνική αυτή μια γυναίκα μένει έγκυος με σπερματέγχυση με το σπέρμα του συζύγου υπογόνιμης γυναίκας και μετά τον τοκετό παραδίδει το βρέφος στον πατέρα και την υπογόνιμη γυναίκα του. Η γυναίκα που κυοφορεί μπορεί να έχει γενετική σχέση με το παιδί, να έχει χρησιμοποιηθεί δηλαδή το δικό της ωάριο ή να μην έχει γενετική σχέση γιατί θα έχει χρησιμοποιηθεί το ωάριο της μητέρας που θα παραλάβει το παιδί. Στη χώρα μας ο νόμος 3305/2005 ορίζει ότι η πρακτική της παρένθετης μητρότητας επιτρέπεται μόνο με χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια. Μέχρι το 1997 στις Η.Π.Α περίπου 6000 βρέφη είχαν γεννηθεί με αυτόν τον τρόπο (Hanafin, 1999). Η πρακτική της υποκατάστατης μητρότητας διαχωρίζει τη σεξουαλική σχέση από την αναπαραγωγή αλλά και τη μητρότητα από την εγκυμοσύνη.

Τα ΜΜΕ έχουν εστιάσει κυρίως στις αρνητικές πλευρές της υποκατάστατης μητρότητας όπως στην περίπτωση Baby M όπου το 1987 μια γυναίκα που κυοφόρησε ένα μωρό για μια άλλη γυναίκα μετά τον τοκετό αρνήθηκε να το παραδώσει (New Jersey Supreme Court, 1987). Μερικά από τα ψυχολογικά ζητήματα που ανακύπτουν με τη μέθοδο αυτή, είναι η πιθανή δυσκολία της μητέρας να παραδώσει το μωρό μετά τον τοκετό, η ενδεχόμενη αποστασιοποίηση της μητέρας από το έμβρυο στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η δυσκολία στη διαχείριση της απώλειας της εγκυμοσύνης από τη μητέρα που θα αναθρέψει το μωρό, η αποσαφήνιση της εμπλοκής του ζευγαριού που θα αναθρέψει το μωρό στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό και η σχέση της φέρουσας με το βρέφος μετά τον τοκετό. Ο τρόπος με τον οποίο θα διαχειριστούν τα παραπάνω η φέρουσα μητέρα και το ζευγάρι που θα μεγαλώσει το μωρό θα καθορίσουν, εν πολλοίς, τις επιπτώσεις που θα έχει η μέθοδος αυτή σε όλους τους εμπλεκόμενους.

Οι έρευνες με φέρουσες μητέρες που έχουν διεξαχθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο (Blyth, 1995, Gavda et al., 2004) διαπιστώνουν ότι η φέρουσα μητέρα και το ζευγάρι που

αναθρέφει το παιδί διατηρούν επαφή και μετά την απόκτηση του παιδιού. Επίσης, αναφέρουν ότι η εμπειρία ήταν θετική για τη φέρουσα. Αναφορικά με το ζήτημα της αποκάλυψης της εμπλοκής της φέρουσας στο παιδί, σε μια έρευνα 29 γυναικών σε διάφορες φάσεις της διαδικασίας, αναφέρθηκε ότι όλες οι γυναίκες εκτός μιας, δηλαδή σε ποσοστό 97% ανέφεραν ότι πρόθεση τους ήταν να αναφέρουν στο παιδί το θέμα της υποκατάστατης μητρότητας (van Akker, 2000).

Σε όλες τις περιπτώσεις όπου παρεμβαίνει τρίτο πρόσωπο προκειμένου να επιτευχθεί μια εγκυμοσύνη η ιατρική παρέμβαση είναι περιορισμένη ενώ ο ρόλος των ειδικών της ψυχικής υγείας, καθώς και των ειδικών στην ηθική, και των νομικών είναι εξαιρετικά σημαντικός. Το πολύπλοκο πρόβλημα της υποκατάστατης μητρότητας αφορά στο σεβασμό του ψυχικού συμφέροντος όλων των πρωταγωνιστών, της φέρουσας μητέρας, της οικογένειας της, της λήπτριας μητέρας, του πατέρα και των παιδιών που ενδεχομένως θα αποκτηθούν.

Μεταβολή της γονεϊκότητας

Ο όρος μετα-μοντέρνα οικογένεια χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Stacey (Stacey, 1990) και σηματοδοτεί τις νέες μορφές οικογένειας. Στον 21^ο αιώνα η άποψη ότι η παραδοσιακή πυρηνική οικογένεια όπου τα μέλη της έχουν βιολογική σχέση μεταξύ τους είναι η «φυσιολογική οικογένεια» η οποία αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για την ανατροφή των παιδιών, δεν αποτελεί παρά στερεότυπο. Από τη γέννηση της Λουίζας Μπράουν το 1978, ένα παιδί είναι δυνατόν να έχει μέχρι και πέντε διαφορετικούς γονείς. Μια δότρια ωαρίων, έναν δότη σπέρματος, μια φέρουσα μητέρα, η οποία το κυοφορεί, έναν πατέρα και μια μητέρα που το αναθρέφουν (Einwohner, 1989). Σε κάποιες οικογένειες δεν γνωρίζουμε αν τα παιδιά που αποκτήθηκαν έχουν γενετική σχέση και με τους δύο γονείς τους. Μπορεί να μεγαλώνει το παιδί ο πατέρας του αλλά να αποκτήθηκε από σπέρμα δότη ή από ωάριο δότριας. Σε άλλες οικογένειες το παιδί το μεγαλώνουν δύο ομόφυλοι γονείς, ή μια γυναίκα μόνη. Η μορφή της οικογένειας έχει αλλάξει και πολλές έρευνες που παρακολούθησαν την ανάπτυξη των παιδιών, τα οποία αποκτήθηκαν με διαφορετικούς τρόπους, δείχνουν ότι αυτά δεν φαίνεται να βρίσκονται σε ψυχολογικό κίνδυνο. (Breeways, 1997, Gibson, et al., 1999, Golombok et al., 1995, 1998 van Balen, 1998). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών θέτουν εκ νέου το ερώτημα του ποια πλευρά της γονεϊκότητας είναι σημαντική για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών. Αν δεν είναι

σημαντική η σεξουαλική ταυτότητα των γονέων, δεν είναι σημαντική η γενετική σχέση παιδιών-γονέων και αν η παρουσία δύο ενηλίκων δεν είναι όσο σημαντική πιστευόταν για την ανατροφή των παιδιών, τότε το ερώτημα του ποιος ή ποιοι είναι οι κρίσιμοι παράγοντες για την υγιή ανάπτυξη είναι δύσκολο να απαντηθεί (Golombok, 2000).

1.12 Ο Ρόλος του Ειδικού της Ψυχικής Υγείας

Τα ζητήματα της ανθρώπινης αναπαραγωγής ανέκαθεν προκαλούσαν το ενδιαφέρον των θεραπειών καθώς άπτονται της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και συναντούν βιολογικά, οικογενειακά αλλά και κοινωνικά δεδομένα. Τα αίτια και οι φαντασιώσεις που ωθούν ένα υποκείμενο να επιθυμεί να αναπαραχθεί - να γίνει μητέρα ή πατέρας - είναι πολύπλοκα. Τα συνειδητά κίνητρα έχουν μελετηθεί εμπειρικά (Hoffman & Hoffman, 1973) αλλά η ψυχαναλυτική οπτική καταδεικνύει τον πραγματικό λαβύρινθο της επιθυμίας αυτής (Bydlowski, 1997, Delaisi de Parseval & Janaud , 1983).

Στη σημερινή εποχή η απόκτηση ενός παιδιού έχει καταστεί σχεδόν υποχρεωτική καθώς - η έλευσή του - υποδηλώνει την ψυχική και σωματική υγεία του κάθε μέλους του ζευγαριού, τη σεξουαλική τους ταυτότητα και εξασφαλίζει την κοινωνική τους ένταξη. Όπως αναφέρει ο Agiès (1973), στην πυρηνική οικογένεια η μητέρα και ο πατέρας ασχολούνται αποκλειστικά με την ανατροφή του παιδιού, ενώ στις οικογένειες πριν από τη βιομηχανική επανάσταση την ανατροφή των παιδιών αναλάμβαναν πολύ περισσότεροι άνθρωποι οι οποίοι δεν είχαν αναγκαστικά βιολογική σχέση με το παιδί. Η απόκτηση ενός παιδιού είχε, εκείνη την εποχή, σημαντική οικονομική αξία. Σήμερα, η απόκτηση παιδιού, έχει σημαντική συναισθηματική και ναρκισσιστική αξία (Delaisi de Perseval, & Janaud, 1983). Η αναζήτηση της ευτυχίας είναι το κύριο κίνητρο του ατόμου στη σύγχρονη εποχή στο δυτικό πολιτισμό και η απόκτηση παιδιών θεωρείται θεμέλιο αυτής της ευτυχίας (May, 1995). Συνεπώς, όταν ένα ζευγάρι διαπιστώνει ότι αδυνατεί να αποκτήσει παιδί βιώνει μια σειρά από απώλειες.

Στην πορεία εντοπισμού της αιτίας της υπογονιμότητας κάποια ζευγάρια έρχονται αντιμέτωπα με τη διάγνωση της «ανεξήγητης στειρότητας». Η διάγνωση αυτή δηλώνει ότι δεν εντοπίστηκε συγκεκριμένο οργανικό αίτιο, το οποίο να εξηγεί την αδυναμία απόκτησης παιδιού. Κάποιες από τις περιπτώσεις αυτές θεωρείται ότι έχουν ένα ψυχογενές αίτιο. Η ψυχογενής υπογονιμότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα άμυνας, η οποία προστατεύει το υποκείμενο από τον κίνδυνο της αναπαραγωγής ή μπορεί να είναι

αποτέλεσμα ασυνείδητης δυναμικής, η οποία εμποδίζει την πραγματοποίηση του συνειδητού σχεδίου απόκτησης παιδιού. Στη δεκαετία του 50, πολλές περιπτώσεις υπογονιμότητας ήταν ανεξήγητες με αποτέλεσμα να θεωρούνται ψυχογενείς. Σε ένα σημαντικό άρθρο ο Passini (1985) υποστηρίζει ότι η αδυναμία εντοπισμού οργανικού αιτίου υπεύθυνου για την υπογονιμότητα και η ψυχογενής στειρότητα δεν είναι αναγκαστικά ταυτόσημες έννοιες. Ορισμένες περιπτώσεις οι οποίες θεωρούνταν ως ψυχογενείς, αργότερα, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, αποδόθηκαν σε οργανικά αίτια.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των επαναλαμβανόμενων αποβολών, οι οποίες, ενώ θεωρούνταν ως ψυχογενείς, μετά από συστηματική μελέτη των αποβεβλημένων εμβρύων διαπιστώθηκε ότι στο 40% εξ αυτών το αίτιο ήταν μια γενετική διαταραχή. Αρχικά, συνεπώς, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας εμπλέκονταν στις περιπτώσεις ψυχογενούς στειρότητας επιχειρώντας να κατανοήσουν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις και τα διαπροσωπικά ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα που πιθανόν ήταν υπεύθυνα για την αδυναμία απόκτησης παιδιού (Benedek, 1952, Christie, 1998, Delaisi de Parseval, 2005). Σήμερα, το ποσοστό των περιπτώσεων ανεξήγητης στειρότητας έχει περιοριστεί γύρω στο 5% με αποτέλεσμα το μοντέλο της ψυχογενούς υπογονιμότητας να μην θεωρείται ευρέως αποδεκτό (Greil, 1997), παρόλο που τόσο η κλινική πράξη όσο και ορισμένα ερευνητικά δεδομένα το υποστηρίζουν (Christie, 1998, Stoleru et al., 1993). Πρόσφατα, το μοντέλο της ψυχογενούς υπογονιμότητας έχει αντικατασταθεί από το μοντέλο του στρες το οποίο υποστηρίζουν και εκείνοι που θεωρούν την υπογονιμότητα ως ψυχοσωματική διαταραχή (Christie, 1994, Wasser et al., 1993, Wasser, 1994).

Στο τέλος της δεκαετίας του 70 η Barbara Menning (1980) δημοσίευσε ένα σημαντικό άρθρο, όπου για πρώτη φορά αμφισβητούσε την καθολικότητα του ψυχογενούς μοντέλου στην υπογονιμότητα και αντ' αυτού πρότεινε το μοντέλο της ψυχολογικής ακολουθίας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι αποτέλεσμα της υπογονιμότητας και όχι η αιτία της. Το μοντέλο της ψυχογενούς ακολουθίας ενσωματώνει πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις. Τη θεωρητική προσέγγιση του πένθους και του θρήνου (Bowlby, 1980, Kubler – Ross, 1969), η οποία έχει εφαρμοσθεί στην υπογονιμότητα προκειμένου να κατανοηθούν οι διεργασίες που ακολουθούν τη διάγνωση της. Αντίστοιχα, την προσέγγιση των αναπτυξιακών σταδίων η οποία έχει επίσης προσαρμοσθεί στην υπογονιμότητα καταδεικνύοντας τις επιπτώσεις που έχει για τα άτομα η αδυναμία ολοκλήρωσης του σταδίου της γονεϊκότητας (Erickson, 1950). Επίσης τη γνωστική - συμπεριφορική θεωρία, τη θεωρία του στίγματος, τη συστημική θεωρία και τη φεμινιστική

προσέγγιση, οι οποίες με τη σειρά τους προσφέρουν το πεδίο, η κάθε μία από τη δική της ερμηνευτική σκοπιά, να κατανοηθούν οι επιπτώσεις της αδυναμίας απόκτησης παιδιού ενώ προτείνουν και την αντίστοιχη θεραπευτική προσέγγιση.

Η αναγνώριση ότι η διάγνωση της υπογονιμότητας επηρεάζει σημαντικά όλες τις πλευρές της ζωής των ζευγαριών που τη βιώνουν, οδήγησε στην πρόταση να συνεργάζονται ειδικοί της ψυχικής υγείας με τα ιατρικά κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ακόμη, τα ίδια τα ζευγάρια, σε πληθώρα ερευνών, αναφέρουν ότι επιθυμούν να τους παρέχεται κάποια μορφή ψυχολογικής υποστήριξης (Hammarberg et al., 2001. Souter, et al., 1998). Ως εκ τούτου, σήμερα πλέον, υπάρχει συμφωνία διεθνώς ότι τα ιατρικά κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να «θεραπεύουν» και τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα, ενώ κάποιες χώρες όπως η Ελβετία έχουν νομοθετικά θεσπίσει την υποχρεωτική συνεργασία ζευγαριών με ειδικό της ψυχικής υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης (Boivin & Kentenich, 2002). Παράλληλα, έχουν καθορισθεί και τα απαραίτητα προσόντα τα οποία πρέπει να έχει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας, ο οποίος ειδικεύεται σε θέματα αναπαραγωγικής ιατρικής (Covington, 2004). Ωσαύτως, έχει αναγνωρισθεί η ειδικότητα της συμβουλευτικής στην υπογονιμότητα η οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση, υποστήριξη, θεραπεία, εκπαίδευση, έρευνα και συμβουλευτική (Covington, 1995).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που προσφέρονται στις περιπτώσεις υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι η ψυχαναλυτική ή ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, που εστιάζει στις ενδοψυχικές συγκρούσεις, η συμβουλευτική στην υπογονιμότητα, με έμφαση στις επιπτώσεις της υπογονιμότητας σε διάφορες πλευρές του βίου των ατόμων αυτών, και η γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση, η οποία επικεντρώνεται στην αναδόμηση στρεβλών πεποιθήσεων αναφορικά με την υπογονιμότητα. Η παρέμβαση που συνηθέστερα συναντάται είναι εκείνη της ψυχοκοινωνικής συμβουλευτικής, υποστηρικτικής ή θεραπευτικής, σε ατομικό επίπεδο ή σε ομάδες. Ωστόσο, παρά την προσφορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την αναγνώριση της ανάγκης ύπαρξης τους παρατηρείται ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των υπογόνιμων ζευγαριών κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών (Laffont & Edelmann , 1994, Paulson et al., 1988). Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι λιγότερο από το 25% των ζευγαριών που συμμετέχουν σε προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κάνουν χρήση των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών (Hermon, et al., 1995). Κάποιες έρευνες (Boivin, et al., 1995) επεχείρησαν να εντοπίσουν τους λόγους για τους οποίους εμφανίζεται το οξύμωρο σχήμα του να θεωρούν τα υπογόνιμα ζευγάρια ότι χρειάζονται τη

συμμετοχή ειδικών της ψυχικής υγείας αλλά όταν οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται να μην τις χρησιμοποιούν. Διαπιστώθηκε, ότι λιγότερο από το 20% των ζευγαριών θεωρούσε ότι το επίπεδο του άγχους που βίωνε, ήταν τόσο αυξημένο ώστε να δικαιολογεί τη συμμετοχή ειδικού της ψυχικής υγείας. Επιπροσθέτως, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ο τρόπος με τον οποίο μόνοι τους αντιμετώπιζαν τη συνθήκη καθώς και το δίκτυο υποστήριξης που είχαν ήταν επαρκή για να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ενός προγράμματος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Ωστόσο, η εμπειρία με άτομα που βιώνουν την υπογονιμότητα καταδεικνύει το αντίστροφο. Το επίπεδο του άγχους τους είναι υψηλό ενώ η ζωή των περισσότερων μοιάζει να περιστρέφεται αποκλειστικά γύρω από το ζήτημα της αδυναμίας απόκτησης παιδιού. Πολλή ενέργεια αναλώνεται στην ανταπόκριση στις ιατρικές απαιτήσεις και η προσοχή των ατόμων είναι στραμμένη στην τεχνολογία, χωρίς αναγνώριση των παρεπόμενων επιπτώσεων στο συναισθηματικό επίπεδο. Συγχρόνως, το άγχος γίνεται έκδηλο όταν εμφανίζεται μια υπερβολική ανησυχία σχετικά με την αυστηρή τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Η πλειοψηφία των γυναικών, για παράδειγμα, αγωνιά για τις επιπτώσεις της απόκλισης ακόμα και 5 λεπτών της ώρας από την προκαθορισμένη από το ιατρικό κέντρο ώρα για τη χορήγηση της ενδομυϊκής ένεσης. Τα δεδομένα αυτά παραπέμπουν στην υπόθεση ότι ενδεχομένως τα υπογόνιμα ζευγάρια αντιδρούν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με αλεξιθυμία. Αντιδρούν, δηλαδή, χωρίς να αναγνωρίζουν τα συναισθήματα τους. Ο Freyberger (1977), ο Wise και οι συνεργάτες του (1990) διέκριναν την αλεξιθυμία που συνιστά χαρακτηριστικό προσωπικότητας από την αντιδραστική ή δευτερογενή αλεξιθυμία. Η δευτερογενής αλεξιθυμία έχει συζητηθεί εκτενώς ως χαρακτηριστικό σε άτομα με ψυχοσωματικά προβλήματα (Taylor, et al., 1993) και έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς ως αντίδραση στην κατάθλιψη (Joukamaa et al., 1996). Επίσης, σε μια έρευνα των Conrad και συνεργατών του, (2001) διαπιστώθηκε ότι υπογόνιμοι άνδρες εμφάνιζαν πολύ υψηλότερα ποσοστά αλεξιθυμίας από μια ομάδα ελέγχου στην οποία συμμετείχαν άνδρες οι οποίοι δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα γονιμότητας. Τα άτομα που έχουν υψηλή αλεξιθυμία δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την τραυματική εμπειρία που βιώνουν και συχνά παραπονιούνται για σωματικά συμπτώματα, θα ήταν ενδιαφέρον να διερευνηθεί κατά πόσον τα υπογόνιμα άτομα εμφανίζουν αυτό το φαινόμενο, ώστε να διαφοροποιηθεί η προσέγγιση των ειδικών της ψυχικής υγείας που εμπλέκονται στην αναπαραγωγική ιατρική.

Άλλη πιθανή αιτία που θα μπορούσε να ερμηνεύει την αντίφαση μεταξύ της αναγνώρισης της σημασίας του ειδικού της ψυχικής υγείας στην αναπαραγωγή από τα υπογόνιμα άτομα και της μη χρησιμοποίησης του, είναι το στίγμα της ψυχοθεραπείας. Η υπογονιμότητα είναι συνυφασμένη με το στίγμα (Goffman, 1963). Τα υπογόνιμα άτομα έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση (Dunkel – Schetter & Lober, 1991), αισθάνονται ότι δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις κοινωνικές προσδοκίες, με αποτέλεσμα να εκφράζουν συχνά συναισθήματα ανεπάρκειας. Η προσφυγή σε ειδικό της ψυχικής υγείας για τη διαχείριση των συναισθημάτων αυτών πιθανώς να ενισχύει αυτήν την αίσθηση της ανεπάρκειας. Ισχυροποιεί την υπόθεση αυτή το γεγονός ότι πολλά ζευγάρια στα οποία γίνεται νύξη για μια συνεργασία με έναν ειδικό της ψυχικής υγείας, σπεύδουν να διευκρινίσουν ότι έχουν αδυναμία απόκτησης παιδιού και δεν αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα.

Σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της στάσης των υπογόνιμων ζευγαριών προς τους ειδικούς της ψυχικής υγείας μπορεί να διαδραματίζει και η οπτική γωνία των ίδιων των εμπλεκομένων στις ιατρικές μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι γιατροί ασκούν σημαντική επιρροή στους πελάτες τους και αντιμετωπίζουν τη συμβουλευτική στην υπογονιμότητα, ως επί το πλείστον, σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο. Παραπέμπουν, δηλαδή, τα ζευγάρια σε συνεργασία με τον ειδικό της ψυχικής υγείας, είτε όταν τα ίδια τα υπογόνιμα ζευγάρια διατυπώσουν το αίτημα, είτε όταν η ιατρική ομάδα διαπιστώσει ότι υπάρχει δυσκολία συνεργασίας με το συγκεκριμένο άτομο ή ζευγάρι, είτε όταν τα υπογόνιμα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν γενικότερα τη λειτουργία τους. Δεν έχουν αναγνωρίσει, δηλαδή, οι γιατροί, τη σημασία της προετοιμασίας του υπογόνιμου ζευγαριού για τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις που προσφέρονται στην απόκτηση παιδιού με αποτέλεσμα και οι περισσότεροι πελάτες τους να υιοθετούν ανάλογη στάση. Το σημαντικότερο, δεν έχουν οι περισσότεροι γιατροί αναγνωρίσει την πολυπλοκότητα των προσφερομένων λύσεων στην υπογονιμότητα, την ανάγκη να διεργασθούν τα ζευγάρια πολλά ζητήματα και να έχουν μια στήριξη στην πορεία που διανύουν. Συνεπώς, ο τρόπος με τον οποίο πολλοί γιατροί συστήνουν τη συνεργασία με τον ειδικό της ψυχικής υγείας δεν ενισχύει τη συνεργασία αυτή.

Η αναγνώριση της σύνθετης σχέσης των ψυχολογικών πλευρών της υπογονιμότητας και των τεχνικών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κυρίως από τα μέλη της ιατρικής ομάδας, θα επιτρέψει στα ίδια τα ζευγάρια να παραδεχθούν ότι συχνά οι αποφάσεις που καλούνται να πάρουν προκειμένου να αποκτήσουν ένα παιδί είναι σύνθετες, ότι δεν είναι

πάντα προβλέψιμες οι μακροχρόνιες επιπτώσεις των επιλογών τους, ούτε στα παιδιά τους, ούτε στους ίδιους. Οι επιλογές στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θα γίνονται όλο και πιο σύνθετες καθώς η τεχνολογία εξελίσσεται ταχύτατα και ο κόσμος που φαντάστηκε ο Albous Huxley είναι ήδη πραγματικότητα. Η συνεργασία με έναν ειδικό της ψυχικής υγείας θα βοηθήσει τα υπογόνιμα ζευγάρια να αναγνωρίσουν ότι η επιτυχία μιας μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν κρίνεται αποκλειστικά από την επίτευξη ή μη εγκυμοσύνης. Θα τους βοηθήσει να ερευνήσουν το νόημα που έχει για τους ίδιους το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και να κατασκευάσουν από κοινού μια ιστορία, στην οποία θα εντάξουν και το παιδί τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα σχετικά με την Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, διεξήχθη με την βοήθεια ερωτηματολογίου, το οποίο βασίστηκε σε τυχαίο δείγμα του πληθυσμού της πόλης του Ηρακλείου, σε άτομα ενήλικα. Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσει τις γνώσεις του κοινού σχετικά με :

- i. Τις μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και την αποδοχή τους ή όχι.
- ii. Το νομικό πλαίσιο που την θεσμοθετεί.
- iii. Τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν απ' την εφαρμογή των μεθόδων αυτής.

Μετά το τέλος της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος του πληθυσμού γνωρίζει την Ι.Υ.Α. και μερικές απ' τις μεθόδους που εφαρμόζονται για την επίτευξη τεκνοποίησης, κυρίως όμως γνωρίζουν την εξωσωματική γονιμοποίηση. Φαίνονται συνειδητοποιημένοι στο πρόβλημα αυτό, κρατούν θετική στάση στην εφαρμογή των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στην ίδρυση επανδρωμένων μονάδων, προσμένοντας όμως την καλύτερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία τους. Οι ίδιοι σε περίπτωση αδυναμίας τεκνοποίησης θέτουν ως πρώτη τους επιλογή την εφαρμογή των μεθόδων ώστε να αποκτήσουν παιδί με το δικό τους γενετικό υλικό. Παρόλα αυτά, και οι δύο πλευρές φαίνονται διστακτικές, στην χρησιμοποίηση ξένου γενετικού υλικού για να πραγματοποιήσουν το στόχο τους. Ένα σημείο στο οποίο φάνηκε έντονα ο προβληματισμός τους και ιδιαίτερα στους άνδρες, είναι η νομοθετική ρύθμιση που θεσπίζεται από το κράτος, η οποία επιτρέπει σε μια γυναίκα μόνη να τεκνοποιήσει υπό ορισμένες συνθήκες. Τέλος, αξιοσημείωτη είναι η άρνηση των γυναικών στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας.

Η εικόνα που αντικατοπτρίζεται στις απαντήσεις του συνόλου των ερωτηθέντων, εμφανίζει την ανάγκη της σωστής ενημέρωσης του πληθυσμού για τα θέματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στις μέρες μας όλο και περισσότερα ζευγάρια αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μια αλματώδης ανάπτυξη στις ιατρικές μεθόδους που αποσκοπούν στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Η συνεχής αύξηση των υπογόνιμων ζευγαριών και η ολοένα εφαρμογή των μεθόδων της ΙΥΑ και στην Ελλάδα, κατέστησε αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη προκειμένου να ρυθμιστούν νομοθετικά τα διάφορα νομικά, ηθικά και κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν απ' τις εξελίξεις της γενετικής τεχνολογίας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει το επίπεδο ενημέρωσης του πληθυσμού και την τοποθέτηση των απόψεών του σχετικά με :

- i. Την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, τις μεθόδους αυτής καθώς και την αποδοχή ή απόρριψη αυτής.
- ii. Το νομικό πλαίσιο που την ρυθμίζει.
- iii. Τα ηθικά διλήμματα που πολλές φορές προκύπτουν απ' την εφαρμογή των μεθόδων αυτής.

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συλλογή δεδομένων για την έρευνα της πτυχιακής εργασίας με θέμα την Ι.Υ.Α., έγινε σύμφωνα με το ερευνητικό σχέδιο, το οποίο είχε προσχεδιαστεί. Η πηγή των δεδομένων, αποτελείται από ενήλικους άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών και κοινωνικής τάξεως. Η έρευνα έγινε βάση ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε 250 άτομα, εκ των οποίων επιστράφηκαν συμπληρωμένα 205 (82%). Απάντησαν 118 γυναίκες και 87 άνδρες, ηλικίας από 18 έως και άνω των 56. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Σεπτέμβριο – Οκτώβριο του 2007, στους ακόλουθους χώρους:

- i. Σε διάφορα τμήματα σχολών του ΤΕΙ Ηρακλείου, στο χώρο της τραπεζαρίας του ΤΕΙ καθώς και στο χώρο της βιβλιοθήκης. Με αυτή την κίνηση θέλαμε να διαπιστώσουμε το επίπεδο της ενημέρωσης, σχετικά με την Ι.Υ.Α. στις ηλικίες 18 – 25.
- ii. Στο χώρο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Σκοπός της επιλογής του νοσοκομειακού χώρου και κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού για την συνέχιση της έρευνας, ήταν να διαπιστώσουμε την πληροφόρηση των ατόμων που βρίσκονται και εργάζονται ήδη στο χώρο της υγείας.

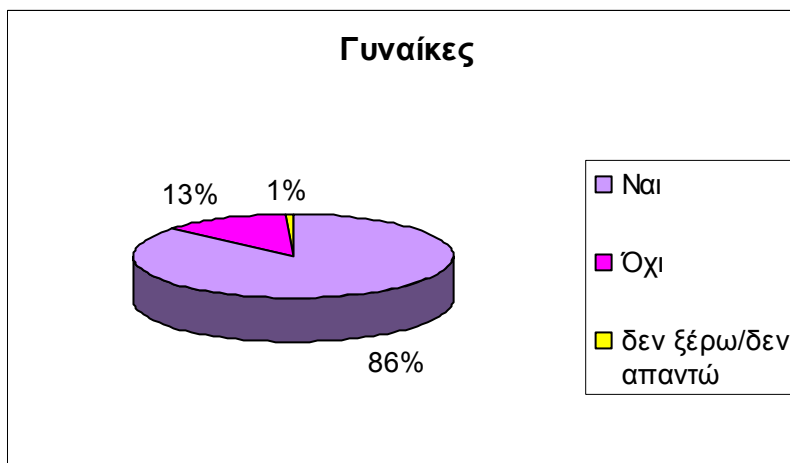
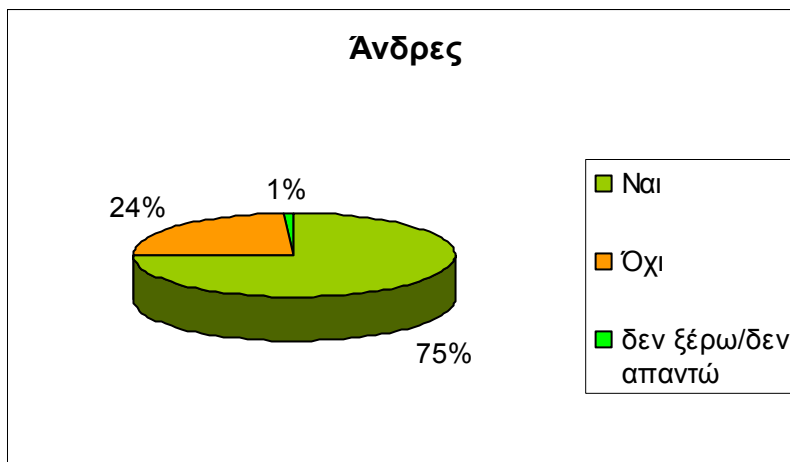
iii. Και τέλος σε δημόσιους χώρους, όπως για παράδειγμα σε καφετέριες, όπου συχνάζουν άτομα διαφόρων ηλικιών καθώς και σε παιδότοπους στους οποίους συναντάμε γονείς και θα μπορούσαμε να πάρουμε πληροφορίες από μια άλλη οπτική γωνία.

Τα ερωτηματολόγια μελετήθηκαν ως προς την πληρότητα των απαντήσεων και τα σχόλια που σημειώθηκαν. Από τα σχόλια των ερωτηθέντων προέκυψε η ασάφεια στη διατύπωση μερικών ερωτήσεων παρόλα αυτά το ερωτηματολόγιο βρέθηκε αξιόπιστο και έγκυρο για την χρήση του, ως μέρος ενός εργαλείου εκτίμησης των απόψεων αλλά και της ενημέρωσης πάνω στο θέμα της υπογονιμότητας και των μεθόδων της Ι.Υ.Α. Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ερωτηθέντες, φάνηκε η επιτακτική ανάγκη αυτών για ενημέρωση.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

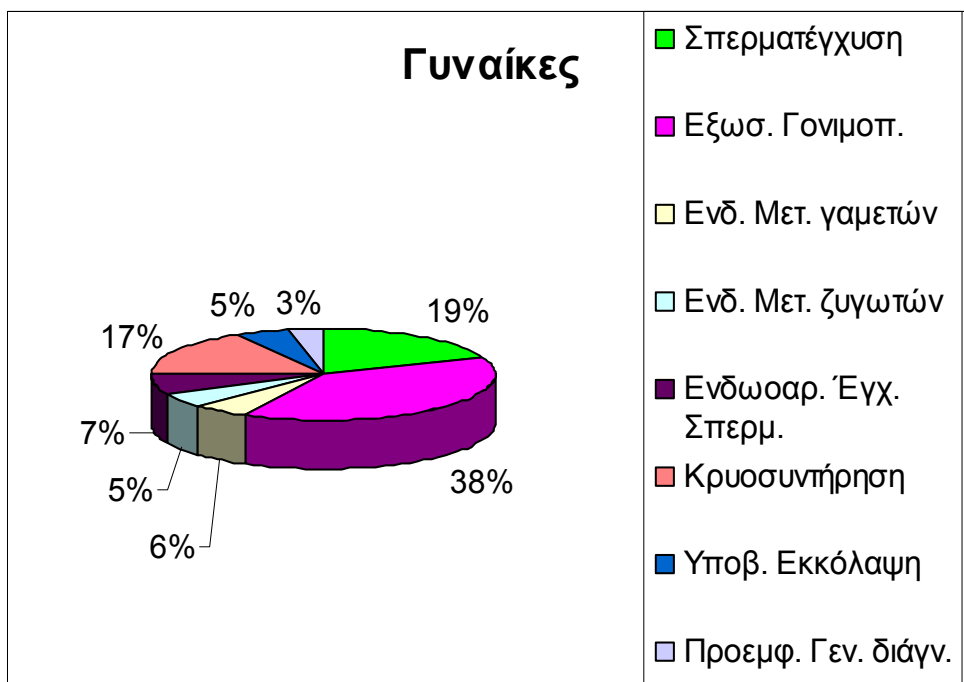
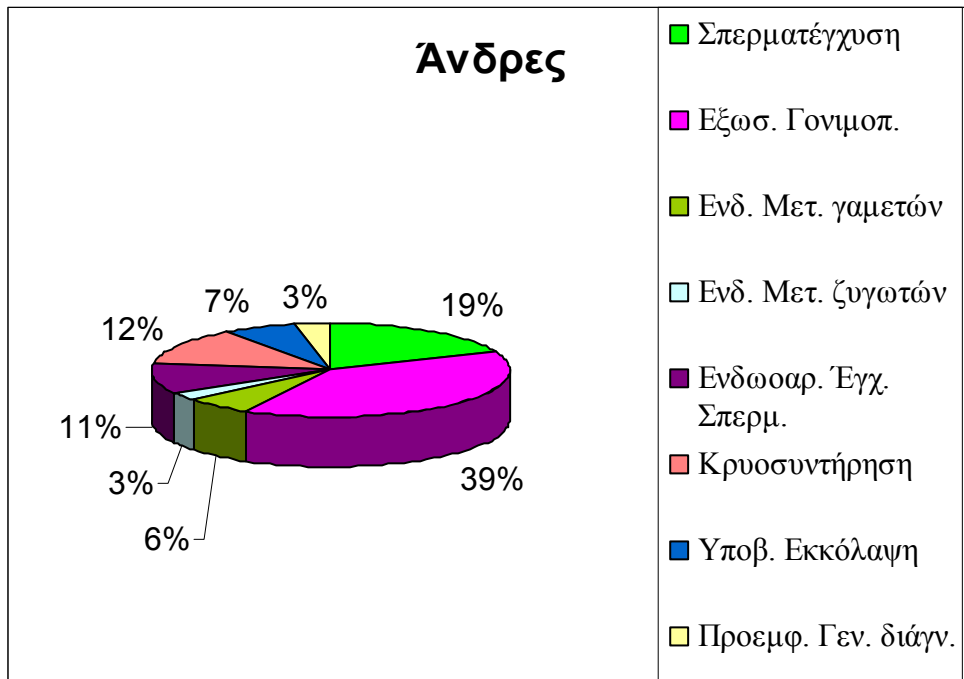
Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 250 ενήλικα άτομα, εκ των οποίων επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 205. Απάντησαν 118 γυναίκες και 87 άνδρες ηλικίας από 18 έως και άνω των 56. Μετά από μελέτη των ερωτηματολογίων ως προς την πληρότητα των απαντήσεων τους βγήκαν τα παρακάτω αποτελέσματα

1. Γνωρίζετε τι είναι η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (Ι.Υ.Α.);



Στα παραπάνω διαγράμματα μπορούμε να διακρίνουμε τα ποσοστά ανδρών και γυναικών, τα οποία απαντούν στο αν γνωρίζουν ή όχι τι είναι η Ι.Υ.Α. Σύμφωνα με τα παραπάνω, που προκύπτουν από την έρευνα, συμπεραίνουμε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ανδρών δεν γνωρίζουν τι σημαίνει ο όρος Ι.Υ.Α., ενώ ο γυναικείος πληθυσμός είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό του ενημερωμένος. Οι γυναίκες, όσον αφορά τα θέματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, δηλαδή τον τρόπο που θα μπορέσουν να δημιουργήσουν οικογένεια και να γίνουν μητέρες, είναι περισσότερο ενήμερες. Το ίδιο ισχύει και για τις μικρότερες ηλικίες των γυναικών, γεγονός το οποίο αξίζει να σημειωθεί. Τέλος, μόνο ένα μικρό ποσοστό ανδρών και γυναικών δεν απάντησαν στο ερώτημα αυτό.

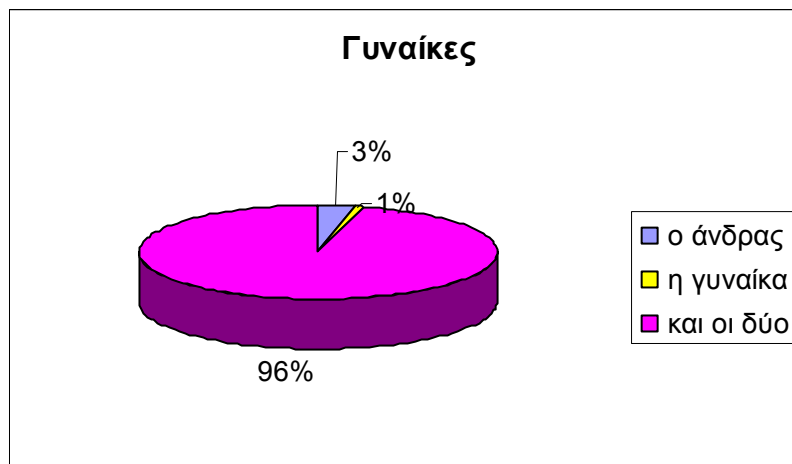
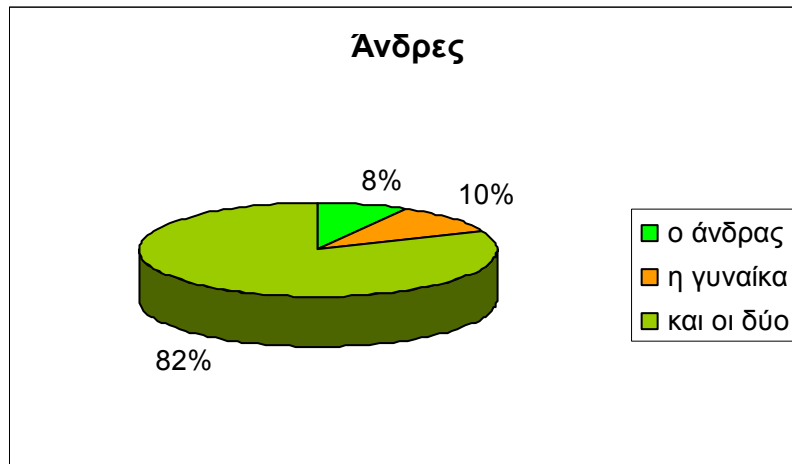
2. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους γνωρίζετε;



Είναι εμφανές ότι και στα δύο διαγράμματα, η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η μέθοδος η οποία γνώριζαν και οι δύο πληθυσμοί, άνδρες και γυναίκες, σε μεγαλύτερο ποσοστό. Η αμέσως επόμενη μέθοδος είναι η σπερματέγχυση, όπου και στις δυο

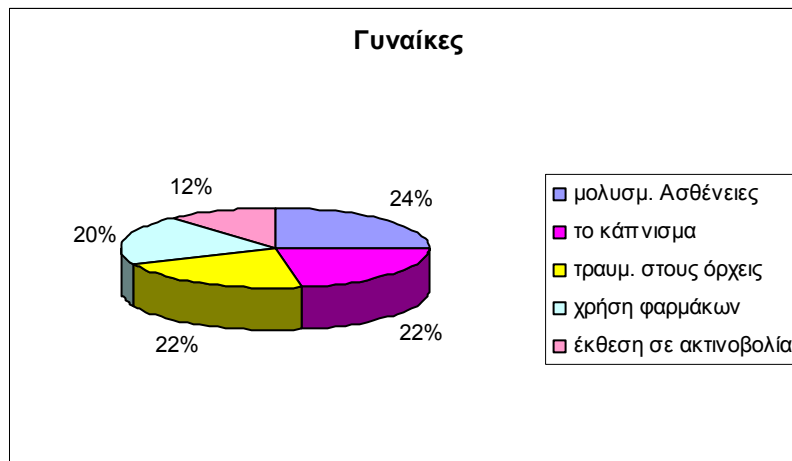
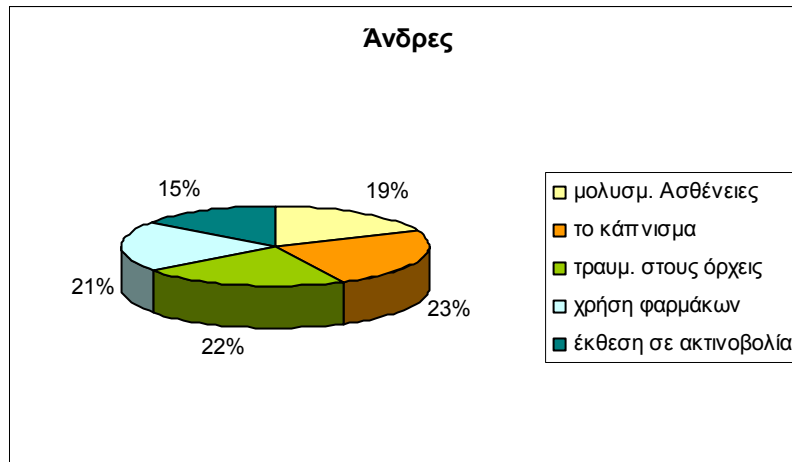
περιπτώσεις κατέχει σχεδόν το ίδιο ποσοστό, ενώ τρίτη και τέταρτη ακολουθούν η κρυοσυντήρηση και η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίων. Οι υπόλοιπες μέθοδοι ακολουθούν με μικρή διαφορά μεταξύ τους και στους δύο πληθυσμούς. Αν εξαιρέσουμε την εξωσωματική γονιμοποίηση την οποία γνωρίζουν σχεδόν όλοι, οι υπόλοιπες μέθοδοι καταλαμβάνουν ένα πολύ μικρό ποσοστό στην έρευνα. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι πολλοί συγγέουν την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή μόνο με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι η ενημέρωση του κοινού είναι ανεπαρκής όσον αφορά την ύπαρξη των μεθόδων αυτών, το τι είναι η καθεμία, γιατί αλλά και με ποια τεχνική εφαρμόζεται. Το αποτέλεσμα είναι κατανοητό. Μόνο εάν ενδιαφερθεί κάποιος ατομικά, θα ασχοληθεί και θα πληροφορηθεί, διαφορετικά ενημέρωση δεν υπάρχει γύρω από το θέμα αυτό.

3. Ποιος πιστεύετε ότι ευθύνεται για την ανικανότητα τεκνοποίησης σ' ένα ζευγάρι;



Και στα δύο διαγράμματα είναι κατανοητό ότι και τα δύο δείγματα του πληθυσμού πιστεύουν, ότι για την υπογονιμότητα σ' ένα ζευγάρι, μπορεί να ευθύνονται και οι δύο σύντροφοι και όχι αποκλειστικά ο ένας. Μικρό είναι το ποσοστό του δείγματος, που θεωρεί ότι την ευθύνη την έχει αποκλειστικά ο άνδρας ή η γυναίκα. Είναι ενθαρρυντικό στοιχείο το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού υποστηρίζει ότι για την αδυναμία τεκνοποίησης σ' ένα ζευγάρι, μπορεί να ευθύνονται και οι δύο.

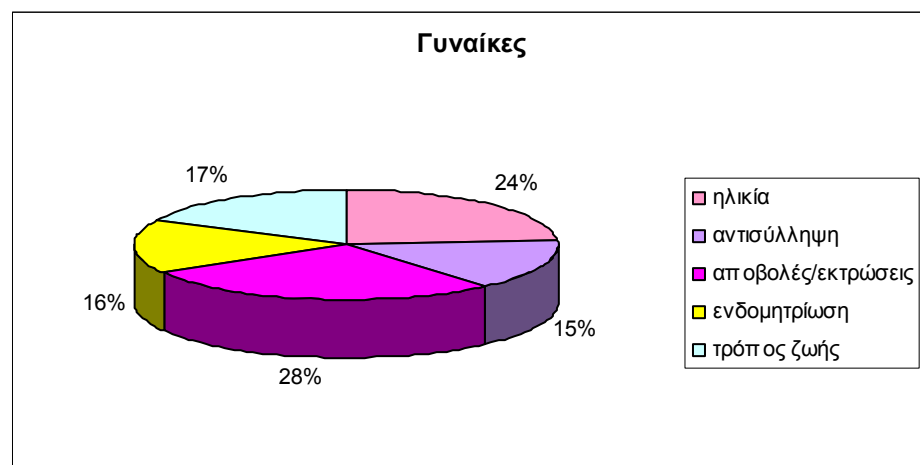
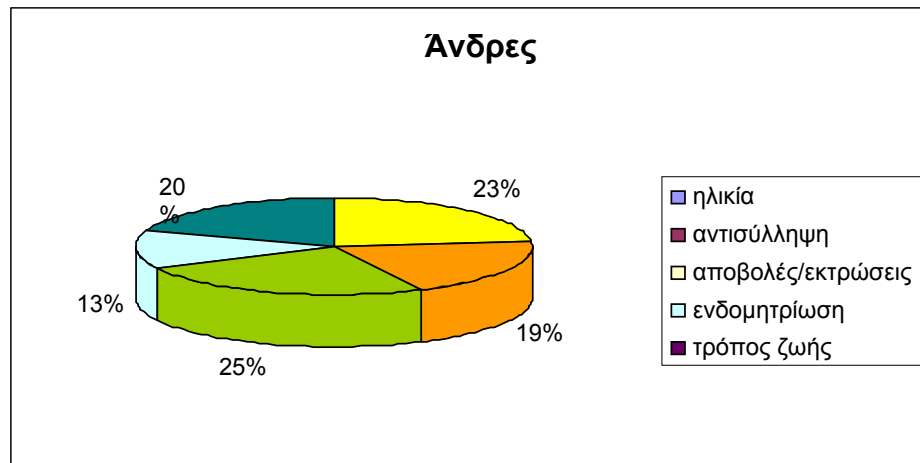
4. Ποιους παράγοντες θεωρείτε υπεύθυνους για την υπογονιμότητα σ' έναν άνδρα;



Το κάπνισμα αποτελεί τον πρώτο παράγοντα υπευθυνότητας για την υπογονιμότητα στον άνδρα, σύμφωνα με τον ανδρικό πληθυσμό της έρευνας. Αντίθετα, οι γυναίκες πιστεύουν ότι πρωτεύων παράγοντας για τους άνδρες, είναι οι ασθένειες που μπορεί να περάσουν, ενώ το κάπνισμα έρχεται δεύτερο στην κατάταξη. Σύμφωνα με τους άνδρες, ο τραυματισμός στους όρχεις και η χρήση φαρμάκων, αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες. Ακολουθούν οι ασθένειες μ' ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, ενώ με λιγότερο σημαντικό αλλά ικανοποιητικό και πάλι ποσοστό θεωρούν την έκθεση στην ακτινοβολία. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον γυναικείο πληθυσμό, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι ασθένειες είναι αυτές οι οποίες θεωρούνται κυρίως υπεύθυνες για την υπογονιμότητα σ' έναν άνδρα. Το κάπνισμα και ο τραυματισμός στους όρχεις είναι

παράγοντες που ακολουθούν στην κατάταξη μ' ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό, ενώ τα φάρμακα και η έκθεση στην ακτινοβολία έρχονται τελευταία.

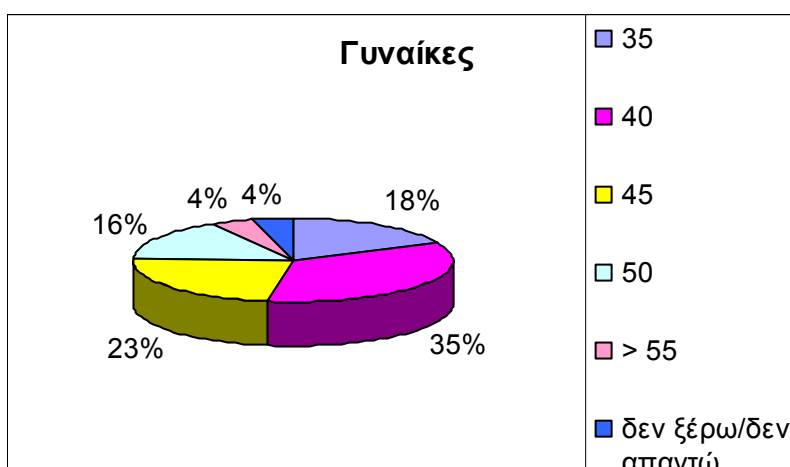
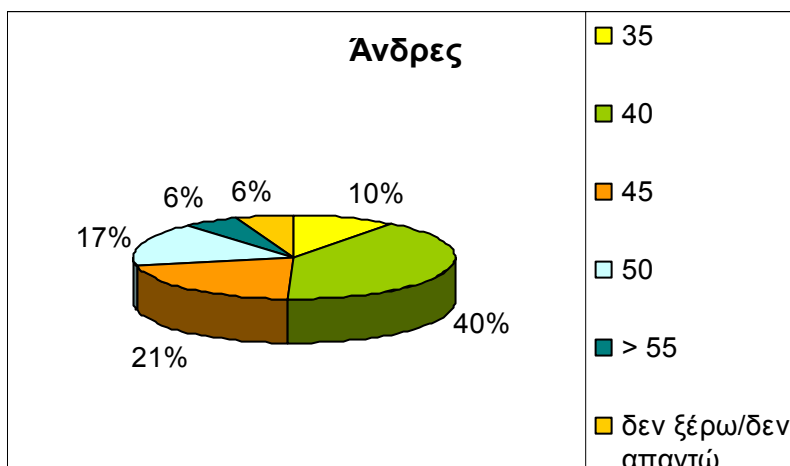
5. Ποιους παράγοντες θεωρείτε υπεύθυνους για την υπογονιμότητα σε μια γυναίκα;



Τα παραπάνω διαγράμματα παρουσιάζουν τους παράγοντες υπευθυνότητας της γυναικείας υπογονιμότητας. Σύμφωνα με τον ανδρικό πληθυσμό, οι τυχόν αποβολές ή εκτρώσεις, αποτελούν πρώτο παράγοντα για την υπογονιμότητα μιας γυναίκας, ενώ αμέσως μετά ακολουθεί η ηλικία με ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό. Σύμφωνα βρίσκουν και τον γυναικείο πληθυσμό σε αυτήν την άποψη. Ο τρόπος ζωής και η λήψη αντισυλληπτικών είναι παράγοντες εξίσου σημαντικοί σύμφωνα με τον ανδρικό πληθυσμό, ενώ λιγότερο σημαντικό θεωρούν την ενδομητρίωση. Από την άλλη πλευρά, ο

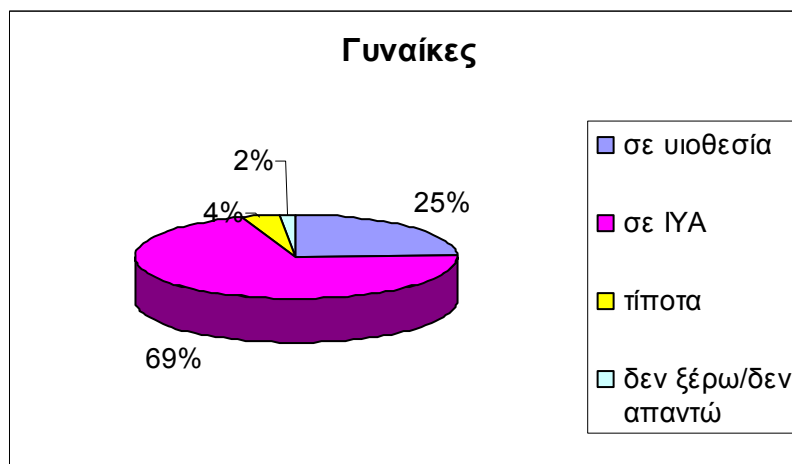
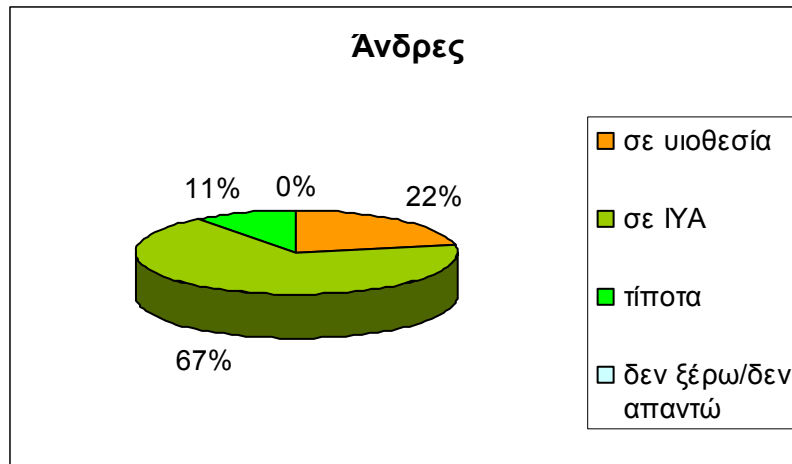
τρόπος ζωής και η ενδομητρίωση είναι παράγοντες που ακολουθούν σύμφωνα με τις γυναίκες, ενώ δεν θεωρούν τόσο επικίνδυνη την αντισύλληψη.

6. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το ανώτατο όριο ηλικίας που θα μπορούσε να τεκνοποιήσει μια γυναίκα;



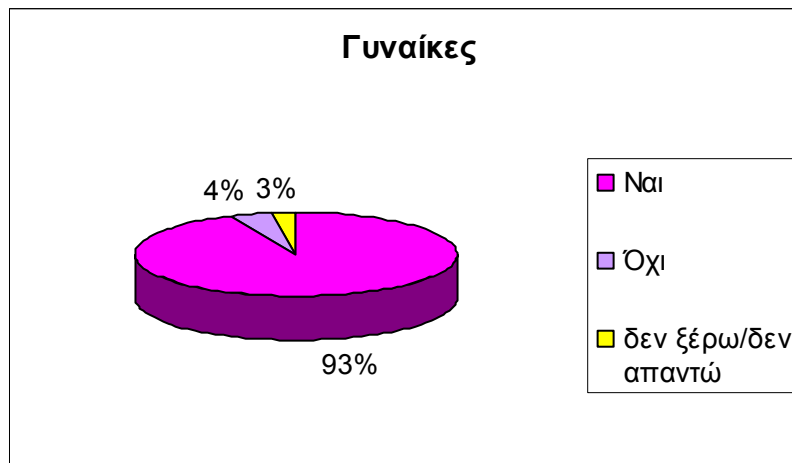
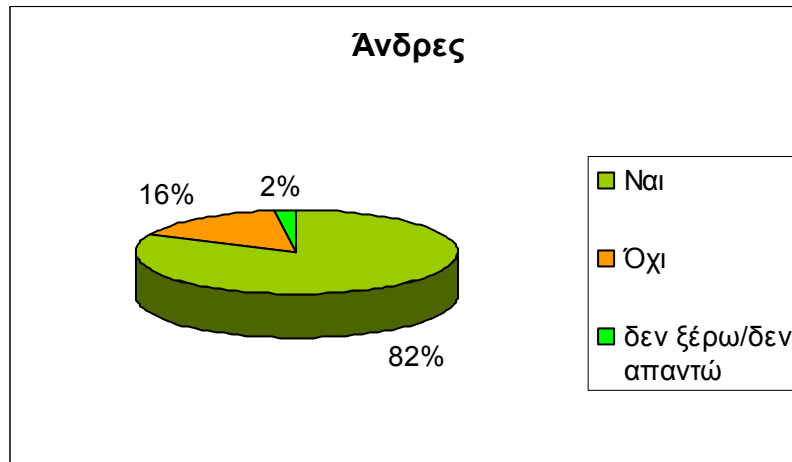
Σύμφωνα με τα παραπάνω διαγράμματα, η άποψη που υπερισχύει σε άνδρες και σε γυναίκες του δείγματος του πληθυσμού για το ανώτατο όριο ηλικίας τεκνοποίησης, είναι η ηλικία των 40 ετών και έπειτα των 45. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι μέχρι τα 40 έτη, είναι μια καλή περίοδος στην οποία κάθε γυναίκα θα μπορούσε να γίνει μητέρα, ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις και στις υποχρεώσεις που έχει αυτός ο ρόλος με επιτυχία.

7. Αν ήσασταν ένα από τα υπογόνιμα ζευγάρια στην Ελλάδα πως θα το αντιμετωπίζατε; Θα καταφεύγατε:



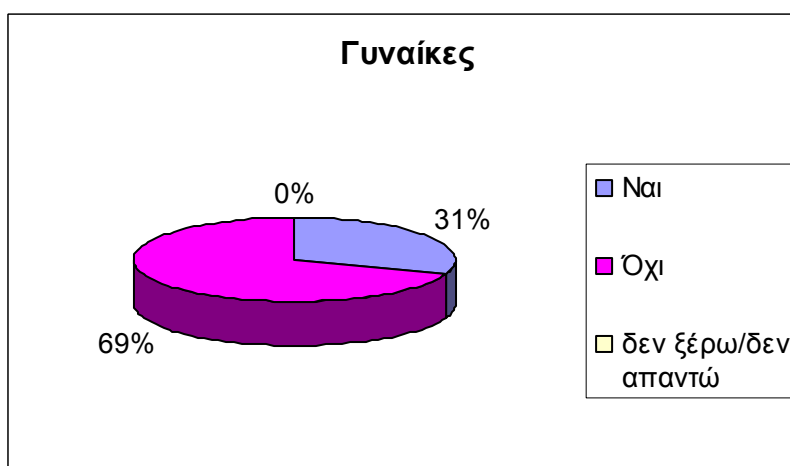
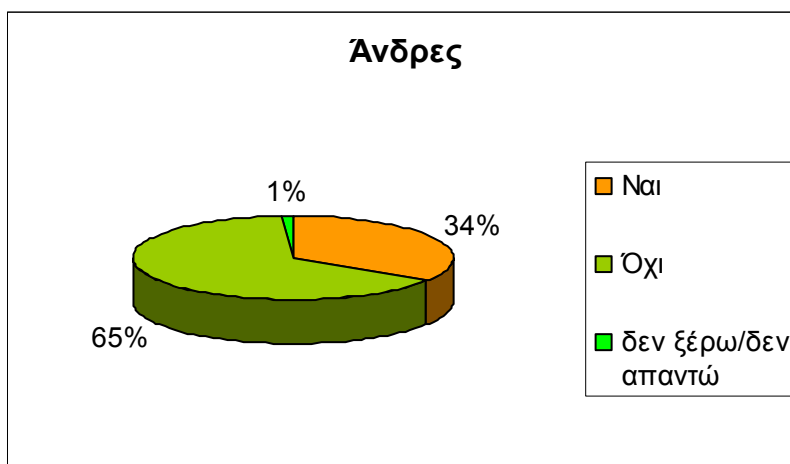
Με μια γρήγορη ματιά στα διαγράμματα, η απάντηση είναι σαφής στο ερώτημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών και γυναικών του δείγματος του πληθυσμού, θα κατέφευγε στην εφαρμογή μιας απ' τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έτσι ώστε να μπορέσουν να αποκτήσουν το δικό τους παιδί. Η υιοθεσία απ' την άλλη πλευρά, δεν είναι κάτι που εκφράζει πολλούς. Μικρό ποσοστό και απ' τους δύο πληθυσμούς θα κατέφευγε στο να υιοθετήσει ένα παιδί. Συμπεραίνουμε λοιπόν σύμφωνα με τα παραπάνω, ότι η προσπάθεια απόκτησης παιδιού σε περίπτωση αδυναμίας, μέσω της εφαρμογής των μεθόδων της Ι.Υ.Α., είναι πολύ σημαντική για το δείγμα του πληθυσμού μας. Τέλος, ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό των ανδρών, δεν θα έκαναν καμία προσπάθεια απόκτησης παιδιού πέρα του φυσικού τρόπου. Θα επέλεγαν απλά να μην κάνουν παιδιά.

8. Είστε σύμφωνοι με την εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α.;



Είναι ευδιάκριτο από τα παραπάνω διαγράμματα, ότι και άνδρες αλλά και γυναίκες, είναι σύμφωνοι με την εφαρμογή των μεθόδων που έχουν παρουσιαστεί νωρίτερα. Μια εναλλακτική λύση όλοι την θέλουν, είτε την χρειαστούν οι ίδιοι, είτε όχι. Κάποιοι άλλοι ίσως την έχουν ανάγκη, έτσι ώστε να τους δοθεί η ευκαιρία να δημιουργήσουν την δική τους οικογένεια. Ένα μικρό μόνο ποσοστό είναι αυτό που δεν είναι σύμφωνο με την εφαρμογή, για δικούς του λόγους, ενώ ένα ακόμα μικρότερο, το οποίο δεν έδωσε καμία απάντηση στο ερώτημα αυτό.

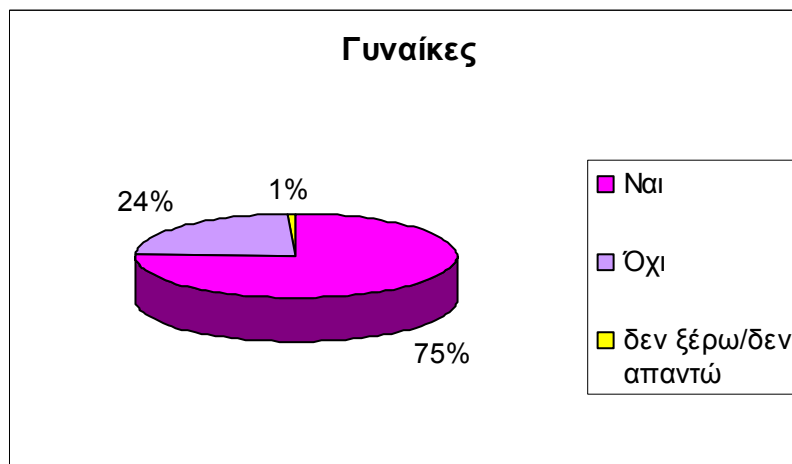
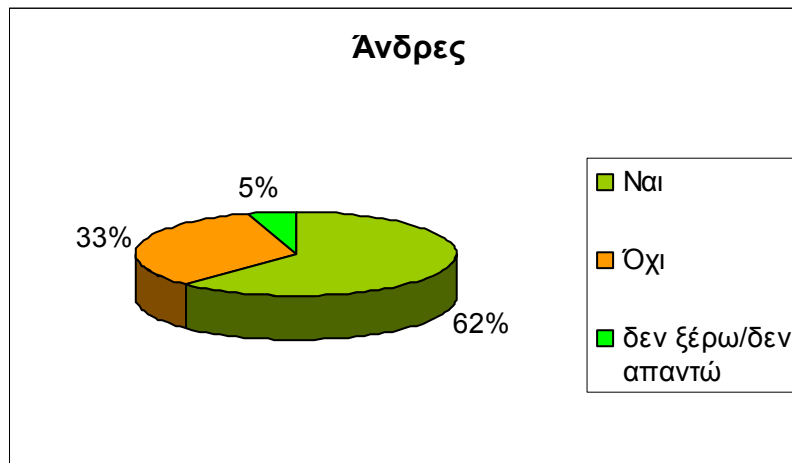
9. Θεωρείτε σωστή την εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α. σε μια γυναίκα, η οποία έχει περάσει την ηλικία της φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής;



Στα παραπάνω διαγράμματα, γίνεται εμφανής η αντίρρηση των περισσότερων ερωτηθέντων ανδρών του δείγματος του πληθυσμού, ως προς μια γυναίκα, η οποία θέλει να τεκνοποιήσει, έχοντας περάσει την ηλικία της φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής, η οποία έχει οριστεί στα 50 της χρόνια, σύμφωνα με την πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση. Είναι εμφανής η σύμπτωση απόψεων μεταξύ ανδρών και γυναικών, μιας και συμφωνούν αντιδρώντας στην θέληση τεκνοποίησης μιας γυναίκας που έχει περάσει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης. Μικρότερο ποσοστό, χαμηλότερο από το μισό των ερωτηθέντων ανδρών και γυναικών, συμφωνούν με την θέληση μιας γυναίκας, που είναι στην εμμηνόπαυση, να τεκνοποιήσει αναγνωρίζοντας της το δικαίωμα της μητρότητας, άσχετα με το γεγονός, ότι έχει περάσει την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής. Ωστόσο,

ένα αμελητέο ποσοστό των ερωτηθέντων ανδρών δεν απάντησε ή δεν γνώριζε επί του θέματος.

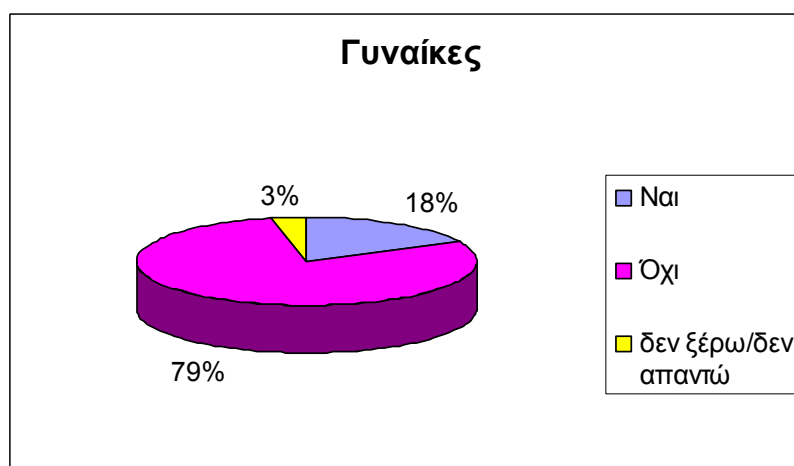
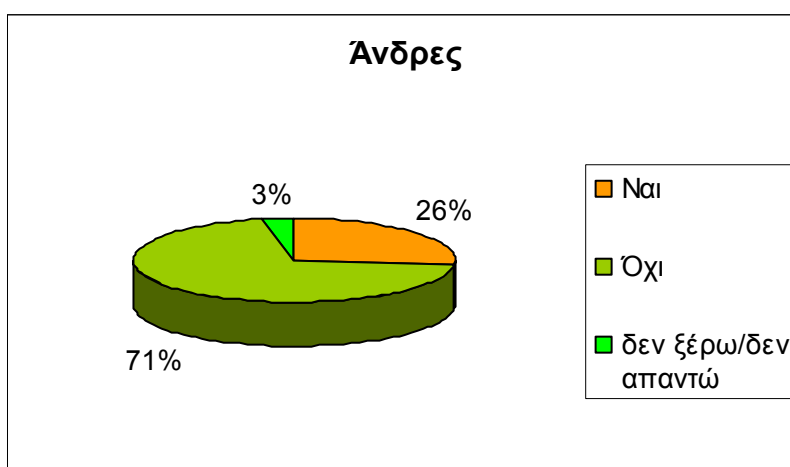
10. Μια γυναίκα η οποία θέλει να τεκνοποιήσει μέσω των μεθόδων υποβάλλεται μεταξύ άλλων σε φαρμακευτική αγωγή. Πιστεύετε ότι αυτό εγκυμονεί κινδύνους για την ίδια;



Στα παραπάνω διαγράμματα έχει καταστεί σαφές ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανδρών θεωρεί ότι η χρήση φαρμάκων που γίνεται κατά την εφαρμογή των μεθόδων της ΙΥΑ είναι κάτι το οποίο θέτει την υγεία της γυναίκας σε άμεσο κίνδυνο. Την ίδια άποψη με ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των ανδρών, φαίνεται να συμμερίζονται και οι γυναίκες που έχουν ερωτηθεί. Ωστόσο, λιγότερο από τους μισούς ερωτηθέντες, άνδρες και γυναίκες, θεωρούν ότι μια γυναίκα, η οποία λαμβάνει

φαρμακευτική αγωγή ώστε να καταφέρει να τεκνοποιήσει, δεν έχει καμία επίδραση στην υγεία της. Μικρό ποσοστό, κάτω του 5% περιλαμβάνει άνδρες και γυναίκες που ενώ έχουν ερωτηθεί δεν απάντησαν ή δεν γνώριζαν επί του θέματος. Συγκριτικά, θα λέγαμε ότι το κοινό θεωρεί την χρήση φαρμάκων υπεύθυνη για την πορεία της υγείας μιας γυναίκας που είχε καταφύγει σε αυτά, προκειμένου να τεκνοποιήσει το επιθυμητό παιδί.

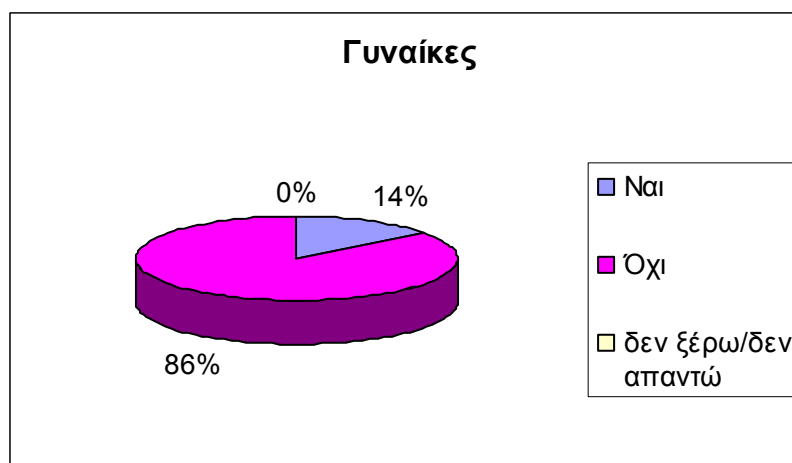
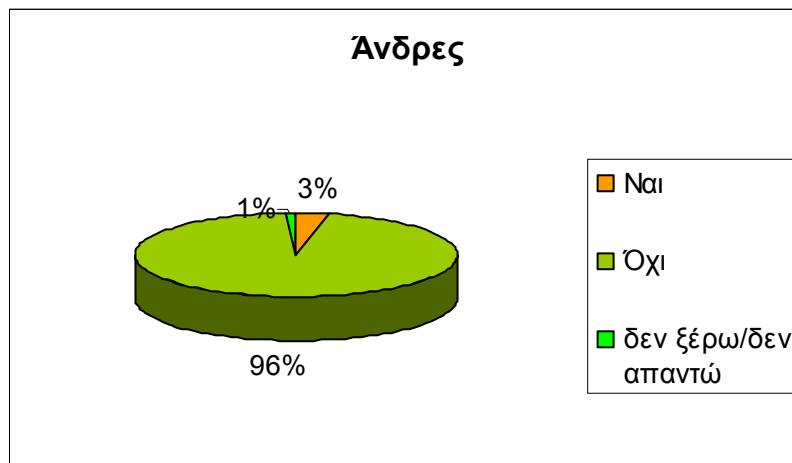
11. Πιστεύετε ότι ένα παιδί που γεννιέται με την βοήθεια της Ι.Υ.Α. διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα παιδί που γεννιέται φυσιολογικά;



Με βάση τα παραπάνω διαγράμματα, διαφαίνεται η κατηγορηματική στάση των ερωτηθέντων ανδρών, οι οποίοι θεωρούν ότι ένα παιδί το οποίο γεννιέται χάρη στην ΙΥΑ δεν διατρέχει περισσότερο κίνδυνο από ένα παιδί που γεννιέται φυσιολογικά. Ανάλογη στάση φαίνεται να τηρούν και οι ερωτηθέντες γυναίκες, κάνοντας σαφές ότι η

επικινδυνότητα της υγείας ενός παιδιού, δεν σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο συλλαμβάνεται. Με αισθητά μεγάλη διαφορά, μικρότερο ποσοστό από των ερωτηθέντων ανδρών και γυναικών, θεωρεί ότι ένα παιδί που γεννιέται με την βοήθεια των μεθόδων, διατρέχει ίσως μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα παιδί που έχει γεννηθεί με φυσιολογικό τρόπο. Ωστόσο, σχετικά μικρό ποσοστό δεν έδωσε απάντηση στο σχετικό ερώτημα. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, το κοινό θεωρεί ότι δεν παίζει ρόλο ο τρόπος σύλληψης ενός παιδιού σε σχέση με την μετέπειτα εξέλιξη της υγείας του.

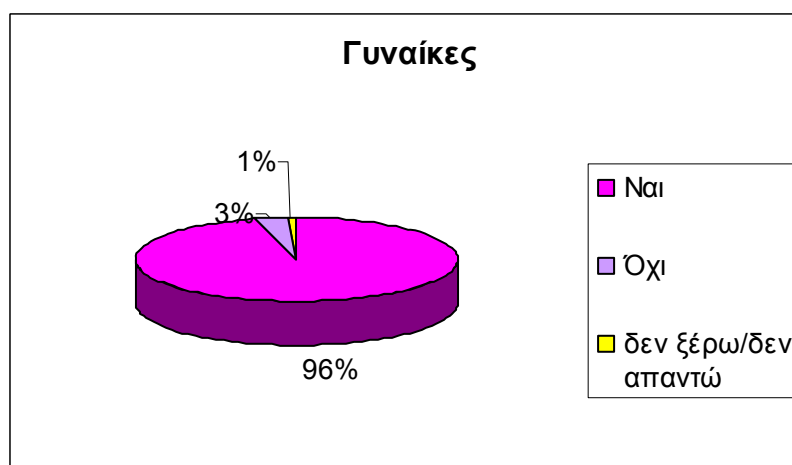
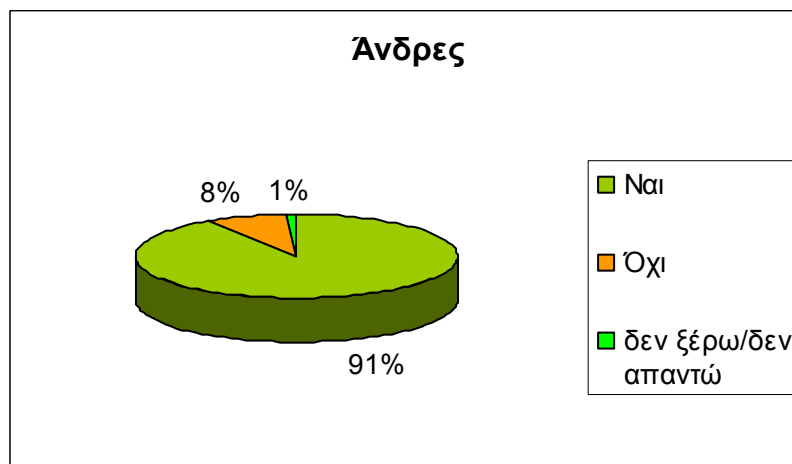
12. Θεωρείτε άσκοπες τις επανειλημμένες προσπάθειες μιας γυναίκας να τεκνοποιήσει μέσω των μεθόδων της Ι.Υ.Α.;



Στηριζόμενοι στα παραπάνω διαγράμματα, διακρίνεται η συντριπτική ομοφωνία των απόψεων των ερωτηθέντων ανδρών, η οποία τείνει να φτάσει το 100% του συνόλου,

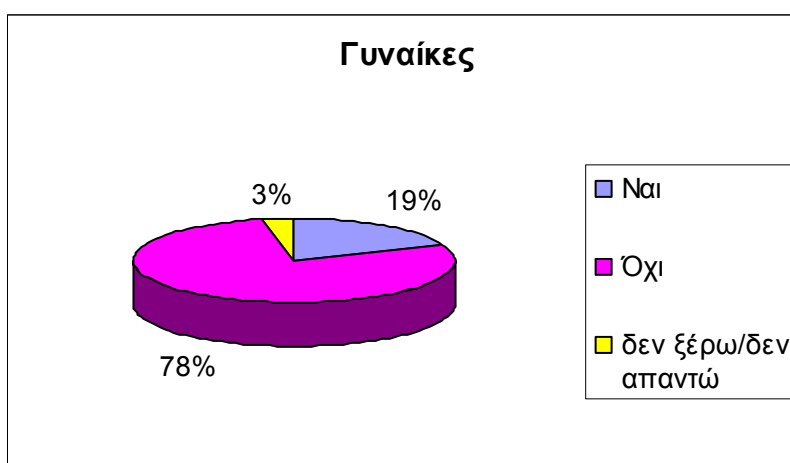
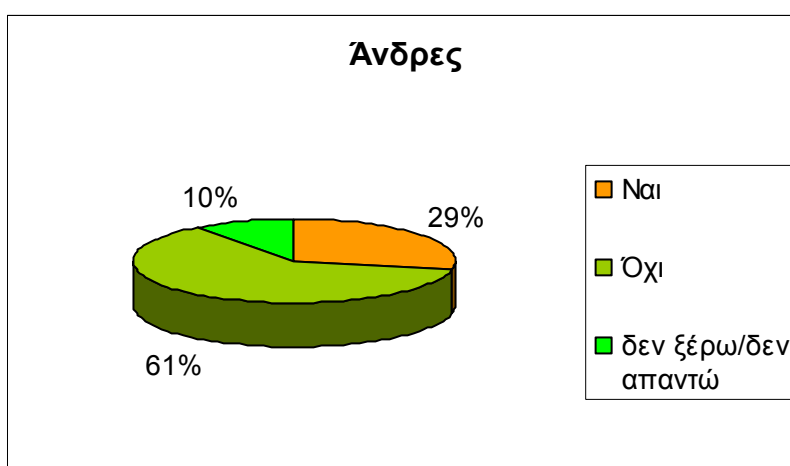
πιστεύοντας ότι δεν είναι άσκοπες οι επανειλημμένες προσπάθειες μιας γυναίκας, προκειμένου να καταφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή να τεκνοποιήσει. Αξιοσημείωτη είναι και η θέση των ερωτηθέντων γυναικών, που πιστεύουν ότι ορθά μια γυναίκα που θέλει να κυφορήσει με τεχνητά μέσα, θα ακολουθήσει την τακτική της επανάληψης της ΙΥΑ όσες φορές χρειαστεί. Αμελητέο θεωρείται το ποσοστό των ανδρών που απέφυγαν να απαντήσουν στην ερώτηση, ενώ πιο ευαισθητοποιημένες φάνηκαν οι γυναίκες οι οποίες, ανεξαρτήτων απόψεων, φάνηκαν διατεθειμένες να απαντήσουν στο συγκεκριμένο ερώτημα. Γενικά, οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας θα πρέπει να δείξουν επιμονή προκειμένου να τεκνοποιήσουν.

13. Συμφωνείτε με την ίδρυση των μονάδων της Ι.Υ.Α.;



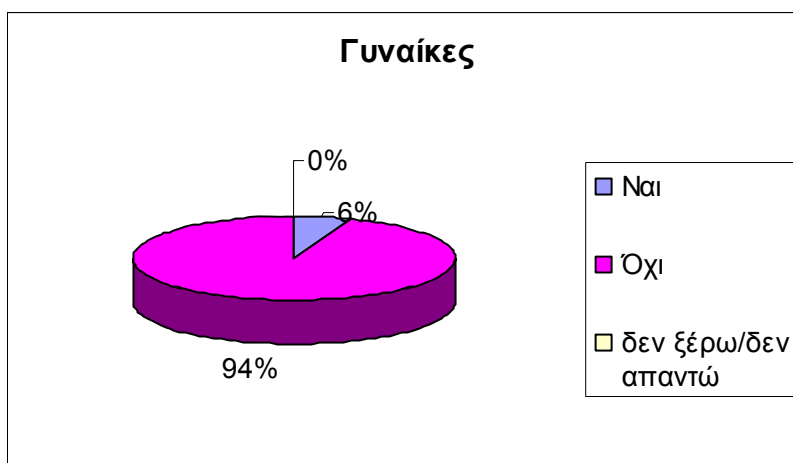
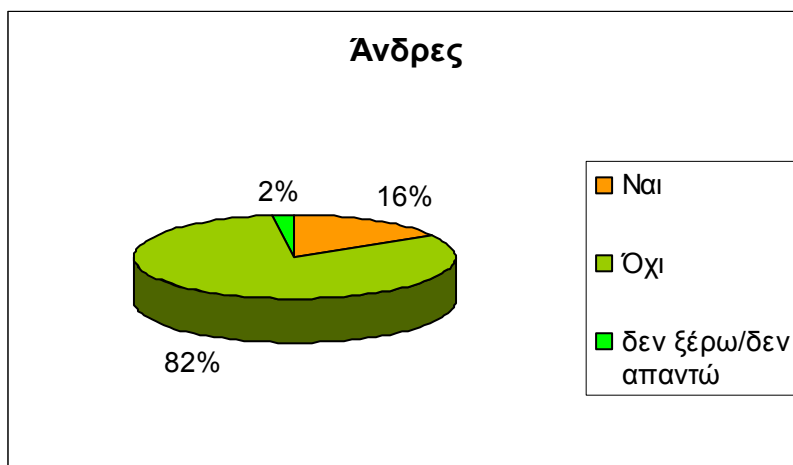
Στα παραπάνω διαγράμματα γίνεται ξεκάθαρη η ομοφωνία των απόψεων των ερωτηθέντων ανδρών, ως προς την συναίνεσή τους για την ίδρυση των μονάδων της ΙΥΑ. Την ίδια ομοφωνία απόψεων παρουσιάζουν και οι γυναίκες με ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό, το οποίο τείνει στο 100% του συνόλου των ερωτηθέντων. Αμελητέο σχεδόν είναι το ποσοστό, ανδρών και γυναικών που δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση. Τα παραπάνω ποσοστά είναι υπέρ της ίδρυσης των μονάδων της ΙΥΑ, καταδεικνύοντας έτσι την έντονη αποδοχή αυτής και των μεθόδων της.

14. Πιστεύετε ότι είναι επαρκής ο κρατικός έλεγχος για την σωστή λειτουργία των δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων Ι.Υ.Α.;



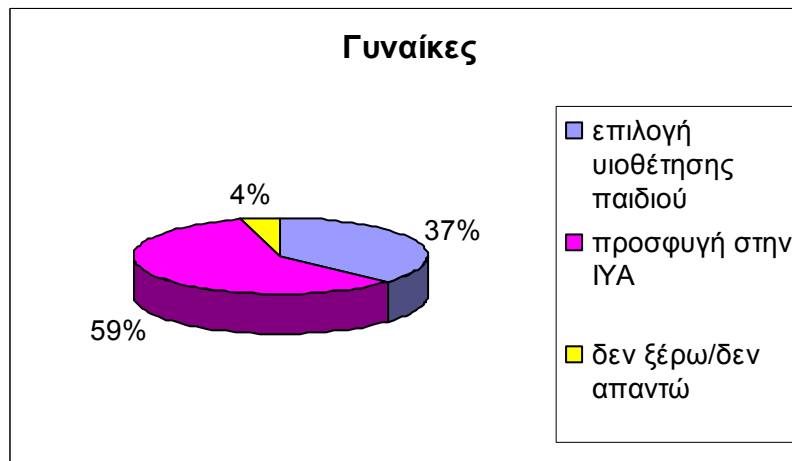
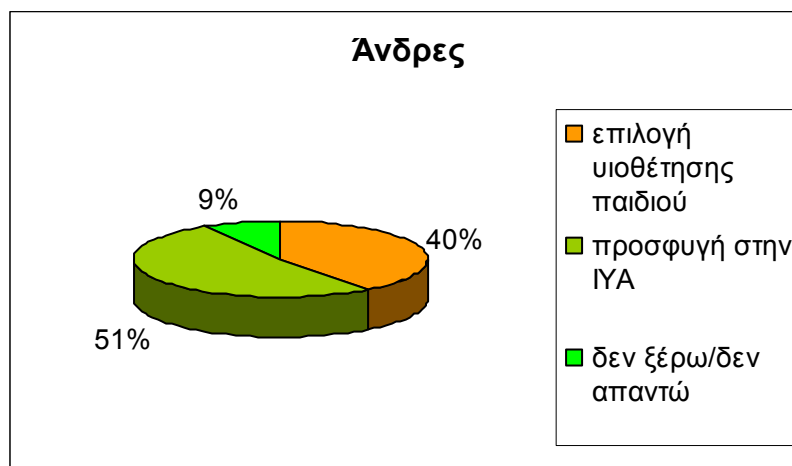
Έχοντας λάβει υπόψη τα παραπάνω διαγράμματα, περισσότεροι από τους μισούς του συνόλου των ερωτηθέντων ανδρών, χαρακτηρίζουν ανεπαρκή τον κρατικό έλεγχο, ο οποίος τελείται για την εύρυθμη λειτουργία τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών μονάδων της ΙΥΑ. Γεγονός με το οποίο συμφωνούν και οι γυναίκες, μιας και ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό των ανδρών, κρίνουν την επάρκεια του κρατικού ελέγχου ως ελλιπή. Δεν περνάει ωστόσο αδιάφορο το γεγονός ότι αρκετοί είναι οι άνδρες, σε ποσοστό περίπου 10%, που επέλεξαν να μην απαντήσουν στο συγκεκριμένο ερώτημα, τακτική την οποία σε ακόμη μικρότερο ποσοστό ακολούθησαν και ορισμένες γυναίκες. Συμπερασματικά, με βάση τα στατιστικά στοιχεία διαφαίνεται η δυσπιστία με την οποία το δείγμα του πληθυσμού της έρευνας αντιμετωπίζει την κρατική πρωτοβουλία.

15. Η Εκκλησία μας έχει τοποθετηθεί ενάντια στην γονιμοποίηση με τρόπους πέρα του φυσιολογικού. Πιστεύετε ότι αυτό θα στεκόταν ηθικός φραγμός στην προσφυγή σας στην Ι.Υ.Α., αν αντιμετωπίζατε κάποιο πρόβλημα;



Με βάση τα προηγούμενα διαγράμματα, έχει καταστεί σαφές, βάση του συντριπτικού ποσοστού των ερωτηθέντων ανδρών, το ότι δεν θα ήταν ηθικός φραγμός για εκείνους, το γεγονός ότι η Εκκλησία μας αντιτίθεται στην γονιμοποίηση με τρόπους πέραν του φυσιολογικού. Ανάλογη στάση τηρούν και οι γυναίκες που ερωτήθηκαν, κάνοντας την διαφορά ακόμα πιο αισθητή, αφού το ποσοστό τείνει στο 100% σχεδόν του συνόλου. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ανδρών, κάτω του 5%, απέφυγαν να απαντήσουν.

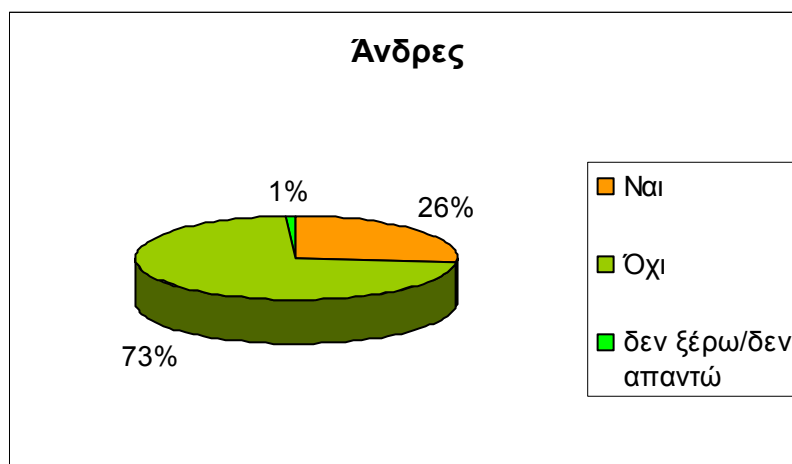
16. Σε περίπτωση αδυναμίας τεκνοποίησης των ζευγαριών, θεωρείτε πιο ηθική:



Έχοντας βασιστεί στα παραπάνω διαγράμματα, πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες άνδρες θεωρούν πιο ηθικά επιτρεπτό να καταφύγουν στην εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α. παρά στην υιοθεσία, μιας και προτιμούν να προσπαθήσουν να αποκτήσουν δικό τους παιδί αρχικά και αν αποτύχουν να καταφύγουν σε υιοθέτηση. Στα ίδια σχεδόν

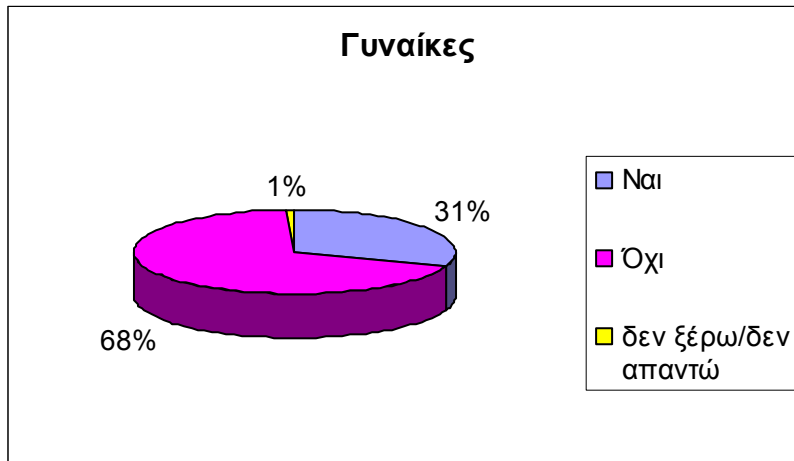
ποσοστά κυμαίνονται και οι απαντήσεις των ερωτηθέντων γυναικών, οι οποίες προτιμούν να κυφορήσουν οι ίδιες το παιδί τους καταφεύγοντας στην εφαρμογή της Ι.Υ.Α., έχοντας ωστόσο το δικό τους γεννητικό υλικό, από το να υιοθετήσουν ένα παιδί άγνωστο γενετικά προς εκείνες ή το σύζυγο/σύντροφό τους. Μικρά αλλά όχι αμελητέα είναι τα ποσοστά ανδρών και γυναικών που απάντησαν ότι εάν αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας δεν θα έκαναν κάποια ενέργεια ώστε να τα αντιμετωπίσουν. Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών και γυναικών επιθυμούν να έχουν κάποια γενετική σχέση με το παιδί τους.

17. Αντιμετωπίζετε πρόβλημα υπογονιμότητας στη σχέση σας ή στο γάμο σας. Θα δεχόσασταν να τεκνοποιήσει η γυναίκα σας χρησιμοποιώντας ξένα σπερματοζωάρια;



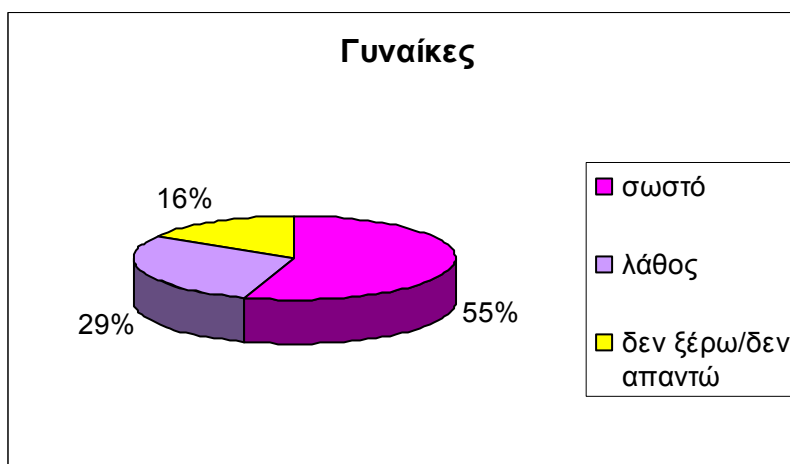
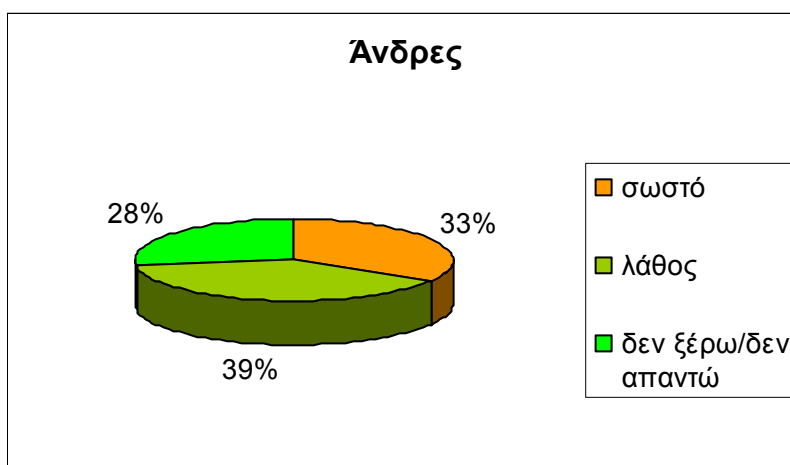
Με βάση τα παραπάνω διαγράμματα, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ανδρών, μεγαλύτερο του μισού επί του συνόλου των ερωτηθέντων, δεν θα δεχόταν να χρησιμοποιήσει η γυναίκα τους ξένα σπερματοζωάρια προκειμένου να αποκτήσουν παιδί. Ενώ, μικρότερο ποσοστό ανδρών που ξεπερνάει το ¼ των ερωτηθέντων, προκειμένου να αποκτήσουν απόγονο και να ολοκληρώσουν την οικογένειά τους δεν θα είχε πρόβλημα εάν η γυναίκα τους τεκνοποιούσε ύστερα από χρήση ξένων σπερματοζωαρίων. Σχεδόν αμελητέο είναι το ποσοστό εκείνων που δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση. Όπως και σε προηγούμενη ερώτηση, γίνεται σαφές ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας επιθυμούν να έχουν γενετική σχέση με το παιδί τους, είτε επρόκειτο για άνδρες είτε για γυναίκες.

18. Αντιμετωπίζετε πρόβλημα υπογονιμότητας στη σχέση σας ή στο γάμο σας. Θα ήταν εύκολο για σας να χρησιμοποιήσετε ξένα ωάρια ή γονιμοποιημένα έμβρυα προκειμένου να πετύχετε τον πολυπόθητο στόχο σας;



Το παρόν ερώτημα που απευθύνεται στις γυναίκες, παρουσίασε μια απ' τις δύσκολες όψεις του προβλήματος της υπογονιμότητας. Έθεσε ένα δίλημμα στο κοινό, που σίγουρα είναι δύσκολο να απαντηθεί με απόλυτη σιγουριά, αν το κάθε άτομο δεν ήταν ή δεν είναι αντιμέτωπο με την κατάσταση αυτή στην πραγματικότητα. Αντιλαμβανόμαστε ότι μεγάλο ποσοστό των γυναικών του δείγματος, θα δυσκολευόταν να χρησιμοποιήσει ξένα ωάρια ή γονιμοποιημένα έμβρυα, παρόλο που μ' αυτή τη διαδικασία θα έφταναν κοντά στον επιθυμητό τους στόχο. Σύμφωνα με την έρευνα λοιπόν, πολλές γυναίκες αν έρχονταν αντιμέτωπες με πρόβλημα υπογονιμότητας, θα αντιμετώπιζαν ένα μεγάλο δίλημμα. Η επιλογή της καθεμιάς, εξαρτάται από την ίδια, από το πόσο επιθυμεί να τεκνοποιήσει, το πόσο έτοιμη είναι να δεχτεί να κυοφορήσει ένα παιδί που δεν θα είναι ολοκληρωτικά δικό της και σίγουρα από το τι επιλογές έχει προκειμένου να πετύχει τον πολυπόθητο στόχο της, να γίνει μητέρα. Παρ' όλη την δυσκολία του ερωτήματος αυτού, πολύ μικρός ήταν ο αριθμός των γυναικών που απέφυγαν να απαντήσουν.

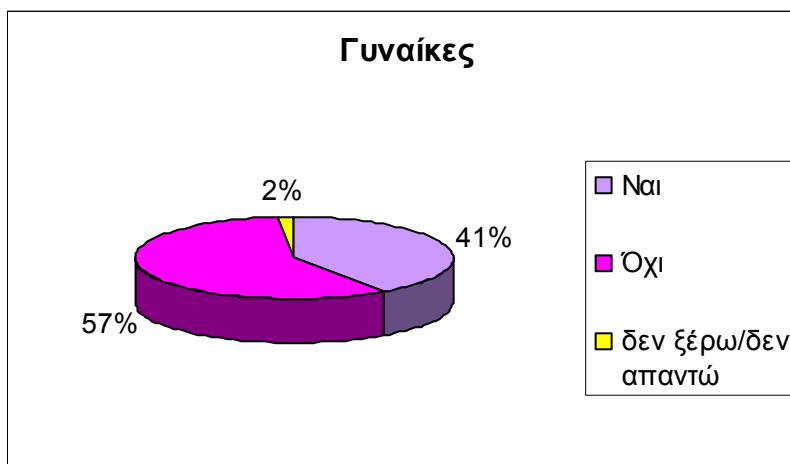
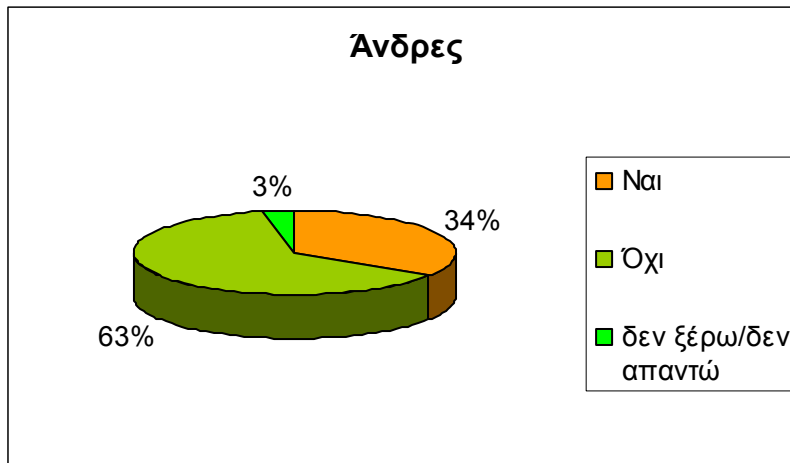
19. Ο νόμος που θεσπίζει την Ι.Υ.Α., επιτρέπει υπό ορισμένες συνθήκες σε μια γυναίκα μόνη (ανύπαντρη ή χωρίς σύντροφο) να τεκνοποιήσει καταφεύγοντας στις μεθόδους. Θεωρείτε σωστή ή λανθασμένη αυτή την νομοθετική ρύθμιση; Γιατί;



Το ερώτημα αυτό δίχασε το σύνολο των ανδρών του δείγματος της έρευνάς μας, όπως φαίνεται στο παραπάνω διάγραμμα. Περισσότερο του 1/3 εξ αυτών, τέθηκε ενάντια σε αυτή την νομοθετική ρύθμιση, υποστηρίζοντας ότι ένα παιδί δεν μπορεί να μεγαλώσει φυσιολογικά, χωρίς το πρότυπο του πατέρα. Πιστεύουν πως είναι αδιανόητη η έλλειψη της πατρικής φιγούρας και ότι μια γυναίκα δεν μπορεί να μεγαλώσει μόνη της ένα παιδί, για οικονομικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς λόγους. Κάποιοι εξ αυτών ανέφεραν, ότι μ' αυτή τη νομοθετική ρύθμιση καταρρέει ο θεσμός της οικογένειας, που τόσο πολύ στηρίζεται η κοινωνία μας. Την ίδια άποψη φαίνεται να έχει και το 1/3 των ερωτηθέντων

γυναικών, οι οποίες πιστεύουν πως δεν θα ήταν εύκολο γι' αυτές να αναθρέψουν σωστά το παιδί τους χωρίς την στήριξη του συντρόφου τους. Απ' την άλλη πλευρά, 1/3 των ανδρών υποστηρίζουν την νομοθετική ρύθμιση, επικαλούμενοι το δικαίωμα της γυναίκας να γίνει μητέρα. Ανέφεραν δε, ότι κάθε γυναίκα πρέπει να νιώσει την μητρότητα και να αγκαλιάσει το δικό της παιδί, αρκεί να έχει την οικονομική δυνατότητα. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να τονίσουμε το υψηλό ποσοστό των ανδρών που απέφυγαν να απαντήσουν και το οποίο αγγίζει το υπόλοιπο 1/3 του συνόλου αυτών. Στο διάγραμμα που αφορά τις γυναίκες, παρατηρούμε κάποιες διαφορές σε σχέση με το διάγραμμα των ανδρών. Παραπάνω απ' το μισό των γυναικών του δείγματος, θεωρούν σωστή τη ρύθμιση αυτή και πιστεύουν πως είναι αναμφισβήτητο δικαίωμα τους να τεκνοποιήσουν, άσχετα με το αν θα υπάρχει ο ιδανικός σύντροφος/σύζυγος που θα σταθεί στο πλάι τους. Άλλωστε πιστεύουν πως ο δεσμός μεταξύ μητέρας – παιδιού είναι άρρηκτος και δύσκολα κόβεται ο «ομφάλιος λώρος» μεταξύ τους. Αντιλαμβανόμαστε στο σημείο αυτό, το έντονο φεμινιστικό συναίσθημα των γυναικών, που πιστεύουν ότι μπορούν και μόνες τους να μεγαλώσουν σωστά ένα παιδί, έστω και με την έλλειψη του πατρικού προτύπου ενώ όσον αφορά τον ανδρικό πληθυσμό, αποτυπώνεται η διατήρηση της πατριαρχικής οικογένειας, κοινωνικό πρότυπο που ισχύει εδώ και πολλά χρόνια στη χώρα μας.

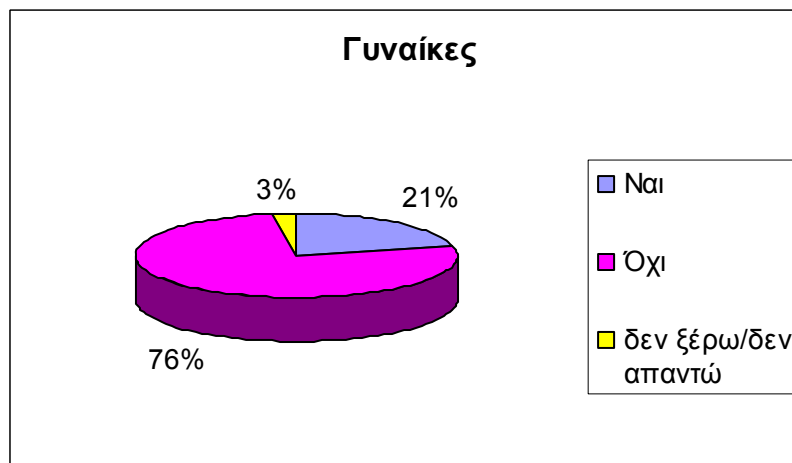
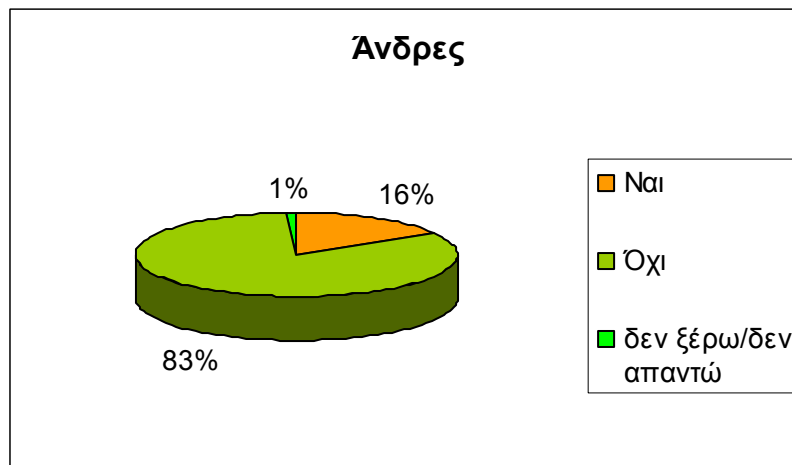
20. Πιστεύετε ότι υπάρχει σύγχυση μεταξύ κλωνοποίησης και Ι.Υ.Α.;



Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, περισσότεροι απ' τους μισούς άνδρες του δείγματος του πληθυσμού, πιστεύει πως δεν υπάρχει σύγχυση μεταξύ της κλωνοποίησης και των μεθόδων της Ι.Υ.Α.. Μεγάλο ποσοστό λοιπόν, τάσσεται ενάντια αυτών που πιστεύουν πως δεν είναι ηθική η χρήση των μεθόδων αυτών, λόγω σχετικότητας με την κλωνοποίηση. Σε αντίθεση με τον ανδρικό πληθυσμό του δείγματος, ο γυναικείος πληθυσμός παρουσιάστηκε λιγότερο ενημερωμένος όσον αφορά το παρόν ζήτημα. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των γυναικών που υποστηρίζουν ότι υπάρχει σύγχυση μεταξύ των μεθόδων της Ι.Υ.Α. και της κλωνοποίησης είναι μεγαλύτερο απ' ότι των ανδρών, και έχει μικρή διαφορά απ' το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο αυτών εφαρμογών. Μικρό ήταν το ποσοστό των γυναικών που δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή, ενώ το διπλάσιο σχεδόν είναι για τους άνδρες. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι οι περισσότεροι, άνδρες και γυναίκες, του δείγματος, γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει

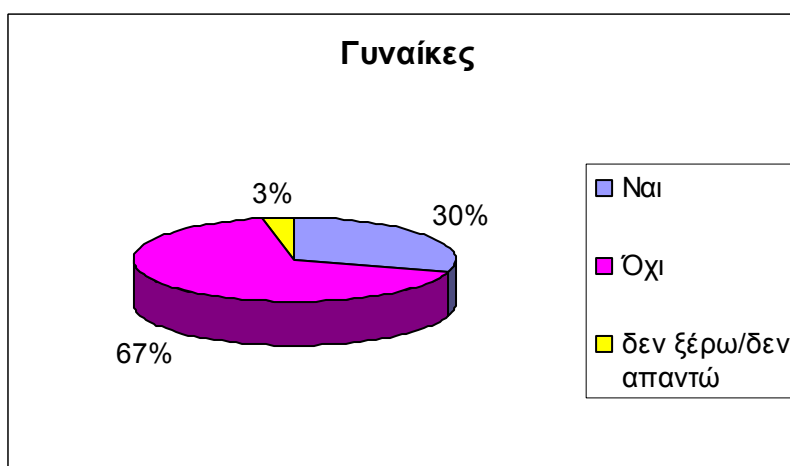
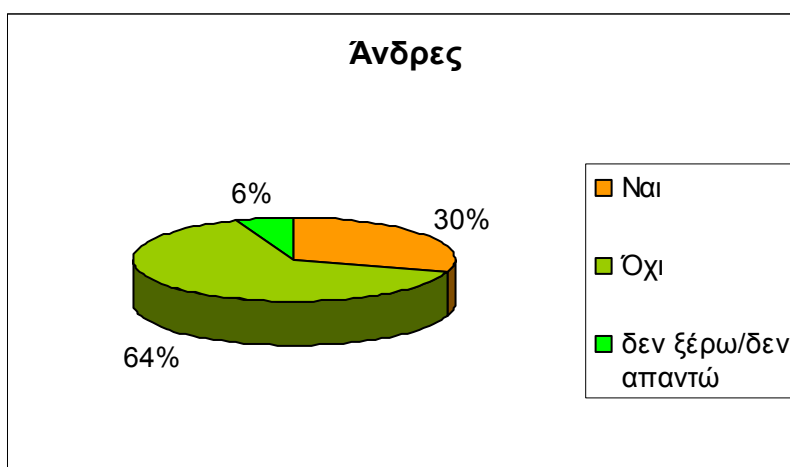
καμία σχέση μεταξύ κλωνοποίησης και της Ι.Υ.Α., παρόλα αυτά, τα αρκετά μεγάλα ποσοστά των δύο φύλων που υποστηρίζουν αντίθετη άποψη, θα πρέπει να μας προβληματίσουν, επιβεβαιώνοντας την ελλιπή ενημέρωση που υπάρχει στη χώρα μας πάνω στα ζητήματα της υπογονιμότητας και πιο συγκεκριμένα στην Ι.Υ.Α. και της μεθόδους της.

21. Ξέρετε αν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για τις μεθόδους της Ι.Υ.Α.;



Παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, είναι εμφανής η μεγάλη διαφορά των απαντήσεων του ανδρικού δείγματος. Μόνο το 1/6 εξ αυτών γνωρίζει ότι υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για τις μεθόδους της Ι.Υ.Α. Εν συνέχεια στο διάγραμμα που αφορά τις γυναίκες, βλέπουμε και πάλι μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο απαντήσεων. Φαίνονται πιο ενημερωμένες, αλλά το ποσοστό και πάλι είναι μικρό. Κυμαίνεται γύρω στο 1/5 του συνόλου τους, ενώ παραμένει αρκετά μεγάλο το ποσοστό αυτών που δηλώνει άγνοια επί του θέματος. Αναλύοντας και τα δύο γραφήματα, συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αγνοεί την ασφαλιστική κάλυψη που παρέχεται στα ζευγάρια τα οποία προσφεύγουν στην μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

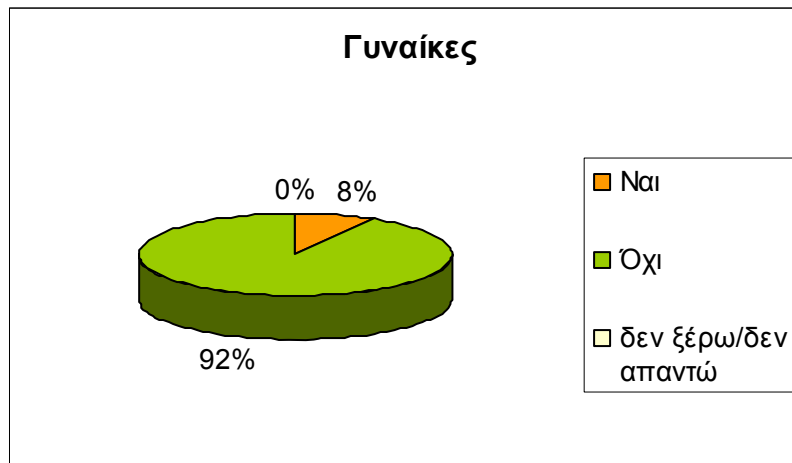
22. Θα ήταν αποτρεπτικός παράγοντας για σας η ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη των μεθόδων της Ι.Υ.Α. που ισχύει στις μέρες μας;



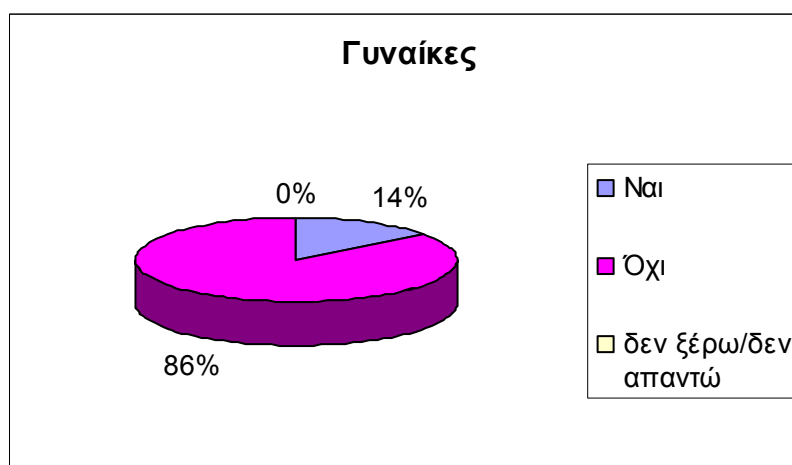
Παρατηρώντας το διάγραμμα των ανδρών και των γυναικών βλέπουμε παρόμοια ποσοστά. Περισσότερο απ' το $\frac{1}{2}$ του δείγματος του πληθυσμού, πιστεύει πως δεν θα ήταν αποτρεπτικός παράγοντας στην προσφυγή τους σε μια μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σε περίπτωση αδυναμίας τεκνοποίησης, η ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη που ισχύει στις μέρες μας. Φανερώνει λοιπόν την σπουδαιότητα της τεκνοποίησης για τους ίδιους, αλλά και την υποτυπώδη αξία άλλων παραγόντων, όπως η ασφαλιστική κάλυψη, μπροστά στην επίτευξη της μεγάλης τους επιθυμίας. Μπορεί το ποσοστό αυτό να είναι μικρό σε σχέση με το ποσοστό αυτών που πιστεύουν ότι δεν αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα η ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη, όμως σίγουρα είναι ικανό (1/3 ανδρών, 1/3 γυναικών) να παρουσιάσει την σοβαρότητα του θέματος, καθώς βλέπουμε ότι πολλοί θα ξεχνούσαν, έστω και για λίγο, τον πολυπόθητο και ιερό στόχο τους. Το ποσοστό των

υπογόνιμων ζευγαριών στη χώρα μας είναι υψηλό και συνεχώς αυξάνεται. Επομένως και το ποσοστό αυτών που αποτρέπονται απ' την ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη να συνεχίσει να είναι μεγάλο. Είναι λοιπόν υποχρέωση του κράτους να «σκύψει» με ιδιαίτερη προσοχή στο θέμα της ασφαλιστικής κάλυψης και να καταλάβει πως η επιλογή των ζευγαριών να μην τεκνοποιούν ή να επιλέγουν να κάνουν το πολύ μέχρι δύο παιδιά, δεν είναι καθαρά δική τους.

23. Α) Θα δεχόσασταν να κυοφορήσετε το παιδί μιας άλλης γυναίκας (παρένθετη μητρότητα);

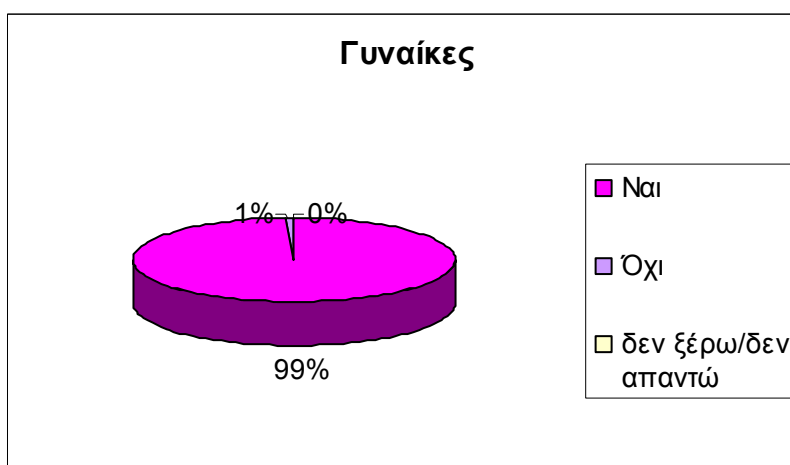
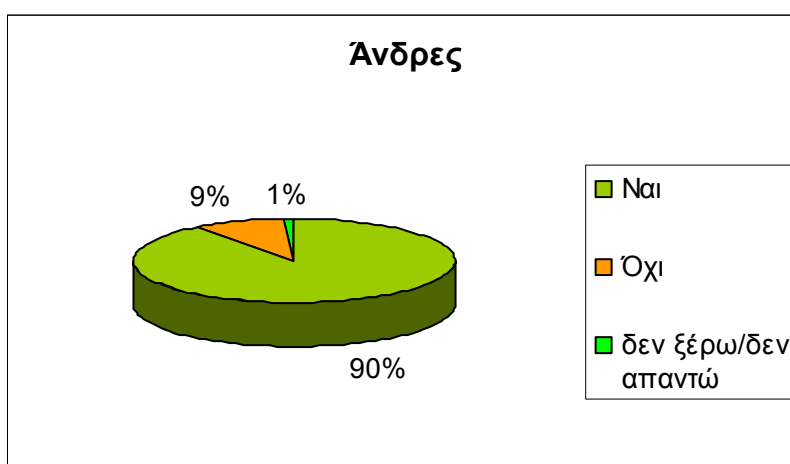


Β) Θα δεχόσασταν να κυοφορήσει μια άλλη γυναίκα το δικό σας παιδί;



Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των γυναικών που ερωτήθηκαν, φάνηκε αρνητικό στο θέμα της παρένθετης μητρότητας. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών, δεν θα δεχόταν να κυοφορήσει το παιδί μιας άλλης γυναίκας, σε ποσοστό που τείνει σχεδόν στο 100% του συνόλου των ερωτηθέντων γυναικών. Ωστόσο, οι γυναίκες αυτές φαίνονται πιο διαλλακτικές με το γεγονός να κυοφορήσει μια άλλη γυναίκα το δικό τους παιδί, εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Παρόλα αυτά διατηρούν υψηλό το ποσοστό της άρνησης και σ' αυτήν την περίπτωση. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα αυτά, φανερώνεται το ηθικό δίλημμα που προκύπτει, σε περίπτωση αδυναμίας γονιμοποίησης.

24. Θα θέλατε να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση όσον αφορά την Ι.Υ.Α. και τις μεθόδους αυτής;



Στην περίπτωση αυτή τα ποσοστά «μιλούν» από μόνα τους, όσον αφορά τις γυναίκες αλλά και τους άνδρες. Το σύνολο του δείγματος του πληθυσμού που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, πιστεύει πως η ενημέρωση πάνω στο θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ελλιπής. Θα ήθελαν να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση, κάτι που δυστυχώς δεν συμβαίνει. Σίγουρα η άγνοια δημιουργεί λανθασμένες εντυπώσεις. Ο μόνος τρόπος να ενημερωθεί κάποιος επαρκώς, είναι κυρίως το διαδίκτυο. Είναι ένα μέσο που μπορεί να παρέχει πολλές και εμπειριστατωμένες πληροφορίες, ενώ αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού της χώρας μας έχει πρόσβαση σ' αυτό. Έπειτα τα Μ.Μ.Ε. παρέχουν κατά καιρούς ορισμένες πληροφορίες για την Ι.Υ.Α., όμως πολλές φορές παραπληροφορούν το κοινό, αντί να το ενημερώνουν σωστά. Σίγουρα το κράτος πρέπει να φροντίσει να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση στο ευρύ κοινό ώστε να έχουν πρόσβαση όλοι σ' αυτήν.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της έρευνας που διεξήχθη ήταν η «εξέταση» της ενημέρωσης του κοινού στα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αλλά και των απόψεών του. Εκτιμώντας τα αποτελέσματα της έρευνας, κρίνεται σαφής η εικόνα των απαντήσεων των ερωτημάτων που τέθηκαν με βάση το σκοπό αυτό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, φαίνεται πρόθυμο να απαντήσει στα ερωτήματα που αφορούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, καθώς είναι μικρό το ποσοστό αυτών που απέφυγαν να απαντήσουν.

Το δείγμα που επιλέχθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, γνωρίζει ότι υπάρχει λύση για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση. Είναι η μόνη μέθοδος που αποδεδειγμένα γνωρίζει το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αυτού. Σίγουρα το σημείο αυτό μπορεί δικαιολογημένα να θεωρηθεί το πρώτο συμπέρασμα αυτής της έρευνας. Είναι φανερό ότι υπάρχει ελλιπής ενημέρωση επί του θέματος, κάτι που σίγουρα είναι ένα μεγάλο «μείον» για την χώρα μας, εφόσον η υπογονιμότητα αποτελεί θέμα επίκαιρο. Θετικό βέβαια είναι το γεγονός ότι μεγάλο μέρος του δείγματος γνώριζε πως για την υπογονιμότητα μπορεί να ευθύνονται και οι δύο σύντροφοι, απομυθοποιώντας μια κατάσταση που «έδειχνε» να έχει ευθύνες αποκλειστικά και μόνο το ένα φύλο. Εν συνεχεία διαπιστώθηκε η έντονη αποδοχή των μεθόδων της Ι.Υ.Α., αλλά και επιθυμία εφαρμογής αυτών σε περίπτωση αδυναμίας γονιμοποίησης με τον φυσιολογικό τρόπο.

Στο σημείο αναφοράς της νομοθετικής ρύθμισης, που καλύπτει τις άγαμες ή χωρίς σύντροφο γυναίκες, φάνηκε έντονα ο προβληματισμός του συνόλου, καθώς οι απόψεις τους διχάστηκαν στην κυριολεξία. Γεγονός είναι η «τρίξη» των θεμελίων του προτύπου της πατριαρχικής οικογένειας, που ίσχυε εδώ και πολλά χρόνια και φαινόταν να ισχύει ακόμα στις μέρες μας, καθώς μεγάλο είναι το συνολικό ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών και ανδρών που τάχθηκε υπέρ αυτής της νομοθετικής ρύθμισης.

Μεγαλύτερη δυσκολία φαίνεται να αντιμετωπίζουν σε περίπτωση που «αναγκαστούν» να γονιμοποιήσουν με ξένο γενετικό υλικό, και τα δύο φύλα. Πολύ πιθανόν είναι η αποφυγή της εφαρμογής των μεθόδων της Ι.Υ.Α., και η προσφυγή σε άλλη λύση, στην περίπτωση αυτή. Παρόλα αυτά, μεγάλος αριθμός εξ αυτών θα κατέφευγαν σε εφαρμογή κάποιας μεθόδου, σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν πρόβλημα, παραβλέποντας τους ισχυρισμούς της Εκκλησίας που επιμένει να θεωρεί την εφαρμογή αυτών ως κάτι το ανήθικο.

Αρνητική στάση δε κρατούν οι γυναίκες στο ζήτημα της παρένθετης μητρότητας, αποτυπώνοντας έντονα τη συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης αυτής και των ηθικών και όχι μόνο προβλημάτων που μπορεί να προκαλέσει. Αξιοσημείωτη είναι η θετική στάση του συνόλου του δείγματος, όσον αφορά την Ι.Υ.Α. την εφαρμογή της, τις μονάδες, αλλά και η «δίψα» που μαρτυρά την καλύτερη ενημέρωση και την πλουσιοπάροχη προσφορά της.

Η ανάγκη αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί με την παροχή κατάλληλης ενημέρωσης, τόσο στο χώρο της εκπαίδευσης, όσο και στο χώρο της υγείας, σε θέματα και γενικές αρχές που αφορούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Όσοι καταλαμβάνουν θέσεις στις υγειονομικές υπηρεσίες, θα πρέπει να διερευνούν αν με τις συνθήκες που υπάρχουν, προβλέπεται η παροχή σωστής και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτοί που ασχολούνται με την διοίκηση και την εκπαίδευση έχουν ηθική υποχρέωση να τροφοδοτούν συνεχώς με γνώσεις τόσο τους νοσηλευτές, όσο και τους βοηθούς νοσηλευτών. Επίσης, έχουν υποχρέωση να διαπιστώνουν αν αξιοποιούνται οι ικανότητες των νοσηλευτών, αν διατίθενται τα κατάλληλα μέσα για την εξασφάλιση φροντίδας ποιότητας ή όταν δεν διατίθενται, να φροντίζουν ώστε να μειώνεται στο ελάχιστο ο κίνδυνος για τον ασθενή. Τέλος, για αυτούς που ασχολούνται με την εκπαίδευση, είναι υποχρεωμένοι να διαπιστώνουν ότι οι φοιτητές ή οι μαθητές της νοσηλευτικής γνωρίζουν να εφαρμόζουν ότι προβλέπει ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας. Σωστή θα ήταν η εισαγωγή μαθήματος που να αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στον κύκλο των σπουδών τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να ενημερώνονται για τις προόδους που επιτελούνται στον τομέα αυτό, ώστε τα αποτελέσματα των ερευνών να εφαρμόζονται στην νοσηλευτική πράξη.

Πέρα από την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αναγκαία είναι η ενημέρωση του απλού πολίτη. Πρόσφορες πρέπει να είναι οι προσπάθειες των Μ.Μ.Ε. να ενημερώσουν το κοινό, έτσι ώστε να μπορούν πλέον να έχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα στα ζητήματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Γεγονός αποτελεί η προσπάθεια πολλών σωματείων, ώστε να επιτύχουν την ολοκληρωτική ασφαλιστική κάλυψη της εφαρμογής των μεθόδων από το κράτος. Αναγκαία είναι η συμβολή του, με σκοπό τη διευκόλυνση των ζευγαριών αυτών, στο δύσκολο αλλά σπουδαίο «αγώνα» που καλούνται να δώσουν.

Είναι καιρός στην Ελλάδα να ενημερωθούμε, να σκεφτούμε και να αποκτήσουμε άποψη για τα θέματα αυτά, ειδάλλως θα υποστούμε εξελίξεις για τις οποίες δεν θα έχει καν ζητηθεί η γνώμη μας, πράγμα αν μη τι άλλο, κρίμα και άδικο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

1. Το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «ΚΥΒΕΛΗ»

Ίδρυση

Το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας «ΚΥΒΕΛΗ» ιδρύθηκε το 1995, μετά από ζυμώσεις μηνών ανάμεσα σε υπογόνιμα ζευγάρια και επαγγελματίες του χώρου της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι ιδρυτές είχαν συνειδητοποιήσει ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη πληροφόρησης, ότι η υπογονιμότητα ήταν ταμπού στην Ελληνική κοινωνία και ότι αυτό δεν θα άλλαζε αν κάποιος δεν δεσμεύονταν να αναδείξουν το θέμα. Για λόγους προστασίας της προσωπικής ζωής δεν θα αναφερθούν τα επώνυμά τους, είναι όμως χρήσιμο να περιγραφεί τη δράση τους.

Ο ιδρυτικός πυρήνας σχηματίστηκε από τη Σοφία, τον Δημήτρη, τον Χάρη, τον Λεωνίδα και τη Χαρούλα, που άρχισαν να διαμορφώνουν το καταστατικό, με τη συμβολή του Γιάννη και της Αυγής, ενός ζευγαριού που είχε προσπαθήσει να αποκτήσει παιδιά με τη βοήθεια των παγκόσμιων πρωτεργατών της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Αγγλία. Η Ελένη, μια από τις πρώτες Ελληνίδες που γέννησε μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, βοήθησε πολύ, επέλεξε μάλιστα και το λογότυπο σήμα της θεάς Κυβέλης. Η επιλογή του ονόματος είναι συμβολική: στην μυθολογία μας, η Κυβέλη είναι η Ρέα, κόρη της Γης και του Ουρανού, σύζυγος του Κρόνου και μητέρα της Εστίας, της Δήμητρας, της Ήρας, του Ποσειδώνα, του Άδη και του Δία.

Το Σωματείο στεγάστηκε προσωρινά σε δικηγορικό γραφείο στην οδό Σόλωνος 80, όπου έγινε και η ιδρυτική γενική συνέλευση. Χαρακτηριστικό είναι ότι δεν ήταν καν δυνατόν να βρεθούν τότε τα 20 υπογόνιμα ζευγάρια που απαιτούνταν από τον Νόμο για να ιδρυθεί Σωματείο, οπότε επιστρατεύθηκαν φίλοι και γνωστοί που δεν ήταν υπογόνιμοι... Το καταστατικό ακόμη περιέχει το ίχνος εκείνης της περιόδου, αφού αναφέρει ότι τακτικά μέλη γίνονται μόνον υπογόνιμοι πολίτες «εξαιρουμένων των ιδρυτικών μελών»! Τελικά το Σωματείο ιδρύθηκε με την 1532/95 Απόφαση του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών και λειτουργεί νόμιμα με την υπ' αριθμόν 20086 Καταχώριση στο Βιβλίο Σωματείων Αθηνών (27-6-95).

Πρώτη παρουσία στο εξωτερικό

Πριν καν υπάρξει επίσημη ίδρυση του Σωματείου, η Βάσω, που εργαζόταν σε μια φαρμακευτική εταιρεία, κατόρθωσε να οργανώσει την πρώτη χορηγία προς το Σωματείο. Η Αυγή μετέβη στην Αυστραλία, στο πρώτο τότε Παγκόσμιο Συνέδριο της Διεθνούς Ομοσπονδίας Συλλόγων Υπογόνιμων Ασθενών IFIPA (International Federation of Infertility Patient Associations) ως παρατηρητής, εκπρόσωπος του Σωματείου, όπου εκεί συζητήθηκε η πιθανότητα ένταξής του στην Ομοσπονδία και τέθηκαν οι βάσεις για μόνιμες επαφές με τα αντίστοιχα Σωματεία άλλων χωρών.

Πρώτες δράσεις

Εξ αιτίας των περιορισμένων πόρων, το Σωματείο δεν είχε ακόμη τη δυνατότητα να ανοικιάσει γραφεία και να αποκτήσει δική του τηλεφωνική γραμμή. Το δικηγορικό γραφείο μετατράπηκε σε στρατηγείο του Σωματείου, με την αμέριστη συμπαράσταση των ιδιοκτητών. Η Σοφία και η Χαρά ανέλαβαν να παρέχουν τηλεφωνική υποστήριξη από τα σπίτια τους, ενώ οι υπόλοιποι διοργάνωναν συγκεντρώσεις ενημέρωσης για υπογόνιμα ζευγάρια, εκτός των ωρών λειτουργίας του γραφείου. Η Ελένη ανέλαβε να συντάξει, μαζί με τον Δημήτρη και τον Χάρη, το πρώτο ενημερωτικό φυλλάδιο, που τυπώθηκε με χορηγία μιας φαρμακευτικής εταιρείας, με τη βοήθεια της Βαρβάρας και του Γιώργου. Οι ίδιοι συνέβαλαν αποφασιστικά στο να γίνει γνωστό το Σωματείο, χορηγώντας ένα ταξίδι της Προέδρου σε διεθνές συνέδριο αναπαραγωγής στο εξωτερικό, όπου έγιναν οι πρώτες επίσημες επαφές με Έλληνες ιατρούς και εμβρυολόγους. Τα φυλλάδια του Σωματείου άρχισαν να διανέμονται σε Ιατρεία και Μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης, ενώ ορισμένοι επιστήμονες δέχθηκαν να παράσχουν δωρεάν υπηρεσίες ενημέρωσης, στις καθιερωμένες πια συναντήσεις στο γραφείο. Ένα μεγάλο ιδιωτικό Μαιευτήριο των Αθηνών παρέχει σήμερα δωρεάν, σε τακτά διαστήματα, το αμφιθέατρό του για διάφορες εκδηλώσεις του Σωματείου.

Πρώτη δημόσια εμφάνιση

Το 1996, η Πρόεδρος του Σωματείου κλήθηκε να συμμετάσχει σε μεσημεριανή τηλεοπτική εκπομπή μεγάλης ακροαματικότητας, όπου η εμφάνισή της δημιούργησε αίσθηση: ήταν η πρώτη φορά που κάποιος «έβγαινε» στο φως των προβολέων για να διακηρύξει ότι η υπογονιμότητα δεν είναι ντροπή, ότι είναι μια συνηθισμένη διαταραχή της υγείας που αφορά έναν στους οκτώ συνανθρώπους μας και ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν πρέπει να θεωρείται ταμπού. Η εμφάνιση αυτή υπήρξε καθοριστική για

τη συνέχεια. Ανάμεσα στους τηλεθεατές βρέθηκε η Ειρήνη, η οποία ήρθε αμέσως σε επαφή με το Σωματείο διότι την ίδια εποχή σχεδίαζε ανεξάρτητα το ίδιο εγχείρημα, δηλαδή να ιδρύσει έναν Σύλλογο υπογόνιμων πολιτών. Αποφασίστηκε να συμμετάσχει στο ήδη υπάρχον Σωματείο, γεγονός που αύξησε τον αριθμό των μελών προσφέροντας ταυτόχρονα και νέο πνεύμα στην προσπάθεια. Οι επαφές της Ειρήνης στον χώρο της δημοσιογραφίας και των δημοσίων σχέσεων βοήθησαν σημαντικά στην περαιτέρω ανάπτυξη των δραστηριοτήτων του Σωματείου. Αργότερα, η Ειρήνη διετέλεσε και Πρόεδρος του Σωματείου.

Το Ελληνικό Δημόσιο αναγνωρίζει το Σωματείο

Θεμελιώδης στόχος του Σωματείου Υποστήριξης Γονιμότητας «ΚΥΒΕΛΗ» ήταν και είναι η πλήρης κάλυψη των υπέρογκων εξόδων της εξωσωματικής γονιμοποίησης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης. Κατά την περίοδο 1996-1997, συστήθηκε, στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), η Επιτροπή Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, με αποστολή να προετοιμάσει το έδαφος για την έκδοση ενός ειδικού Νόμου για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Το Σωματείο πέτυχε να συμμετάσχει στην Επιτροπή αυτή με εκπρόσωπο τον Δημήτρη, ο οποίος εργάστηκε αμισθί για μεγάλο διάστημα, μεταφέροντας τη φωνή των υπογόνιμων ζευγαριών στα αυτιά του κράτους. Άλλα μέλη του Σωματείου υποστήριξαν την προσπάθεια αυτή, συντάσσοντας πολυσέλιδο υπόμνημα με συγκεκριμένες προτάσεις για την ρύθμιση της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα. Το τελικό πόρισμα της Επιτροπής του ΚΕΣΥ εγκρίθηκε από την Ολομέλειά του και χρησιμεύει σήμερα ως βάση για την σύνταξη του ειδικού Νόμου.

Ανάπτυξη του Σωματείου

Στην περίοδο που ακολούθησε, πολλά νέα μέλη άρχισαν να συρρέουν, ενώ μερικοί από τους ιδρυτές αποχώρησαν ή αποτραβήχθηκαν από το προσκήνιο. Η Βίκυ και ο Βαγγέλης, η Πέρσα και ο Σταύρος, η Ειρήνη, η Σοφία, η Βάσω και πολλοί άλλοι κατάφεραν να επιτύχουν μεγάλες χορηγίες από φαρμακευτικές εταιρείες. Η μεγαλύτερη επιτυχία ήρθε όταν, τον Απρίλιο του 2001, μετά από επανειλημμένες παρεμβάσεις του Σωματείου, το ΙΚΑ αποφάσισε την πλήρη κάλυψη των φαρμάκων για την εξωσωματική γονιμοποίηση πέραν του μικρού χρηματικού επιδόματος που χορηγούσε μέχρι τότε. Σήμερα, το Σωματείο έχει δικά του γραφεία, αριθμεί εκατοντάδες μέλη, είναι μόνιμο

μέλος της IFIPA, έχει ανοίξει παράρτημα στην Θεσσαλονίκη, εμφανίζεται με εκπρόσωπό του τακτικά στο τηλεοπτικό τοπίο, ανέπτυξε τις ιστοσελίδες.

2. Το Πρώτο Παιδί Του "Σωλήνα" (1978)



[Στη φωτογραφία η μικρούλα Louise Joy Brown σε ηλικία δύο χρονών]

Στις 25 Ιουλίου του 1978, στην Βρετανία ήρθε στον κόσμο η Louise Joy Brown. Ήταν η πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια για τη γέννηση παιδιού με χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αν και η τεχνολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη σύλληψή της ανακοινώθηκε ως θρίαμβος της ιατρική και της επιστήμης, προκάλεσε επίσης πολλά ερωτηματικά για την μελλοντική της χρήση. Αυτός ο αφύσικος τρόπος γέννησης

ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων. Κάποιοι μίλησαν για παιδιά-Φρανκενστάιν και ανήθικους γενετικούς χειρισμούς. Η μεγάλη επιτυχία ανήκει στους Dr. Patrick Steptoe, γυναικολόγος στο Γενικό Νοσοκομείο του Oldham, Jershaw Hospital, και τον Dr. Robert Edwards, ψυχολόγο στο Πανεπιστήμιο του Cambridge. Από το 1966, ο Δρ Πάτρικ Steptoe και ο Δρ Robert Edwards εργάζονταν ενεργά στην εύρεση μιας εναλλακτικής λύσης για την ικανότητα σύλληψης γυναικών με «ανίκανες» σάλπιγγες (αδυναμία μεταφοράς του γονιμοποιημένου ωαρίου από τις ωοθήκες στην μήτρα). Εντούτοις, ακόμα και αφού βρήκαν έναν τρόπο να γονιμοποιηθούν ωάρια σε ένα ανθρώπινο σώμα, συνέχισαν να έχουν τα προβλήματα που αντικαθιστούν το γονιμοποιημένο ωάριο πίσω σε μια μήτρα. Έτσι, μέχρι το 1977 όλες τους οι προσπάθειες, κατέληγαν σε εγκυμονούσες γυναίκες, μόνο για μερικές εβδομάδες (περίπου 80 εγκυμοσύνες). Η ιδιαιτερότητα και το ενδιαφέρον για την Lesley Brown ξεκίνησε όταν πέρασε επιτυχώς τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης.

Οι Lesley και John Brown ήταν ένα νέο ζεύγος από το Μπρίστολ που για εννιά χρόνια όλες τους οι προσπάθειες έμεναν άκαρπες. Στις 10 Νοεμβρίου 1977, η Lesley υφίστανται την in vitro διαδικασία γονιμοποίησης. Χρησιμοποιώντας ένα λαπαροσκόπιο, ο Dr. Steptoe απομακρύνει ένα ωάριο από τις ωοθήκες της Lesley και το δίνει στον Dr. Edwards ο οποίος αναμιγνύει το ωάριο με τα σπερματοζωάρια του John. Μετά την γονιμοποίηση, κι εφόσον το νεοδημιουργηθέν ζυγωτό αρχίζει να διαιρείται, μεταφέρεται μετά από 2,5 μέρες στην μήτρα της Lesley (μέχρι τότε οι επιστήμονες περίμεναν το ζυγωτό να φτάσει στο στάδιο των 64 κυττάρων, περίπου μετά από τέσσερις ή πέντε ημέρες). Η στενή παρακολούθηση της Lesley έδειξε ότι το γονιμοποιημένο ωάριο είχε ενσωματωθεί επιτυχώς στα τοιχώματα της μήτρας της. Κατόπιν, αντίθετα από όλες τις άλλες πειραματικές τεχνητές εγκυμοσύνες γονιμοποίησης, η Lesley πέρασε την εβδομάδα χωρίς τα προφανή προβλήματα. Ο κόσμος άρχισε να μιλά για αυτήν την καταπληκτική διαδικασία.

Εννιά ημέρες πριν από την προσδοκώμενη μέρα γέννησης, η Lesley εμφάνισε υψηλή πίεση στο αίμα, με αποτέλεσμα το παιδί να γεννηθεί τελικά με καισαρική τομή: στις 11:47 μ.μ., 25η Ιουλίου του 1978 γεννιέται ένα υγιέστατο κοριτσάκι με μπλε μάτια και ξανθά μαλλιά, η Louise Joy Brown. Ζυγίζει 2.25 κιλά.

Η Louise Brown, σήμερα είναι υγιής και πανευτυχής μητέρα. Έχει το δικό της παιδί. Το αγόρι -που ονομάστηκε Cameron- γονιμοποιήθηκε με φυσιολογικό τρόπο, χωρίς τεχνητή γονιμοποίηση.

Κάθε έτος, εκατομμύρια ζεύγη προσπαθούν να γονιμοποιήσουν. Δυστυχώς, πολλοί διαπιστώνουν ότι δεν μπορούν. Η διαδικασία για να ανακαλύψει πώς και γιατί έχουν τα ζήτηματα στειρότητας μπορεί να είναι μακροχρόνια και σκληρή.

Η εγκυμοσύνη της Lesley Brown έδωσε την ελπίδα στις εκατοντάδες χιλιάδες των ζευγαριών μη ικανών να συλλάβουν. Πολλοί θεώρησαν αυτή την νέα ιατρική ανακάλυψη σημαντική, άλλοι όμως ανησύχησαν για τις μελλοντικές επιπτώσεις. Η σημαντικότερη ερώτηση ήταν εάν αυτό το μωρό επρόκειτο να είναι υγιές. Εάν το μωρό παρουσίαζε ιατρικά προβλήματα, οι γονείς και οι γιατροί είχαν το δικαίωμα να παίξουν με τη φύση και να το φέρουν έτσι στον κόσμο; Οι γιατροί επίσης ανησύχησαν ότι εάν το μωρό δεν ήταν κανονικό, η διαδικασία θα κατηγορούταν εάν ήταν ή όχι η αιτία; Πότε η ζωή αρχίζει; Εάν η ανθρώπινη ζωή αρχίζει στη σύλληψη, οι γιατροί σκοτώνουν τους πιθανούς ανθρώπους όταν απορρίπτουν τα γονιμοποιημένα ωάρια; (Οι γιατροί μπορούν να αφαιρέσουν διάφορα ωάρια από τη γυναίκα και μπορούν να απορρίψουν μερικές που έχουν γονιμοποιηθεί.) Είναι αυτή η διαδικασία μια προαναγγελία αυτό που είναι να έρθει; Θα υπάρξουν αναπληρωματικές μητέρες;

3. Δεκατέσσερις Φορές Μπαμπάς...

Πριν σας παρουσιάσω το παραπάνω πραγματικό γεγονός από εκπομπή που προβλήθηκε σε τηλεοπτικό κανάλι της Αμερικής, να ευχηθώ κάθε επιτυχία στην ιστοσελίδα, καλό κουράγιο στους συντελεστές της, και να πραγματοποιηθούν σύντομα όλοι οι στόχοι και οι προσδοκίες από αυτή την προσπάθεια.

Εμείς θα προσπαθήσουμε να συμβάλουμε στο παραπάνω εγχείρημα, με μικρές ιστορίες της καθημερινότητας από την ελληνική και ξένη επικαιρότητα κυρίως από την εύθυμη πλευρά τους και εστιάζοντας σε αντικείμενα που άπτονται βιοηθικών θεμάτων όπως το παρακάτω:

Στην τηλεοπτική εκπομπή υπήρχαν 8 γυναίκες που όλες είχαν κάτι κοινό: Τα παιδιά τους είχαν τον ίδιο πατέρα! Καμιά όμως από αυτές δεν τον είχε δει. Γνώριζαν ότι ήταν ψηλός, γεροδεμένος, με όμορφα μάτια και χαρακτηριστικά, με υψηλό IQ, και ως φοιτητής σε ένα από τα καλύτερα πανεπιστήμια της Αμερικής ήταν αρχηγός στην ομάδα καλαθοσφαίρισης. Το στοιχείο που του αντιστοιχούσε, ήταν ένα νούμερο ας πούμε το 409.

Ας πάρουμε όμως τα πράγματα από την αρχή. Οι οκτώ γυναίκες είχαν όλες αποκτήσει παιδιά με εξωσωματική γονιμοποίηση. Είχαν απευθυνθεί στο ίδιο κέντρο εξωσωματικής

και είχαν επιλέξει (χωρίς αρχικά να το ξέρουν). τον ίδιο δότη σπέρματος με τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Τον δότη με το νούμερο 409. Τρεις από αυτές μάλιστα τον επέλεξαν και δεύτερη φορά μετά από την επιτυχημένη πρώτη προσπάθεια, έτσι ώστε και το δεύτερο παιδί τους να είναι 100% αδελφάκι με το πρώτο. Κάποια όμως, σκέφτηκε ότι το παιδί της είναι πιθανό να έχει και άλλα αδελφία και αποφάσισε να τα βρει. Με την «παρακάμψη» νομικών δυσκολιών και με τη βοήθεια της εκπομπής, βρέθηκε ότι το σπέρμα του παραπάνω δότη είχε με επιτυχία δοθεί σε 11 γυναίκες από τις οποίες είχαν γεννηθεί 14 παιδιά! Οκτώ από αυτές βρέθηκαν ζωντανά στο στούντιο και συμμετείχαν στη εκπομπή. Σε διπλανό στούντιο τα «αδελφάκια» γνωρίζονταν μεταξύ τους για να αποφύγουν στο μέλλον «δυσάρεστες συμπτώσεις».

Οι περισσότερες από αυτές ήταν παντρεμένες και την εκπομπή παρακολουθούσαν και οι άντρες τους. Δεν ξέρουμε αν έβλεπε την εκπομπή και ο πατέρας! Ο οποίος μπορεί να είναι πλέον παντρεμένος και να έχει και άλλα παιδιά. Απαγορεύεται από τη νομοθεσία να ψάξει κάποιος για την ταυτότητά του. Όταν όμως ενηλικιωθούν τα παιδιά θα έχουν την δυνατότητα να τον αναζητήσουν. Δεν ξέρω πόσοι θα ήθελαν να βρίσκονται στη θέση του. Αυτός λίγο «σπέρμα» έδωσε, ποιος ξέρει γιατί και σε ποια στιγμή της ζωής του και τώρα να τον διεκδικούν 11 γυναίκες και 14 παιδιά; Αυτά συμβαίνουν στην Αμερική. Τι να πούμε; Και στα δικά μας!

4. Γιατί Θα Ήταν Χρήσιμο Να Μιλήσετε Στο Παιδί Σας

Κάποιοι θεωρούν ότι είναι σωστό να γνωρίζουμε την καταγωγή μας. Τα μυστικά μπορεί να δώσουν την αίσθηση αστάθειας στην οικογένεια.

Στις μέρες μας, στην προσπάθεια ανίχνευσης κληρονομικών ασθενειών στην οικογένειά μας, η εξέταση του DNA γίνεται ολοένα και πιο συχνή. Εάν έχουν χρησιμοποιηθεί ωάρια ή σπέρμα από δότες, είναι σημαντικό να είναι γνωστό, μια και μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη ή αποφυγή ασθενειών ή και στην έγκαιρη διάγνωση. Η εξέταση αυτή δείχνει επιπλέον εάν υπάρχει συγγένεια ή όχι. Μπορεί να πιστεύετε ότι προστατεύετε το παιδί. Είσαστε όμως προετοιμασμένοι να δεχθείτε το γεγονός ότι υπάρχει πιθανότητα να το ανακαλύψει από λάθος ή κατά τύχη;

Πότε και πώς όμως να το πείτε; Κάθε γονιός έχει σκεφτεί τον τρόπο με τον οποίο θα πει στο παιδί του από πού προέρχεται; Για τους γονείς οι οποίοι είχαν την εμπειρία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υπάρχει ένα επιπλέον στοιχείο το οποίο θα πρέπει να

μοιραστούν με το παιδί. Η εμπειρία τους ήταν διαφορετική από αυτή των άλλων γονιών και έτσι θα πρέπει να χαρακτηριστεί ως ιδιαίτερη.

Θα πρέπει να διηγηθούν τον τρόπο με τον οποίο δημιουργήθηκε η οικογένειά τους. Θα διηγηθούν την ιστορία αυτή πολλές φορές στο παιδί τους που μεγαλώνει. Σωστό θα είναι να ενημερώσουν το παιδί τους σε πολύ νεαρή ηλικία έτσι ώστε να εντριφίσει την καταγωγή του. Όλα τα μικρά παιδιά αγαπούν τις ιστορίες. Έτσι μπορεί να ενδιαφερθεί για τη δική του ιστορία. Εάν ενημερωθεί σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να κλονιστεί η αυτοπεποίθησή του και να χάσει το αίσθημα εμπιστοσύνης προς τους γονείς του.

5. Αλήθειες και Μύθοι...

1. Τι σημαίνει ο ιατρικός όρος «υπογονιμότητα» και πότε θεωρείται ότι ένα ζευγάρι είναι υπογόνιμο;

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αποτυχία επίτευξης σύλληψης μετά από ένα έτος (ή 6 μήνες, αν πρόκειται για γυναίκα άνω των 35 ετών) με φυσιολογικές, τακτικές σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη. Με άλλα λόγια, όταν περάσει ένα έτος χωρίς η γυναίκα να έχει μείνει έγκυος, θα πρέπει το ζευγάρι να απευθυνθεί στο θεράποντα ιατρό του, ώστε να διαπιστωθεί ποια είναι η αιτία που δεν επιτυγχάνεται εγκυμοσύνη και στη συνέχεια να αντιμετωπιστεί. Πρέπει όλοι, όμως, να είμαστε ευαισθητοποιημένοι και να μη λησμονούμε ότι ο παράγοντας ηλικία είναι ο πλέον κρίσιμος για τη γυναικεία γονιμότητα και ότι η εξατομικευμένη προσέγγιση κάθε ζευγαριού αποτελεί το «χρυσό κλειδί» που λύνει το πρόβλημα.

2. Πόσο συχνή είναι η υπογονιμότητα και πού οφείλεται;

Σύμφωνα με διεθνή στατιστικά στοιχεία, στην εποχή μας, ένα σημαντικό ποσοστό ζευγαριών (ένα στα έξι) αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας που μπορεί να οφείλονται:

- i. Σε ορμονικές διαταραχές.
- ii. Σε μολύνσεις ή φλεγμονές των γεννητικών οργάνων.
- iii. Σε συγγενείς ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων ή σε επίκτητες βλάβες.
- iv. Σε διάφορα άλλα αίτια, όπως: ενδομητρίωση, φαρμακευτικές αγωγές, αλκοολισμός, ναρκωτικά, αλλά και ακτινοβολίες και ραδιοθεραπείες (σε περιπτώσεις νεοπλασιών).
- v. Κακή ποιότητα των σπερματοζωαρίων και των ωαρίων
- vi. Πτώση των χαρακτηριστικών του σπέρματος, που διαπιστώνεται στις περισσότερες χώρες του πλανήτη.

3. Υπάρχουν πολλά ζευγάρια με πρόβλημα γονιμότητας;

Η πρόοδος της επιστήμης σε συνδυασμό με την κατάρριψη διαφόρων ταμπού του παρελθόντος απεκάλυψαν το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος. Έτσι, υπολογίζεται πως το 12-15% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται καθώς μεγαλώνει η ηλικία της γυναίκας, η οποία και αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα που επηρεάζει την πιθανότητα σύλληψης. Συνεπώς, αν ανήκετε στην κατηγορία των ζευγαριών εκείνων που θα χρειασθούν κάποιου βαθμού υποβοήθηση για να τεκνοποιήσουν, δεν είστε η εξαίρεση στον κανόνα: πολλά άλλα ζευγάρια βρίσκονται στην ίδια θέση με εσάς και καταβάλλουν αντίστοιχες προσπάθειες.

4. Πιστεύετε ότι μπορεί να επιλυθεί το θέμα της υπογονιμότητας;

Η αύξηση της υπογονιμότητας αποτελεί πραγματικότητα παγκοσμίως. Η αδυναμία ενός ζευγαριού να αποκτήσει παιδί δημιουργεί μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση και έχει γενικότερες κοινωνικές προεκτάσεις. Η υπογονιμότητα, εκτός από ιατρικό πρόβλημα, είναι συνδεδεμένη και με τη δημογραφική κρίση και τη γήρανση του πληθυσμού.

Ένα σημαντικό μέτρο για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και, συνεπώς, για τον έλεγχο του δημογραφικού ζητήματος είναι η ιατρική και κοινωνικοοικονομική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών, ούτως ώστε να δικαιούνται και να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες και στην ασφαλιστική κάλυψη για την επίλυση του προβλήματος.

Η επιτυχία της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας είναι υψηλή (25%-30% ανά προσπάθεια) και εξαρτάται από τα αίτια της στειρότητας, την ηλικία του ζευγαριού, καθώς και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής.

5. Τι πιθανότητες επιτυχίας υπάρχουν σήμερα με τις διάφορες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;

Το ερώτημα αυτό είναι ίσως το πιο συχνό που γίνεται από τα ζευγάρια που χρειάζονται υποβοήθηση για να τεκνοποιήσουν. Παράλληλα, η απάντηση που δίνεται από τα διάφορα Κέντρα Εξωσωματικής σε αυτό το ερώτημα είναι συχνά κάπως υπερβολική ή παραπλανητική όσον αφορά τα ποσοστά επιτυχίας. Ναι, υπάρχουν πιθανότητες επιτυχίας

που ανέρχονται έως και το 50% ανά προσπάθεια εξωσωματικής, αφορούν όμως κάποιες συγκεκριμένες κατηγορίες ζευγαριών, όπως για παράδειγμα ζευγάρια με μέτριες διαταραχές σπέρματος ως αιτία υπογονιμότητας όπου η γυναίκα είναι μικρής ηλικίας. Αν θέλουμε να είμαστε αντικειμενικοί και να στηριζόμαστε στα διεθνή δεδομένα όπως αυτά αποτυπώνονται στην ιατρική βιβλιογραφία, θα πρέπει να μιλάμε για μια μέση πιθανότητα επιτυχίας γύρω στο 35% ανά προσπάθεια εξωσωματικής, η οποία μεταβάλλεται ανάλογα με τις ιδιάζουσες συνθήκες κάθε ζευγαριού. Επίσης, ένας άλλος χρήσιμος δείκτης είναι η αθροιστική πιθανότητα επιτυχίας μετά από έναν αριθμό προσπαθειών εξωσωματικής: υπολογίζεται πως το 70-75% των ζευγαριών θα έχει επιτύχει εγκυμοσύνη μετά από 3-4 προσπάθειες. Τέλος, όσον αφορά τις απλούστερες μεθόδους υποβοήθησης, οι πιθανότητες επιτυχίας με την σπερματέγχυση δεν υπερβαίνουν το 18% ανά προσπάθεια, ενώ φαίνεται πως δεν υπάρχει νόημα για ένα ζευγάρι να υποβάλλεται σε περισσότερες από 3-4 σπερματεγχύσεις, αφού αν δεν έχει επέλθει θετικό αποτέλεσμα με αυτές, οι πιθανότητες επιτυχίας στην συνέχεια είναι πολύ μικρές.

6. Πότε θα πρέπει να ζητήσετε ιατρική βοήθεια;

Επειδή για κάθε μήνα προσπάθειας ενός ζευγαριού χωρίς προβλήματα γονιμότητας, η πιθανότητα σύλληψης δεν υπερβαίνει το 20%, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο χαρακτηρισμός ενός ζευγαριού ως υπογόνιμο δίνεται μετά από ένα έτος άκαρπων προσπαθειών. Τότε θα πρέπει να γίνεται η ειδική διερεύνηση παραγόντων υπογονιμότητας και να σχεδιάζεται η αντιμετώπιση του προβλήματος. Εννοείται όμως ότι, αν από το ιατρικό ιστορικό ή την ιατρική παρακολούθηση ρουτίνας ενός ζευγαριού εγείρονται υποψίες ύπαρξης κάποιου συγκεκριμένου παράγοντα υπογονιμότητας, αυτός μπορεί να αναζητείται πριν την ολοκλήρωση του έτους προσπαθειών, ώστε να μην χάνεται πολύτιμος χρόνος.

7. Σε ποια ιατρική ειδικότητα πρέπει να απευθυνθεί το ζευγάρι που επιθυμεί έλεγχο γονιμότητας;

Η στενή συνεργασία του ουρολόγου με το γυναικολόγο αλλά και άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπως ο ενδοκρινολόγος και ο γενετιστής, συχνά είναι επιβεβλημένη. Η ενδεδειγμένη προσέγγιση του ζευγαριού από τον ειδικό γιατρό είναι ευθεία, αντικειμενική

και ευαίσθητη, λαμβάνοντας υπόψιν την ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση δύο ανθρώπων, συνήθως νέων και υγιών, που όμως αντιμετωπίζουν μια εμφανή οργανική δυσλειτουργία.

8. Με ποιο τρόπο ο Ουρολόγος-Ανδρολόγος διερευνά το υπογόνιμο ζεύγος;

Το λεπτομερές ιστορικό και η κλινική εξέταση αποτελούν τα πρώτα στάδια της διερεύνησης της υπογονιμότητας. Βασική εξέταση αποτελεί το «σπερμοδιάγραμμα», η ποσοτική και ποιοτική δηλαδή ανάλυση του σπέρματος. Είναι μια εξέταση απλή, ανώδυνη και φτηνή. Η σωστή λήψη, επεξεργασία και ερμηνεία του δίνει αναντικατάστατες πληροφορίες. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανδρικής υπογονιμότητας το σπερμοδιάγραμμα είναι παθολογικό. Κάποιες από τις βασικές διαταραχές του σπέρματος που μπορεί να αποκαλυφθούν είναι η ελάττωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων (ολιγοσπερμία) ή ακόμη και απουσία τους (αζωοσπερμία) καθώς και διαταραχές της κινητικότητάς τους, ελάττωση (ασθενοσπερμία) ή και κατάργησή της (νεκροσπερμία). Η μορφολογία και το στάδιο ωρίμανσης των σπερματοζωαρίων είναι επίσης πολύ σημαντικές. Βεβαίως, αναλόγως των ευρημάτων ακολουθούν άλλες, ειδικές εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις. Οι καλλιέργειες σπέρματος, οι λειτουργικές δοκιμασίες (δοκιμασία τραχηλικής βλέννης, διεισδυτικότητας και προσκολλητικότητας), ο προσδιορισμός αντισπερμικών αντισωμάτων, ο ορμονικός, ο χρωμοσωμικός έλεγχος το υπερηχογράφημα οσχέου, ο απεικονιστικός έλεγχος, ακόμη και η βιοψία όρχεος αποτελούν κάποιες από αυτές τις απλές ή περισσότερο εξεζητημένες εξετάσεις που σκοπό έχουν τη λεπτομερή διερεύνηση και ανακάλυψη της αιτίας των διαταραχών του σπέρματος που διαπιστώθηκαν.

9. Τι περιλαμβάνει ένας έλεγχος για τη γονιμότητα των δύο συντρόφων;

Αρχικά, ο ιατρός παίρνει ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό και από τους δύο συντρόφους, τους οποίους επίσης καλό θα ήταν να εξετάσει και κλινικά. Απαραίτητα είναι επίσης για τη γυναίκα ένα υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων, ορμονικός έλεγχος και έλεγχος διαβατότητας των σαλπίγγων. Ανάλογα με το υπάρχον πρόβλημα και την κρίση του ο γυναικολόγος μπορεί να συστήσει τη διενέργεια λαπαροσκόπησης ή/και υστεροσκόπησης. Πρέπει επίσης οπωσδήποτε να ελεγχθεί η ποιότητα του σπέρματος του άνδρα.

10. Ο ιατρικός έλεγχος αποκαλύπτει πάντα την παθολογική κατάσταση που οδηγεί στην ανδρική υπογονιμότητα;

Σε ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, περίπου στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, παρά τον ενδελεχή έλεγχο δεν αποκαλύπτεται κάποιος συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας και τότε μιλούμε για ιδιοπαθή υπογονιμότητα. Καθώς συντελείται πρόοδος στη γνώση της φυσιολογίας της ανδρικής αναπαραγωγικής λειτουργίας, νέες ερμηνείες προκύπτουν εξηγώντας ορθότερα και πληρέστερα τους μηχανισμούς της ανδρικής υπογονιμότητας, προσφέροντας, παράλληλα, τη δυνατότητα αποτελεσματικότερης θεραπευτικής παρέμβασης.

11. Είναι απαραίτητο στις περιπτώσεις ελέγχου υπογονιμότητας να εξετάζεται ο άνδρας;

Είναι αποδεδειγμένο ότι περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων υπογονιμότητας οφείλεται αποκλειστικά σε παθολογία του άνδρα, ενώ σε ακόμη ένα τρίτο παρατηρείται αμοιβαία συμμετοχή ανδρικού και γυναικείου παράγοντα. Συνολικά, λοιπόν, στις μισές περιπτώσεις υπογονιμότητας υποκρύπτεται ανδρικός παράγοντας καθιστώντας την ιατρική εκτίμηση του άνδρα επιβεβλημένη με σκοπό την αναγνώριση και εν συνεχεία την αντιμετώπιση κάποιας συγκεκριμένης παθολογικής κατάστασης, την αιτιολογική δηλαδή θεραπεία του προβλήματος. Παρόλο που αυτό είναι εφικτό σε αρκετές περιπτώσεις, υπάρχουν άλλες που είναι αδύνατον. Οι εμπειρικές θεραπείες καθώς και οι τεχνικές υποβοηθούμενης γονιμοποίησης μπορούν να προσφέρουν στις περιπτώσεις αυτές.

12. Είναι πολλές οι παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του άνδρα προς τεκνοποίηση;

Είναι πολλές οι παθήσεις που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα αιτιολογικά με την ανδρική υπογονιμότητα. Αφορούν παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν τη φυσιολογική παραγωγή και ωρίμανση του σπέρματος στους όρχεις ή την ομαλή και ακώλυτη μεταφορά αυτού μέσω της αποχετευτικής οδού του ανδρικού γεννητικού συστήματος. Οι οξείες ή χρόνιες φλεγμονές του ουροποιογεννητικού συστήματος, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η κισσοκήλη, η κρυπορχία, ο τραυματισμός ή η έκθεση των γεννητικών

οργάνων σε τοξικούς παράγοντες (λ.χ. ακτινοβολία, χημειοθεραπεία, φάρμακα, αλκοόλ, καπνός), ο τραυματισμός της σπονδυλικής στήλης, οι χειρουργικές επεμβάσεις, συγγενείς κληρονομικές και ορμονικές παθήσεις, η απόφραξη της συνέχειας του γεννητικού συστήματος και οι ανοσολογικές διαταραχές αποτελούν κάποιες από τις πιο σημαντικές αιτίες υπογονιμότητας.

13. Η στυτική δυσλειτουργία είναι ταυτόσημη με την ανδρική υπογονιμότητα;

Είναι σημαντική η διάκριση της ανδρικής υπογονιμότητας από τη στυτική δυσλειτουργία, αυτό που ο κόσμος βάρβαρα συχνά ονομάζει ανικανότητα. Η τελευταία κατάσταση αναφέρεται στις περιπτώσεις αυτές που ο άνδρας δεν καταφέρνει να έχει στύση επαρκή για να φέρει σε πέρας ικανοποιητικά μια σεξουαλική πράξη. Παρόλα αυτά, το σπέρμα του μπορεί να είναι απολύτως φυσιολογικό και γόνιμο. Βεβαίως, αν η στυτική δυσλειτουργία παρεμποδίζει τη φυσιολογική εκσπερμάτιση εντός του γυναικείου κόλπου ή εκφράζεται με διαταραχές της εκσπερμάτισης (λ.χ. πρόωρος ή απύουσα), μπορεί να αποτελέσει αιτία υπογονιμότητας. Είναι, φυσικά, αυτονόητο ότι πολλοί άνδρες που εμφανίζουν δυσκολία να αποκτήσουν παιδί με τη σύντροφό τους εμφανίζουν φυσιολογικότερη στύση και επιτυχημένη σεξουαλική ζωή.

14. Η θεραπεία της ανδρικής υπογονιμότητας είναι απλή; Γίνεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων ή μπορεί να χρειαστεί και χειρουργική επέμβαση;

Η θεραπεία της ανδρικής υπογονιμότητας μπορεί να είναι δύσκολη και κάποιες φορές απογοητευτική. Δύσκολα υπάρχουν άμεσα αποτελέσματα και είναι αναγκαία η εμμονή στη θεραπεία επί μακρόν. Η θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Η συντηρητική περιλαμβάνει τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων, όπως ορμόνες, αντιβιοτικά, στεροειδή με στόχο τη βελτίωση του σπέρματος. Είναι προφανές ότι συγκεκριμένες ανατομικές ανωμαλίες, όπως η κισσοκήλη, η κρυπορχία, η απόφραξη της αποχετευτικής οδού του όρχεως αντιμετωπίζονται με τις αντίστοιχες χειρουργικές επεμβάσεις. Οι μοντέρνες μικροχειρουργικές τεχνικές, με τη χρήση σύγχρονων μέσων, για παράδειγμα μικροσκοπίων, βελτιώνουν τα χειρουργικά αποτελέσματα κάνοντας εφικτή για παράδειγμα την αποκατάσταση της συνέχειας του σπερματικού πόρου ακόμη και σε καταστάσεις που είχε προηγηθεί απολίνωσή του.

15. Στα ζεύγη με πρόβλημα γονιμότητας ευθύνεται κυρίως η γυναίκα;

Στις μέρες μας είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο και συχνά θεωρείται αυτονόητο και από το ευρύ κοινό ότι για να επέλθει φυσιολογική γονιμοποίηση και στη συνέχεια κύηση πρέπει να είναι απολύτως υγιή και τα δύο μέρη του ζεύγους. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την άποψη που επικρατούσε για πολλά χρόνια, και ήθελε τις γυναίκες να φέρουν την αποκλειστική ευθύνη όταν το ζεύγος δεν μπορούσε να αποκτήσει τα παιδιά που επιθυμούσε, και κατά συνέπεια ο ιατρικός έλεγχος περιοριζόταν μόνο στη γυναίκα.

16. Η αντισύλληψη, αφού διακοπεί, μπορεί να έχει επηρεάσει τη γονιμότητά της γυναίκας;

Δεν έχει φανεί από τις μέχρι τώρα μελέτες πως το χάπι δημιουργεί τέτοια προβλήματα. Απλώς, οι γυναικολόγοι συχνά δίνουν σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα που προκαλούν υπογονιμότητα (π.χ. ενδομητρίωση, πολυκυστικές ωοθήκες κ.ά.), αντισυλληπτικά χάπια ως φαρμακευτική αγωγή.

Οπότε, στις γυναίκες αυτές η γονιμότητα είναι μειωμένη λόγω της παθολογίας που αντιμετωπίζουν και δεν φταίει βέβαια η λήψη του χαπιού. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μέθοδοι αντισύλληψης, όπως το ενδομητρικό πρόθεμα (σπιράλ), που πρέπει να χρησιμοποιούνται από γυναίκες που έχουν τελειώσει τον οικογενειακό τους προγραμματισμό, αφού μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα, όπως είναι μία φλεγμονή, και είναι σκόπιμο να αποφεύγονται στις νέες κοπέλες που δεν έχουν κάνει παιδιά.

Γενικά, για τις νέες γυναίκες κυρίως, που μπορεί να μην έχουν πάντα σταθερούς δεσμούς, η καλύτερη λύση είναι να χρησιμοποιούν αντρικό προφυλακτικό τόσο για λόγους αντισύλληψης αλλά και για λόγους πρόληψης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αφού κάποια από αυτά μεταξύ άλλων προκαλούν και υπογονιμότητα (π.χ. η βλεννόρροια, που πια δεν τη συναντάμε συχνά ή τα χλαμύδια, που στις μέρες μας προκαλούν συχνά λοιμώξεις).

17. Τι συμβαίνει με τα ζευγάρια προχωρημένης ηλικίας που θέλουν να κάνουν παιδί;

Σήμερα η γενετική και οι νέες τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δίνουν

πολλές δυνατότητες σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που θέλουν να αποκτήσουν παιδί προσφέροντάς τους την δυνατότητα διάγνωσης γενετικών ανωμαλιών που σχετίζονται με την ηλικία καθώς και αυξημένες πιθανότητες να αποκτήσουν ένα παιδί παρότι βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία. Μερικά από αυτά που η γενετική προσφέρει ήδη είναι καταστάσεις ρουτίνας για ορισμένες μονάδες Εξωσωματικής Γονιμοποίησης & Γενετικής.

Μία άλλη μέθοδος η οποία προσφέρεται σήμερα και αυξάνει τις πιθανότητες μίας γυναίκας άνω των 35 να αποκτήσει ένα υγιές παιδί είναι η μέθοδος της προεμφυτευτικής διάγνωσης . Όσο η ηλικία της μητέρας αυξάνεται τόσο αυξάνεται, και η πιθανότητα γέννησης ενός παιδιού με κάποια χρωμοσωματική ανωμαλία, όπως είναι το σύνδρομο Down. Επίσης μιας και οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες είναι πιο συχνές στα έμβρυα γυναικών άνω των 35, η πιθανότητα εμφύτευσης και εγκυμοσύνης είναι μικρότερη για αυτές τις γυναίκες. Σήμερα είναι δυνατόν να γίνει γενετικός έλεγχος στα έμβρυα πριν ακόμα από την μεταφορά τους στην μήτρα της μητέρας κατά την διάρκεια εξωσωματικής γονιμοποίησης. Όταν τα έμβρυα βρίσκονται ακόμα in Vitro (στο εργαστήριο) είναι δυνατόν να ελέγξουμε την γενετική τους σύσταση και να μεταφέρουμε στην μητέρα μόνο τα έμβρυα τα οποία έχουν φυσιολογικά χρωμοσώματα. Έτσι μία εγκυμοσύνη ξεκινά χωρίς τον φόβο ανωμαλίας στο έμβρυο. Επίσης, αυξάνουμε και την πιθανότητα εγκυμοσύνης μιας και μεταφέρουμε στην μήτρα μόνο έμβρυα χωρίς χρωμοσωματικές ανωμαλίες.

18. Τι είναι η σπερματέγχυση;

Η σπερματέγχυση αφορά την εισαγωγή σπέρματος μέσα στην μήτρα της γυναίκας. Πρόκειται για την εισαγωγή ειδικά επεξεργασμένου σπέρματος, με τη βοήθεια καθετήρα, κοντά στην κορυφή της εσωτερικής κοιλότητας της μήτρας. Σε αυτό το σημείο, το σπέρμα είναι τοποθετημένο στην είσοδο της κάθε σάλπιγγας, με αποτέλεσμα να έχει να διανύσει μικρότερη απόσταση και πιο ενισχυμένο για να φθάσει τα ωάρια την στιγμή της ωορρηξίας.

19. Τι είναι η ενδοωοπλασμική έγχυση σπερματοζωαρίου; (ICSI: Intra Cytoplasmic Sperm Injection);

Η ενδοπλασματική έγχυση σπερματοζωαρίου (ICSI), είναι η τεχνική της εγχύσεως ενός μόνο σπερματοζωαρίου μέσα στο ωάριο που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία

γονιμοποιημένου εμβρύου, χρησιμοποιώντας μια ειδική διαδικασία στο εργαστήριο με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας.

20. Εφόσον το ζεύγος ακολουθήσει την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή σίγουρα θα αποκτήσει παιδί;

Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις που ούτε τα φάρμακα ούτε οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι αποτελεσματικές. Εδώ έχει θέση κάποια από τις ποικίλες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, που βασίζονται στην αξιοσημείωτη πρόοδο της επιστημονικής γνώσης στο χώρο της βιολογίας της αναπαραγωγής.

21. Τι είναι η πτώση των χαρακτηριστικών του σπέρματος;

Στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον δύο παράμετροι του σπέρματος, ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων έχουν μειωθεί κατά 50% από το 1940. Μάλιστα, στη Γαλλία, οι ερευνητές ανακοίνωσαν ότι ο ρυθμός πτώσεως των σπερματοζωαρίων αγγίζει το 2% περίπου. Πτωτικές τάσεις στο σπέρμα ανακοινώθηκαν και για το 40% του ελληνικού ανδρικού πληθυσμού. Οι σύγχρονες μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ιδιαίτερα οι εξελιγμένες τεχνικές της μικροχειρουργικής του ωαρίου (μικρογονιμοποίησης), μπορούν να δώσουν κυήσεις ακόμη και στις πιο σοβαρές περιπτώσεις ολιγοσπερμίας.

Πριν από 7 χρόνια επιτεύχθηκε η μικρογονιμοποίηση (ή μικροχειρουργική ωαρίου). Η τεχνική αυτή γνωστή και ως ενδοκυτταροπλαστική έγχυση του σπερματοζωαρίου (ICSI), κατάλληλη για σοβαρές περιπτώσεις ανδρικής στειρότητας -εξαιρετικά ελαττωμένη κινητικότητα ή αριθμός των σπερματοζωαρίων- περιελάμβανε την εισαγωγή ενός σπερματοζωαρίου απευθείας στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Σήμερα, αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται με μεγάλη επιτυχία και έχουν σημειωθεί εγκυμοσύνες ακόμη και σε περιπτώσεις που λίγα μόνο σπερματοζωάρια είχαν βρεθεί στο σπερματικό υγρό.

22. Πότε χρησιμοποιείται νωπό και πότε κατεψυγμένο σπέρμα;

Η χρήση νωπού σπέρματος απαγορεύεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και με ειδικό διάταγμα απαγορεύεται στην Ελλάδα. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι εξαιρετικά επικίνδυνο, αφού με το νωπό σπέρμα μπορεί να μεταδοθούν διάφορες νόσοι. Όταν το

σπέρμα βρίσκεται στην κατάψυξη, ο κίνδυνος αυτός σχεδόν εκμηδενίζεται, γιατί ο δότης ελέγχεται τρεις, έξι και εννιά μήνες μετά την κατάψυξη του σπέρματος. Το κατεψυγμένο σπέρμα επιτρέπεται να χρησιμοποιηθεί μόνο στην περίπτωση όπου όλα είναι φυσιολογικά. Οι συνεχείς έλεγχοι αποτελούν την πιο σημαντική δικλίδα ασφαλείας. Νωπό σπέρμα για σπερματέγχυση ή εξωσωματική χρησιμοποιείται μόνον όταν δότης είναι ο μόνιμος σύντροφος ή ο σύζυγος της γυναίκας.

23. Μπορείτε να γνωρίζετε λεπτομέρειες για το ιατρικό ιστορικό του δότη ή των συγγενών του;

Η πρόσβαση σε οποιαδήποτε προσωπική πληροφορία σε σχέση με το δότη απαγορεύεται αυστηρά. Οι μόνες πληροφορίες τις οποίες επιτρέπεται να πάρει το ζευγάρι που ενδιαφέρεται είναι σχετικά με τα μορφολογικά χαρακτηριστικά (ύψος, χρώμα ματιών κλπ.) . Το οικογενειακό ιστορικό του δότη δεν είναι απαραίτητο να το γνωρίζει το ζευγάρι, καθώς δεν υπάρχει περίπτωση να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το έμβρυο. Δεν έχουν τη δυνατότητα να γίνουν δότες όσοι έχουν ιστορικό βεβαρημένο με κάποια σοβαρή νόσο, αφού αποκλείονται ευθύς εξαρχής.

24. Μπορεί ο σύζυγος σας να φέρει το σπέρμα από το σπίτι;

Είναι καλύτερο ο σύζυγος να δίνει το σπέρμα στην Μονάδα Εξωσωματικής, ώστε να ξεκινήσει αμέσως η επεξεργασία του. Αν παρόλα αυτά, αποφασισθεί το αντίθετο, το σπέρμα πρέπει να έρθει στο Εργαστήριο εντός μισής ώρας από την εκσπερμάτιση και να έχει διατηρηθεί ζεστό. υπάρχουν ήδη κατεψυγμένα έμβρυα από την προηγούμενη προσπάθεια. Σε αυτήν την περίπτωση η προσπάθεια μπορεί να επαναληφθεί και μετά από ένα μήνα.

25. Πρέπει να γίνουν ειδικές εξετάσεις στη λήπτρια πριν από τη λήψη του σπέρματος;

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες εξετάσεις οι οποίες να θεωρούνται απαραίτητες. Όταν πρόκειται να γίνει τεχνητή σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση, η λήπτρια θα πρέπει να έχει ελεγχθεί από το γιατρό της, ώστε να μην υπάρχει κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα που θα μπορούσε να παρεμποδίσει τη σύλληψη.

26. Πώς γίνεται και πόσο ασφαλής είναι η επιλογή των δοτών από τις τράπεζες σπέρματος;

Οι δότες είναι στην πλειοψηφία τους φοιτητές βιολογίας ή ιατρικής και είναι εθελοντές που έχουν ευαισθητοποιηθεί σχετικά με το ζήτημα. Για να γίνει δεκτό το σπέρμα τους, υφίστανται έλεγχο της υγείας τους, με όλες τις απαραίτητες εξετάσεις, όπως καρυοτυπική ανάλυση (ανάλυση χρωμοσωμάτων), έλεγχο για μολυσματικές ασθένειες και αφροδίσια νοσήματα, καθώς και με λήψη οικογενειακού ιστορικού.

27. Αν επισκεφθείτε ένα Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής φοβάστε ότι θα καταλήξετε οπωσδήποτε να κάνετε εξωσωματική γονιμοποίηση;

Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί απλά έναν από τους τρόπους υποβοήθησης ζευγαριών που προσπαθούν να τεκνοποιήσουν. Δεν είναι απαραίτητο ότι όλα να υπογόνιμα ζευγάρια χρειάζονται εξωσωματική. Υπάρχουν και άλλες απλούστερες τεχνικές που έχουν τις ενδείξεις τους, και στηρίζονται την ενδοσωματική γονιμοποίηση. Έτσι, ανάλογα με την περίπτωση σας, μπορεί απλά να χρειασθείτε κάποια ρύθμιση του ορμονικού σας συστήματος, ενίσχυση της ωοθυλακιορρηξίας σας, προγραμματισμό της σεξουαλικής επαφής, ή σπερματέγχυση, και μόνο αν αποτύχουν αυτά να σας προταθεί η εξωσωματική γονιμοποίηση.

28. Πότε πρέπει να καταφύγετε στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση;

Για να καταφύγουμε στην εξωσωματική γονιμοποίηση πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω ενδείξεις :

α) Ενδείξεις από τον γυναικείο παράγοντα:

- Σάλπιγγες (προβλήματα διαβατότητας και λειτουργικότητας)
- ωοθήκες (βαριά προβλήματα ανωορρηξίας)
- Ενδομητρίωση.

β) Ενδείξεις από τον ανδρικό παράγοντα:

- Βαριά προβλήματα σπέρματος
- Αζωοσπερμία (με βιοψιακό υλικό από τον όρχι)
- Διαταραχές στύσης

γ) Ενδείξεις και από τους δύο:

-Ηλικία.

-Αποτυχία απλών μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής για αντιμετώπιση προβλημάτων ενός εκ των δύο.

-Αγνώστου αιτιολογίας υπογονιμότητα που δεν ευοδώθηκε με απλές μεθόδους.

-Κληρονομικές παθήσεις για τις οποίες πρέπει να γίνει προεμφυτευτική διάγνωση (preimplantation diagnosis).

-Δωρεές γαμετών (ωαρίων, σπερματοζωαρίων).

29. Τι είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF, In Vitro Fertilisation);

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) περιλαμβάνει τη συλλογή των ωαρίων και του σπέρματος γίνεται γονιμοποίηση έξω από το ανθρώπινο σώμα. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η δημιουργία γονιμοποιημένων εμβρύων που θα τοποθετηθούν στη γυναίκα μετά από 3-4 ημέρες.

30. Ποια είναι τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η πρόκληση ωοθυλακιωορρηξίας, η ωοληψία, η γονιμοποίηση και η εμβρυομεταφορά. Η ωοθυλακιωορρηξία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων, που σκοπό έχουν την ωρίμανση περισσότερων ωοθυλακίων και ωαρίων από το ένα, που ωριμάζει κάθε μήνα κατά το φυσικό κύκλο της γυναίκας. Η παρακολούθηση της ωρίμανσης γίνεται με υπερηχογράφημα και εξετάσεις αίματος. Στη συνέχεια γίνεται αναρρόφηση διακολπική των ωαρίων από τις ωοθήκες, κάτω από υπερηχογραφικό έλεγχο. Τα ωάρια μετά την ωοληψία καλλιεργούνται σε θρεπτικό υλικό και επιάζονται με τα σπερματοζωάρια ή σε περίπτωση σοβαρής ολιγοασθενό- ή τερατοζωο-σπερμίας, γίνεται μικρογονιμοποίηση. Αφού περάσουν δύο ή τρεις ημέρες από την ωοληψία, τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα. Τα αποτελέσματα είναι γνωστά μετά από 2 εβδομάδες.

31. Πώς ξεκινάει μια θεραπεία;

Αφού συλλεχθούν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και ο ειδικός καταλήξει στην αναγκαιότητα της εξωσωματικής γονιμοποίησης καταστρώνεται το λεγόμενο πρωτόκολλο θεραπείας. Έτσι την προκαθορισμένη ημέρα του κύκλου ξεκινάει μια

θεραπεία με μία ή και περισσότερες ορμόνες που αποσκοπεί στη διέγερση των ωοθηκών έτσι ώστε αυτές να αναπτύξουν πολλά ωοθυλάκια και όχι μονάχα ένα όπως συνήθως γίνεται σε ένα φυσιολογικό κύκλο. Με τις ίδιες ορμόνες προετοιμάζουμε και το ενδομήτριο να δεχθεί τα μελλοντικά έμβρυα.

32. Πώς γίνεται η παρακολούθηση της ασθενούς;

Μετά την πρώτη συνήθως εβδομάδα η ασθενής -που βέβαια δεν ασθενεί- προσέρχεται κάθε δύο ημέρες για έναν υπερηχογραφικό έλεγχο του αριθμού και μεγέθους των ωοθυλακίων καθώς επίσης και του πάχους του ενδομητρίου. Συνήθως πραγματοποιείται και ορμονικός έλεγχος της ωοθηκικής ανταπόκρισης. Αν χρειαστεί γίνονται οι απαραίτητες αυξομειώσεις στη δόση των ορμονών.

33. Πότε είναι έτοιμες οι ωοθήκες;

Περιμένουμε τα ωοθυλάκια, τα οποία περιέχουν τα ωάρια να φτάσουν ένα κρίσιμο μέγεθος και αριθμό. Πάνω από αυτό θεωρούμε ότι τα ωάρια είναι ώριμα και έτοιμα για ωοληψία. Ταυτόχρονα σιγουρευόμαστε ότι και το ενδομήτριο έχει το κατάλληλο πάχος για την εμβρυομεταφορά. Στη συνέχεια χορηγούμε μία ορμόνη η οποία προκαλεί την τελική ωρίμανση των ωαρίων και την απελευθέρωσή τους στο υγρό των ωοθυλακίων.

34. Πότε γίνεται η ωοληψία;

Η ωοληψία γίνεται περίπου 36 ώρες μετά την τελική ένεση, τη χοριακή γοναδοτροπίνη. Είναι σημαντικό να είναι η ασθενής εξαιρετικά συνεπής με την τήρηση του προγράμματος καθώς ένα λάθος 2 ή 3 ωρών μπορεί να προκαλέσει αυτόματη ρήξη των ωοθυλακίων, πράγμα που στις περισσότερες περιπτώσεις σημαίνει ότι το τελικό στάδιο της θεραπείας αποτυγχάνει.

35. Πώς γίνεται η ωοληψία;

Γίνεται υπό άσηπτες συνθήκες και με υπερηχογραφικό έλεγχο. Με τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων η ασθενής περιέρχεται σε κατάσταση «μέθης» που προξενεί αναλγησία. Σε μερικά Κέντρα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής η ωοληψία γίνεται με

γενική αναισθησία. Το υγρό από τα ωοθυλάκια αναρροφάται με μία βελόνα και παραδίδεται στον εμβρυολόγο, ο οποίος με μικροσκόπιο βρίσκει τα ωάρια.

36. Όταν έρθετε για ωοληψία θεωρείτε ότι πρέπει να μείνετε ή όχι νηστική;

Επειδή θα λάβετε μια ελαφρά μέθη, δεν θα πρέπει να έχετε φάει ή καταναλώσει υγρά για τουλάχιστον 8 ώρες πριν την προγραμματισμένη ώρα ωοληψίας.

37. Πώς γίνεται η γονιμοποίηση;

Ο σύζυγος παραδίδει την ίδια μέρα το σπέρμα στον εμβρυολόγο. Τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια τοποθετούνται μέσα σε ειδικό θρεπτικό υλικό και κλείνονται μέσα σε ειδικούς επωαστήρες όπου αφήνονται για 24 ώρες. Την επόμενη ημέρα ελέγχεται ο αριθμός των εμβρύων. Άλλες 24 ώρες μετά ελέγχεται και η ποιότητα των εμβρύων.

38. Γονιμοποιούνται όλα τα ωάρια;

Τα ωάρια γονιμοποιούνται σε ένα ποσοστό γύρω στο 60-66%. Οποιοδήποτε νούμερο πλησιάζει ή και ξεπερνάει τον αριθμό αυτό είναι ικανοποιητικό. Βέβαια σημαντικό ρόλο παίζει η ποιότητα του σπέρματος και φυσικά των ωαρίων.

39. Η εμβρυομεταφορά είναι επώδυνη;

Η εμβρυομεταφορά γίνεται συνήθως 2-3 ημέρες μετά την ωοληψία, είναι ανώδυνη και δεν χρειάζεται να χορηγηθεί αναισθησία. Συνήθως μεταφέρονται τρία ή τέσσερα έμβρυα - ανάλογα με την ποιότητά τους, την κατάσταση του ενδομητρίου. Μετά την εμβρυομεταφορά η γυναίκα παραμένει κλινήρης για περίπου 20 λεπτά. Δεν έχει αποδειχτεί ότι η αυστηρή ανάπαυση βοηθάει στην εμφύτευση, συνιστούμε ωστόσο την αποφυγή κοπιαστικών εργασιών. Μπορεί να επακολουθήσει χορήγηση φυσικής προγεστερόνης (με τη μορφή χαπιών ή /και κρέμας). Η ορμόνη αυτή θεωρείται ότι βοηθάει στην εμφύτευση.

40. Πόσα έμβρυα τοποθετούνται;

Συνήθως τοποθετούνται 2-3 έμβρυα ή και λιγότερα αν η ποιότητά τους δεν είναι ικανοποιητική. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και πάντα με τη σύμφωνη γνώμη τόσο του ζευγαριού, όσο και του ιατρού μπορούν να μεταφερθούν περισσότερα έμβρυα. Γενικά ο

αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται τείνει να μειωθεί γιατί αυξάνεται ο κίνδυνος της πολλαπλής κύησης.

41. Πόσο καιρό μπορούν να παραμείνουν τα έμβρυά σας στην κατάψυξη;

Αυτό μην σας απασχολεί. Η μέχρι τώρα εμπειρία υποδεικνύει ότι η μακρόχρονη κατάψυξη δεν αλλοιώνει τα έμβρυα, έτσι ώστε να έχουν επιτευχθεί κυήσεις με έμβρυα που παρέμειναν στην κατάψυξη ακόμα και για 7-8 έτη.

42. Πότε γίνεται το τεστ κύησης;

Δεκαπέντε (15) ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά γίνεται ένα απλό τεστ κύησης. Μπορεί επίσης 2-3 ημέρες νωρίτερα να γίνει τεστ ορού αίματος αντί για ούρων. Αν το αποτέλεσμα είναι θετικό τότε πραγματοποιείται έλεγχος με υπερήχους σε 2 εβδομάδες για να επιβεβαιωθεί πως όλα βαίνουν καλώς.

43. Τι συμβαίνει σε αυτά τα γονιμοποιημένα έμβρυα μετά από την εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) ή την ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίων (ICSI);

Τα έμβρυα παρακολουθούνται 2 ημέρες και καταγράφεται η εξέλιξη τους για να αναγνωριστεί ότι αναπτύσσονται φυσιολογικά. Το πολύ τρία έμβρυα (ανάλογα τις ενδείξεις) μπορεί να μεταφερθούν μέσα στη μήτρα. Μετά ανάλογα τη ποιότητα των εμβρύων που δεν χρησιμοποιήθηκαν μπορεί να καταψυχθούν σε ειδικές αποθήκες και να μεταφερθούν σε μελλοντικούς κύκλους του ζευγαριού.

44. Πόσες ημέρες θα κάνετε ενέσεις κατά την διάρκεια ενός κύκλου εξωσωματικής;

Οι ημέρες που θα πρέπει να κάνετε ενέσεις εξαρτώνται από τον τύπο του πρωτοκόλλου διέγερσης που ακολουθείτε: στα επιμήκη (μακρά) πρωτόκολλα θα χρειασθεί να κάνετε ενέσεις για 20-22 ημέρες, ενώ στα βραχεία (κοντά) πρωτόκολλα για 12-14 ημέρες.

45. Τι ώρα πρέπει να κάνετε τις ενέσεις κατά την διάρκεια ενός κύκλου εξωσωματικής;

Δεν έχει και τόσο σημασία τι ώρα θα κάνετε τις ενέσεις σας, αλλά το να τις κάνετε την ίδια ώρα (με απόκλιση μιας ώρας) κάθε ημέρα. Επίσης, θα πρέπει να είστε ακριβής στην ώρα που θα σας καθορίσει ο ιατρός να κάνετε την τελευταία ένεση για την τελική ωρίμανση των ωοθυλακίων πριν την ωοληψία.

46. Πότε θα γνωρίζεται ότι πέτυχε η προσπάθεια;

Η πολυπλόκτη απάντηση στο αν η προσπάθεια πέτυχε και είστε πλέον έγκυος, δίνεται 14 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά, οπότε και θα σας ζητηθεί να κάνετε εξέταση αίματος για μέτρηση των επιπέδων της β-χοριακής γοναδοτροπίνης. Θα πρέπει να κάνετε την εξέταση οπωσδήποτε, ακόμα και αν πιστεύετε ότι αποκλείεται να είστε έγκυος (αν πχ έχετε δει λίγο αίμα), και να μην διακόψετε την φαρμακευτική υποστηρικτική αγωγή που λαμβάνετε αν πρώτα δεν βγουν τα αποτελέσματα της εξέτασης. Επίσης, δεν θα πρέπει να βασίζεσθε σε αποτελέσματα των τεστ κύησης ούρων, αλλά να κάνετε πάντα την εξέταση στο αίμα.

47. Πόσες φορές μία γυναίκα μπορεί να υποβληθεί σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Ο αριθμός των κύκλων θεραπείας στους οποίους μπορεί να υποβληθεί μία γυναίκα δεν είναι καθορισμένος. Είναι βέβαιο ότι στη χώρα μας υπάρχουν υψηλού επιπέδου μαιευτήρες-γυναικολόγοι και οργανωμένα κέντρα θεραπείας υπογονιμότητας, που προσφέρουν άψογες ιατρικές υπηρεσίες σε αυτό το επίπεδο. Εφόσον υπάρχουν σωστές ενδείξεις (π.χ. ωοθήκες που ανταποκρίνονται στη θεραπεία διέγερσης, καλής ποιότητας ενδομήτριο, κ.λπ.) το ποσοστό επιτυχίας -ιδιαίτερα με τη χρήση των νεότερων τεχνικών και βιοτεχνολογικών φαρμάκων, που παρουσιάζουν αυξημένη βιοδραστικότητα συγκριτικά με τα συμβατικά φάρμακα από ούρα- ανέρχεται αθροιστικά περίπου στο 65%-70% μετά από 4 κύκλους θεραπείας.

48. Έχετε ήδη κάνει ένα παιδί, τώρα όμως προσπαθείτε να ξαναμείνετε έγκυος και δεν τα καταφέρνετε. Σας περνάει από το νου ότι έχετε εν τω μεταξύ αποκτήσει κάποιο πρόβλημα;

Γενικά, οι ειδικοί συμφωνούν πως το γεγονός ότι ένα ζευγάρι έχει ήδη αποκτήσει ένα παιδί μπορεί να θεωρηθεί μία απόδειξη πως δεν υπάρχει καταρχάς κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας. Είναι σαν ένα μικρό τεστ που έχει γίνει και αποδεικνύει πως «τα κατάφεραν» τουλάχιστον μία φορά. Από την άλλη πλευρά όμως, πρέπει να γνωρίζουμε πως μπορεί εν τω μεταξύ τα πράγματα να έχουν αλλάξει και να έχει δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα (π.χ. να έχει πάθει κάποια φλεγμονή ο άνδρας, που να επηρεάζει την ποιότητα του σπέρματός του ή να έχει μεσολαβήσει κάτι που επηρεάζει τη γυναικεία γονιμότητα: μία φλεγμονή, ένα γυναικολογικό χειρουργείο, μία έκτρωση κ.ά.).

Σε κάθε περίπτωση λοιπόν, αν περάσει ένα εύλογο διάστημα (ενός χρόνου) και δεν μπορεί ένα ζευγάρι να επιτύχει μια εγκυμοσύνη, τότε πρέπει με τη βοήθεια του γιατρού του να διερευνήσει αν έχει υπάρξει κάποιο πρόβλημα που προκαλεί υπογονιμότητα.

49. Πιστεύεται ότι θα είναι το ίδιο υγιές ένα παιδί που έχει γεννηθεί με τη βοήθεια της Ι.Υ.Α. από ένα παιδί που έχει γεννηθεί φυσιολογικά;

Τα παιδιά της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι το ίδιο υγιή και φυσιολογικά, όσο και τα παιδιά που προέρχονται από φυσική σύλληψη και δεν παρουσιάζουν αύξηση του ποσοστού των συγγενών και χρωμοσωματικών ανωμαλιών, όπως προκύπτει από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες.

Απόδειξη είναι ότι έχουν γεννηθεί, μέχρι σήμερα, περισσότερα από 1.500.000 παιδιά παγκοσμίως, μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, ορισμένα μάλιστα από αυτά έχουν ήδη τεκνοποιήσει φυσιολογικά.

50. Γιατί τα υπογόνιμα ζευγάρια προτιμούν τα ιδιωτικά και όχι τα δημόσια νοσοκομεία για την πραγματοποίηση της θεραπείας;

Τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης που λειτουργούν εντός δημόσιων νοσοκομείων είναι ελάχιστα και συνήθως υπολειτουργούν (τρία νοσοκομεία στην Αθήνα και πέντε νοσοκομεία σε άλλες πόλεις, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Κρήτη, Ιωάννινα, Λάρισα).

Στα συγκεκριμένα κέντρα τόσο ο τεχνικός εξοπλισμός όσο και το εξειδικευμένο προσωπικό είναι περιορισμένα, με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός υπογόνιμων ζευγαριών να αποκλείεται από τη χρησιμοποίηση αυτών των κέντρων, εξαιτίας της λίστας αναμονής για την ένταξη σε πρόγραμμα θεραπείας, που έχει ως συνέπεια την απώλεια χρόνου, ιδιαίτερα πολύτιμου για τη γονιμότητα (μείωση γονιμότητας με την πάροδο της ηλικίας). Τέλος, πέραν της ψυχικής ταλαιπωρίας στην οποία υποβάλλεται το υπογόνιμο ζευγάρι και η οποία επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο από τη μεγάλη αναμονή, όταν τελικά το ζευγάρι ενταχθεί σε πρόγραμμα θεραπείας σε ένα δημόσιο κέντρο IVF, θα πρέπει να καταβάλει και πάλι ένα ποσό για ιατρικές πράξεις, το οποίο καθορίζεται κάθε φορά από το αντίστοιχο νοσοκομείο και το συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα.

51. Τι κόστος της προσπάθειας καλύπτουν τα διάφορα Ταμεία;

Τα τελευταία χρόνια η πολιτεία έχει επιδείξει κοινωνική ευαισθησία στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν χιλιάδες υπογόνιμα ζευγάρια. Έτσι πλέον τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν ικανοποιητικά το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής για περιορισμένους όμως κύκλους (3-4) θεραπείας. Η κάλυψη της φαρμακευτικής αγωγής ανέρχεται σε 75-100% ανάλογα με το Ταμείο και τον τύπο του χορηγουμένου φαρμάκου. Παράλληλα δίδεται εφάπαξ και ένα ποσό για τα έξοδα της προσπάθειας. Καλό θα είναι πριν ξεκινήσετε την προσπάθειά σας να ενημερωθείτε από το Ταμείο σας για τα καλυπτόμενα έξοδα.

6. Με Μια Ματιά...

A

Αναστολή προσπάθειας

Στην εξωσωματική, όταν ένας κύκλος θεραπείας εγκαταλείπεται αφού χορηγηθούν τα φάρμακα, αλλά σε οποιοδήποτε στάδιο πριν από την ωοληψία..

Ανεξήγητη υπογονιμότητα

Υπογονιμότητα που δεν οφείλεται σε κανένα γνωστό παράγοντα

Αντισπερματικά αντισώματα

Είναι αντισώματα που εμποδίζουν την διόδο του σπέρματος από το γεννητικό σωλήνα.

Απόψυξη εμβρύου

Σταδιακή αργή αλλαγή θερμοκρασίας κατεψυγμένων εμβρύων ώστε να αποφευχθούν τυχόν βλάβες στη δομή τους.

B

Βιοψία όρχεων (TESE)

Λήψη ιστού από τους όρχεις για εντοπισμό πιθανής κακοήθειας ή για εντοπισμό εστιών σπερματογένεσης.

Βλαστοκύστη

Το έμβρυο σε στάδιο ανάπτυξης μετά από 5 ή 6 ημέρες καλλιέργειας στο εργαστήριο.

Βραχύ Πρωτόκολλο (SHORT PROTOCOL)

Θεραπευτικό σχήμα εξωσωματικής γονιμοποίησης μικρής διάρκειας θεραπείας.

Γ

Γαμέτης

Έτσι ονομάζεται το σπερματοζώαριο ή το ωάριο.

Γοναδοτροπίνες

Ορμόνες που εκκρίνονται από την υπόφυση. Στις γυναίκες διεγείρουν τις ωοθήκες και στους άνδρες τους όρχεις.

Γονιμότητα

Η ικανότητα του άνδρα και της γυναίκας για τεκνοποίηση.

Gamete Intra Fallopian Transfer (GIFT)

Λαπαροσκοπική επέμβαση με την οποία ωάρια συλλέγονται από τις ωοθήκες, αναμιγνύονται με το σπέρμα και αμέσως μεταφέρονται στην σάλπιγγα.

Δ

Δευτερογενής υπογονιμότητα

Υπογονιμότητα που εμφανίζεται ύστερα από προηγούμενη εγκυμοσύνη, όποιο και αν ήταν το αποτέλεσμα αυτής.

Διαβατότητα σαλπίγγων

Η δυνατότητα της σάλπιγγας να επιτρέψει τη γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο, τη δίοδο γονιμοποιημένων ωαρίων και τη μετάβασή τους στη μήτρα.

Διακοπή προσπάθειας

Η διακοπή ενός κύκλου θεραπείας στην εξωσωματική γονιμοποίηση μετά τη χορήγηση φαρμάκων σε στάδιο πριν από την ωοληψία.

Διέγερση

Λήψη φαρμάκων από τη γυναίκα για να παράγουν οι ωοθήκες περισσότερα ωάρια από ένα φυσιολογικό κύκλο.

Δωρεά ωαρίων

Χρήση ωαρίων από άλλη γυναίκα.

DNA

Το γενετικό υλικό ενός κυττάρου.

Ε

Εθνική Βιοηθική Συμβουλευτική Επιτροπή

Επιτροπή που συμβουλεύει τον Πρόεδρο για ζητήματα ηθικής σχετικά με την Ιατρική και τη Βιολογία, με γνωμοδοτικό αλλά όχι αναγκαστικά αποφασιστικό ρόλο.

Έλεγχος τραχηλικής βλέννας

Η πυκνότητα της τραχηλικής βλέννας είναι διαφορετική στα διάφορα στάδια του έμμηνου κύκλου.

Έλεγχος ωορρηξίας

Η επιβεβαίωση της ωορρηξίας υπερηχογραφικά ή με ορμονικό έλεγχο.

Έμβρυο

Έτσι λέγεται το γονιμοποιημένο ωάριο και εάν επιτευχθεί κύηση το κύημα μέχρι τον τοκετό.

Εμβρυομεταφορά

Μεταφορά ενός ή περισσότερων εμβρύων στην κοιλότητα της μήτρας.

Εμβρυονικά Αρχέγονα Κύτταρα (Stem Cells)

Πολυδύναμα κύτταρα που είναι κατάλληλα να εξελίσσονται σε σχεδόν οποιοδήποτε τύπο ιστού μέσα στο σώμα.

Εμφύτευση

Η μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στον βλεννογόνο της μήτρας.

Ενδομητρίωση

Κατάσταση κατά την οποία κύτταρα ενδομητρίου, που φυσιολογικά επενδύουν την κοιλότητα της μήτρας, βρίσκονται έξω από τη μήτρα, προκαλώντας μείωση της γονιμότητας.

Ένεση HCG

Ορμόνη που χορηγείται σε κύκλους διέγερσης για να προκαλέσει ωοθυλακιορρηξία

Ένεση χοριακής γοναδοτροπίνης

Ένεση με ορμόνη που χορηγείται για να προκαλέσει ωορρηξία.

Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)

Η διαδικασία κατά την οποία συλλέγονται ωάρια και σπερματοζώαρια, τοποθετούνται μαζί και επιτυγχάνεται η γονιμοποίηση στο εργαστήριο σε ειδικά καλλιεργητικά υλικά.

Επιδιδυμίδα

Ελικοειδές σωληνάριο πάνω στους όρχεις. Μέσα στην επιδιδυμίδα το σπέρμα αποθηκεύεται και αποκτά κινητικότητα.

Ετερόλογος Σπερματέγχυση

Η χρήση σπέρματος δότη για σπερματέγχυση.

Z

Zυγωτής

Το γονιμοποιημένο ωάριο, με τους δύο προπυρήνες την πρώτη μέρα ανάπτυξης του εμβρύου.

H

HFEA

Είναι η ανεξάρτητη δημόσια διοικητική αρχή στο Ηνωμένο Βασίλειο. αρμόδια για την ρύθμιση και διαπίστευση μονάδων και επαγγελματιών. Ακόμη διατηρεί μία βάση δεδομένων με τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη θεραπεία της υπογονιμότητας.

I

Ινομύματα

Το ινομύωμα είναι κατά 99,5% όγκος της μήτρας. Κακοήθης εξαλλαγή σε ποσοστό ~ 0,5%.

ICSI

Είναι η τεχνική της εγχύσεως ενός μόνο σπερματοζωαρίου μέσα στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου.

in vitro

Εργαστηριακή δοκιμασία

IVF

In vitro fertilization σημαίνει γονιμοποίηση στο εργαστήριο, δηλ. εξωσωματική γονιμοποίηση.

K

Καλλιεργητικά υγρά

Υλικά που χρησιμοποιούνται για επεξεργασία και πολλαπλασιασμό ζώντων κυττάρων στο εργαστήριο.

Καρύτυπος

Περιγραφή του αριθμού και του τύπου χρωμοσωμάτων στο γενετικό υλικό ενός οργανισμού.

Κατάψυξη Εμβρύων

Η εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δυνατό να οδηγήσει στη δημιουργία

πολλών εμβρύων. Η περίσσεια των εμβρύων αυτών καταψύχεται και διατηρείται σε τράπεζα εμβρύων ώστε να χρησιμοποιηθούν πάλι επί πιθανής αποτυχίας.

Κιρσοκήλη

Διόγκωση του αγγείου μέσα στους όρχεις το οποίο οδηγεί σε μια αύξηση της θερμοκρασίας και εμποδίζει την σωστή αιμάτωση της περιοχής.

Κληρονομικές ασθένειες

Ασθένειες που μεταδίδονται από γονείς σε παιδιά.

Κλίμακα ποιότητας του εμβρύου

Τα έμβρυα που προκύπτουν από την εξωσωματική βαθμολογούνται με γνώμονα υφιστάμενη κλίμακα ώστε εκείνα που θα μεταφερθούν να είναι καλής ποιότητας.

Κλινικές Κυήσεως

το οποίο κυρίως κρίνεται από το θετικό τεστ κυήσεως που θα γίνει ή από την στιγμή που θα ακούσουμε τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου υπερηχογραφικά εμβρυομεταφορά. στάδιο της βλαστοκύστης

Κλωνοποίηση

Δημιουργία κυττάρων, οργάνων ή ολόκληρων οργανισμών με χρήση του DNA ενός μόνο ατόμου, δηλ. ενός μόνο γονέα

Κρυοσυντήρηση

Η διατήρηση γαμετών, εμβρύων ή οποιουδήποτε ιστού σε υγρό άζωτο.

ΚΥΒΕΛΗ

Το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας 'ΚΥΒΕΛΗ' είναι ένα σωματείο αλληλοϋποστήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών στην Ελλάδα.

Κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης

Όλες οι ενέργειες που πραγματοποιούνται από τη στιγμή που αρχίζει μέχρι να τελειώσει μια προσπάθεια εξωσωματικής.

Κυστική Ίνωση

Η κυστική ίνωση αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες γενετικές νόσους που προσβάλλουν τη λευκή φυλή.

Λ

Λαπαροσκόπηση

Επέμβαση που γίνεται για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους.

Λευκά αιμοσφαίρια

Ένα από τα συστατικά του αίματος. Αποτελούν τμήμα του αμυντικού μηχανισμού ενός οργανισμού.

Μ

Μακρύ Πρωτόκολλο

Θεραπευτικό σχήμα εξωσωματικής γονιμοποίησης μεγάλης διάρκειας.

Μικρογονιμοποίηση (ICSI)

Τεχνική της εξωσωματικής κατά την οποία ένα μόνο σπερματοζώαριο εισάγεται σε ένα ωάριο.

Μικροελλείμματα στο χρωμόσωμα Y

Μικρά δομικά κομμάτια λείπουν από το χρωμόσωμα Y.

Μήτρα

Όργανο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το έμβρυο.

Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration (MESA)

Η συλλογή σπέρματος άμεσα από τις επιδιδυμίδες με παρακέντηση τους με βελόνη.

N

Νεογνικός θάνατος

Ο θάνατος ενός μωρού μέσα στις πρώτες 28 ημέρες από την γέννηση.

O

Οιστραδιόλη

Μια από τις ορμόνες της γυναίκας που σχετίζονται με τη διαδικασία αναπαραγωγής.

Παράγεται από τις ωοθήκες.

Ομοζυγωτά δίδυμα

Δίδυμα που προέρχονται από το ίδιο γονιμοποιημένο ωάριο.

Ορμόνη LH

Ορμόνη που εκκρίνεται από την υπόφυση Συμβάλλει στην παραγωγή σπέρματος στον άνδρα και στην ωοθυλακιορρηξία στη γυναίκα.

Όρχεις

Το ανδρικό γεννητικό όργανο που παράγει το σπέρμα και την ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη.

Π

Παλίνδρομη εκσπερμάτωση

Το σπέρμα λόγω παράλυσης του έσω σφικτήρα στον αυχένα της ουροδόχου κύστης αντί να εξέλθει κατά τον οργασμό από το έξω στόμιο της ουρήθρας ακολουθεί μια πορεία προς τα πίσω και καταλήγει στην ουροδόχο κύστη για να εξέλθει κατά την διάρκεια της ούρησης αναμειγμένο με ούρα.

Ποιότητα του εμβρύου

Τα έμβρυα που προκύπτουν από την εξωσωματική βαθμολογούνται για να χρησιμοποιηθούν τα καλύτερης ποιότητας.

Πολύδυμη κύηση

Κύηση στην οποία αναπτύσσονται περισσότερα του ενός έμβρυα.

Πολυκυστικές Ωοθήκες

Ωοθήκες που υπερηχογραφικά εμφανίζουν πολλές καταβολές ωοθυλακίων.

Πολύποδες

Μισχωτά ογκίδια βλεννογόνων, όπως της μήτρας ή του τραχήλου της. Είναι συνήθως καλοήθη.

Προγεστερόνη

Η ορμόνη που παράγεται μετά την ωορρηξία

Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

Τεχνική με την οποία τα έμβρυα που προκύπτουν με εξωσωματική εξετάζονται για ειδικές γενετικές ανωμαλίες π.χ. μεσογειακή αναιμία ή κυστική ίνωση σύνδρομο Down κ.λπ. προτού μεταφερθούν στη μήτρα.

Προλακτίνη

Ορμόνη σχετιζόμενη με τη γαλουχία. Αύξηση της πέραν του φυσιολογικού σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να προκαλεί υπογονιμότητα.

Πρωτόκολλο

Το θεραπευτικό σχήμα που χρησιμοποιείται για τη διέγερση των ωοθηκών.

Πρωτοπαθής υπογονιμότητα

Στην πρωτοπαθή υπογονιμότητα η γυναίκα δεν έχει καμιά προηγούμενη εγκυμοσύνη.

Polymerase Change Reaction (PCR)

Είναι τεχνική που χρησιμοποιείται στη διάγνωση γενετικών λαθών του DNA, που οδηγούν σε ασθένειες.

Σ

Σάλπιγγες (ωαγωγοί)

Σωληνάρια μεταξύ ωοθηκών και μήτρας απαραίτητα για την γονιμοποίηση δια της φυσιολογικής οδού.

Σπερματέγχυση

Η τοποθέτηση σπέρματος στην κοιλότητα της μήτρας, μετά από ειδική επεξεργασία στο εργαστήριο.

Σπερματογένεση

Η διαδικασία παραγωγής σπέρματος.

Σπερματογόνια

Πρώιμες μορφές των σπερματοζωαρίων.

Σπερμοδιάγραμμα

Μικροσκοπική εξέταση σπέρματος και προσδιορισμός του αριθμού, της κινητικότητας και της μορφολογίας των σπερματοζωαρίων.

Συμφύσεις

Σχηματισμοί στις σάλπιγγες ή την μήτρα που προκαλούν υπογονιμότητα παρεμποδίζοντας την συνάντηση ωαρίου-σπερματοζωαρίου ή την εμφώλευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών

Συμβαίνει όταν η ανταπόκριση των ωοθηκών στην θεραπεία είναι πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη, με αποτέλεσμα να επιφέρει κύστες στις ωοθήκες με συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα με έντονο το αίσθημα της κακουχίας.

Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (PCO)

Σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διαταραχές περιόδου και ωορρηξίας, παχυσαρκία, ακμή ή υπερτρίχωση λόγω αυξημένων ανδρογόνων και την υπερηχογραφική εικόνα των ωοθηκών.

Σύνδρομο Klinefelter

Σε αυτήν την περίπτωση οι άνδρες έχουν δύο χρωμοσώματα X και ένα Y σε αντίθεση με τη φυσιολογική μορφή που είναι ένα χρωμόσωμα X και ένα Y δηλαδή συνολικά 47 αντί για 46.

Στεροειδή

Ομάδα ορμονών στην οποία ανήκουν και οι γεννητικές ορμόνες.

T

Τακτική εμμηνορρυσία

Περίοδος κάθε 22 έως 35 ημέρες.

Τραχηλική βλέννη

Οι εκκρίσεις που φυσιολογικά υπάρχουν μέσα στο τραχηλικό κανάλι. Η ποσότητα και η σύστασή της αλλάζει στις διάφορες φάσεις του κύκλου.

TESE Testicular Sperm Extraction

Η συλλογή σπέρματος κατευθείαν από τον όρχι με βιοψία.

Y

Υδροσάλπιγγες

Παθολογική κατάσταση των σαλπίγγων με απόφραξη και συλλογή υγρού στο εσωτερικό τους. Προκαλείται από μικροβιακή μόλυνση των έσω γεννητικών οργάνων.

Υπερηχογράφημα

Υπερηχογράφημα είναι η απεικόνιση οργάνου με τη βοήθεια υπερήχων.

Υποβοηθούμενη εκκόλαψη (ASSISTED HATCHING)

Η μηχανική, χημική ή με laser διάσπαση της μεμβράνης που περιβάλλει το έμβρυο. Γίνεται για τη διευκόλυνση της εμφύτευσης του εμβρύου στα περιστατικά που έχουν ένδειξη.

Υποθάλαμος

Μέρος του εγκεφάλου και μέρος όπου παράγονται πολλές ορμόνες

Υπόφυση

Μέρος του εγκεφάλου και μέρος όπου παράγονται πολλές ορμόνες

Υστεροσαλπιγγογραφία

Εξέταση των σαλπίνγων με τη βοήθεια έγχυσης σκιαγραφικού υγρού μέσω της μήτρας και στη συνέχεια λήψη ακτινογραφικών εικόνων.

Υστεροσκόπηση

Εξέταση του εσωτερικού της μήτρας με τη βοήθεια του υστεροσκοπίου.

Φ

Φυσικός κύκλος

Κύκλος εξωσωματικής κατά τον οποίο δε χορηγούνται φάρμακα για την παραγωγή ωαρίων.

Χ

Χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης

Στον άνδρα σχετίζεται με πολλές δυσλειτουργίες (γεννητικές και μη) και σε σοβαρές καταστάσεις σημαίνει διαταραχές στη σπερματογένεση και υπογονιμότητα

Χλαμύδια

Σεξουαλικά μεταδιδόμενοι μικροοργανισμοί που μπορεί να οδηγήσουν σε σαλπινγίτιδα και υπογονιμότητα.

Ω

Ωάριο

Το γεννητικό κύτταρο της γυναίκας

Ωοθήκες

Τα γυναικεία αναπαραγωγικά όργανα, που παράγουν ωάρια και ορμόνες.

Ωοληψία

Επέμβαση με την οποία διακολλικά, με τη χρήση βελόνης συλλέγονται τα ωάρια από τις ωοθήκες μιας γυναίκας.

Ωορρηξία

Η απελευθέρωση του ωαρίου από το ωοθυλάκιο.

Ωχρινική Φάση

Η φάση μετά την ωοθυλακιορρηξία.

Ωοθυλάκιο

Μικρό κυστίδιο της ωοθήκης μέσα στο οποίο αναπτύσσεται το ωάριο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Υπογονιμότητα θεωρείται η αδυναμία σύλληψης ή η αδυναμία ολοκλήρωσης εγκυμοσύνης και γέννησης ζωντανού παιδιού, έπειτα από σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη και χρήση αντισυλληπτικών μέσων για διάστημα ενός έτους. Το πρόβλημα είναι αρκετά συχνό αφού απασχολεί το 15% των ζευγαριών και πρέπει να εξετάζεται στο πλαίσιο του συγκεκριμένου ζεύγους και όχι των δύο συντρόφων ξεχωριστά. Το ερωτηματολόγιο αυτό γίνεται με σκοπό την διεξαγωγή έρευνας στην «Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή», που αποτελεί θέμα της πτυχιακής μας εργασίας.

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Ηλικία:

18-25 26-35 36-45 46-55 56 και άνω

1. Γνωρίζετε τι είναι η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (I.Y.A.);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους γνωρίζετε;

- σπερματέγχυση
- εξωσωματική γονιμοποίηση
- ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών
- ενδοσαλπινγική μεταφορά ζυγωτών
- ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίων
- κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου
- υποβοηθούμενη εκκόλαψη
- προεμφυτευτική γενετική διάγνωση

3. Ποιος πιστεύετε ότι ευθύνεται για την ανικανότητα τεκνοποίησης σ' ένα ζευγάρι;

- ο άνδρας η γυναίκα και οι δύο

4. Ποιους παράγοντες θεωρείτε υπεύθυνους για την υπογονιμότητα σ' έναν άνδρα;

- οι μολυσματικές ασθένειες (π.χ. παρωτίτιδα)
 το κάπνισμα
 τραυματισμός στους όρχεις
 χρήση φαρμάκων
 συχνή έκθεση σε ακτινοβολία

5. Ποιους παράγοντες θεωρείτε υπεύθυνους για την υπογονιμότητα σε μια γυναίκα;

- ηλικία
 αντισύλληψη
 τυχόν αποβολές ή εκτρώσεις
 ενδομητρίωση
 παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής

6. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το ανώτατο όριο ηλικίας που θα μπορούσε να τεκνοποιήσει μια γυναίκα;

.....

7. Αν ήσασταν ένα από τα υπογόνιμα ζευγάρια στην Ελλάδα πως θα το αντιμετωπίζατε; Θα καταφεύγατε:

- σε υιοθεσία σε Ι.Υ.Α. τίποτα

8. Είστε σύμφωνοι με την εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

9. Θεωρείτε σωστή την εφαρμογή των μεθόδων της Ι.Υ.Α. σε μια γυναίκα, η οποία έχει περάσει την ηλικία της φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

10. Μια γυναίκα η οποία θέλει να τεκνοποιήσει μέσω των μεθόδων υποβάλλεται μεταξύ άλλων σε φαρμακευτική αγωγή. Πιστεύετε ότι αυτό εγκυμονεί κινδύνους για την ίδια;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11. Πιστεύετε ότι ένα παιδί που γεννιέται με την βοήθεια της Ι.Υ.Α. διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα παιδί που γεννιέται φυσιολογικά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι, γιατί;

.....

12. Θεωρείτε άσκοπες τις επανειλημμένες προσπάθειες μιας γυναίκας να τεκνοποιήσει μέσω των μεθόδων της Ι.Υ.Α.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι, γιατί;

.....

13. Συμφωνείτε με την ίδρυση των μονάδων της Ι.Υ.Α.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

14. Πιστεύετε ότι είναι επαρκής ο κρατικός έλεγχος για την σωστή λειτουργία των δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων I.Y.A.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Έχετε να προτείνετε κάτι;.....

.....

15. Η Εκκλησία μας έχει τοποθετηθεί ενάντια στην γονιμοποίηση με τρόπους πέρα του φυσιολογικού. Πιστεύετε ότι αυτό θα στεκόταν ηθικός φραγμός στην προσφυγή σας στην I.Y.A., αν αντιμετωπίζατε κάποιο πρόβλημα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

16. Σε περίπτωση αδυναμίας τεκνοποίησης των ζευγαριών, θεωρείτε πιο ηθική:

την επιλογή υιοθέτησης παιδιού την προσφυγή στην εφαρμογή μεθόδων της I.Y.A.

Γιατί;.....

.....

17. Εάν είστε άνδρας:

Αντιμετωπίζετε πρόβλημα υπογονιμότητας στη σχέση σας ή στο γάμο σας. Θα δεχόσασταν να τεκνοποιήσει η γυναίκα σας χρησιμοποιώντας ξένα σπερματοζωάρια;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

18. Εάν είστε γυναίκα:

Αντιμετωπίζετε πρόβλημα υπογονιμότητας στη σχέση σας ή στο γάμο σας. Θα ήταν εύκολο για σας να χρησιμοποιήσετε ξένα ωάρια ή γονιμοποιημένα έμβρυα προκειμένου να πετύχετε τον πολυπόθητο στόχο σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

19. Ο νόμος που θεσπίζει την Ι.Υ.Α., επιτρέπει υπό ορισμένες συνθήκες σε μια γυναίκα μόνη (ανύπαντρη ή χωρίς σύντροφο) να τεκνοποιήσει καταφεύγοντας στις μεθόδους.

Θεωρείτε σωστή ή λανθασμένη αυτή την νομοθετική ρύθμιση;

Γιατί;.....

.....

20. Πιστεύετε ότι υπάρχει σύγχυση μεταξύ κλωνοποίησης και Ι.Υ.Α.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

21. Ξέρετε αν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για τις μεθόδους της Ι.Υ.Α.;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22. Θα ήταν αποτρεπτικός παράγοντας για σας η ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη των μεθόδων της Ι.Υ.Α. που ισχύει στις μέρες μας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

23. Αν είστε γυναίκα:

A) Θα δεχόσασταν να κυοφορήσετε το παιδί μιας άλλης γυναίκας (παρένθετη μητρότητα);

ΝΑΙ

ΟΧΙ

B) Θα δεχόσασταν να κυοφορήσει μια άλλη γυναίκα το δικό σας παιδί;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

24. Θα θέλατε να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση όσον αφορά την Ι.Υ.Α. και τις μεθόδους αυτής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Βιβλιογραφικές πηγές:

1. Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική, Σ. Ε. Καρπάθιος, Α΄ Τόμος, Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα 1999.
2. Γυναικολογία, Νίκος Α. Παπανικολάου, Αλέξης Ν. Παπανικολάου, Β΄ Έκδοση, Αθήνα 1994.
3. Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική, Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1990.
4. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1, αριθμός φύλου 327, Δεκέμβριος 2002.
5. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1, αριθμός φύλλου 17, Ιανουάριος 2005.
6. Η Νέα Μητέρα και το Παιδί, Βαρώνης Σύμπιλ Σένφελντ, Εκδότης Κυρ. Ι. Παπαδόπουλος Ε. Ε., Μεταμόρφωση Αττική 1987.
7. Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας, Ιατρικός Σύλλογος Ηρακλείου, Ιανουάριος 2005.
8. Μαθήματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Παντ. Ζουρλάς και Συνεργάτες, Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1986.
9. Μαιευτική και Γυναικολογία, Μιχάλη Α. Μαμόπουλου, Β΄ Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1991.
10. Μαιευτική και Γυναικολογία, Παναγιώτη Τοκμακίδη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη Α. Ε., Θεσσαλονίκη 2001.
11. Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Alice B. Pappas, Andrea O. Hollingsworth, Janice C. Livingston, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Περιστέρι – Αθήνα 1999.
12. Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Pamela J. Shapiro, Επιμέλεια Ανδρέας Γεωργιόπουλος, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Περιστέρι – Αθήνα 2001.
13. Προσεγγίσεις της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Ζαΐρα Παπαληγούρα, Ελληνική Εταιρεία για την Ψυχική Υγεία των Βρεφών, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2004.

14. Σύγχρονος Γυναικολογία, Π. Π. Παναγιώτου, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Αθήναι 1974.
15. Συνοπτική Μαιευτική και Γυναικολογία, Ι. Ν. Νέστορος, Ε΄ Έκδοσις Βελτιωμένη, Αθήνα 1978.
16. Το Χρυσό μου Παιδί, Χάρης Ε. Καζλάρης, Εκδόσεις Π. Τραύλος – Ε. Κωσταράκη, Αθήνα 1996.
17. Introduction to Maternity and Pediatric Nursing, Gloria Leifer, 4^η Έκδοση, Elsevier Science USA 2003.

Πηγές από το διαδίκτυο:

Γυναικείο Κέντρο-Νέες εξελίξεις στην Προεμφυτευτική Διάγνωση. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.kapetanakis-center.gr/> (25/09/07)

Γυναικολογικά θέματα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.gynecology.gr/> (10/12/06)

Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.iya.gr/> (07/10/07)

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.bioethics.gr/document.php?category_id (30/09/07)

Εμβρυογένεσις Ιατρικής Μονάδας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.embryogenesis.gr/> (11/09/07)

Εξωσωματική Γονιμοποίηση. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.aretaiocioivf.gr/> (10/09/07)

Ιατρική Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.embryogenesis.gr/> (11/09/07)

Κέντρο Εξωσωματικής Αθηνών. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.athensivf.gr/> (25/09/07)

Μονάδα IVF. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.diagnosis.gr/ivf/> (11/09/07)

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.mitera.gr/default.asp?siteID> (11/09/07)

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.embryoart.gr/> (11/09/07)

Νέες εξελίξεις στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και Προεμφυτευτική Διάγνωση.
Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.ivf.gr/developments_4.html (15/09/07)

Ο πλήρης οδηγός για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Διαθέσιμο στον δικτυακό
τόπο: <http://www.kosmogonia.gr/> (11/09/07)

Οδηγός για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.iator.gr/mantoudis/ypovoethoumeni%20anaparagogi.htm> (11/09/07)

Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.ivfxydias.com/gr/upo/pgd.htm> (15/09/07)

Πρόλογος Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.iatronomiki.gr/> (25/09/07)

Στάδια Προγράμματος Εξωσωματικής. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
http://www.biodimiourgia.gr/st_prog.html (10/09/07)

Σωματείο Υποστήριξης Γονιμοποίησης. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.kiveli.gr/drast/imerol1.cfm> (07/10/07)

Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id> (10/09/07)

Υπογονιμότης- δωρεά ωαρίων. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.ivfxydias.com/gr/upo/dwrea.htm> (10/09/07)

Υπογονιμότητα. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.eugonia.com.gr/content.php>
(30/11/06)

IVF (Εξωσωματική Γονιμοποίηση). Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:
<http://www.ivfxydias.com/gr/upo/ivf.htm> (10/09/07)