



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Η εμπειρία της παρένθετης μητρότητας**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Νικόλλα Νερίσα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Ε. Σπυριδάκης, Επιβλέπων

Α. Κατσης

Η. Κουτσούκου

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2015

Copyright © Νικόλλα Νερίσα, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Εμμανουήλ Σπυριδάκη για την εμπιστοσύνη, καθοδήγηση και υπομονή κατά την διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τους εξάιρετους γυναικολόγους κ. Κωνσταντίνο Πάντο και κ. Κωνσταντίνο Σφακινούδη για την παραχώρηση των συνεντεύξεων καθώς και τις παρένθετες μητέρες που μοιράστηκαν μαζί μου τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την συμπαράσταση και υποστήριξη τους σε κάθε μου επιλογή.

## Περίληψη

Η παρένθετη μητρότητα είναι μία από τις νέες τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τεχνολογίας. Σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο η παρένθετη μητρότητα είναι η περίπτωση κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί και γεννά, έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τη χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια, για λογαριασμό μιας άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους. Η Ελλάδα διαθέτει οργανωμένο νομικό πλαίσιο (Ν.3305/2005) για την μητρότητα σε σύγκριση με τα περισσότερα κράτη που δεν έχουν αποφασιστεί ακόμη οι κανόνες που πρέπει να εφαρμόζονται σχετικά με την παρένθετη μητρότητα.

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες παρένθετων μητέρων στην Ελλάδα. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με ημιδομημένη συνέντευξη και τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν ποια είναι τα κίνητρα για να γίνει μία γυναίκα παρένθετη μητέρα και ποιες είναι οι εμπειρίες και τα συναισθήματά της από την όλη διαδικασία, κατά τη διάρκεια του τοκετού και μετά τη γέννα. Εξετάστηκαν οι απόψεις δύο γυναικών για την παρένθετη μητρότητα, βάση της δικής τους εμπειρίας καθώς και δύο γυναικολόγων μαιευτήρων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχουσες δεν είχαν κάποια αρνητική εμπειρία από την όλη διαδικασία και δεν αντιμετώπισαν κατάθλιψη ή κάποιο άλλο ψυχολογικό πρόβλημα. Είχαν συνειδητοποιήσει από την αρχή της διαδικασίας ότι το παιδί που κυοφορούσαν ήταν ξένο και απλά βοηθούσαν ένα ζευγάρι που δεν μπορούσε να τεκνοποιήσει. Και οι δύο οι παρένθετες μητέρες έδειξαν ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνοδεύονταν από τη βιολογική μητέρα ή και από τους δύο γονείς σε όλες τις επισκέψεις στο γυναικολόγο και στα διαγνωστικά κέντρα και αισθάνονταν έντονα το αίσθημα της ευθύνης για το «δώρο ζωής» που κυοφορούσαν. Επίσης, και οι δύο μητέρες είχαν την πλήρη υποστήριξη της οικογένειάς τους και έλαβαν θερμή υποστήριξη και αναγνώριση ότι προσέφεραν ένα θείο δώρο, από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Αν και η μελέτη έδειξε κυρίως τη θετική εμπειρία των παρένθετων μητέρων, η παρένθετη μητρότητα συχνά μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες προκλήσεις ψυχολογικές και κοινωνικές. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό επομένως να υπάρχει συμβουλευτική υποστήριξη στις παρένθετες μητέρες τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και μετά.

## **Abstract**

Surrogacy is a new technique of assisted reproductive technology. Under the Greek law, a surrogacy arrangement is the carrying of pregnancy for intended parents who cannot gestate for medical reasons, after IVF and transfer of fertilized eggs using egg foreign to the surrogate mother. Greece has a thorough legal framework (N.3305 / 2005) compared to most states that have not yet decided the rules that would apply to surrogacy.

The aim of the present thesis was to investigate the experiences of surrogate mothers in Greece. A qualitative research with semi-structured interviews was conducted and the research questions were what motivates a woman to become a surrogate woman and what are her experiences and feelings in the entire process, during childbirth and after birth. Four people participated in the research, two surrogate mothers and two gynecologists - obstetricians.

The results showed that the participants did not have any negative experiences of the whole process neither have experienced depression or another psychological problem. They were aware during the whole process that the child they were carrying was not theirs and they were just helping a couple who could not give birth to a child. Both surrogate mothers were very careful during their pregnancy, accompanied by the genetic mother or by both parents at all visits to the gynecologist and felt a sense of responsibility for the "gift of life" they were carrying. Also, both mothers had the full support of their families and received warm support and recognition from their friends.

Although the study revealed that the surrogate mothers had only positive experiences, surrogate motherhood can often lead to various psychological and social challenges. It is therefore important to offer counseling to surrogate mothers during pregnancy and after the childbirth.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	iii
Περίληψη.....	iv
Abstract .....	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Βιβλιογραφική Ανασκόπηση .....	4
1.1 Οικογένεια και οικογενειακός προγραμματισμός.....	4
1.2 Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	8
1.3 Παρένθετη μητρότητα.....	14
1.4 Η κοινωνιολογική προσέγγιση του σώματος σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα.....	21
1.5 Νομικό πλαίσιο παρένθετης μητρότητας και σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Μεθοδολογία.....	31
2.1 Επιλογή ερευνητικής μεθόδου .....	31
2.2 Στόχος - Ερευνητικά ερωτήματα.....	32
2.3 Ερευνητικό μέσο – ημιδομημένη συνέντευξη.....	33
2.4 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας.....	35
2.5 Δεοντολογία συνεντεύξεων.....	36
2.6 Δείγμα έρευνας – Χρόνος και Τόπος Διεξαγωγής της έρευνας.....	37
2.7 Περιορισμοί έρευνας.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Αποτελέσματα Έρευνας.....	38
3.1 Συνέντευξη με παρένθετες μητέρες.....	38
3.2 Συνέντευξη με ιατρούς.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Συμπεράσματα.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	54
Ερωτηματολόγιο για γιατρούς .....	54
Συνέντευξη Γυναικολόγου Ι.....	55
Συνέντευξη Γυναικολόγου ΙΙ .....	57
Ερωτηματολόγιο για Παρένθετες Μητέρες .....	59
Συνέντευξη Παρένθετης Μητέρας Ι.....	60
Συνέντευξη Παρένθετης Μητέρας ΙΙ.....	61

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρένθετη μητρότητα είναι μία από τις νέες τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τεχνολογίας στην οποία μια γυναίκα φέρει ένα παιδί για μια άλλη γυναίκα. Η παρένθετη μητρότητα υπήρξε μια αμφιλεγόμενη τεχνική μεταξύ των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) κατά τα τελευταία έτη (Brinsden, 2003). Είναι παράνομη σε χώρες όπως η Γερμανία και η Σουηδία, ενώ υπάρχουν συγκεκριμένοι νόμοι σε χώρες όπως η Γαλλία, οι Κάτω Χώρες, η Δανία, η Αυστραλία και ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ (Golombok et al. 2004). Η μέθοδος αυτή, ως μια επιλογή απόκτησης παιδιών έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών υπογόνιμων ζευγαριών στην Ελλάδα.

Υπάρχουν δύο είδη παρένθετης μητρότητας: πλήρης (κύησης) και μερική (γενετική ή παραδοσιακή) (Akhoundi et al., 2008). Η παρένθετη μητρότητα πλήρους κύησης συνεπάγεται κατ' ανάγκη την εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) επειδή η ωάριο δεν ανήκει στην παρένθετη μητέρα. Το έμβρυο είναι ένας συνδυασμός των γαμετών του ενδιαφερομένου να γίνει γονέας/γονέων και / ή των γαμετών / εμβρύων που δωρίζονται και κατόπιν μεταφέρονται στη μήτρα της παρένθετης μητέρας. Ως εκ τούτου, υπάρχουν ποικίλες δυνατότητες για γενετικές σχέσεις μεταξύ του μωρού και των ενδιαφερομένων να γίνουν γονείς σε μια συμφωνία παρένθετης μητρότητας. Η παρένθετη μητρότητα πλήρους κύησης προτιμάται περισσότερο και συναντάται πολύ συχνότερα (Golombok et al., 2004; Limon, 2013).

Η χρήση της ART μπορεί να έχουν συναισθηματική επίδραση στην παρένθετη γυναίκα ή τη μητέρα δότρια του ωαρίου, καθώς για παράδειγμα, το να δώσει πίσω το παιδί στο ζευγάρι μετά τη γέννηση μπορεί να είναι αιτία συναισθηματικής δυσφορίας για την παρένθετη μητέρα (Shenfield et al., 2005; Van de Akker, 2007; Kennell & MacGrath, 2002). Σημαντικοί βιολογικοί δεσμοί αναπτύσσονται μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ένα από τα πλέον συγκεκριμένα παραδείγματα της σημασίας αυτού του δεσμού προέρχεται από τη γνώση της φυσιολογίας του εμβρύου με τη μητέρα. Η ορμόνη της ωκυτοκίνης διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην ενεργοποίηση της εγκύου μητέρας να λειτουργεί σύμφωνα με το φυσικό μητρικό της ένστικτο (FazliKhalaf, 2008).

Ως εκ τούτου, υπάρχει η ανησυχία ότι η παρένθετη μητέρα αναπτύσσει σημαντικό συναισθηματικό δέσιμο με το έμβρυο και ο διαχωρισμός της παρένθετης μητέρας και

του νεογέννητου μετά προκειμένου να δοθεί στο ζευγάρι μπορεί να είναι πολύ δύσκολος, επειδή μπορεί να πιστεύει ότι το μωρό ανήκει σε αυτήν και όχι στο ζευγάρι που τα ανέθεσε να κυοφορήσει το έμβρυο. Υπάρχει ο κίνδυνος της επιλόχειας κατάθλιψης και των ψυχολογικά επιβλαβών αισθημάτων της ενοχής ή θυμού για αυτές τις γυναίκες. Μερικές γυναίκες υποβάλλονται στην παρένθετη μητρότητα, λόγω οικονομικών προβλημάτων, χωρίς πλήρη επίγνωση των πιθανών κινδύνων. Είναι επίσης δυνατό οι παρένθετες μητέρες να απορριφθούν από τους γείτονες και τους φίλους τους, να γίνουν θέματα διάκρισης και στίγματος με αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία τους καθώς και στην οικογένειά τους (Limmon, 2013; Kennel & Grath, 2002). Υπήρξαν πολύ λίγες μελέτες για την εμπειρία της παρένθετης μητρότητας και των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων για την παρένθετη μητέρα (Van den Akker, 2007; Pashi et al., 2009; Abbasi et al., 2011).

Αυτές οι πολλαπλές πτυχές της παρένθετης μητρότητας, παραμένουν τα πιο αμφιλεγόμενα και ενδιαφέροντα θέματα στις αναπαραγωγικές διαδικασίες στις περισσότερες χώρες. Παρά το γεγονός ότι, η μέθοδος αυτή έχει πολλά πλεονεκτήματα, έχει εγείρει πολλά κοινωνικο – ηθικά ζητήματα και προβλήματα και απαιτεί ολοκληρωμένη αξιολόγηση, της όλης εμπειρίας και των θετικών και αρνητικών πτυχών της από της μεριά της παρένθετης μητέρας (Pashi et al., 2009; Abedi, 2010). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι οι ερευνητές δεν έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα της παρένθετης μητρότητας. Υπάρχουν ελάχιστες έρευνες σχετικά με τις συναισθηματικές εμπειρίες των παρένθετων μητέρων. Η φαινομενολογία είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για εις βάθος έρευνες για προσωπικές έννοιες, εμπειρίες και μια βαθιά κατανόηση του φαινομένου, συμπεριλαμβανομένων της επικοινωνίας, των προσδοκιών, των στάσεων και των πεποιθήσεων (Parahoo et al., 2006).

Η διαφορετικότητα, οι ομοιότητες και οι διαφορές στην παρένθετη μητρότητα μπορούν να ερμηνευθούν από μια φαινομενολογική προσέγγιση με βάση την αντίληψη της παρένθετης μητέρας. Υπάρχει πληθώρα μελετών σχετικά με τις διάφορες πτυχές (σε νομικό, ηθικό και δικαστικό επίπεδο) της παρένθετης μητρότητας, τη δωρεά γαμετών / εμβρύου. Οι συναισθηματικές εμπειρίες των παρένθετων μητέρων μπορούν να επηρεαστούν από εθνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.



Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες παρένθετων μητέρων στην Ελλάδα. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν αν είναι διαδεδομένος ο θεσμός της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα, ποια είναι τα κίνητρα για να γίνει μία γυναίκα παρένθετη μητέρα και ποιες είναι οι εμπειρίες και τα συναισθήματά της από την όλη διαδικασία.

Η ερευνήτρια πραγματοποίησε μία ποιοτική έρευνα με τη χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων. Συμμετείχαν δύο γυναίκες που υπήρξαν παρένθετες μητέρες. Επιπλέον λήφθηκαν συνεντεύξεις και από 2 μαιευτήρες – γυναικολόγους που είχαν συμμετάσχει ενεργά σε διαδικασίες παρένθετης μητρότητας προκειμένου να συλλεχθούν στοιχεία για την παρένθετη μητρότητα και υπό την οπτική του ιατρού.

Η δομή της διπλωματικής εργασίας είναι η ακόλουθη. Το κεφάλαιο 1 περιλαμβάνει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου προσδιορίζεται τι είναι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ποια είναι η κοινωνιολογική προσέγγιση του σώματος σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα, ποιες είναι οι διαδικασίες και μέθοδοι, το νομικό πλαίσιο για την παρένθετη μητρότητα στην Ελλάδα και σύγκρισή του με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιλαμβάνει τη μεθοδολογία της έρευνας τα αποτελέσματα της οποίας παρατίθενται στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο. Η διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με το 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο και την παράθεση των συμπερασμάτων.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

### 1.1 Οικογένεια και οικογενειακός προγραμματισμός

Ο γάμος και η δημιουργία οικογένειας είναι ίσως η αρχαιότερη κοινωνική δομή και η πλέον ανθεκτική σε βάθος χρόνου (DeFrain & Asay, 2007). Από την αρχή της ανθρώπινης ύπαρξης, οι άνθρωποι έμαθαν να δημιουργούν οικογένειες και να ζουν μέσα σε αυτές, αναζητώντας συναισθηματική και σωματική υποστήριξη. Παρόλο που οι κοινωνικοί σχολιαστές συχνά προβλέπουν την κατάρρευση του θεσμού του γάμου και της οικογένειας, οι οικογένειες όχι μόνο έχουν επιβιώσει σε βάθος χρόνου, αλλά συνεχίζουν να αλλάζουν και να εξελίσσονται. Οι οικογενειακές δομές βέβαια ενδέχεται να διαφέρουν στα διάφορα μέρη του κόσμου, παρόλα αυτά όμως η αξία της οικογένειας παραμένει αναλλοίωτη σε όλες τις κοινωνίες<sup>1</sup>.

Η οικογένεια σε όλο τον κόσμο θεωρείται από τις πλέον βασικές, θεμελιώδεις κοινωνικές μονάδες, και θεωρείται ότι υγιή άτομα βρίσκονται μέσα σε υγιείς οικογένειες και δημιουργούν μια υγιή κοινωνία. Είναι προς το συμφέρον όλων μας, λοιπόν, η δημιουργία ενός θετικού περιβάλλοντος για όλες τις οικογένειες (DeFrain & Asay, 2007). Αυτό μπορεί να δημιουργηθεί μέσα από ενέργειες αγάπης και να καλλιεργηθεί στο σύνολο των κοινωνικών θεσμών, όπως είναι εκπαιδευτικά ιδρύματα, επιχειρήσεις, φορείς παροχής υπηρεσιών, θρησκευτικά ιδρύματα, οργανισμοί υγείας<sup>2</sup>.

Πολλοί είναι οι τρόποι μέσα από τους οποίους η κοινωνία προσπαθεί να διασφαλίσει την ύπαρξη υγιών οικογενειών. Μια από τις βασικότερες δομές που έχουν αναπτυχθεί για την προστασία του θεσμού της οικογένειας είναι ο Οικογενειακός Προγραμματισμός.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί μια από τις συνιστώσες της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας. Ειδικότερα, ο οικογενειακός

---

<sup>1</sup>Creating a Strong Family: Why Are Families So Important? Διαθέσιμο σε: <http://ianrpubs.unl.edu/live/g1890/build/g1890.pdf> [πρόσβαση 02/05/2015]

<sup>2</sup> Στο ίδιο.

προγραμματισμός σκοπό έχει να εξασφαλίσει την υγεία στην οικογένεια, μέσα από τη δημιουργία συνθηκών τέτοιων κατά τις οποίες η οικογένεια που δημιουργείται είναι αποτέλεσμα ελεύθερης και συνειδητής απόφασης του εκάστοτε ζευγαριού. Ο οικογενειακός προγραμματισμός σε καμία περίπτωση δεν αφορά έλεγχο των γεννήσεων (Ιωαννίδη & Αγραφιώτης, 2008), δηλαδή δε σκοπεύει στον στη μείωση ή αύξηση των γεννήσεων, αλλά αποσκοπεί στην πληροφόρηση των ατόμων προκειμένου να διασφαλίζεται η εκούσια, υπεύθυνη και συνειδητή αναπαραγωγικότητα των ατόμων (Ρούμπια & Μπαφάκη, 1995).

Με άλλα λόγια, ο οικογενειακός προγραμματισμός αποσκοπεί στην ενημέρωση των ατόμων μιας κοινωνίας, όπου επισκέπτονται τις αρμόδιες δομές οικογενειακού προγραμματισμού σχετικά με τις αμβλώσεις, τα μέτρα αντισύλληψης που πρέπει να λαμβάνονται, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό ανήλικων κοριτσιών (κίνδυνοι, συνέπειες κτλ), αλλά και την πληροφόρηση των ζευγαριών σχετικά με την προαγωγή υγείας του παιδιού και της μητέρας και την πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention, 1999). Δηλαδή η διασφάλιση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (Ιωαννίδη & Αγραφιώτης, 2008) είναι πρωταρχικός στόχος του οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς στοιχεία από έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μαρτυρούν ότι ο έλεγχος των παραπάνω είναι απαραίτητος για τη διατήρηση της αρμονίας στην κοινωνία και τον έλεγχο αρνητικών φαινομένων, όπως τα παραπάνω (Reprostat, 2003).

Στα πλαίσια του οικογενειακού προγραμματισμού δημιουργούνται τα Κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, τα οποία στοχεύουν στην αντιμετώπιση κρίσιμων ζητημάτων, τα οποία απασχολούν την σύγχρονη πραγματικότητα και άπτονται της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (Ιωαννίδη & Αγραφιώτης, 2008). Τα Κέντρα (ή Μονάδες) Οικογενειακού Προγραμματισμού λειτουργούν στην Ελλάδα ως τμήματα ή μονάδες, καθώς και ως υπηρεσίες ή προγράμματα στο πλαίσιο των Πανεπιστημιακών Κλινικών, Νοσηλευτικών Μονάδων του Ε.Σ.Υ., δομών του Π.Ε.Δ.Υ. και των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης Α΄ Βαθμού (Νόμος 4272/2014).

Η σημασία λοιπόν της υγιούς οικογένειας, είναι αυτό που προβληματίζει πλήθος κόσμου και ερευνητών, καθώς η οικογένεια αποτελεί με άλλα λόγια από τη γέννηση μας, το πιο οικείο κοινωνικό περιβάλλον μας, είναι το μέρος στο οποίο ξεκινούν όλες οι ζωτικές λειτουργίες της κοινωνικοποίησης μας, και η διδασκαλία μας στο πως θα επιβιώσουμε μέσα στην κοινωνία και πως θα ευδοκιμήσουμε μέσα στον κόσμο.

Οι σχέσεις βέβαια που δημιουργούνται μέσα στην εκάστοτε οικογένεια ποικίλουν, καθώς η ζωή στις οικογένειες μπορεί να μας φέρει μεγάλη χαρά ή ακόμα και βασανιστικό πόνο, ανάλογα με το πόσο καλά λειτουργούν οι οικογενειακές σχέσεις. Ένας υγιής γάμος και μια υγιής οικογένεια μπορεί να είναι μια πολύτιμη πηγή για να μας βοηθήσει να αντέξουμε στις δυσκολίες που φέρνει η ζωή, ενώ δυσλειτουργικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να δημιουργήσουν τρομερά προβλήματα στο άτομο και στην συμπεριφορά τους, τα οποία μπορεί να διαρκέσουν για μια ζωή και να μεταβιβασθούν στις επόμενες γενιές<sup>3</sup>.

Η απόκτηση βέβαια ενός παιδιού δεν είναι πάντα η πιο εύκολη υπόθεση για όλα τα ζευγάρια. Προβλήματα στην αναπαραγωγική διαδικασία και ιατρικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας είναι μερικοί από τους λόγους, όπου ορισμένα ζευγάρια δυσκολεύονται να κάνουν παιδιά. Ένας όρος που συνδέεται με την δυσκολία απόκτησης ενός παιδιού είναι η υπογονιμότητα, η οποία ορίζεται ως η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να ολοκληρώσει κύηση, μετά από τουλάχιστον ένα έτος σεξουαλικών επαφών, χωρίς αντισύλληψη. Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε πρωτοπαθή, όπου στο ζευγάρι δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη και δευτεροπαθή, όπου υποδηλώνει ότι υπήρξε τουλάχιστον μια προηγούμενη εγκυμοσύνη στο ζευγάρι, ανεξαρτήτως της έκβασης της (Σαρίδη & Γεωργιάδη, 2015).

Τα αίτια της υπογονιμότητας είναι πολλαπλά και πολυδιάστατα και συνδέονται με γενετικές – οργανικές διαταραχές, με κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία ή μπορεί να προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον, ακόμα και να μην παρουσιάζεται καμία σαφή αιτιότητα. Στις γυναίκες τα αίτια υπογονιμότητας μπορεί να αφορούν (Ιωαννίδης, 2001; Δελτσίδου & Νάνου, 2011):

- Διαταραχές της ωορηξίας
- Ορμονικές διαταραχές
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Βλάβες στις σάλπιγγες

---

<sup>3</sup>Creating a Strong Family: Why Are Families So Important? Διαθέσιμο σε: <http://ianrpubs.unl.edu/live/g1890/build/g1890.pdf> [πρόσβαση 02/05/2015]

- Προβλήματα στη μήτρα (πχ ινομυώματα, ενδομητρίωση, στένωση ή απόφραξη του τραχήλου της μήτρας)
- Ανεξήγητη στηρότητα

Η υπογονιμότητα στους άνδρες μπορεί να προκαλείται από (Δελτσίδου & Νάνου, 2011):

- Ορμονικές διαταραχές
- Ανοσολογικά προβλήματα
- Μολυσματικές ασθένειες (πχ παρωτίτιδα, βλεννόρροια, χλαμύδια)
- Σεξουαλική ανικανότητα/σεξουαλικές δυσλειτουργίες
- Απόφραξη του σπερματικού πόρου
- Κιρσοκήλη
- Παλίνδρομη εκσπερμάτιση
- Γενετικές ανωμαλίες (σύνδρομο Klinefelter)

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα των ζευγαριών μπορεί να είναι η ηλικία, το σωματικό βάρος, οι αμβλώσεις, η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, ψυχολογικοί παράγοντες, η λήψη στεροειδών, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών και η έκθεση σε ακτινοβολία ή άλλες τοξικές ουσίες (Desolle et al., 2011).

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας, οι δυσκολίες αυτές έχουν μειωθεί και όταν κάποιο ζευγάρι αποφασίσει να κάνει ένα παιδί, υπάρχουν διάφοροι τρόποι, όπου η ιατρική επιστήμη μπορεί να βοηθήσει σε αυτό.

Ένας από τους πλέον διαδεδομένους τρόπους είναι η τεχνητή γονιμοποίηση, αλλά αρκετά δημοφιλής παρόλο τους προβληματισμούς και τα ερωτηματικά που δημιουργεί είναι και η παρένθετη μητρότητα. Η τελευταία αποτελεί στην ουσία μια μέθοδο, η οποία βοηθά τα ζευγάρια να τεκνοποιήσουν.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, μια γυναίκα συμφωνεί να μείνει έγκυος και να παραδώσει το παιδί στους αναδόχους γονείς του. Μπορεί να είναι το δικό της παιδί, ή ένα παιδί που συλληφθεί μέσω της φυσικής σπερματέγχυσης, εξωσωματικής

γονιμοποίησης ή μεταφοράς του εμβρύου, χρησιμοποιώντας τα ωάρια μιας άλλης γυναίκας.

Η παρένθετη μητρότητα (surrogacy) συνίσταται ως η διαδικασία εκείνη, κατά την οποία η κύηση γίνεται στο σώμα μιας παρένθετης μητέρας, καθώς η φυσιολογική φορέας του εμβρύου δεν μπορεί να κυοφορήσει, και να έχει μια ασφαλή εγκυμοσύνη.

## 1.2 Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και πώς μπορεί αυτή να βοηθήσει ζευγάρι που δεν μπορεί να κάνει παιδιά, είναι σημαντικό να έχουμε κατανοήσει πώς γίνεται με φυσιολογικό τρόπο η σύλληψη. Κατά το χρόνο της ωορρηξίας, το ωάριο θα πρέπει να γονιμοποιηθεί από το ανδρικό σπερματοζώαριο. Την περίοδο της ωορρηξίας, η ορμόνη FSH, η οποία διεγείρει τα θυλάκια σε μία από τις ωοθήκες της γυναίκας αρχίζει να αυξάνεται, ενώ το ώριμο ωάριο απελευθερώνεται από τις ωοθήκες. Μετά την ωορρηξία, το ωάριο περνά στις σάλπιγγες. Η γονιμοποίηση του λαμβάνει χώρα εντός της σάλπιγγας. Μετά τη γονιμοποίηση του, το ωάριο εμφυτεύεται στο ενδομήτριο, όπου συνεχίζει να αναπτύσσεται (American Society for Reproductive Medicine, 2011).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να εμποδίσουν την ένωση του ωαρίου με το σπερματοζώαριο. Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί διάφορες τεχνικές που μέσω ιατρικών τρόπων φροντίζουν να βοηθήσουν την αναπαραγωγική διαδικασία μεταξύ ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπαραγωγής. Οι τεχνικές αυτές συνιστούν την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, συγκεκριμένα, αναφέρεται σε ιατρικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται από ειδικούς ιατρούς και σε εξειδικευμένες κλινικές για να βοηθήσουν τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας να συλλάβουν και να αποκτήσουν ένα μωρό. Εκτιμάται ότι περίπου το 10-15% των ζευγαριών σήμερα, αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα γονιμότητας κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ζωής και από αυτούς, περίπου το 20% έχουν διαγνωστεί με ένα πρόβλημα που απαιτεί χειρουργική επέμβαση ή προχωρημένες παρεμβάσεις<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>The methods of assisted conception (2013), Διαθέσιμο σε: <http://www.birth.com.au/difficulty-conceiving/assisted-conception#.VVLIO5NltT9> [πρόσβαση: 05/05/2015].

Στην περίπτωση λοιπόν όπου ένα ζευγάρι δυσκολεύεται να τεκνοποιήσει η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συμβάλλει στην πραγματοποίηση αυτής τους της επιθυμίας. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή γενικότερα, περιλαμβάνει τις μεθόδους εκείνες με τις οποίες η γονιμοποίηση δεν επιτυγχάνεται μέσω της σεξουαλικής πράξης, αλλά με διάφορες τεχνικές, όπως η σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίησης και η παρένθετη μητέρα (Φανάρα, 2000). Η ιατρικών υποβοηθούμενη αναπαραγωγή απευθύνεται εξίσου και στα δυο φύλα (άνδρες-γυναίκες).

Μια από τις πλέον γνωστές μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση (In vitro Fertilization) (Van Voorhis, 2007). Ο όρος εξωσωματική γονιμοποίηση γενικότερα, αναφέρεται στο σύνολο των ιατρικών μεθόδων, οι οποίες χρησιμοποιούνται ως μέσο αποκατάστασης της αδυναμίας των ατόμων να τεκνοποιήσουν με φυσικό τρόπο. Η γονιμοποίηση του ωαρίου πραγματοποιείται σε εργαστηριακό περιβάλλον, ενώ όπου κριθεί απαραίτητο χρησιμοποιείται και γεννητικό υλικό, το οποίο δεν προέρχεται από τον υποψήφιο γονέα (Φανάρα, 2000).

Με τη μέθοδο αυτή, το σπέρμα ενός άνδρα και τα ωάρια μιας γυναίκας ενώνονται έξω από το σώμα της γυναίκας σε εργαστηριακές συνθήκες. Ένα ή περισσότερα γονιμοποιημένα ωάρια (έμβρυα) μπορούν να μεταφερθούν πλέον στη μήτρα της γυναίκας, όπου μπορούν να εμφυτευτούν σε αυτή.

Αρχικά, η εξωσωματική γονιμοποίηση χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία γυναικών με κατεστραμμένες σάλπιγγες, ή σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα δεν είχε σάλπιγγες. Επίσης, η εξωσωματική γονιμοποίηση χρησιμοποιείται στην περίπτωση ανδρικής υπογονιμότητας, σε γυναίκες με διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας, ή πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια, σε γυναίκες με ινομώματα της μήτρας, αλλά ακόμα και σε περιπτώσεις ανεξήγητης υπογονιμότητας ενός ζευγαριού (American Pregnancy Association, 2015). Η συγκεκριμένη τεχνική αποτελεί παράκαμψη της φυσικής γονιμοποίησης που συντελείται μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό, εφόσον για ποικίλους λόγους αυτή δεν είναι δυνατή.

Σήμερα, η εξωσωματική γονιμοποίηση χρησιμοποιείται για τη θεραπεία διαφόρων αιτιών υπογονιμότητας, όπως η ενδομητρίωση. Τα βασικά βήματα σε έναν κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η διέγερση των ωοθηκών, η ωοληψία, η γονιμοποίηση, η καλλιέργεια των εμβρύων, και η εμβρυομεταφορά (American

Society for Reproductive Medicine, 2011). Για τη συγκεκριμένη τεχνική, σημειώνεται ότι δεν επαρκεί μόνο ένα ωάριο, αυτό δηλαδή όπου κάθε μήνα παράγεται από τη γυναίκα.

Η συλλογή των ωαρίων (ωοληψία) πραγματοποιείται τη 13<sup>η</sup> ή 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου με χρήση πολύ ελαφριάς αναισθησίας. Παράλληλα, την ίδια μέρα, ο σύντροφος της γυναίκας δίνει σπέρμα και γίνεται η γονιμοποίηση στο εργαστήριο σε δοκιμαστικό σωλήνα. Στη συνέχεια, μετά το πέρας δυο ή τριών ημερών μετά την ολοκλήρωση της γονιμοποίησης, γίνεται η μεταφορά τριών ή τεσσάρων εμβρύων στη μήτρα και σε 11 μέρες, η γυναίκα είναι σε θέση να γνωρίζει αν έχει μείνει έγκυος.

Πριν ξεκινήσει η διαδικασία αυτή, η γυναίκα υποβάλλεται σε θεραπείες με φάρμακα γονιμότητας που προβλέπονται για την τόνωση της παραγωγής ωαρίων. Απαιτείται η λήψη πολλαπλών ωαρίων, καθώς μερικά από αυτά δεν θα αναπτυχθούν ή δε θα γονιμοποιηθούν, μετά την ανάκτηση τους. Κατά την προετοιμασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, χρησιμοποιείται υπερηχογράφημα για να εξετάσει τις ωοθήκες της γυναίκας, γίνονται απαραίτητες εξετάσεις αίματος και ελέγχονται τα επίπεδα των ορμονών στο γυναικείο σώμα (American Pregnancy Association, 2015).

Όσον αφορά τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου, αυτά κυμαίνονται από 20% και μπορούν να αγγίξουν και το 60% έως και την ηλικία των 40 ετών. Από την ηλικία αυτή και μετά, το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου μειώνεται στο 5% περίπου (στο 43<sup>ο</sup> έτος της γυναίκας).

Βέβαια, παρόλη τη σημασία της να σημειωθεί ότι η διαδικασία δεν είναι πανάκεια. Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης απαιτεί μεγάλες ποσότητες σωματικής και συναισθηματικής ενέργειας, αρκετό χρόνο και χρήμα. Πολλά ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, ή γενικότερες δυσκολίες στην αναπαραγωγική διαδικασία υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη.

Η φαρμακευτική αγωγή δε για την γονιμότητα μπορεί να έχει διάφορες παρενέργειες για τη γυναίκα οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν ένα απλό «φούσκωμα», έως κοιλιακό πόνο, μεταβολές στη διάθεση, πονοκεφάλους, και άλλες ενδεχομένως σοβαρότερες παρενέργειες. Πολλά φάρμακα της εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να χορηγούνται με ένεση, πολλές φορές την ημέρα, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει μώλωπες.



Κατά τη φάση της ωοληψίας, επίσης γεννιούνται κίνδυνοι και αντιδράσεις του γυναικείου σώματος, που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων αντιδράσεις στην αναισθησία, αιμορραγία, λοίμωξη, και φθορά των δομών γύρω από τις ωοθήκες, συμπεριλαμβανομένου του εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Τέλος, να σημειωθεί ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ δαπανηρή και για το λόγο αυτό μερικά κράτη έχουν νόμους που ορίζουν ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες θα πρέπει να προσφέρουν κάποιο είδος χρηματικής αποζημίωσης της διαδικασίας (Storck, 2014).

Η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να θεωρείται ως η πιο γρήγορη, αλλά όχι η μοναδική λύση για να μείνει έγκυος μια γυναίκα, η οποία από τη μια δυσκολεύεται να τεκνοποιήσει και από την άλλη η ηλικία της δεν της επιτρέπει να χρονοτριβεί (Roger, 2007).

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας έχουν αναπτυχθεί διάφορες παραλλαγές της εξωσωματικής γονιμοποίησης (American Society for Reproductive Medicine, 2011). Μια από τις πλέον γνωστές παραλλαγές της παραδοσιακής μεθόδου είναι η ενδοσαλπινγική μεταφορά (Gamete intrafallopian transfer) (Asch et al., 1984).

Η μέθοδος αυτή είναι παρόμοια της παραδοσιακής εξωσωματικής μεθόδου με τη διαφορά ότι οι αλλά οι γαμέτες (ωάριο και σπερματοζωάριο) μεταφέρονται στις σάλπιγγες της γυναίκας και όχι στη μήτρα της, και η γονιμοποίηση λαμβάνει χώρα σε αυτές και όχι σε ένα εργαστήριο. Μια άλλη διαφορά είναι ότι πρόκειται για λαπαροσκόπηση, χειρουργική διαδικασία, η οποία λαμβάνει χώρα, προκειμένου να μεταφέρει το σπερματοζωάριο και το ωάριο στις σάλπιγγες. Η συγκεκριμένη τεχνική μπορεί να αποτελέσει επιλογή μόνο για τις γυναίκες που έχουν φυσιολογικές σάλπιγγες.

Συγκεκριμένα, πριν ξεκινήσει η διαδικασία αυτή, είναι σημαντικό να βρεθεί μέσω των απαραίτητων εξετάσεων ότι οι σάλπιγγες είναι υγιείς και ανοικτές. Έπειτα, έως και το στάδιο της ωοληψίας, η διαδικασία δε διαφέρει από την διαδικασία της παραδοσιακής μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η διαφορά με την παραδοσιακή μέθοδο, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, έγκειται στο γεγονός ότι ακολουθείται χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία ο γιατρός εισάγει τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια στο άκρο της μιας ή και των δύο σαλπίγγων (Human Fertilisation & Embryology Authority, 2015).

Μια άλλη τεχνική ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η ενδοσαλπινγική μεταφορά του ζυγωτού (zygote intrafallopian transfer). Η διαφορά της με την προηγούμενη μέθοδο (ομοιότητα με την παραδοσιακή εξωσωματική) είναι ότι η γονιμοποίηση πραγματοποιείται στο εργαστήριο, αλλά κατά παρόμοιο τρόπο με την προηγούμενη μέθοδο, το γονιμοποιημένο ωάριο μεταφέρεται στη σάλπιγγα με λαπαροσκοπική, χειρουργική επέμβαση.

Τέλος, μια μέθοδος, η οποία βοηθά τα ζευγάρια να τεκνοποιήσουν και γεννά ίσως τους περισσότερους προβληματισμούς είναι η μέθοδος της παρένθετης μητρότητας. Παρένθετη μητρότητα συνίσταται όταν μια γυναίκα συμφωνεί να μείνει έγκυος και να παραδώσει το παιδί στους αναδόχους γονείς του. Μπορεί το παιδί αυτό να είναι δικό της, ή ένα παιδί το οποίο συλληφθεί μέσω της φυσικής σπερματέγχυσης, εξωσωματικής γονιμοποίησης ή μεταφοράς εμβρύου, χρησιμοποιώντας τα ωάρια μιας άλλης γυναίκας. Η παρένθετη μητρότητα (surrogacy) συνίσταται ως η διαδικασία εκείνη, κατά την οποία η κύηση γίνεται στο σώμα μιας παρένθετης μητέρας, καθώς η φυσιολογική φορέας του εμβρύου δεν μπορεί να κυοφορήσει, και να έχει μια ασφαλή εγκυμοσύνη.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια γενικότερη συζήτηση για την προσωπική ευθύνη του καθενός σχετικά με την υγεία του γενικότερα. Επιπλέον, συζητήσεις και προβληματισμοί έχουν εγερθεί σχετικά με το ζήτημα της υπογονιμότητας, τη σημασία της προσωπικής συμπεριφοράς ή τον τρόπο ζωής των ατόμων, που σχετίζονται με παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη γονιμότητα και το αναπαραγωγικό αποτέλεσμα (Dondorp et al., 2010). Το 2004, αναδείχθηκε ένα ευρύ φάσμα νομοθετικών απαιτήσεων σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια στη δωρεά, προμήθεια, έλεγχο, επεξεργασία, συντήρηση, αποθήκευση και διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, με την έναρξη της οδηγίας 2004/23 / ΕΚ 1.

Η εφαρμογή της παρούσας οδηγίας απαιτεί από όλες τις κλινικές σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, που ειδικεύονται στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (Medically Assisted Reproductive - MAR), συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας γονιμότητας και της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης, να προσαρμοστούν στα αυστηρά μέτρα και να εφαρμόσουν τα συστήματα και τις διαδικασίες λειτουργίας

τους θέματα που αφορούν τη διαπίστευση, τον ορισμό, την έγκριση ή την αδειοδότηση, τον έλεγχο και την καταγραφή των θεραπειών αυτών<sup>5</sup>.

Σήμερα, το πιο αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό της νομικής κατάστασης που επικρατεί στην Ευρώπη όσον αφορά την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι η τεράστια ποικιλία των κανόνων. Είναι δύσκολο να βρεθούν δύο χώρες με τους ίδιους κανόνες σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα. Επιπλέον, υπήρξε μια ραγδαία εξέλιξη της νομοθεσίας και των κανονισμών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τα τελευταία 15 χρόνια (Pennings, 2009).

Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας πραγματοποιείται στο ηθικό πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Ο ασθενής, στην περίπτωση της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας εδώ είναι συνήθως (αλλά όχι απαραίτητα) ένα ζευγάρι. Όπως πάντα, η σχέση γιατρού-ασθενή έρχεται απαιτεί αμοιβαία κατανόηση και συμφωνία, ενώ ταυτόχρονα συνεπάγεται ευθύνες και για τις δύο πλευρές.

Στο πλαίσιο αυτής της σχέσης, ο γιατρός έχει την υποχρέωση να παρέχει την απαραίτητη ιατρική βοήθεια. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες, συμβουλές, διάγνωση, αγωγή ή παραπομπή του ασθενούς. Η ευθύνη του ασθενούς είναι να παρέχει στο γιατρό τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζονται για την διαδικασία λήψης των ιατρικών αποφάσεων. Επίσης, έχει την ευθύνη διατήρησης των ραντεβού και τη συμβολή του στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας, ακολουθώντας τις συνταγές και ιατρικές συμβουλές, όσον αφορά τις σχετικές πτυχές του τρόπου ζωής του (Dondorp et al., 2010).

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ως μια μορφή ιατρικής βοήθειας, μπορεί να εξηγηθεί από την άποψη της αρχής της ευεργεσίας. Ωστόσο, η ιατρική αυτή βοήθεια συχνά έχει σημαντικό αντίτιμο, με την έννοια των κινδύνων που εμπλέκονται σε αυτή και θα πρέπει να αντισταθμιστούν από τα οφέλη της θεραπείας, προκειμένου η παρέμβαση να είναι ανάλογη. Η θεραπεία με αρνητικές αναλογίες μεταξύ των αναμενόμενων ωφελειών και των κινδύνων για τον ασθενή είναι κατά παράβαση της αρχής του «μη βλάπτειν» που θα πρέπει να διέπει όλες τις θεραπείες και θα πρέπει ως εκ τούτου, να αποφεύγεται. Η συγκεκριμένη αρχή του «μη βλάπτειν» θα πρέπει επίσης να αναφέρεται στην ευημερία του παιδιού.

---

<sup>5</sup> Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies. Διαθέσιμο σε: [http://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organ/docs/study\\_eshre\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/study_eshre_en.pdf) [πρόσβαση: 05/05/2015].

Ο γιατρός θα πρέπει να αρνηθεί την παροχή της αναπαραγωγικής βοήθειας, αν κρίνει ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος σοβαρής βλάβης για το μέλλον του παιδιού ή/και της μητέρας. Ακόμα και όταν η θεραπεία γονιμότητας είναι ηθικά αποδεκτή, τόσο εν όψει των κινδύνων για τη μητέρα, όσο και των κινδύνων για την ευημερία του παιδιού, οι γιατροί έχουν την υποχρέωση να μειώσουν τους κινδύνους στο βαθμό που αυτό είναι εύλογα εφικτό (Dondorp et al., 2010).

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Αυτοί μπορεί να αναφέρονται σε:

- Ενδοπροσωπικούς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα των γονέων και το άγχος (Demyttenaere et al., 1994).
- Διαπροσωπικούς παράγοντες, όπως η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού (Ζευγαδάκη και συν., 2007), οι ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τη γυναίκα (Chemiczky et al., 2000; Klonoff et al., 2001; Ωραιοπούλου, 2003; Κεχαγιά, 2009; Κεχαγιά & Συμεωνίδου, 2009), οι ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τον άνδρα (Κεχαγιά, 2009), τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης (Di Mateo & Martin, 2006, Γουρουντή, 2011).

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο τέλος, στην επιτυχία ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής φαίνεται να παίζει η συμβουλευτική υπογονιμότητας. Η συμβουλευτική υπογονιμότητας είναι ένας νέος και αναπτυσσόμενος κλάδος, στον οποίο δραστηριοποιούνται οι επαγγελματίες υγείας (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.) που ειδικεύονται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στις παρεμβατικές ιατρικές διαδικασίες και τις αποτυχίες της εκάστοτε θεραπείας (Καρπαθίου, 2006).

### **1.3 Παρένθετη μητρότητα**

Οι περισσότεροι εκ των όσων εργάζονται σε Νομικά κυρίως θέματα προβληματίζονται όταν ανακύπτουν ζητήματα ζωής. Δυσκολεύονται δε να αντιμετωπίσουν ζητήματα που είναι κρίσιμα για την εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας. Όταν τα θέματα που αντιμετωπίζουν σχετίζονται με ζητήματα οικογενειακού δικαίου, η φύση και το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων στις

συζητήσεις επί αυτών αλλάζει συνήθως ριζικά. Σχεδόν ο καθένας έχει κάποια βαθιά ριζωμένη πεποίθηση για το πώς πρέπει να λειτουργούν οι θεμελιώδεις θεσμοί της κοινωνικής ζωής, πώς θα πρέπει να οργανώνονται και σχεδόν ο καθένας φέρει συγκεκριμένες ηθικές και άλλες πεποιθήσεις οι οποίες καθορίζουν την προσωπική του ταυτότητα (Woodhouse, 1995).

Ένα από τα ζητήματα που εγείρουν έντονους προβληματισμούς και νομικές παρεμβάσεις, αλλά και παρεμβάσεις σε θέματα ηθικής κτλ αφορά τον τρόπο με τον οποίο προστίθενται νέα μέλη σε μια. Η προφανής και προτιμώμενη μορφή της επέκτασης μιας οικογένειας είναι μέσω της παραδοσιακής τεκνοποίησης, η οποία ανταποκρίνεται πέραν των υπολοίπων στις πιο ισχυρές βιολογικές και κοινωνικές επιταγές.

Παρόλα αυτά όμως, αυτή η επιλογή δεν είναι ανοικτή σε όλα τα ζευγάρια, όπου ο ένας εκ των δυο συζύγων αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Στην περίπτωση αυτή η τεχνητή γονιμοποίηση επιτρέπει στη γυναίκα να φέρει στον κόσμο ένα παιδί. Τα πράγματα όμως δεν είναι τόσο απλά, όταν οι γυναίκες έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν είναι σε θέση να κάνουν ένα παιδί ή η περίπτωση απόκτηση ενός παιδιού σημαίνει ότι εκθέτουν τον εαυτό τους ή το ίδιο το παιδί σε σοβαρό κίνδυνο (Epstein, 1995).

Μια εναλλακτική λύση στο πρόβλημα αυτών των ζευγαριών είναι η παρένθετη μητρότητα. Ο όρος παρένθετη μητρότητα αποτελεί τον πλέον αμφιλεγόμενο θεσμό σε ηθικό επίπεδο. Ο όρος αυτός δημιουργήσε έντονη διαλεκτική αντιπαράθεση ανάμεσα στα μέλη της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Ν.3089/2002, αλλά και στους υπόλοιπους φορείς, όπως η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας, αλλά και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, οι οποίες και εξέφρασαν τις επιφυλάξεις τους.

Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί την περίπτωση, κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί και γεννά για λογαριασμό μιας άλλης γυναίκας, η οποία και επιθυμεί να αποκτήσει ένα παιδί. Στη συγκεκριμένη πρακτική, απευθύνονται ζευγάρια, τα οποία διαθέτουν μεν φυσιολογικά ωάρια και σπερματοζώαρια, αλλά η γυναίκα δε διαθέτει λειτουργική μήτρα ή δεν είναι δυνατόν να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους. Για το λόγο αυτό, η γονιμοποίηση του ωαρίου γίνεται στο εμβρυολογικό εργαστήριο και στη συνέχεια τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, η οποία όμως δεν

έχει καμία γεννητική συνέχεια με το τέκνο. Μετά τον τοκετό, η παρένθετη μητέρα παραδίδει το παιδί στους γενετικούς του γονείς.

Σύμφωνα με την Ελληνική Έννομη Τάξη, η παρένθετη μητρότητα «είναι η περίπτωση κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί και γεννά, έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τη χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια, για λογαριασμό μιας άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους» (Σαραντάκη και συν., 2008).

Επιπροσθέτως, το Άρθρο 1458 του ΑΚ αναφέρει ότι (Φανάρα, 2000): «Η μεταφορά στο σώμα μιας άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ίδια και η κυοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που προέρχεται πριν από την μεταφορά, εφόσον υπάρχει έγγραφη και δίχως 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 έπειτα 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 εν όψει της κατάστασης της υγείας της, είναι κατάλληλη για κυοφορία».

Επίσης, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, παρένθετη μητρότητα είναι μια συμφωνία στην οποία μια γυναίκα συμφωνεί να μείνει έγκυος μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενώ σε αυτή την εγκυμοσύνη δεν ανήκει σε αυτή ή τον σύζυγο της κανένας από τους γαμέτες. Το τέκνο που κυοφορεί παραδίδεται στο πρόσωπο ή τα πρόσωπα για τα οποία δρα ως παρένθετη μητέρα. Παρένθετη μητέρα, δηλαδή είναι μια γυναίκα που συμφωνεί να κυοφορήσει και να γεννήσει ένα έμβρυο που δημιουργείται από το σπέρμα ενός ανθρώπου που δεν είναι ο σύζυγός της, και από το ωάριο μιας άλλης γυναίκας, τα οποία εμφυτεύονται σ' αυτήν για να φέρει σε πέρας την εγκυμοσύνη και να παραδώσει το παιδί στους βιολογικούς γονείς του<sup>6</sup>.

Σύμφωνα βέβαια με τον ορισμό αυτό, όλες οι ρυθμίσεις παρένθετης μητρότητας που αφορούν τη γυναίκα που φέρει ένα παιδί με δικά της ωάρια και το σπέρμα του αναθέτου ανθρώπου είναι παράνομες. Επίσης, με αυτόν τον ορισμό, οι γόνιμες παρένθετες μητέρες θα πρέπει αναγκαστικά να χρησιμοποιήσουν τεχνολογίες που προορίζονται για τη θεραπεία της υπογονιμότητας, προκειμένου να κυοφορήσουν

---

<sup>6</sup> The Assisted Reproductive Technologies (Regulation) Bill-2010, Indian Council of Medical Research (ICMR), Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India, p. 4.

(μόνο in-vitro τεχνολογίες), ακόμη και αν μπορούν να κυοφορήσουν με μεθόδους όπως η τεχνητή γονιμοποίηση, που είναι πολύ πιο ασφαλείς γι' αυτές.

Στο παρελθόν, οι συμφωνίες παρένθετης μητρότητας περιορίζονταν γενικά μεταξύ συγγενών και φίλων, της οικογένειας και αποτελούσαν συνήθως αλτρουιστική πράξη. Όμως, με την καθιέρωση οικονομικών συμφωνιών στη διαδικασία, η παρένθετη μητρότητα επέκτεινε το δίκτυό της πέρα από την οικογένεια, την κοινότητα, την πολιτεία, ακόμη και πέρα από τα σύνορα μιας χώρας. Έτσι σήμερα, υπάρχει και η περίπτωση που η παρένθετη μητέρα λαμβάνει αποζημίωση από τους φυσικούς γονείς. Στην περίπτωση αυτή συζητάμε για εμπορική παρένθετη μητρότητα (commercial surrogacy), διαφορετικά γίνεται λόγος για αλτρουιστική παρένθετη μητρότητα (altruistic surrogacy). Η νομοθεσία που απαγορεύει ή επιτρέπει τόσο την αλτρουιστική όσο και την εμπορική παρένθετη μητρότητα διαφέρει από χώρα σε χώρα (Carter, 2014).

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που γεννά η παρένθετη μητρότητα είναι τα εξής:

1. Το ζευγάρι ή άτομο που αναζητά παρένθετη μητρότητα μέσω της χρήσης της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, και η παρένθετη μητέρα, συνάπτουν σύμβαση παρένθετης μητρότητας η οποία είναι εκτελεστή.
2. Όλα τα έξοδα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με την ασφάλιση της παρένθετης μητέρας, εκείνων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τη χρήση της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, σύμφωνα με ιατρικές συμβουλές, και μέχρι το παιδί είναι έτοιμο να παραδοθεί στους βιολογικούς γονείς, βαρύνουν το ζευγάρι ή άτομο που αναζητά την παρένθετη μητρότητα.
3. Η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να παραιτηθεί από όλα τα γονικά δικαιώματα του παιδιού.
4. Καμία γυναίκα κάτω από τα 21 έτη και πάνω από τα 35 έτη δεν μπορεί να δράσει ως παρένθετη μητέρα.
5. Κάθε γυναίκα που επιδιώκει ή συμφωνεί να ενεργήσει ως παρένθετη μητέρα θα πρέπει να ελεγχθεί ιατρικά για ασθένειες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι οποίες μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία του παιδιού, και θα πρέπει να δηλώσει εγγράφως ότι δεν έχει προβεί σε μετάγγιση αίματος ή προϊόντων αίματος κατά τους τελευταίους έξι μήνες (τουλάχιστον).

Σύμφωνα με την ελληνική κείμενη νομοθεσία, προκειμένου να υπάρξει παρένθετη μητρότητα με μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα άλλης γυναίκας, η οποία θα κυφορήσει το γονιμοποιημένο ωάριο, πρέπει να προηγηθεί δικαστική απόφαση κατόπιν αίτησης από την γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί (βιολογική μητέρα). Βέβαια, για να συμβεί αυτό, πρέπει να πληρούνται κάποιες βασικές προϋποθέσεις, οι οποίες είναι οι εξής<sup>7</sup>:

- Η μητέρα που θέλει να αποκτήσει παιδί, πρέπει αποδεδειγμένα να μην μπορεί να κυφορήσει για λόγους όπως προβλήματα μήτρας, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακές παθήσεις, ορμονικές δυσλειτουργίες, αυξημένος γενικά κίνδυνος αποβολής.
- Η μητέρα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί να βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία.
- Η παρένθετη μητέρα να έχει καλή υγεία και να μπορεί να κυφορήσει το γονιμοποιημένο ωάριο.
- Αν η παρένθετη μητέρα είναι έγγαμη, προτού ξεκινήσει η διαδικασία, πρέπει να προσκομηθεί στο δικαστήριο η συγκατάθεση του συζύγου της.
- Η παρένθετη μητέρα δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 50 ετών.
- Όλα τα εμπλεκόμενα άτομα (οι δυο γυναίκες και ο σύζυγος της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, αν υπάρχει) πρέπει να υπογράψουν σχετική συμφωνία που θα προσκομίσουν στο δικαστήριο. Η έγγραφη και χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα συμφωνία πρέπει να δηλώνει ότι τα γονιμοποιημένα ωάρια που εμφυτεύονται στη μήτρα της παρένθετης μητέρας, δεν θα ανήκουν στην ίδια.
- Τόσο η βιολογική, όσο και η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να κατοικούν στην Ελλάδα.
- Όλα τα έξοδα από την στιγμή της σύλληψης μέχρι τη γέννα, τα αναλαμβάνει το ζευγάρι που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί.

---

<sup>7</sup>Τι προβλέπει ο νόμος; Διαθέσιμο σε: <http://www.babyspace.com.cy/FAQAnswer/sarrogate-mother/261.html>. [πρόσβαση: 30/05/2015].



- Τυχόν οικονομικές απώλειες της κυοφορούσας που σχετίζονται με την κυοφορία, τον τοκετό ή τη λοχεία (π.χ. απουσία από την δουλειά της), επίσης καλύπτονται από το ζευγάρι που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί.
- Τα ωάρια που θα γονιμοποιηθούν δεν πρέπει να ανήκουν στην παρένθετη μητέρα, ώστε στο μέλλον αυτή να μην μπορεί να διεκδικήσει την μητρότητα.
- Αν η γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει βιολογικό παιδί, δεν έχει ωάρια, αυτά θα προέλθουν από 3η γυναίκα-δότη. Το σπέρμα προέρχεται από τον σύζυγο του ενδιαφερόμενου ζευγαριού, εκτός αν αυτό δεν είναι εφικτό οπότε το σπέρμα δίδεται από δότη. Υπάρχει δε και η περίπτωση όλο το γενετικό υλικό να προέρχεται από δότες.

Υπάρχουν αρκετοί, οι οποίοι είναι υπέρ της παρένθετης μητρότητας. Οι υπέρμαχοι της παρένθετης μητρότητας υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ιδιαίτερος ωφέλιμη για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Άλλοι υποστηρίζουν ότι το δικαίωμα στην τεκνοποίηση είναι αναφαίρετο και σημαντικό δικαίωμα όλων ανεξαιρέτων, το οποίο μάλιστα, για παράδειγμα, προστατεύεται στις Ηνωμένες Πολιτείες από το ίδιο το Σύνταγμα (Field, 1990).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, το εκάστοτε ζευγάρι μπορεί να ασκήσει το συγκεκριμένο δικαίωμα του με τον πιο πρακτικό τρόπο που έχει στη διάθεσή του, δεδομένης της υπογονιμότητάς τους. Ωστόσο, ο Cline (2008) ισχυρίζεται ότι το δικαίωμα αυτό δεν είναι κυριολεκτικά διατυπωμένο στο Σύνταγμα. Η Radin (1988), από την πλευρά της υποστηρίζει εφόσον οι άνδρες μπορούν να «δωρίσουν» σπέρμα και να λάβουν χρήματα για αυτή τη συναλλαγή, τότε θα πρέπει να επιτρέπεται, κατά τον ίδιο τρόπο, η παρένθετη μητρότητα, δηλαδή να επιτρέπεται ανάλογη οικονομική συναλλαγή και για τις γυναίκες που «δωρίζουν» το σώμα τους κατά τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας.

Η παρένθετη μητρότητα έχει δημιουργήσει ως πρακτική πολλές αντιδράσεις. Σύμφωνα με Kembrell (1988) η πρακτική της παρένθετης μητρότητας εκμεταλλεύεται τις γυναίκες οικονομικά, συναισθηματικά και σωματικά. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες που συμμετέχουν ως παρένθετες μητέρες, στις χώρες που επιτρέπεται η πληρωμή τους γι' αυτή τους της κάνουν επειδή είναι σε απελπιστική ανάγκη από χρήματα για να διατηρήσει την

οικογένειά τους. Επιπλέον, οι παράγοντες που συχνά εμπλέκονται και διαμορφώνουν τις συμβάσεις παρένθετης μητρότητας είναι αμφιβόλου νομιμότητας.

Επίσης, οι παρένθετες μητέρες συχνά δεν γνωρίζουν τα νόμιμα δικαιώματά τους και λόγω της οικονομικής τους κατάστασης δεν μπορούν να αντέξουν τις υπηρεσίες των δικηγόρων. Μόλις η παρένθετη μητέρα υπογράψει τη σύμβαση είναι αδύνατο να ξεφύγει. Ο Kembrell (1988) προχωρεί ακόμη περισσότερο λέγοντας ότι η πρακτική της παρένθετης μητρότητας αποτελεί μια νέα, μοναδικής μορφής δουλειάς των γυναικών, μια άποψη που υποστηρίζεται και από τον Davis (2012).

Οι Kumar et al. (2013), αναφέρουν ότι η Foster (1987) βρήκε ότι πολλές παρένθετες μητέρες αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα, όταν αναγκάζονται να εγκαταλείψουν το παιδί που έφεραν στον κόσμο. Σε αυτό συμφωνούν και άλλοι συγγραφείς (πχ MacPhee & Forest, 1990). Ωστόσο, άλλοι συγγραφείς (πχ Jadva et al., 2003) διαφωνούν με τους παραπάνω και δείχνουν ότι οι παρένθετες μητέρες δε φαίνεται να βιώνουν ψυχολογικά προβλήματα, ως αποτέλεσμα των ρυθμίσεων της παρένθετης μητρότητας (Kumar et al., 2013).

Από την άλλη πλευρά, η Radin (1996) θέτει το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας στην πραγματικότητα ως ζήτημα πώλησης του μωρού, καθώς μετά τη γέννηση η παρένθετη μητέρα, συνήθως αποκόπτεται από αυτό. Ο θεσμός της παρένθετης μητρότητας, ενώ ήταν άγνωστος πριν από μια δεκαετία περίπου στην Ελλάδα, σήμερα, κερδίζει συνεχώς έδαφος και ολοένα και περισσότερα ζευγάρια τον χρησιμοποιούν για να τεκνοποιήσουν. Ωστόσο, πολλοί αποθαρρύνονται όταν ζητούνται από την υποψήφια παρένθετη μητέρα υπέρογκα ποσά για να συμμετέχει στη διαδικασία (Φωτιάδη, 2014).

Αναφέρεται ότι σύμφωνα με τους Jadva et al. (2012), η συχνότητα της επαφής μεταξύ των οικογενειών παρένθετης μητρότητας και της παρένθετης μητέρας μειώνεται με την πάροδο του χρόνου

Ενώ οι αντίπαλοι της παρένθετης μητρότητας θα ήθελαν να απαγορευθεί η παρένθετη μητρότητα πλήρως, ορισμένοι υποστηρικτές θα ήθελαν η παρένθετη μητρότητα να είναι μια απολύτως νόμιμη διαδικασία. Μια ουδέτερη στάση κρατείται από εκείνους που θεωρούν ότι η παρένθετη μητρότητα είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα και επίσης αναγνωρίζουν ότι η παρούσα κατάσταση, στην οποία οι νόμοι είναι ανύπαρκτοι ή δεν εφαρμόζονται σωστά, είναι δυσμενής.

Στην Ελλάδα τηρείται ένα από τα πλέον ευέλικτα νομοθετικά πλαίσια σχετικά με την παρένθετη μητρότητα. Στη Γαλλία, τη Γερμανία και την Αυστρία η παρένθετη μητρότητα απαγορεύεται ρητώς, ενώ στην Ολλανδία και στο Βέλγιο εφαρμόζεται μεν, αλλά χωρίς σαφές νομικό πλαίσιο (Φωτιάδη, 2014).

Μπορεί να ειπωθεί ότι, η παρένθετη μητρότητα είναι τόσο μια απειλή, όσο και μια ευκαιρία. Από τη μία πλευρά δίνει στα υπογόνιμα ζευγάρια και τις παρένθετες μητέρες τη δυνατότητα να εκπληρώσουν τις επιθυμίες τους, δηλαδή την απόκτηση ενός παιδιού και τη δημιουργία μιας οικογένειας. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ο κίνδυνος ότι με την εμπορευματοποίηση της μητρότητας, οι γυναίκες γίνονται «θύματα εκμετάλλευσης» και μπορούν να μετατραπούν σε παραγωγούς μωρών, σύμφωνα με τους ισχυρισμούς μερικών και στην περίπτωση μάλιστα, όπου η νομοθεσία δεν επιτρέπει τον περιορισμό της διαδικασίας στα νόμιμα.

Για πολλούς λόγους πολλοί έχουν τόσο υπέρ, όσο και κατά της παρένθετης μητρότητας και δεν μπορεί κανείς εύκολα να αποφασίσει τι είναι ηθικά σωστό και τι είναι λάθος. Ωστόσο, και οι πλευρές (αντίπαλοι και υποστηρικτές της παρένθετης μητρότητας) συμφωνούν ότι η παρένθετη μητρότητα θέτει μια σειρά από κοινωνικά, ηθικά και νομικά ζητήματα, τα οποία θα κρίνεται ότι πρέπει να λυθούν άμεσα, προκειμένου η διαδικασία να θεωρείται τουλάχιστον νόμιμη.

#### **1.4 Η κοινωνιολογική προσέγγιση του σώματος σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα**

Η κοινωνιολογική προσέγγιση του σώματος συνιστά ένα ανερχόμενο γνωστικό αντικείμενο, το οποίο μελετά τις μορφές έκφρασης του ατόμου στις σύγχρονες κοινωνίες και η βασική αντίληψη που το διέπει είναι ότι το σώμα δεν είναι μόνο μια βιολογική αλλά μια σύνθετη ψυχοκοινωνική οντότητα, η οποία διαδραματίζει ενεργητικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο βιώνουμε τις κοινωνικές σχέσεις. Παρά το γεγονός ότι το σώμα εμπλέκεται άμεσα στην εκδήλωση της κοινωνικής δράσης, η προσέγγιση του σώματος ως καθαυτού γνωστικού αντικειμένου αντιμετωπίστηκε από την κλασική Κοινωνιολογία με διστακτικότητα, αφού αρχικά θεωρήθηκε ότι το ανθρώπινο σώμα δε μπορούσε να προσφέρει τίποτα στην ανάλυση των κοινωνικών φαινομένων και αντιμετωπίστηκε απλώς ως μια βιολογική οντότητα (Δηλάκη, 2011).

Υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός παραγόντων που βοηθούν στην εξήγηση του αυξανόμενου ενδιαφέροντος γύρω από το σώμα τις τελευταίες δεκαετίες. Πρώτον, δημογραφικές αλλαγές, όπως το αυξανόμενο προσδόκιμο όριο ζωής, ανέδειξαν τη μεταβαλλόμενη φύση των ανθρώπινων σωμάτων και προκάλεσαν σημαντικά ερωτήματα για τον κύκλο της ζωής, καθώς και για τη φροντίδα και διαχείριση των γηρασκόντων σωμάτων στο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνιών. Ένας δεύτερος λόγος για το αυξανόμενο ενδιαφέρον γύρω από το σώμα. Επιπλέον, ενδιαφέρον απέκτησε η μελέτη του σώματος λόγω της αυξανόμενης συνειδητοποίησης των αλλαγών στη μορφή διακυβέρνησης, οι οποίες κατέστησαν το σώμα ως αντικείμενο διαφόρων μορφών ελέγχου και εγγραφής των εξουσιαστικών λόγων (Δηλάκη, 2011).

Πολλές κοινωνικές θεωρίες κατέχουν σημαντική συνάφεια προς την παρένθετη μητρότητα, ιδιαίτερα αναφορικά με το ρόλο που παίζει τόσο στην οικογένεια, αλλά και στο σύνολό της κοινωνίας. Η θεωρία της λειτουργικότητας είναι μια από τις πλέον δεσπόζουσες κοινωνιολογικές θεωρίες, η οποία κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντική για τη μελέτη της παρένθετης μητρότητας και τις επιπτώσεις της στην κοινωνία. Η συγκεκριμένη θεωρία πιστεύει στα οφέλη της δομής, της ομοιομορφίας και της ισότητας στη λειτουργία μιας συνεκτικής και δίκαιης κοινωνίας. Αξιολογεί κάθε πτυχή της ζωής σε σχέση με το πώς συμβάλλει στη σταθερότητα της κοινωνίας στο σύνολό της. Σε αυτή τη θεωρία προκαλείται ένα σημαντικό δίλημμα, τόσο στην ίδια την οικογένεια, όσο και ως προς την κατεύθυνση της σταθερότητας στην κοινωνία<sup>8</sup>.

Στην περίπτωση της εγκυμοσύνης, γίνεται λόγος για μια εμπειρία σε ολόκληρο το σώμα, καθώς οικεία σύνδεση αυτής με τη γυναίκα που τη βιώνει. Κατά τη γέννηση δε, τα μωρά αναγνωρίζουν τη φωνή της μητέρας τους, ζουν στους ρυθμούς της ημέρας της. Αυτή δεν είναι μια σχέση «υποκατάστατο», αλλά μια πραγματική ένωση των δυο ατόμων (μητέρας και βρέφους)<sup>9</sup>.

Στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στη λαϊκή κουλτούρα, και στις διάφορες θεωρητικές συζητήσεις, η αύξηση του θεσμού της παρένθετης μητρότητας επιφέρει συχνά ουσιαστική κοινωνική κριτική, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών σχετικά με την εκμετάλλευση των γυναικών, την εμπορευματοποίηση των βρεφών, αλλά και του

---

<sup>8</sup>Surrogacy in Australia. Social Theories. Διαθέσιμο σε: <http://surrogacyinaustralia.weebly.com/social-theories.html>. [πρόσβαση: 30/05/2015].

<sup>9</sup>Sociologist response to "Wombs for Rent. Διαθέσιμο σε: <http://mojomom.blogspot.gr/2008/01/sociologist-response-to-wombs-for-rent.html>. [πρόσβαση: 30/05/2015].

σώματος των παρένθετων μητέρων. Η παρένθετη μητρότητα έχει χωριστεί από τους κοινωνιολόγους σε τρεις φάσεις: διαίρεση, σύνδεση, και διαχωρισμός. Οι παρένθετες μητέρες περιγράφουν συχνά την παρένθετη εγκυμοσύνη τους ως αφύσικη σε σχέση με την «φυσιολογική εγκυμοσύνη» που ενδεχομένως έχουν βιώσει με τα δικά τους παιδιά. Στην παρένθετη μητρότητα έχει αναπτυχθεί η έννοια του "χάρτη του σώματος" για να περιγράψει και να αναλύσει πώς οι παρένθετες μητέρες σκέφτονται για το σώμα τους στο πλαίσιο της παρένθετης εγκυμοσύνης. Οι παρένθετες μητέρες, συγκεκριμένα θεωρούν ορισμένα μέρη του σώματός τους ως «κοινής χρήσης» σε σύγκριση με άλλα μέρη του σώματος που παραμένουν ανεξάρτητα και απαραβίαστα. Για παράδειγμα, η παρένθετη μητέρα κρατά στην καρδιά της αληθινά συναισθήματα τα οποία συγκρατούνται μακριά από την παρένθετη κύηση. Αντιθέτως, η παρένθετη μήτρα είναι ένα όργανο «κοινής χρήσης» και αναφέρονται σε αυτήν ως «θερμοκοιτίδα» ή «φούρνο». Αυτό που γίνεται αντιληπτό είναι ότι οι παρένθετες μητέρες προσπαθούν να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης που βιώνουν και των σωμάτων τους. Αυτή η λογική επιτρέπει στις παρένθετες μητέρες να αποστασιοποιηθούν από την εγκυμοσύνη τους (Teman, 2012).

### **1.5 Νομικό πλαίσιο παρένθετης μητρότητας και σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες**

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ρυθμίστηκε νομοθετικά το 2002 Ν.3089/2002 με τον οποίο τροποποιήθηκαν τα άρθρα του αστικού κώδικα που αφορούν το οικογενειακό δίκαιο και προστέθηκε ειδικό κεφάλαιο που αφορά την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή το 2005 Ν.3305/2005.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του 3305/2005 οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται με τέτοιο τρόπο που εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση για την απόκτηση απογόνων με βάση τα δεδομένα της ιατρικής, βιολογίας και της βιοηθικής. Κατά την εφαρμογή των παραπάνω πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.

Κατά το άρθρο 2 του Ν. 3305/2005 στην έννοια της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υπάγονται όλες οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι τεχνητής αναπαραγωγής και αναγνωρίζεται και ρυθμίζεται ως μέθοδος τεχνητής αναπαραγωγής η παρένθετη μητρότητα.

Ως ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (I.Y.A.) ορίζεται 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.).

Ο νόμος ορίζει συγκεκριμένους όρους και διαδικασίες στη ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Συγκεκριμένα προσδιορίζονται τα εξής:

- Γεννητικά κύτταρα: κύτταρα με τα οποία επιτυγχάνεται η αναπαραγωγή και τα οποία μπορεί να είναι ανώριμα ή ώριμα.
- Γαμέτες: τα ώριμα απλοειδή γεννητικά κύτταρα, δηλαδή το σπερματοζωάριο του άνδρα και το ωοκύτταρο (ωάριο) της γυναίκας.
- 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.
- Ζυγώτης: το ωοκύτταρο από τη γονιμοποίηση μέχρι και τη σύντηξη των δύο απλοειδών πυρήνων.
- Γονιμοποιημένο ωάριο: το ωοκύτταρο μετά τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου.
- 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.
- 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.

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

Ο νόμος προβλέπει ειδική διαδικασία όσον αφορά την αίτηση και την άδεια. Η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται πριν την μεταφορά των ξένων γονιμοποιημένων ωαρίων της μιας γυναίκας στη μήτρα της παρένθετης, ύστερα από την αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί. Αρμόδιο δικαστήριο είναι το μονομελές πρωτοδικείο του τόπου που διαμένει η γυναίκα η οποία θα υποβάλει την αίτηση ή η παρένθετη μητέρα (άρθρο 1458 ΑΚ Κ πολ Δ 740).

Το διατακτικό της δικαστικής απόφασης ορίζεται συνήθως ως εξής:

Παρέχει την άδεια στην αιτούσα όπως προβεί στη μεταφορά στο σώμα της ξένων προς την ίδια (την κυοφόρο) ωαρίων, προερχόμενα από την αιτούσα, γονιμοποιημένων εξωσωματικά με γενετικό υλικό από τον σύζυγο της αιτούσας

προκειμένου να κυοφορήσει τέκνο που η αιτούσα και ο σύζυγος της επιθυμούν να αποκτήσουν (748 παρ. 2 ΚπολΔ).

Το Μονομελές Πρωτοδικείο χορηγεί την άδεια εάν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

Πρώτον η γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί πρέπει αποδεδειγμένα να αδυνατεί να κυοφορήσει η ίδια για ιατρικούς λόγους γεγονός που θα αποδείξει στο δικαστήριο με ιατρικές γνωματεύσεις. Επίσης θα πρέπει η γυναίκα αυτή να βρίσκεται σε γόνιμη ηλικία και να μην έχει υπερβεί το πεντηκοστό έτος της ηλικίας της (Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη).

Δεύτερον έγγραφη συμφωνία και χωρίς αντάλλαγμα μεταξύ των προσώπων που επιθυμούν το τέκνο και της παρένθετης μητέρας καθώς και του συζύγου της εάν είναι έγγαμη. Η έγγραφη αυτή συμφωνία προσκομίζεται στο δικαστήριο. Η συμφωνία περιλαμβάνει τις ρυθμίσεις για την ίδρυση της μητρότητας του παιδιού που θεωρείται η γυναίκα στην οποία δόθηκε η σχετική άδεια (1464 ΑΚ). Επίσης σημαντικός όρος για την συμφωνία είναι πως η κυοφορία γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Δεν συνιστά αντάλλαγμα η καταβολή δαπανών για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, κυοφορία, τοκετό, λοχεία καθώς και κάθε θετική ζημία της κυοφόρου εξαιτίας της αποχής της από την εργασία καθώς και οι αμοιβές της από την εξαρτημένη εργασία τις οποίες στερήθηκε λόγω της απουσίας, με σκοπό την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και τη λοχεία (άρθρο 13 παράγραφος 4 του Ν.3305/2005).

Τρίτον η κυοφόρος θα πρέπει να αποδεικνύεται, ενόψει της κατάστασης της υγείας της κατάλληλη για κυοφορία. Η καταλληλότητα της υγείας αποδεικνύεται όπως και παραπάνω με ιατρικές γνωματεύσεις. Επίσης η γυναίκα που πρόκειται να κυοφορήσει θα πρέπει να υποβληθεί σε ενδελεχή ψυχολογική αξιολόγηση (Παπαχρήστου, 2003). Θα πρέπει να διενεργηθεί υποχρεωτικά ιατρική εξέταση για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV, HIV2), ηπατίτιδας Β και C και σύφιλης (RPR) τόσο στη γυναίκα που πρόκειται να κυοφορήσει όσο και σε αυτούς που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο (άρθρο 4 παρ. 2 ν. 3305/2005).

Τέταρτον ο νόμος απαγορεύει το ωάριο να προέρχεται από την κυοφόρο, δηλ. απαγορεύει την πλήρη υποκατάσταση στη μητρότητα ενώ μπορεί να προέρχεται από τρίτη γυναίκα (μερική υποκατάσταση στη μητρότητα) (Φουντουδάκη, 2007). Η πλήρης υποκατάσταση δεν είναι επιτρεπτή, για το λόγο προφανώς ότι το να



στερηθεί τελικά τη νομική μητρότητα – για χάρη της γυναίκας που επιθυμεί το παιδί – μία γυναίκα που είναι ως προς όλα βιολογική μητέρα είναι πολύ βαρύ για την τελευταία, και επομένως, ως υπερβολικά δεσμευτικό, δεν είναι κοινωνικά ανεκτό (ΑΚ 179) Τέλος η γυναίκα που επιθυμεί το τέκνο καθώς και η κυοφόρος γυναίκα πρέπει να έχουν την κατοικία τους στην Ελλάδα. Επισημαίνεται ότι κριτήριο αποτελεί η «κατοικία» των γυναικών και όχι η «αθαγένεια» τους (Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη).

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 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 (άρθρο 26 παρ. 8).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η παρένθετη μητρότητα εγείρει μια σειρά από προβληματισμούς οι οποίοι ως επί το πλείστον αναφέρονται στο τεκμήριο της μητρότητας. Ο νόμος ορίζει αυστηρά πως η άδεια από το μονομελές δικαστήριο χορηγείται πριν από τη μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της παρένθετης μητέρας. Με αυτόν τον τρόπο τοποθετείται ένα είδος χρονικού σημείου της δικαστικής άδειας πριν από την κυοφορία, προφανώς για να ελεγχθεί αν ισχύουν οι προϋποθέσεις. Εάν η δικαστική άδεια δοθεί μετά την κυοφορία, τότε το τεκμήριο μητρότητας δεν λειτουργεί υπέρ της μητέρας που επιθυμεί το τέκνο, διότι δεν δύναται να ελεγχθεί από το δικαστήριο η έλλειψη οποιουδήποτε ανταλλάγματος καθώς και η καταλληλότητα της παρένθετης μητέρας.

Σε ό,τι αφορά τη συγγένεια που δημιουργείται από την εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου ιατρικής υποβοήθησης της αναπαραγωγής, ο νόμος ορίζει ότι μητέρα του τέκνου που θα γεννηθεί τεκμαίρεται αυτή, στην οποία χορηγήθηκε η δικαστική άδεια, δηλαδή η γυναίκα που επιθυμεί αλλά αδυνατεί να αποκτήσει τέκνο για ιατρικούς λόγους και όχι η κυοφόρος γυναίκα (άρθρο 1464 ΑΚ ). Το τεκμήριο αυτό ανατρέπεται με αγωγή προσβολής της μητρότητας που ασκείται μέσα σε προθεσμία

έξι μηνών από τον τοκετό, είτε από την τεκμαιρόμενη μητέρα, είτε από την κυοφόρο γυναίκα, εφόσον αποδειχθεί ότι το τέκνο κατάγεται βιολογικά από την τελευταία.

Η προσβολή γίνεται από τη δικαιούμενη γυναίκα αυτοπροσώπως ή από ειδικό πληρεξούσιο της ή ύστερα από άδεια του δικαστηρίου. Με την αμετάκλητη δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή το τέκνο έχει αναδρομικά από τη γέννησή του μητέρα τη γυναίκα που το κυοφόρησε.

Η Ελλάδα διαθέτει οργανωμένο νομικό πλαίσιο για την μητρότητα σε σύγκριση με τα περισσότερα κράτη που δεν έχουν αποφασιστεί ακόμη οι κανόνες που πρέπει να εφαρμόζονται σχετικά με την παρένθετη μητρότητα. Σε πολλές χώρες η διαδικασία της παρένθετης μητρότητας απαγορεύεται αυστηρά καθώς θεωρείται εμπορευματοποίηση του γυναικείου σώματος. Άλλα κράτη δίνουν το δικαίωμα στην παρένθετη μητέρα να κρατήσει το παιδί σε περίπτωση που αλλάξει γνώμη. Τέλος υπάρχουν χώρες, και η Ελλάδα ανάμεσα τους, που ο θεσμός λειτουργεί αλτρουιστικά χωρίς καμία χρηματική συναλλαγή. Είναι καθήκον του κοινού γενικότερα και όχι μόνο των δικηγόρων, πολιτικών και δικαστηρίων να επιλύσουν αυτά τα ζητήματα αξίας.

Στη Δανία η γυναίκα που φέρει στον κόσμο το παιδί θεωρείται από το νόμο μητέρα αυτού (Schwenzer I., 2007).

Στην Ιταλία και την Ισπανία απαγορεύονται όλες οι μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Brunet et al., 2013).

Στην Κροατία η κυοφόρος που έχει χρησιμοποιήσει τα ωάρια άλλης γυναίκας μπορεί να ζητήσει αναγνώριση της μητρότητας στο πρόσωπό της εκτός αν προκύπτει το αντίθετο από την έγγραφη συμφωνία. (Schwenzer I., 2007).

Στην Ιρλανδία δεν υπάρχει κάποιος νόμος σχετικά με την παρένθετη μητρότητα. Το 2005 η κυβέρνηση διόρισε μια επιτροπή η οποία δημοσίευσε μια πολύ περιεκτική έκθεση για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Σχετικά με την παρένθετη μητρότητα συνέστησε πως το ζευγάρι που προμηθεύει (δηλ. δίνει σπέρμα και ωάρια) θα θεωρούνται γονείς του παιδιού. Παρά την δημοσίευση δεν εκλέχθηκε κανένας νόμος και η περιοχή παραμένει ουσιαστικά ανεξέλεγκτη.

Λόγω της ανεξέλεγκτης πίεσης από τους Ιρλανδούς πολίτες που μετέβαιναν στο εξωτερικό για να αποκτήσουν παιδιά μέσω παρένθετης μητρότητας ο Υπουργός Δικαιοσύνης δημοσίευσε για αυτούς κατευθυντήριες γραμμές τον Φεβρουάριο του 2012 (<http://www.thailand-surrogacy-law-.com/ireland-and-surrogacy-thailand/>)

Στη Γαλλία από το 1994 κάθε είδους συμφωνίας σχετικά με την παρένθετη μητρότητα είτε εμπορική είτε αλτρουιστική είναι παράνομη και αθέμιτη. Συγκεκριμένα το Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο της Γαλλίας έκρινε πως κάθε ζευγάρι που κάνει τέτοιου είδους συμφωνία με τρίτο πρόσωπο που θα φέρει στον κόσμο το παιδί το οποίο δεν θα κρατήσει και θα το παραδώσει μετά την γέννηση στο ζευγάρι, αυτοί κάνοντας τέτοιο διακανονισμό δεν επιτρέπεται να υιοθετήσουν το παιδί. Στην απόφασή του το δικαστήριο έκρινε ότι μια τέτοια συμφωνία είναι παράνομη βάση των άρθρων 6 και 1128 του Κώδικα Πολιτικής σε συνδυασμό με το άρθρο 353 του ίδιου Κώδικα (Beale et al., 2002).

Η παρένθετη μητρότητα δεν ορίζεται σαφέστατα στο Σουηδικό δίκαιο. Η νομική διαδικασία καθιστά πιο ισότιμη μια υιοθεσία παρά την παρένθετη μητρότητα. Ωστόσο η παρένθετη μητέρα έχει το δικαίωμα να κρατήσει το παιδί αν αλλάξει γνώμη μέχρι την έγκριση. Ο βιολογικός πατέρας μπορεί να διεκδικήσει το δικαίωμα για το παιδί του (Goran, 2011).

Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία που να ορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές για τις ερωτήσεις σχετικά με την παρένθετη μητρότητα στην Ολλανδία. Οι μη εμπορευματοποιημένες κτήσεις με παρένθετη μητέρα ρυθμίστηκαν για πρώτη φορά με πρωτοβουλία της Υπουργού Υγείας. Ο νόμος εγκρίθηκε την 1 Απριλίου 1998 σχετικά με τα κέντρα που πραγματοποιούν Ιατρικώς Υποβοηθούμενες Αναπαραγωγές (Act on In Vitro Fertilization of 1 April 1998, Staatscourant 1998/95, pp. 14-18 (Planningsbesluit In Vitro Fertilisatie). Ο συγκεκριμένος νόμος αναφέρει πως η κύηση μέσω παρένθετης μητέρας πρέπει να τηρεί τις οδηγίες που εξέδωσε η ολλανδική εταιρία μαιευτικής και γυναικολογίας. Αυτός ο κανονισμός αναφέρει επίσης πως η παρένθετη μητέρα πρέπει να έχει γεννήσει τουλάχιστον ένα παιδί και σαφώς να έχουν κοινοποιηθεί όλες οι πληροφορίες σχετικά με την παρένθετη μητρότητα στα ενδιαφερόμενα μέλη. Ωστόσο υπάρχουν αρκετές ελλείψεις στη νομοθεσία (Vonk, 2004).

Στην Αγγλία υπάρχει μια σειρά από νομοθεσίες σχετικά με την παρένθετη μητρότητα. Στο Αγγλικό δίκαιο υπάρχουν δυο μορφές παρένθετης μητρότητας η ευθεία παρένθετη μητρότητα και η παρένθετη μητρότητα υποδοχής. Η ευθεία περιλαμβάνει τεχνητή γονιμοποίηση της κυοφόρου με σπέρμα που παράγεται από τον πατέρα και που μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την ανάγκη ιατρικής παρέμβασης ενώ η παρένθετη μητρότητα υποδοχής ακολουθεί μια κλινική διαδικασία η οποία περιλαμβάνει την συλλογή αυγών από την προβλεπόμενη μητέρα ή από την δότρια και την εξωσωματική γονιμοποίηση με σπέρμα του πατέρα και μεταφορά στην κυοφόρο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Μεθοδολογία

#### 2.1 Επιλογή ερευνητικής μεθόδου

Οι ερευνητικές μέθοδοι διακρίνονται σε ποιοτικές και ποσοτικές. Οι ποσοτικές αναλύουν την ποσότητα εμφάνισης του φαινομένου που εξετάζεται και οι ποιοτικές αναφέρονται στο είδος και στο συγκεκριμένο χαρακτήρα του φαινομένου (Kvale, 1996). Και οι δύο μέθοδοι δίνουν τη δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει ένα ερευνητικό πεδίο και να επικεντρωθεί σε αυτό. Στην παρούσα έρευνα όμως κρίθηκε ότι η ποιοτική έρευνα εξυπηρετεί καλύτερα τους στόχους της ερευνήτριας καθώς ο ερευνητής μπορεί με την ποιοτική έρευνα να διεισδύσει στην προσωπικότητα των υποκειμένων και να κατανοήσει τις κοινωνικές επιρροές που τα υποκείμενα έχουν δεχτεί (Παπαγεωργίου, 1998).

Στην ποιοτική ερευνητική μέθοδο, ο ερευνητής παρατηρεί, παίρνει συνεντεύξεις, κρατά σημειώσεις, περιγράφει και ερμηνεύει τα φαινόμενα όπως ακριβώς έχουν. Ο ερευνητής, αφού συλλέξει τα δεδομένα, θα προσπαθήσει να τα ερμηνεύσει (Eisner, 1991), με τη βοήθεια της βιβλιογραφίας ώστε να πετύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Η συναίσθηση του τι είναι σημαντικό και το πλαίσιο, μέσα στο οποίο αυτό θα ερευνηθεί, υπόκειται στις ικανότητες του ερευνητή (Peshkin, 1985).

Οι ποιοτικές μέθοδοι δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή να στοχεύσει στο τι σημαίνει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν, με άλλα λόγια, να εμβαθύνει. Παράλληλα καταγράφει τις απόψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των συμμετεχόντων στην έρευνα (Eisner, 1991).

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε μία ποιοτική έρευνα, στην κουλτούρα του ερευνητή, ο οποίος καλείται να ερμηνεύσει τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί και να αναδείξει τα τελικά συμπεράσματα, χρησιμοποιώντας τις παρατηρήσεις του και στηριζόμενος στις προσωπικές του γνώσεις.

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα καθώς έχει ως χαρακτηριστικά την ευέλικτη δομή, τη διαμόρφωση του θέματος κατά την εξέλιξη της έρευνας, τη μελέτη μικρού αριθμού περιπτώσεων, την κατασκευή αναπαραστάσεων της κοινωνικής πραγματικότητας και τη μη ανάδειξη γενικών τάσεων. Επιπλέον, η ποιοτική έρευνα αναλύει ένα πρόβλημα από την οπτική γωνία του υποκειμένου, δηλαδή αξιοποιεί τον τρόπο που αυτό ερμηνεύει την κοινωνική πραγματικότητα (Πασχαλιώρη, Μήλεση, 2003). Σε μια ποιοτική έρευνα υπάρχει ένας «ερμηνευτικός» προσανατολισμός, δηλαδή αυτό που απασχολεί είναι ο τρόπος που βιώνεται η κοινωνική πραγματικότητα από το άτομο, χρησιμοποιούνται μέθοδοι παραγωγής δεδομένων που δεν είναι αυστηρά δομημένες και στόχος της η παραγωγή σφαιρικής αντίληψης με λεπτομερή καταγραφή του φυσικού κοινωνικού πλαισίου.

Η Κυριαζή (2004) τονίζει ότι η ποιοτική έρευνα από τη φύση της δίνει έμφαση στο ιστορικό και κοινωνικό πλαίσιο για την ερμηνεία που δίνουν τα υποκείμενα στη δική τους συμπεριφορά και των άλλων. Βασίζεται στην παραδοχή ότι τα κοινωνικά νοήματα δεν απορρέουν από τις ίδιες τις δραστηριότητες ή τα κοινωνικά φαινόμενα, αλλά αποδίδονται από τα δρώντα υποκείμενα ανάλογα με το υφιστάμενο κοινωνικό πλαίσιο.

Η παρούσα ποιοτική έρευνα εστιάζεται στις απόψεις δύο γυναικών για την παρένθετη μητρότητα, βάση της δικής τους εμπειρίας καθώς και δύο γυναικολόγων μαιευτήρων που συμμετείχαν σε διαδικασία παρένθετης μητρότητας. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη.

## **2.2 Στόχος - Ερευνητικά ερωτήματα**

Η έρευνα που διεξήχθη αφορούσε τις απόψεις και τις εμπειρίες γυναικών για την παρένθετη μητρότητα σύμφωνα με τις προσωπικές τους εμπειρίες.

Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες παρένθετων μητέρων στην Ελλάδα υπό την οπτική γωνία των παρένθετων μητέρων και των γυναικολόγων μαιευτήρων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν αν είναι διαδεδομένος ο θεσμός της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα, ποια είναι τα κίνητρα για να γίνει μία γυναίκα

παρένθετη μητέρα και ποιες είναι οι εμπειρίες και τα συναισθήματά της από την όλη διαδικασία.

### **2.3 Ερευνητικό μέσο – ημιδομημένη συνέντευξη**

Η ερευνήτρια επέλεξε τη χρήση του εργαλείου της ημιδομημένης συνέντευξης στην έρευνα. Στην περίπτωση των ημιδομημένων συνεντεύξεων η ελευθερία του ερωτώμενου δεν περιορίζεται από τις γενικές οδηγίες που δίνει ο ερευνητής. Μέσα από τη συνέντευξη επιδιώκεται ο ερωτώμενος να δώσει τη δική του ερμηνεία και περιγραφή, χρησιμοποιώντας δικές του εννοιολογικές κατηγορίες και όχι μόνο αυτές που του επιβάλλονται από ένα τυποποιημένο και αυστηρά δομημένο ερωτηματολόγιο μιας τυποποιημένης συνέντευξης. Οι απαντήσεις στη συνέντευξη συμβάλλουν στη διαμόρφωση των ερωτήσεων που ακολουθούν καθώς διαπλέκεται η συλλογή και ερμηνεία των δεδομένων (Κυριαζή, 2001).

Η συνέντευξη αυτής της μορφής στηρίζεται σε κάποιες γενικές, ανοιχτές ερωτήσεις και θέματα που έχει καθορίσει από πριν ο ερευνητής με τις οποίες προσπαθεί να κατευθύνει τη συζήτηση με τον ερωτώμενο και στην ουσία είναι μια συζήτηση με κύριο ομιλητή τον ερωτώμενο και την οποία διευθύνει διακριτικά ο ερευνητής. Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της συνέντευξης είναι ότι οι ερωτήσεις δεν έχουν αυστηρά προκαθορισμένη σειρά και δεν τίθενται όλες με τον ίδιο τρόπο. Καθορίζονται δηλαδή από πριν οι κύριοι άξονες και τα βασικά ερωτήματα της συζήτησης και στη συνέχεια προσαρμόζονται αναλόγως με την πορεία της συζήτησης και με βάση τη δυνατότητα του ερωτώμενου να αναπτύξει τα θέματα όπως εκείνος θέλει, καθώς περιγράφει ελεύθερα τις εμπειρίες του, αναφέρεται σε γεγονότα και καταστάσεις που είχαν ιδιαίτερη σημασία γι' αυτόν.

Όσον αφορά τα είδη των ερωτήσεων σύμφωνα με τον Patton (2002) είναι δυνατόν να έχουμε έξι (6) είδη ερωτήσεων:

- Ερωτήσεις εμπειρίας και συμπεριφοράς σύμφωνα με τις οποίες καταγράφονται συμπεριφορές, εμπειρίες, δράσεις και δραστηριότητες
- Ερωτήσεις γνώμης και αξίας, κατά τις οποίες εκφράζονται γνώμες, στόχοι, εμπειρίες, προσδοκίες και προθέσεις

- Ερωτήσεις συναισθημάτων οι οποίες εστιάζονται και ανιχνεύουν την ανησυχία, χαρά, φόβο, αυτοπεποίθηση κλπ.
- Ερωτήσεις γνώσεων
- Ερωτήσεις που αφορούν στις αισθήσεις όπως ακοή, αφή, γεύση και όσφρηση
- Δημογραφικές ερωτήσεις- ερωτήσεις background

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των συνεντεύξεων μπορεί να έχουν είτε ανοιχτή είτε κλειστή μορφή. Ανοιχτές είναι οι ερωτήσεις κατά τις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να εκφράσει τις απόψεις του με δικό του τρόπο, επιδέχονται δηλαδή περισσότερες από μία σωστές απαντήσεις, δεν υπάρχει δηλαδή μία προκαθορισμένη ορθή απάντηση. Οι κλειστές ερωτήσεις συνοδεύονται από εναλλακτικές προκαθορισμένες απαντήσεις από τις οποίες ο ερωτώμενος επιλέγει μία. Στην περίπτωση αυτή ο ερωτώμενος οργανώνει τη σκέψη του στο πλαίσιο του σχήματος που του επιβάλλεται, ενώ επιβάλλεται στον ερωτώμενο συγκεκριμένο φάσμα έτοιμων εναλλακτικών απαντήσεων.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω διαμορφώθηκαν οι άξονες των δύο συνεντεύξεων, μία για τις γυναίκες και μία για τους γιατρούς.

Το ερωτηματολόγιο για τους γυναικολόγους αποτελούνταν από τέσσερις άξονες ερωτήσεων. Ο πρώτος άξονας εξετάζε το θέμα της τεκνοποίησης (π.χ. ερώτηση «πόσα ζευγάρια στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν προβλήματα τεκνοποίησης;»). Ο δεύτερος άξονας αφορούσε τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας, τα ποσοστά επιτυχίας της και τους κινδύνους που ελλοχεύει (π.χ. ερώτηση «από τι εξαρτάται η πιθανότητα επιτυχίας;»). Ο τρίτος άξονας αφορούσε το ρόλο του γιατρού στη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας (π.χ. ερώτηση «τη διαδικασία εύρεσης παρένθετης μητέρας την αναλαμβάνετε εσείς ή το ζευγάρι;»). Ο τέταρτος άξονας εξέταζε την προσωπική άποψη του γιατρού για την παρένθετη μητρότητα (π.χ. ερώτηση «συμφωνείτε με αυτή τη μορφή τεκνοποίησης;»).

Το ερωτηματολόγιο για τις παρένθετες μητέρες αποτελούνταν από τρεις άξονες ερωτήσεων. Ο πρώτος άξονας διερευνούσε τη διαδικασία λήψης απόφασης να γίνουν παρένθετες μητέρες (π.χ. ερώτηση «πόσο εύκολη ήταν αυτή η απόφαση για εσάς;»). Ο δεύτερος άξονας εξέταζε τα συναισθήματα της παρένθετης μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. ερώτηση «δεν υπήρξε κάποια στιγμή φόβος από την



πλευρά σας για συναισθηματικό δέσιμο με το έμβρυο που θα κυοφορούσατε εννέα ολόκληρους μήνες και κατ' επέκταση με το παιδί που θα γεννιόταν;»). Ο τρίτος άξονας εξέταζε την προσωπική άποψη της μητέρας για το θεσμό και το νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας (π.χ. ερώτηση «υποστηρίζεται ότι η Ελλάδα διαθέτει πλέον ένα από τα αρτιότερα και προοδευτικότερα νομοθετικά πλαίσια στην Ευρώπη, προστατεύοντας και τις δυο πλευρές; Ισχύει κάτι τέτοιο;»).

## **2.4 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας**

Τόσο στην ποιοτική όσο και στην ποσοτική έρευνα είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας. Με την έννοια της εγκυρότητας εννοούμε αν μετράται αυτό που πραγματικά θέλουμε να μετρήσουμε, ενώ με την έννοια της αξιοπιστίας εκφράζεται η ακρίβεια των ερευνητικών μεθόδων και τεχνικών, το πόσο δηλαδή αξιόπιστα και ακριβή είναι τα δεδομένα που μετράμε.

Η ημιδομημένη συνέντευξη που επιλέχθηκε προσδίδει στην έρευνα αυξημένη εγκυρότητα σε σχέση με άλλες μεθόδους ποσοτικής ανάλυσης (Mason, 2003). Κατά την διατύπωση των ερωτημάτων εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο συνδέονται μεταξύ τους τα ερευνητικά ερωτήματα, η μεθοδολογία και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν (Mason, 2003).

Όσον αφορά την ανάλυση των αποτελεσμάτων (Openheim, 2005), κριτήριο εγκυρότητας στην ποιοτική έρευνα αποτελεί η ειδική θέση ή η οπτική γωνία του ερευνητή από την οποία μπορεί να βλέπει τα πράγματα. Η έρευνα δεν στερείται μεθόδων επιβεβαίωσης των αποτελεσμάτων της καθώς επαναλαμβάνονται τα αποτελέσματα. Συνεπώς υπάρχει εγκυρότητα και αξιοπιστία.

## 2.5 Δεοντολογία συνεντεύξεων

Οι συνεντεύξεις οφείλουν να υπακούουν στην επιστημονική δεοντολογία όπως αυτή εκφράζεται από ένα σύνολο κανόνων. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγονται οι συνεντεύξεις, διατυπώνονται οι ερωτήσεις και τελείται γενικότερα η επικοινωνία ερευνητή-υποκειμένου.

Ο ερευνητής οφείλει άρα να προσαρμοστεί στα δεδομένα του προγράμματος του ερωτώμενου. Έτσι, οι συναντήσεις που θα καθοριστούν πρέπει να γίνονται με την συγκατάθεση των ερωτώμενων, στα μέρη και τις ώρες που εκείνους διευκολύνει. Πέρα και πριν από αυτό τον «άγραφο» δεοντολογικό κανόνα, ο ερευνητής οφείλει να συστήνεται και να προσδιορίζει το σκοπό της έρευνάς του. Επίσης πρέπει να ενημερώνει για τη χρονική διάρκεια της συνέντευξης και να προσπαθεί να μην υπερβαίνει το χρόνο αυτό (Johnson, 1984).

Η διακριτικότητα του ερευνητή και η ευγένειά του, καθορίζουν κατά πολύ την χροιά των απαντήσεων. Τα υποκείμενα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και δικαιοσύνη (Briggs, 1986).

Χωρίς αμφιβολία υπάρχουν αρκετά αρνητικά στοιχεία κατά την προσπάθεια συλλογής πληροφοριών από συνεντεύξεις. Καταρχάς το να παίρνει κάποιος συνεντεύξεις από τα υποκείμενα ενέχει τον κίνδυνο «εισβολής» στη ζωή τους, στον τομέα προσωπικών τους δεδομένων, αν ο ζήλος του ερευνητή είναι υπέρμετρος (Talbot και Edwards, 1994).

Οι κανόνες που εφαρμόζονται κατά τη διεξαγωγή μιας συνέντευξης, επιβάλλουν στον ερευνητή, όταν ο ερωτώμενος του ζητήσει να κλείσει το κασετόφωνο, για να του μιλήσει για κάτι, να το πράξει. Επιπλέον, όταν συμπεράνει ότι ο ερωτώμενος δυσκολεύεται να εκφραστεί ή να εκδηλωθεί, πρέπει να ακολουθήσει την ίδια τακτική και να συζητήσει για κάτι λιγότερο φορτικό.

Για να προστατευτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων στα αποτελέσματα της έρευνας οι δύο γυναίκες θα ονομάζονται ως Π.Μ.Ι. (παρένθετη μητέρα Ι) και Π.Μ.ΙΙ. (παρένθετη μητέρα ΙΙ) και οι δύο γυναικολόγοι Γ.Ι. (γυναικολόγος Ι) και Γ.ΙΙ. (γυναικολόγος ΙΙ).

## **2.6 Δείγμα έρευνας – Χρόνος και Τόπος Διεξαγωγής της έρευνας**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Μάιο του 2015 στο Νομό Αττικής. Κατά το διάστημα του Ιανουαρίου υπήρξε η διαδικασία δόμησης του ερωτηματολογίου στο οποίο θα στηρίζονταν οι συνεντεύξεις. Στη συνέχεια έλαβε χώρα η αναζήτηση και η προσέγγιση των υποκειμένων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 2 γυναίκες που είχαν προσωπική εμπειρία παρένθετης μητρότητας και 2 γυναικολόγοι μαιευτήρες που έχουν συμμετάσχει σε διαδικασίες παρένθετης μητρότητας. Οι συνεντεύξεις έγιναν στο ιατρείο των μαιευτήρων γυναικολόγων ενώ με τις παρένθετες μητέρες τηλεφωνικά και ανώνυμα.

## **2.7 Περιορισμοί έρευνας**

Η χρονοβόρα διαδικασία εύρεσης παρένθετων μητέρων. Ήταν αρκετά δύσκολο να εντοπιστούν και να δεχτούν να μιλήσουν οι δυο παρένθετες μητέρες. Βασικό κριτήριο για την συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν η συνέντευξη να γίνει τηλεφωνικά καθώς και η διασφάλιση της ανωνυμίας τους.

Ο πληθυσμός στόχος ήταν μόνο παρένθετες μητέρες και γυναικολόγοι, ενώ θα μπορούσε να είναι και γονείς του τέκνου ούτως ώστε τα αποτελέσματα να παραδωθούν στην επιστημονική κοινότητα πλήρη.

Βαθμός ανταπόκρισης δείγματος. Η έρευνα στις μητέρες πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά οπότε ο χρόνος της συνέντευξης ήταν μικρότερος. Επίσης υπήρξε απροθυμία των παρένθετων μητέρων να απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Αποτελέσματα Έρευνας

#### 3.1 Συνέντευξη με παρένθετες μητέρες

Ο πρώτος άξονας των ερωτήσεων στις συνεντεύξεις με τις δύο γυναίκες διερευνούσε τη διαδικασία λήψης απόφασής τους για να γίνουν παρένθετες μητέρες. Η ερευνήτρια συγκεκριμένα ρώτησε και τις δύο «*πως αποφάσισαν να αναλάβουν το ρόλο της παρένθετης μητέρας*»; Και οι δύο συμμετέχουσες δήλωσαν ότι οι ίδιες πρότειναν να αναλάβουν το ρόλο της παρένθετης μητέρας. Γνώρισαν και οι δύο το ζευγάρι που είχε πρόβλημα τεκνοποίησης και θέλησαν να βοηθήσουν:

*«Έζησα από κοντά όλες τις προσπάθειες που έκανε η Χ να αποκτήσει δικό της παιδί, την αγωνία, τις δυσκολίες και την στεναχώρια ..... της το πρότεινα η ίδια». (Π.Μ.Ι.)*

*«Το αποφάσισα μόνη μου εφόσον το είχα σκεφτεί πολύ καλά, έπειτα ενημέρωσα τον σύζυγο μου και το συζητήσαμε μαζί». (Π.Μ.ΙΙ.)*

Και οι δύο συμμετέχουσες γνώριζαν το ζευγάρι που βοηθούσαν και την προσπάθειά του να αποκτήσει παιδί. Έτσι η απόφαση να το βοηθήσουν ήταν εύκολη για την Π.Μ.Ι και αποτέλεσμα σοβαρής σκέψης που προήλθε από την αγάπη της και την ενσυναίσθηση του τί περνούσε ή άλλη γυναίκα για την Π.Μ.ΙΙ.

*«Τολμώ να πω πως ήταν εύκολη απόφαση καθώς το έκανα με όλη μου την αγάπη, έβλεπα δύο γονείς που λαχταρούσαν ένα παιδί και αποφάσισα να εκπληρώσω το όνειρο τους». (Π.Μ.Ι.)*

*«..... η απόφαση πάρθηκε μετά από πολύ σκέψη, αλλά βλέποντας μια άλλη γυναίκα και πόσο μάλλον την αδερφή σου να υποφέρει και να στερείται ένα δώρο της φύσης που σε άλλες γυναίκες συμβαίνει φυσιολογικά μου έδωσε την δύναμη να το προτείνω». (Π.Μ.ΙΙ.)*

Και στις δύο περιπτώσεις υπήρχε κάποια συγγένεια με τους γονείς του εμβρύου που δεχτήκαν οι δύο γυναίκες να κυοφορήσουν.

*«Ναι είμαστε συγγενείς εξ αγχιστείας και φίλες»* δήλωσε η Π.Μ.Ι. ενώ η Π.Μ.ΙΙ. ήταν *«αδελφή»* της βιολογικής μητέρας.

Η ενημέρωση για το τι ακριβώς συμβαίνει κατά τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας ήταν ιδιαίτερα σημαντική και για τις δύο γυναίκες. Η Π.Μ.Ι ενημερώθηκε η ίδια προσωπικά, τόσο για την ιατρική όσο και την νομική διαδικασία, πριν προτείνει να αναλάβει το ρόλο της παρένθετης. Η Π.Μ.ΙΙ ενημερώθηκε ταυτόχρονα με την γυναίκα που θα βοηθούσε με την οποία είχαν δεσμό αίματος, ήταν η αδελφή της.

*«Ναι πριν κάνω την πρόταση στο ζευγάρι ενημερώθηκα πλήρως για την διαδικασία όχι μόνο την ιατρική αλλά και την δικαστική». (Π.Μ.Ι.)*

*«Ναι ήξερα κάποια πράγματα για την παρένθετη μητρότητα όσον αφορά το ιατρικό κομμάτι. Όταν επισκεφθήκαμε τον ιατρό μας ενημέρωσε λεπτομερώς για όλα. Δεν γνώριζα φυσικά πολλά πράγματα για το νομικό πλαίσιο».*

Η διαδικασία εμφύτευσης τους ωαρίου δεν ήταν καθόλου οδυνηρή όπως δήλωσαν και οι δύο συνεντευξιαζόμενες:

*«Δεν θα έλεγα ότι είναι οδυνηρή καθώς πρόκειται στην ουσία για μια εξωσωματική γονιμοποίηση». (Π.Μ.Ι.)*

*«..... δεν ήταν οδυνηρή η διαδικασία μετά από κάποιες εξετάσεις και θεραπείες πραγματοποιήθηκε η εμφύτευση του εμβρύου στη μήτρα μου με την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης». (Π.Μ.ΙΙ.)*

Ο δεύτερος άξονας ερωτήσεων εξετάζε τα συναισθήματα της παρένθετης μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Για την Π.Μ.Ι. ήταν *«...μια εύκολη εγκυμοσύνη χωρίς ιδιαίτερες ταλαιπωρίες».* Η παρένθετη μητέρα διαχώρισε πλήρως αυτήν την εγκυμοσύνη της από τις δύο παλιότερές της. Χαρακτηριστικά ανέφερε: *«... η εγκυμοσύνη αυτή δεν είχε σχέση με τις προηγούμενες. Αυτό το παιδί ήταν «ξένο»' απλά το φιλοξενούσα στη μήτρα μου, δεν ήταν δικό μου απλά το βοηθούσα να γεννηθεί. Μάνα είναι αυτή που μεγαλώνει το παιδί και στέκεται δίπλα του, αυτή που το κυοφορεί κάνει απλώς το πρώτο βήμα για να το φέρει στον κόσμο».*

Η Π.Μ.ΙΙ εστιάζεται στο αίσθημα ευθύνης που ένιωθε. Δήλωσε σε συγκεκριμένα: « ... είχα αγωνία και ένα αίσθημα ευθύνης για αυτό το παιδί, ήθελα όλα να πάνε καλά να φέρω εις πέρας την “αποστολή” μου να τους χαρίσω το πολυτιμότερο δώρο της ζωής τους».

Εξίσου ομαλές με την εγκυμοσύνη, ήταν και οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παρένθετης μητέρας. Η Π.Μ.Ι. πήγαινε στο γυναικολόγο μαζί με την μητέρα σε όλες τις εξετάσεις και τους υπερήχους. Γενικά περνούσαν πολύ χρόνο μαζί και όπως επισημαίνει: «Το τελευταίο διάστημα η μητέρα έμενε στο ίδιο σπίτι μαζί μου και με βοηθούσε και με τα δικά μου παιδιά».

Εξίσου στενές ήταν και οι σχέσεις μεταξύ των γονέων και της Π.Μ.ΙΙ.

*«Με τους γονείς μένουμε κοντά. Με βοηθούσαν με το σπίτι και με τα δικά μου παιδιά. Η αδερφή μου και ο άντρας της έρχονταν μαζί μου σε κάθε επίσκεψη στον γυναικολόγο, ήθελα να είναι κοντά μου να το βιώσουν όλο αυτό και να μη χάσουν στιγμή. η αδερφή μου ήταν παρούσα και κατά την διάρκεια της καισαρικής, από τις πιο έντονες και συγκινητικές στιγμές στην ζωή μου».* (Π.Μ.ΙΙ.)

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες ήταν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με αν υπήρξε κάποια στιγμή φόβος από την πλευρά σας για συναισθηματικό δέσιμο με το έμβρυο που θα κυφορούσατε εννέα ολόκληρους μήνες και κατ' επέκταση με το παιδί που θα γεννιόταν;

Η Π.Μ.Ι απάντησε ότι πριν ξεκινήσει η όλη διαδικασία είχε επισκεφθεί ψυχολόγο και είχε δουλέψει το θέμα οπότε ήταν πολύ συνειδητοποιημένη για το ποιος θα ήταν ο ρόλος της. Αντιμετώπισε αυτήν την εγκυμοσύνη ως «ένα δώρο ζωής που θα προσέφερα». Ήταν συνειδητοποιημένη ότι «αυτό το παιδί δεν ήταν δικό της».

Εξίσου συνειδητοποιημένη ήταν και η Π.Μ.ΙΙ. η οποία δήλωσε ότι αυτό το παιδί δεν ήταν δικό της, ήταν της αδερφής της: «Εγώ το κουβαλούσα μέσα μου και το βοήθησα να έρθει στον κόσμο». Ο δεσμός που έχει αναπτύξει με το παιδί είναι αυτός της θείας με το ανιψάκι της.

Όταν η ερευνήτρια ρώτησε τις δύο γυναίκες «αν αισθανθήκανε, έστω για μια στιγμή, ότι αυτό το παιδί είναι δικό τους και θα ήταν δύσκολο να το αποχωριστούν» και οι δύο απάντησαν κατηγορηματικά όχι.

*«Όχι δεν θα μπορούσα ποτέ να διεκδικήσω αυτό το παιδί. Δεν μου ανήκει το έκανα ολόψυχα για να ευχαριστήσω αυτούς τους ανθρώπους».* (Π.Μ.Ι)

*«Όχι αυτήν την πράξη την έκανα για να κάνω 2 ανθρώπους ευτυχισμένους και χαίρομαι που τους έκανα ένα δώρο ζωής. Και μόνο η ευτυχία και η ευγνωμοσύνη στα μάτια τους όταν κράτησαν τον μικρό στην αγκαλιά τους μου αρκεί».* (Π.Μ.ΙΙ.)

Ο τρίτος άξονας εξέταζε την προσωπική άποψη της μητέρας για το θεσμό και το νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας.

Η Π.Μ.ΙΙ πιστεύει ότι είναι « ... αδιαμφισβήτητα ο καλύτερος νόμος που έχει ψηφιστεί στην Ελλάδα ...», επισημαίνει όμως ότι η διαδικασία «... απαιτεί τρέξιμο».

Τέλος, όσον αφορά τις αντιδράσεις του κόσμου και οι δύο συμμετέχουσες δήλωσαν ότι εισέπραξαν «καλά και θετικά σχόλια» (Π.Μ.Ι.) ενώ η Π.Μ.ΙΙ επισημαίνει ότι «στην Ελλάδα δεν είναι ακόμη εξοικειωμένοι με την παρένθετη μητρότητα και το θέμα θεωρείται ταμπού».

### **3.2 Συνέντευξη με ιατρούς**

Το ερωτηματολόγιο για τους γυναικολόγους αποτελούνταν από τέσσερις άξονες ερωτήσεων. Ο πρώτος άξονας εξέταζε το θέμα της τεκνοποίησης.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που ανέφεραν στις συνεντεύξεις οι δύο γιατροί, «περίπου 250-300 χιλιάδες ζευγάρια, περίπου το 12-15% του πληθυσμού» (Γ.ΙΙ.) αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας. Οι τρόποι αντιμετώπισης της υπογονιμότητας αντιμετωπίζονται σε διάφορα μέσα «με πρόκληση ωορρηξίας, με αντιμετώπιση του προβλήματος σπέρματος, ενδεχομένως και με σπερματεγχύσεις». (Γ.Ι.)

Τα αίτια αποτυχίας μιας γονιμοποίησης ποικίλλουν. «Συνήθως η πρώτη αιτία υπογονιμότητας είναι η ενδομητρίωση, όταν όλα φαίνονται φυσιολογικά, φυσιολογικό σπέρμα, φυσιολογικές σάλπιγγες και δεν μένει η γυναίκα έγκυος ενδεχομένως μπορεί να πονάει κιόλας, αυτή είναι ένδειξη ότι μπορεί να έχει ενδομητρίωση. Η ενδομητρίωση είναι η κύρια αιτία υπογονιμότητας. Η δεύτερη πιο συχνή αιτία στις γυναίκες είναι οι σάλπιγγες. Η τρίτη αιτία είναι προβλήματα ωορρηξίας. Άλλη αιτία είναι ανοσολογικοί παράγοντες, ενδεχομένως και έλλειψη επαφών στο ζευγάρι, οπότε στο 40% οφείλεται στη γυναίκα, 40% στον άντρα. Στον άντρα η αιτία είναι η έλλειψη σπέρματος,

*ολιγοσπερμία, τερατοζωοσπερμία, αζωοσπερμία δηλ να μην έχει καθόλου σπέρμα, πολλές φορές έλλειψη στύσης και να μην έχει καθόλου επαφές το ζευγάρι». (Γ.Ι.)*

Ο γυναικολόγος ΙΙ αναφέρει ότι μπορεί να οφείλεται η υπογονιμότητα στον να μην έχει η γυναίκα «έχει ανοιχτές σάλπιγγες ή να έχει ανατομικά προβλήματα που δεν επιτρέπουν την εμφύτευση». (Γ.ΙΙ.Ι.)

Στην Ελλάδα νομικό πλαίσιο που να προσδιορίζει την παρένθετη μητρότητα υπάρχει από το 2005. Αν και έχει περάσει μία δεκαετία οι παρένθετες μητέρες στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Γυναικολόγο Ι, «είναι δεκάδες ή καμιά εκατοστή.. και από το 2005 μπορεί να είναι πάνω από 100 ζευγάρια που έχουν καταφύγει στην λύση της παρένθετης μητρότητας». (Γ.Ι)

Ο γιατρός Ι είχε μεγάλη εμπειρία στο θέμα και δήλωσε: «Εγώ προσωπικά έχω αναλάβει κάποιες δεκάδες περιπτώσεις. Εμείς δεν προτείνουμε καμία γυναίκα στο ζευγάρι γιατί αυτό σημαίνει διαμεσολάβηση και δεν το θέλουμε, ο νόμος απαγορεύει την πληρωμή, επιτρέπει βέβαια κάποια αποζημίωση. Εμείς συστήνουμε στα ζευγάρια να βρίσκουν οι ίδιοι την παρένθετη τους». (Γ.Ι.)

Ο γιατρός ΙΙ δήλωσε ότι «προσωπικά δεν έχει αναλάβει κάποια περίπτωση παρένθετης μητρότητα και η κλινική με την οποία συνεργάζεται αναλαμβάνει 2 – 3 υποθέσεις το χρόνο». (Γ.ΙΙ.)

Ο δεύτερος άξονας αφορούσε τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας, τα ποσοστά επιτυχίας της και τους κινδύνους που ελλοχεύει.

Η διαδικασία είναι η ακόλουθη. Οι ιατροί παίρνουν «τα ωάρια της βιολογικής μητέρας τα γονιμοποιούν με το σπέρμα του συζύγου και τα τοποθετούν στην παρένθετη. Αυτό γίνεται με δικαστική απόφαση, υπάρχουν και πολλές γυναίκες που χρησιμοποιούν τις μητέρες τους για να γίνει αυτό, δηλ. γιαγιάδες που γεννούν τα εγγονάκια τους ή αδερφές ή φίλες ή γνωστές μεταξύ τους». (Γ.Ι.).

*«Είναι πάντα εξωσωματική διαδικασία» (Γ.ΙΙ.)*

Και οι δύο γιατροί επισήμαναν ότι η διαδικασία της παρένθετης μητρότητας μπορεί αν εφαρμοστεί όταν η γυναίκα «έχει πρόβλημα ιατρικό και πρέπει αποδεδειγμένα με ιατρική γνωμάτευση να μην μπορεί να κάνει παιδί». (Γ.Ι.). Επίσης, σύμφωνα με το γυναικολόγο ΙΙ: «η ανάγκη να αποκτήσει το παιδί του συντρόφου της ωθεί μια γυναίκα στην λύση της παρένθετης κατά βάση». (Γ.ΙΙ.)



Από την άλλη οι λόγοι που ωθούν μια γυναίκα να γίνει παρένθετη μητέρα, «είναι λόγοι αλτρουισμού, λόγοι φιλίας, συγγένειας, το ότι είναι γνωστές και η μια θέλει να βοηθήσει την άλλη». (Γ.Ι.)

Η επιτυχία της γονιμοποίησης σύμφωνα με το Γυναικολόγο Ι «εξαρτάται από την ηλικία του ωαρίου, όσο πιο μικρή είναι η ηλικία του ωαρίου της βιολογικής μητέρας τόσο πιο εύκολα μένει έγκυος». Όσον αφορά την ηλικία της μητέρας, «εάν δώσει τα δικά της ωάρια η γυναίκα που επιθυμεί το παιδί μέχρι τα 43 μπορεί να προσδοκά πετυχημένη εμφύτευση». (Γ.ΙΙ.)

Αυτό που επισημαίνει ο Γυναικολόγος ΙΙ είναι ότι τα ποσοστά επιτυχίας είναι «ανώτερα από άλλες μορφές εξωσωματικής γιατί η μήτρα της παρένθετης που συνήθως επιλέγεται είναι κατά κανόνα γυναίκα που η ίδια έχει παιδιά».

Από άποψη κινδύνου η εξωσωματική με παρένθετη δεν ελλοχεύει κάποιο κίνδυνο. Απλά ο Γυναικολόγος Ι επισημαίνει ότι «εάν σε περίπτωση η παρένθετη είναι μεγάλης ηλικίας θα ελεγχθεί από παθολόγους, καρδιολόγους» προκειμένου να ελεγχθεί η καλή κατάσταση της υγείας της. Πέραν αυτών, πρόκειται για μια εγκυμοσύνη και όπως όλες οι άλλες «έχει τους κινδύνους της». (Γ.ΙΙ.)

Ο τρίτος άξονας του ερωτηματολογίου αφορούσε το ρόλο του γιατρού στη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας. Και οι δύο γιατροί επισημαίνουν ότι δεν αναμιγνύονται στη διαδικασία επιλογής και προτείνουν τη λύση της παρένθετης μητρότητας μόνο όταν δικαιολογείται για ιατρικούς λόγους.

Ο τέταρτος άξονας εξέταζε την προσωπική άποψη του γιατρού για την παρένθετη μητρότητα. Ο πρώτος γιατρός, Γυναικολόγος Ι, που είχε και μεγάλη προσωπική πείρα δήλωσε ότι «συμφωνεί απόλυτα με αυτήν την μορφή τεκνοποίησης όταν υπάρχει ιατρικό πρόβλημα και είναι ο μόνος τρόπος για να κάνει παιδί». Δήλωσε πως πιστεύει ότι «είναι μια καλή πράξη και θα ήταν αντίθετος εάν γινόταν για κοινωνικούς λόγους δηλαδή μια γυναίκα που δεν θα ήθελε να χαλάσει το σώμα της και θα ήθελε να χρησιμοποιήσει μια άλλη για αυτόν τον σκοπό».

Ο γυναικολόγος ΙΙ που δεν είχε προσωπική εμπειρία είναι περισσότερο σκεπτικός απέναντι στη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας. Συγκεκριμένα πιστεύει ότι «ηθικά "μπάζει" από πολλά σημεία. Δεν είναι ποτέ αλτρουιστικά τα κίνητρα της παρένθετης, εκτός εάν είναι συγγενείς και το κάνει από λόγου αγάπης, συνήθως κάτω από το τραπέζι οι παρένθετες πληρώνονται κανονικά». (Γ.ΙΙ.)

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι ο Γυναικολόγος Π πιστεύει ότι η παρένθετη μητέρα θα πρέπει να έχει δικό της παιδί «για να μη νιώσει μεγάλο πόνο όταν αποχωριστεί το παιδί που θα κυοφορήσει». (Γ.Π.)

Όσον αφορά τέλος, το νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας και οι δύο συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η Ελλάδα διαθέτει πλέον ένα από τα αρτιότερα και προοδευτικότερα νομοθετικά πλαίσια στην Ευρώπη, προστατεύοντας και τις δυο πλευρές.

«... είναι ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο που δίνει την δυνατότητα σε πολλά ζευγάρια με διάφορες μορφές υπογονιμότητας να αποκτήσουν παιδιά». (Γ.Ι.)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Συμπεράσματα

Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί μία από τις νέες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας κατά την οποία μία γυναίκα κυοφορεί το παιδί μιας άλλης. Αποτελεί μία από τις πλέον αμφιλεγόμενες διαδικασίες στο χώρο. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι έρευνες έχουν εστιαστεί στο παρελθόν, κυρίως στις αρνητικές πλευρές της παρένθετης μητρότητας. Μεγάλη δημοσιότητα είχε δεχθεί η υπόθεση «Baby M» στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου η παρένθετη μητέρα είχε αρνηθεί να παραδώσει το παιδί (New Jersey Supreme Court, 1987).

Ιδιαίτερο βάρος δίνεται και από τους ερευνητές στις πιθανές αρνητικές επιδράσεις της διαδικασίας στις παρένθετες μητέρες. Για παράδειγμα, έχει προταθεί ότι το να παραδίδουν το παιδί αμέσως μετά τον τοκετό οι παρένθετες μητέρες, μπορεί να είναι ιδιαίτερο στρεσογόνο για αυτές και να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα (British Medical Association, 1996).

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι παρένθετες μητέρες δεν αντιμετώπισαν τέτοιου είδους προβλήματα καθώς είχαν συνειδητοποιήσει από την αρχή της διαδικασίας ότι το παιδί που κυοφορούσαν ήταν ξένο και απλά βοηθούσαν ένα ζευγάρι που δεν μπορούσε να τεκνοποιήσει. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι σύμφωνα με αυτά του Ragone (1994) ο οποίος στην έρευνά του είχε καταλήξει ότι η παρένθετη μητέρα δεν αναπτύσσει κάποιο δέσιμο με το μωρό το οποίο πιθανώς να τη δυσκολεύει μεταγενέστερα να δώσει το παιδί στους βιολογικούς γονείς του, καθώς αποστασιοποιείται από το αγέννητο μωρό.

Θα πρέπει να επισημανθεί βέβαια, ότι σύμφωνα με τον Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο (British Medical Association, 1996) ελλοχεύει ο κίνδυνος, μια τέτοια αποστασιοποίηση να θέσει σε κίνδυνο το αγέννητο μωρό. Στην παρούσα έρευνα και οι δύο οι παρένθετες μητέρες έδειξαν ιδιαίτερη προσοχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνοδεύονταν από τη βιολογική μητέρα ή και από τους δύο γονείς σε όλες τις επισκέψεις στο γυναικολόγο και στα διαγνωστικά κέντρα και αισθάνονταν έντονα το αίσθημα της ευθύνης για το «δώρο ζωής» που κυοφορούσαν.

Συχνά επίσης, υποστηρίζεται ότι οι παρένθετες μητέρες μπορεί να έχουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό ή να βιώσουν συναισθήματα θυμού ή ενοχής, που μπορεί να προσθέσουν περαιτέρω πίεση στην ψυχική υγεία της γυναίκας. Το αν το βιολογικό ζευγάρι είναι γνωστό με την παρένθετη μητέρα, ή όχι, και αν η παρένθετη μητέρα είναι επίσης και η βιολογική μητέρα του παιδιού, αποτελούν επίσης παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των παρένθετων μητέρων (Blyth, 1994). Στην παρούσα έρευνα και οι δύο παρένθετες μητέρες γνώριζαν του βιολογικούς γονείς και το στοιχείο αυτό δεν αποτέλεσε αρνητικό παράγοντα, αντιθέτως ήταν και το κίνητρο για να προσφέρουν οι δύο γυναίκες βοήθεια στο υπογόνιμο ζευγάρι. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ενώ ο ένας γυναικολόγος – μαιευτήρας εκ των δύο που συμμετείχε στην έρευνα είχε θετική άποψη για την παρένθετη μητρότητα, ο άλλος εξέφρασε ανησυχίες για την ψυχική υγεία της παρένθετης μητέρας.

Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι η παρένθετη μητρότητα, μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική εκμετάλλευση των γυναικών (Blyth, 1994), έτσι ώστε οι γυναίκες να δέχονται να συνάψουν συμφωνία παρένθετης μητρότητας, λόγω της οικονομικής δυσπραγίας τους, χωρίς να είναι πλήρως ενήμερες για τους πιθανούς κινδύνους (Brazier et al., 1998).

Άλλες ανησυχίες σχετικά με την παρένθετη μητρότητα, περιλαμβάνουν τον αντίκτυπο της διαδικασίας στο σύντροφο – σύζυγο της παρένθετης μητέρας, τους γονείς της και τα τυχόν υπάρχοντα παιδιά. Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος, στο πλαίσιο του ελέγχου της πρακτικής της παρένθετης μητρότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο, τόνισε τη σημασία των συντρόφων - συζύγων των παρένθετων μητέρων, οι οποίοι θα πρέπει να παρέχουν την πλήρη υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και μετά τη γέννηση του μωρού. Σε περίπτωση που η παρένθετη μητέρα έχει δικά της παιδιά, ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος προτείνει ότι τα παιδιά πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την εκ των προτέρων ρύθμιση, καθώς η εξαφάνιση του μωρού μετά τη γέννηση μπορεί να τους προκαλέσει δυσφορία (British Medical Association, 1996). Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι και οι δύο μητέρες είχαν την πλήρη υποστήριξη της οικογένειάς τους και είχαν συζητήσει την απόφασή τους να εμπλακούν σε αυτή τη διαδικασία μαζί τους εκ των προτέρων.

Γενικά, οι έρευνες που εξετάζουν τις εμπειρίες των παρένθετων μητέρων είναι περιορισμένες. Ο Blyth (1994) εξέτασε τις εμπειρίες 19 παρένθετων μητέρων και τα αίτια της απόφασής τους, και διαπίστωσε ότι υπήρχαν πολλοί διαφορετικοί λόγοι για την απόφαση να γίνουν παρένθετες μητέρες, όπως το κέρδος, η απόλαυση της εγκυμοσύνης/τοκετού, και η απόκτηση μια αίσθησης προσωπικής αξίας. Διαπίστωσε επίσης ότι οι 10 από τις 19 παρένθετες μητέρες είχαν βιώσει κάποια μορφή αρνητικής αντίδρασης από τον περίγυρό τους. Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που βρίσκονταν σε διάφορα στάδια της διαδικασίας παρένθετη μητρότητας. Δηλαδή, μερικές γυναίκες ερωτήθηκαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ άλλες είχαν γεννήσει ένα υποκατάστατο παιδί το οποίο πλέον είχε φτάσει σε σχολική ηλικία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι παρένθετες μητέρες ήταν συγγενείς ή φίλες του ζευγαριού. Αρνητικές αντιδράσεις από το περιβάλλον της παρένθετης μητέρας επισήμαναν στην έρευνά τους και οι Kennell και McGrath (2002).

Στην παρούσα έρευνα οι δύο συμμετέχουσες δεν είχαν αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα ή αρνητική αντιμετώπιση από τον κύκλο τους ή την τοπική κοινωνία. Αντιθέτως είχαν λάβει θερμή υποστήριξη και αναγνώριση ότι προσέφεραν ένα θείο δώρο.

Μια αμερικανική ποιοτική μελέτη (Ragone, 1994) εξέτασε επίσης τα κίνητρα για των γυναικών που αποφασίζουν να συμμετέχουν στη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας. Ο Ragone διαπίστωσε ότι η πληρωμή δεν ήταν ένας σημαντικός παράγοντας. Αντ' αυτού, οι γυναίκες έτειναν να αναφέρουν περισσότερα αλτρουιστικά λόγους, συμπέρασμα που είναι σύμφωνα με τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας.

Υπάρχουν δύο τύποι της παρένθετης μητρότητας, η μερική (γενετική), και η πλήρη (κύηση). Στη μερική παρένθετη μητρότητα, η παρένθετη μητέρα είναι επίσης η γενετική μητέρα του παιδιού, και η σύλληψη πραγματοποιείται συνήθως με τεχνητή γονιμοποίηση χρησιμοποιώντας το σπέρμα του πατέρα. Στην πλήρη παρένθετη μητρότητα, το ζευγάρι είναι οι γενετικοί γονείς του παιδιού και η σύλληψη γίνεται σε μια κλινική μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η χρήση της ART μπορεί να έχει συναισθηματική επίδραση στην παρένθετη μητέρα ή τη μητέρα δότρια του ωαρίου για παράδειγμα, καθώς μπορεί να υποθέσει ότι δίνει πίσω το παιδί της στο ζευγάρι μετά τη γέννηση, αίσθημα που μπορεί να είναι αιτία συναισθηματικής δυσφορίας (Shenfield et al., 2005; van den Akker, 2007; Kennell & McGrath, 2002).

Κατά την εγκυμοσύνη αναπτύσσονται σημαντικοί βιολογικοί δεσμοί μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου. Ένα από τα πλέον συγκεκριμένα παραδείγματα της σημασίας αυτού του δεσμού προέρχεται από τη γνώση της φυσιολογίας του εμβρύου και της μητέρας. Η ορμόνη ωκυτοκίνη διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην έναρξη των αντιδράσεων της εγκύου μητέρας σύμφωνα με το φυσικό μητρικό της ένστικτο (FazliKhalaf, 2008).

Ολοκληρώνοντας θα πρέπει να επισημανθεί ότι η μελέτη μας έδειξε κυρίως τη θετική εμπειρία των παρένθετων μητέρων, ωστόσο, η παρένθετη μητρότητα χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα σε διάφορες πτυχές καθώς η διαχείρισή της είναι πολύ σημαντική και απαιτεί βαθιά διαβούλευση για την επιλογή της κατάλληλης παρένθετης. Είναι σημαντικό επίσης να προσφέρεται συμβουλευτική υποστήριξη στις παρένθετες μητέρες τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και μετά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbasi M, Salehi HR, Mashayekhi B. (2011). *The nature of medical obligations in the light of comparative study*, Iran J Med Law, 2011;1:7–24

American Pregnancy Association, (2015): In Vitro Fertilization: IVF <http://americanpregnancy.org/infertility/in-vitro-fertilization> [Ανακτήθηκε στις 23/05/2015]

American Society for Reproductive Medicine (2011). *Assisted Reproductive Technologies. A Guide for Patients*, Διαθέσιμο σε: [https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM\\_Content/Resources/Patient\\_Resources/Fact\\_Sheets\\_and\\_Info\\_Booklets/ART.pdf](https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/ART.pdf). [Ανακτήθηκε στις 17/05/2015]

Asch, R., Ellsworth, L., Balmaceda, J., & Wong, P. (1984). *Pregnancy after transaparoscopic gamete intrafallopian transfer*, The Lancet, 324(8410), 1034-1035

Blyth, E. (1994). *I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something interesting with my life: Interviews with surrogate mothers in Britain*. J. Reprod. Infant Psychol., 12, 189–198

Brazier, M., Campbell, A. and Golombok, S. (1998). *Surrogacy: Review for health ministers of current arrangements for payments and regulation*, No. CM 4068, Department of Health, London

Brinsden P. Gestational surrogacy (2003). *Hum Reprod Update*, 9:483–491

British Medical Association (1996). *Changing conceptions of motherhood. The practice of surrogacy in Britain*, British Medical Association, London

Carter, J. (2014). *Surrogacy*, Διαθέσιμο σε: <http://erlc.com/documents/pdf/Surrogacy.pdf.3> [Ανακτήθηκε στις 27/05/2015]

Centers for Disease Control and Prevention (1999). *Achievements in public health, 1900–1999: Family planning*. *MMWR Weekly*, Dec 3;48(47):1073-80, Διαθέσιμο σε: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4847a1.htm> [Ανακτήθηκε στις 7/05/2015]

Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies, Διαθέσιμο σε: [http://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organ/docs/study\\_eshre\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/study_eshre_en.pdf) [Ανακτήθηκε στις 30/05/2015]

- Csemiczky, G., Landgren, B. & Collins, A. (2000). *The influence of stress and stage anxiety on the outcome of IVF – treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF treatment*, *Acta electronica obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 79(2), 113-118
- Davis, E. (2012). *Rise of Gestational Surrogacy and the Pressing Need for International Regulation*, *The. Minn. J. Int'l L.*, 21, 120
- DeFrain, J., & Asay, S. M. (2007). *Strong families around the world: An introduction to the family strengths perspective*, *Marriage & Family Review*, 41(1-2), 1-10
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G., & Koninckx, P. R. (1994). *Personality characteristics, psychoendocrinological stress and outcome of IVF depend upon the etiology of infertility*, *Gynecological Endocrinology*, 8(4), 233-240
- Dessolle, L., Fréour, T., Ravel, C., Jean, M., Colombel, A., Daraï, E., & Barrière, P. (2011). *Predictive factors of healthy term birth after single blastocyst transfer*, *Human reproduction*, 26(5), 1220-1226
- Di Mateo, R. & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας (Μετάφραση – Επιμέλεια: Αναγνωστόπουλος, Φ., Ποταμιάνος, Γ.)*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Dondorp, W., De Wert, G., Pennings, G., Shenfield, F., Devroey, P., Tarlatzis, B., & Barri, P. (2010). *Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction*. *Human reproduction*, dep458
- FazliKhalaf ZMA, Shafiabadi A, Tarahhomi M. (2008). *Psychological aspects of surrogate motherhood*, *Reprod Infertil*, 9:43–49
- Field, M. A. (1990). *The case against enforcement of surrogacy contracts*, *Politics and the Life Sciences*, 199-204
- Golombok S, Murray C, Jadvá V, MacCallum F, Lycett E. (2004). *Families created through surrogacy arrangements: Parent–Child Relationships in the 1st Year of Life*, *Dev Psychol.*, 40:400–411
- Human Fertilisation & Embryology Authority (2015). *What is GIFT and how does it work?* Διαθέσιμο σε: <http://www.hfea.gov.uk/GIFT.html> [Ανακτήθηκε στις 30/05/2015]



- Jadva, V., Blake, L., Casey, P., & Golombok, S. (2012). *Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins*, *Human reproduction*, des273
- Kennell J, McGrath S. (2002). *Starting the process of mother-infant bonding*, *Acta Paediatrica*, 94:775–777
- Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L., & Sieber, W. (2001). *A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer*, *Fertility and sterility*, 76(4), 675-687
- Kumar, P., Inder, D., & Sharma, N. (2013). *Surrogacy and women's right to health in India: Issues and perspective*, *Indian journal of public health*, 57(2), 65
- Limon C. (2013). *Surrogacy and parenthood: An overview of the research on the relationship between surrogacy and adoption*, *Aust J Adoption*, 013;7:1–16
- MacPhee, D., & Forest, K. (1990). *Surrogacy: programme comparisons and policy implications*, *International Journal of Law, Policy and the Family*, 4(3), 308-317
- Naseri Moghadam H. (2008). *Jurisprudential laws of relationship regarding infants born via Surrogacy*, *J Reprod Infertil*, 2008;9:14–29
- New Jersey Supreme Court (1987). In the case of baby M.
- Parahoo K. (2006). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*, 2nd Ed. London: Palgrave Macmillan
- Pashmi M, Ahmadi SA, Tabatabaie SMS. (2009). *The need for counseling surrogate mothers before practicing surrogacy*, *J Reprod Infertil*, 9:361–372
- Pennings, G. (2009). *International evolution of legislation and guidelines in medically assisted reproduction*, *Reproductive biomedicine online*, 18, S15-S18
- Radin, M. J. (1996). *What, If Anything, Is Wrong with Baby Selling*, *Pac. LJ*, 26, 135
- Ragoné, H. (1994). *Surrogate Motherhood: Conception in the heart*, Westview Press, Oxford
- Reprostat (2003). *Reproductive health Indicators in the European Union*, Final Technical Report, Διαθέσιμο σε: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/monitoring/fp\\_monitoring\\_2001\\_a1\\_frep\\_02\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a1_frep_02_en.pdf) [Ανακτήθηκε στις 30/05/2015]

- Roger, P.S. (2007) *Μαιευτική και Γυναικολογία*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις
- Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, de Wert G, Tarlatzis B. (2005). *ESHRE Task force on ethics and law 10: surrogacy*, *Hum Reprod*, 20:2705–2707
- Storck, S. (2014). In vitro fertilization (IVF) U.S. *National Library of Medicine*, Διαθέσιμο σε: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007279.htm> [Ανακτήθηκε στις 10/05/2015]
- Temam, E. (2012). *The Social Relations of Surrogacy*, Διαθέσιμο σε: [http://www.researchgate.net/profile/Elly\\_Temam/publication/262010602\\_Review\\_of\\_Birthing\\_a\\_Mother\\_in\\_Symbolic\\_Interaction\\_by\\_Cindy\\_A\\_Stearns/links/00b7d536557750090b000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Elly_Temam/publication/262010602_Review_of_Birthing_a_Mother_in_Symbolic_Interaction_by_Cindy_A_Stearns/links/00b7d536557750090b000000.pdf) [Ανακτήθηκε στις 30/05/2015]
- The methods of assisted conception (2013), Διαθέσιμο σε: <http://www.birthing.com.au/difficulty-conceiving/assisted-conception#.VVLI05NltT9> [Ανακτήθηκε στις 30/05/2015]
- Van den Akker O. (2007). *Psychosocial aspects of surrogate motherhood*, *Hum Reprod*;13:53–62
- Van Voorhis, B. J. (2007). In vitro fertilization. *New England Journal of Medicine*, 356(4), 379-386
- Γουρουντή, Κ.Κ. (2011). *Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στην κύηση – προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας*, Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα
- Δελτσίδου, Α. & Νάνου, Χ. (2011). *Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Αθήνα: Πασχαλίδη
- Δηλάκη, Γ. (2011). *Η κοινωνιολογική μελέτη του σύγχρονου σώματος*, *Ιατροnet*, Πρώτη δημοσίευση: 14/01/2011, Διαθέσιμο σε: <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/13788/i-koinwniologiki-meleti-toy-sygxronoy-swmatos.html> [Ανακτήθηκε στις 02/06/2015]
- Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης Δ. (2005). *Σεξουαλικότητα (εξ) στα χρόνια της Αβεβαιότητας και του AIDS*, Αθήνα: Πολύτροπον

- Ιωαννίδης, Σ. (2001). *Αιτιοπαθογένεια υπογονιμότητας στον άνδρα*, Στο: Ανθρώπινη Αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ
- Κεχαγιά, Α. & Συμεωνίδου, Ε. (2009). *Υπογονιμότητα – Εξωσωματική γονιμοποίηση ηθικά διλλήματα και προβλήματα*, Πτυχιακή Εργασία, Θεσσαλονίκη
- Σαραντάκη, Α., Γουρουντή, Κ., Λυκερίδου, Α. (2008). *Εμπειρία υπογόνιμων Ελληνίδων που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση*, Νοσηλευτική, 47: 122-133
- Σαρίδη, Μ., & Γεωργιάδη, Ε. Θ. (2010). *Αίτια υπογονιμότητας*, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4): 409-419
- Φανάρα, Β. (2000). *Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή*, Θεσσαλονίκη: Το Παίμψηστον
- Φωτιάδη, Ι. (2014). *Ελληνική «βιομηχανία» με παρένθετες μητέρες*, Καθημερινή, Πρώτη δημοσίευση: 13/04/2014, Διαθέσιμο σε: <http://www.kathimerini.gr/762582/article/epikairothta/ellada/ellhnikh-viomhxania-me-paren8etes-mhteres>  
[Ανακτήθηκε στις 30/05/2015]
- Ωραιοπούλου, Α. (2003). *Και την ψυχή μου για ένα μωρό*; Αθήνα: Μύρτος

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Ερωτηματολόγιο για γιατρούς

1. Πόσα ζευγάρια στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν προβλήματα τεκνοποίησης;
2. Ποιοί είναι οι παράγοντες που δεν πετυχαίνει μια γονιμοποίηση;
3. Η παρένθετη μητρότητα υφίσταται από το 2005 στην Ελλάδα. Από τότε οι παρένθετες μητέρες σε ποιόν αριθμό φτάνουν και πόσες έχετε αναλάβει εσείς;
4. Είναι μια μορφή εξωσωματικής; Μπορείτε να μας περιγράψετε την διαδικασία;
5. Που βρίσκει εφαρμογή;
6. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι ίδια με άλλες μορφές εξωσωματικής;
7. Από τι εξαρτάται η πιθανότητα επιτυχίας;
8. Ελλοχεύει κινδύνους;
9. Τη διαδικασία εύρεσης παρένθετης μητέρας την αναλαμβάνετε εσείς ή το ζευγάρι;
10. Τι πιστεύετε πως ωθεί μια γυναίκα να γίνει παρένθετη μητέρα;
11. Συμφωνείτε με αυτή τη μορφή τεκνοποίησης;
12. Συμφωνείτε με την άποψη ότι η Ελλάδα διαθέτει πλέον ένα από τα αρτιότερα και προοδευτικότερα νομοθετικά πλαίσια στην Ευρώπη, προστατεύοντας και τις δυο πλευρές. Ισχύει κάτι τέτοιο;

## Συνέντευξη Γυναικολόγου I

Περίπου 250.000 είναι τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, προσπαθούμε να τα αντιμετωπίσουμε με πιο απλή διαδικασία τα ζευγάρια αυτά δηλ με ψάξιμο εξετάσεων, με πρόκληση ωορρηξίας, με αντιμετώπιση του προβλήματος σπέρματος, ενδεχομένως και με σπερματεγχύσεις, από αυτά καταλήγουν στην εξωσωματική περίπου 12-14 χιλιάδες ζευγάρια το χρόνο.

Συνήθως η πρώτη αιτία υπογονιμότητας είναι η ενδομητρίωση, όταν όλα φαίνονται φυσιολογικά, φυσιολογικό σπέρμα, φυσιολογικές σάλπιγγες και δεν μένει η γυναίκα έγκυος ενδεχομένως μπορεί να πονάει κιόλας, αυτή είναι ένδειξη ότι μπορεί να έχει ενδομητρίωση. Η ενδομητρίωση είναι η κύρια αιτία υπογονιμότητας. Η δεύτερη πιο συχνή αιτία στις γυναίκες είναι οι σάλπιγγες. Η τρίτη αιτία είναι προβλήματα ωορρηξίας. Άλλη αιτία είναι ανοσολογικοί παράγοντες, ενδεχομένως και έλλειψη επαφών στο ζευγάρι, οπότε στο 40% οφείλεται στη γυναίκα, 40% στον άντρα. Στον άντρα η αιτία είναι η έλλειψη σπέρματος, ολιγοσπερμία, τερατοζωοσπερμία, αζωοσπερμία δηλ να μην έχει καθόλου σπέρμα, πολλές φορές έλλειψη στύσης και να μην έχει καθόλου επαφές το ζευγάρι. Στο 20% συγκεκριμένα προβλήματα του ζευγαριού.

Οι παρένθετες γυναίκες στην χώρα μας πιστεύω ότι είναι δεκάδες ή καμιά εκατοστή, τώρα από το 2005 μπορεί να είναι πάνω από 100 ζευγάρια που έχουν καταφύγει στην λύση της παρένθετης μητρότητας. Πλέον όμως γίνεται όλο και πιο συχνά γιατί υπάρχουν προβλήματα από τις βιολογικές μητέρες είτε πρόβλημα από τη μήτρα είτε από το ενδομήτριο που δεν μπορεί να εμφυτευτεί το έμβρυο ή έλλειψη μήτρας σύνδρομο rokitansky σε αυτήν την περίπτωση υπάρχουν ωοθήκες και λειτουργούν κανονικά ή ιατρογενείς λόγοι δηλ. Να έχει δημιουργηθεί πρόβλημα στη μήτρα λόγω κάποιου χειρουργείου. Σε αυτήν την περίπτωση παίρνουμε τα ωάρια της βιολογικής μητέρας τα γονιμοποιούμε με το σπέρμα του συζύγου και τα τοποθετούμε στην παρένθετη. Αυτό γίνεται με δικαστική απόφαση, έχουμε και πολλές γυναίκες που χρησιμοποιούν τις μητέρες τους για να γίνει αυτό, δηλ. γιαγιάδες που γεννούν τα εγγονάκια τους ή αδερφές ή φίλες ή γνωστές μεταξύ τους.

Εγώ προσωπικά έχω αναλάβει κάποιες δεκάδες περιπτώσεις. Εμείς δεν προτείνουμε καμία γυναίκα στο ζευγάρι γιατί αυτό σημαίνει διαμεσολάβηση και δεν το θέλουμε, ο νόμος απαγορεύει την πληρωμή, επιτρέπει βέβαια κάποια αποζημίωση, συστήνουμε στα ζευγάρια να βρίσκουν οι ίδιοι την παρένθετη τους.

Οι λόγοι που ωθούν μια γυναίκα να βρει παρένθετη είναι πρόβλημα ιατρικό, δεν είναι πρόβλημα κοινωνικό ούτε ενθαρρύνουμε εμείς για να μην χαλάσει το σώμα της το απαγορεύει ο νόμος έτσι και αλλιώς, πρέπει να έχει πρόβλημα ιατρικό, πρέπει αποδεδειγμένα με ιατρική γνωμάτευση να μην μπορεί να κάνει παιδί.

Από την μεριά της παρένθετης πιστεύω πως είναι λόγοι αλτρουισμού, λόγοι φιλίας, συγγένειας, το ότι είναι γνωστές και η μια θέλει να βοηθήσει την άλλη.

Συμφωνώ απόλυτα με αυτήν την μορφή τεκνοποίησης όταν υπάρχει ιατρικό πρόβλημα και είναι ο μόνος τρόπος για να κάνει παιδί. Νομίζω πως είναι μια καλή πράξη, θα ήμουν αντίθετος εάν γινόταν για κοινωνικούς λόγους δηλαδή μια γυναίκα που δεν θα ήθελε να χαλάσει το σώμα της και θα ήθελε να χρησιμοποιήσει μια άλλη για αυτόν τον σκοπό, εκεί θα ήμουν αντίθετος. Αλλά όταν πρόκειται για ιατρική πράξη και είναι ο μόνος τρόπος για να βοηθηθεί μια γυναίκα να βέβαια είμαι απόλυτα σύμφωνος.

Η πιθανότητα επιτυχίας της γονιμοποίησης εξαρτάται από την ηλικία του ωαρίου όσο πιο μικρή είναι η ηλικία του ωαρίου της βιολογικής μητέρας τόσο πιο εύκολα μένει έγκυος.

Όχι δεν ελλοχεύει κινδύνους η εξωσωματική με παρένθετη, εάν σε περίπτωση η παρένθετη είναι μεγάλης ηλικίας θα ελεγχθεί από παθολόγους, καρδιολόγους για να δούμε αν είναι καλά στην υγεία της.

Ισχύει, είναι ευέλικτο νομοθετικό πλαίσιο δίνει την δυνατότητα σε πολλά ζευγάρια με διάφορες μορφές υπογονιμότητας να αποκτήσουν παιδιά.

## Συνέντευξη Γυναικολόγου II

Περίπου 250-300 χιλιάδες ζευγάρια περίπου το 12-15% του πληθυσμού.

Μπορεί να φταίει το σπέρμα στο 40%, μπορεί να φταίει ο γυναικείος παράγοντας να μην κάνει καλή ωορρηξία η γυναίκα, να μην έχει ανοιχτές σάλπιγγες, να έχει ανατομικά προβλήματα που δεν επιτρέπουν την εμφύτευση, αυτό είναι το υπόλοιπο 40% και το 20% δεν ξέρουμε είναι η λεγόμενη ιδιοπαθής υπογονιμότητα.

Δε νομίζω ότι υπάρχει καταγραφή γιατί δεν υπάρχει και φορέας που να ελέγχει και να καταγράφει, αλλά πιστεύω πως δεν είναι πολλές οι γυναίκες που καταφεύγουν στην λύση της παρένθετης, δε νομίζω να έχουν ξεπεράσει τις εκατοντάδες. Προσωπικά δεν έχω αναλάβει κάποια, η κλινική που συνεργάζομαι αναλαμβάνει 2-3 το χρόνο.

Είναι πάντα εξωσωματική η παρένθετη πρέπει να δημιουργηθούν ωάρια, να γονιμοποιηθούν, να αναπαραχθούν έμβρυα και τα έμβρυα να μεταφερθούν στη μήτρα άλλης γυναίκας και αυτό γιατί η γυναίκα που το επιδιώκει δεν έχει την δυνατότητα κυοφορίας είτε γιατί η μήτρα της είναι κατεστραμμένη είτε γιατί λείπει είτε γιατί έχει χειρουργηθεί για καρκίνο τραχήλου της μήτρας, είτε γιατί η ίδια η υγεία της κινδυνεύει αν τυχόν κυοφορήσει γιατί η εγκυμοσύνη είναι πολύ στρεσογόνα για την υγεία της γυναίκας.

Τα ποσοστά επιτυχίας ίσως είναι ανώτερα από άλλες μορφές εξωσωματικής γιατί η μήτρα της παρένθετης που συνήθως επιλέγεται είναι κατά κανόνα γυναίκα που η ίδια έχει παιδιά, επιβάλλεται να έχει ηθικά τουλάχιστον, όχι νομικά και αυτό για να μη νιώσει μεγάλο πόνο όταν αποχωριστεί το παιδί που θα κυοφορήσει.

Η πιθανότητα επιτυχίας εξαρτάται από το "χωράφι" δηλαδή τη μήτρα της παρένθετης και από το γενετικό υλικό που θα της μεταφερθεί, εάν τα έμβρυα που θα της μεταφερθούν είναι καλά τότε έχει μεγάλη πιθανότητα επιτυχίας. Η ηλικία του ωαρίου της βιολογικής μητέρας επίσης παίζει τεράστιο ρόλο, και πολλές από αυτές τις γυναίκες που επιδιώκουν την παρένθετη επειδή έχουν περάσει πού τα χρόνια μέχρι να το αποφασίσουν και να βρουν συνήθως καταφεύγουν στη λύση της δωρεάς ωαρίων δηλαδή δανείζονται ωάρια μιας άλλης γυναίκας, γονιμοποιείται με το σπέρμα του συζύγου τους και τα έμβρυα που προκύπτουν μεταφέρονται σε μια τρίτη γυναίκα τη παρένθετη. Εάν δώσει τα δικά της ωάρια η γυναίκα που επιθυμεί το παιδί μέχρι τα 43 μπορεί να προσδοκά εμφύτευση.

(Εάν ελλοχεύει κινδύνους) Ναι είναι μια εγκυμοσύνη και όπως κάθε εγκυμοσύνη έχει τους κινδύνους της.

Απαγορεύεται από το νόμο την παρένθετη να την βρίσκει ο ιατρός, την αναλαμβάνει η ίδια η ασθενής και είναι προς συμφέρον της γιατί θα κάνει μόνη της τους διακανονισμούς της, θα ελέγξει την παρένθετη θα δει την συμπεριφορά της και από εκεί και πέρα θα αποφασίσει αν της κάνει η όχι.

Η ανάγκη να αποκτήσει το παιδί του συντρόφου της ωθεί μια γυναίκα στην λύση της παρένθετης κατά βάση.

Την θεωρώ ίσως την πιο δύσκολη πτυχή της εξωσωματικής και της δουλειάς μου γενικότερα γιατί θεωρώ ότι ηθικά "μπάζει" από πολλά σημεία. Δεν είναι ποτέ αλτρουιστικά τα κίνητρα της παρένθετης, εκτός εάν είναι συγγενείς και το κάνει από λόγου αγάπης, συνήθως κάτω από το τραπέζι οι παρένθετες πληρώνονται κανονικά.

Το βρίσκω δύσκολο ήδη επιλήψιμο.

Ισχύει γιατί για παράδειγμα επιτρέπει την διαδικασία εξωσωματικής μέχρι την ηλικία των 50 ενώ στα άλλα κράτη μέχρι την ηλικία των 43.



## Ερωτηματολόγιο για Παρένθετες Μητέρες

1. Πως αποφασίσατε να αναλάβετε τον ρόλο της παρένθετης μητέρας;
2. Πόσο εύκολη ήταν αυτή η απόφαση για εσάς;
3. Είχατε ενημερωθεί πλήρως για το τι σημαίνει παρένθετη μητέρα πριν πάρετε την απόφαση να κυοφορήσετε ένα έμβρυο για λογαριασμό μια άλλης γυναίκας;
4. Ήταν οδυνηρή για εσάς η διαδικασία εμφύτευσης του εμβρύου στη δική σας μήτρα;
5. Ήταν εύκολη η εγκυμοσύνη σας και ποιά ήταν τα συναισθήματα σας κατά την διάρκειά της;
6. Υπήρχε κάποια συγγένεια με τους γονείς του εμβρύου που δεχτήκατε να κυοφορήσετε;
7. Ποιά ήταν η σχέση σας με τους γονείς καθ' όλη την διάρκεια αυτής της διαδικασίας;
8. Υπήρξε κάποια στιγμή φόβος από την πλευρά σας για συναισθηματικό δέσιμο με το έμβρυο που θα κυοφορούσατε εννέα ολόκληρους μήνες και κατ' επέκταση με το παιδί που θα γεννιόταν;
9. Αισθανθήκατε, έστω για μια στιγμή, ότι αυτό το παιδί είναι δικό σας και θα είναι δύσκολο να το αποχωριστείτε;
10. Ποιες ήταν οι αντιδράσεις του κόσμου στην απόφασή σας να γίνεται παρένθετη μητέρα;
11. Συμφωνείται ότι η Ελλάδα διαθέτει πλέον ένα από τα αρτιότερα και προοδευτικότερα νομοθετικά πλαίσια στην Ευρώπη, προστατεύοντας και τις δυο πλευρές; Ισχύει κάτι τέτοιο;

## Συνέντευξη Παρένθετης Μητέρας I

Έζησα από κοντά όλες τις προσπάθειες που έκανε η Χ να αποκτήσει δικό της παιδί, την αγωνία, τις δυσκολίες και την στεναχώρια. Όταν λοιπόν ο γιατρός της δήλωσε ότι η τελευταία λύση είναι παρένθετη μητρότητα, της το πρότεινα η ίδια.

Τολμώ να πω πως ήταν εύκολη απόφαση καθώς το έκανα με όλη μου την αγάπη, έβλεπα δύο γονείς που λαχταρούσαν ένα παιδί και αποφάσισα να εκπληρώσω το όνειρο τους.

Ναι πριν κάνω την πρόταση στο ζευγάρι ενημερώθηκα πλήρως για την διαδικασία όχι μόνο την ιατρική αλλά και την δικαστική.

Δεν θα έλεγα ότι είναι οδυνηρή καθώς πρόκειται στην ουσία για μια εξωσωματική γονιμοποίηση. Όλες τις επισκέψεις στον γυναικολόγο τις πραγματοποίησα με την αληθινή μητέρα του παιδιού. Έπρεπε να ακολουθήσουμε κάποιες θεραπείες και να συγχρονίσουμε και οι δύο τους κύκλους μας. Στην πορεία πραγματοποιήθηκε η εμφύτευση. Ήμουν τυχερή γιατί μετά από λίγες μέρες ενημερώθηκα ότι είχε πετύχει.. ήμουν έγκυος!

Ήταν μια εύκολη εγκυμοσύνη χωρίς ιδιαίτερες ταλαιπωρίες. Έχω ήδη δύο δικά μου παιδιά και η εγκυμοσύνη αυτή δεν είχε σχέση με τις προηγούμενες. Αυτό το παιδί ήταν «ξένο» απλά το φιλοξενούσα στη μήτρα μου, δεν ήταν δικό μου απλά το βοηθούσα να γεννηθεί. Μάνα είναι αυτή που μεγαλώνει το παιδί και στέκεται δίπλα του, αυτή που το κυοφορεί κάνει απλώς το πρώτο βήμα για να το φέρει στον κόσμο.

Ναι είμαστε συγγενείς εξ αγχιστείας και φίλες

Οι καλύτερες, με την μητέρα πηγαίναμε πάντα μαζί στον γυναικολόγο όλες τις εξετάσεις, υπερήχους. Η αληθινή μητέρα καθώς και ο πατέρας περνούσαν πολύ χρόνο μαζί μου. Το τελευταίο διάστημα η μητέρα έμενε στο ίδιο σπίτι μαζί μου και με βοηθούσε και με τα δικά μου παιδιά.

Πριν ξεκινήσει η όλη διαδικασία είχα επισκεφθεί ψυχολόγο είχα δουλέψει το θέμα οπότε ήμουν πολύ συνειδητοποιημένη για το ποιος θα ήταν ο ρόλος μου. Το βίωσα διαφορετικά όπως προανέφερα. Ήταν ένα δώρο ζωής που θα προσέφερα, αυτό το παιδί δεν ήταν δικό μου.

Όχι δεν θα μπορούσα ποτέ να διεκδικήσω αυτό το παιδί δεν μου ανήκει το έκανα ολόψυχα για να ευχαριστήσω αυτούς τους ανθρώπους.

Μόνο καλά και θετικά σχόλια θυμάμαι να εισέπραξα για αυτήν μου την πράξη. Πολλοί ανέφεραν ότι τελώ λειτούργημα.

## Συνέντευξη Παρένθετης Μητέρας II

Το αποφάσισα μόνη μου εφόσον το είχα σκεφτεί πολύ καλά, έπειτα ενημέρωσα τον σύζυγο μου και το συζητήσαμε μαζί. Δεν κρύβω ότι στην αρχή ήταν λίγο διστακτικός και προβληματισμένος. Όταν όμως του εξήγησα την διαδικασία αλλά και γιατί θέλω να το κάνω συμφώνησε και με στήριξε απόλυτα.

Όπως προείπα η απόφαση πάρθηκε μετά από πολύ σκέψη, αλλά βλέποντας μια άλλη γυναίκα και πόσο μάλλον την αδερφή σου να υποφέρει και να στερείται ένα δώρο της φύσης που σε άλλες γυναίκες συμβαίνει φυσιολογικά μου έδωσε την δύναμη να το προτείνω.

Ναι ήξερα κάποια πράγματα για την παρένθετη μητρότητα όσον αφορά το ιατρικό κομμάτι. Όταν επισκεφθήκαμε τον ιατρό μας ενημέρωσε λεπτομερώς για όλα. Δεν γνώριζα φυσικά πολλά πράγματα για το νομικό πλαίσιο. Είναι αδιαμφισβήτητο ο καλύτερος νόμος που έχει ψηφιστεί στην Ελλάδα αλλά η όλη διαδικασία η αλήθεια είναι ότι απαιτεί τρέξιμο.

Όχι όταν το ανακοίνωσα στην αδερφή μου επισκεφθήκαμε τον γυναικολόγο της. Στο πρώτο ραντεβού έγινε μια πλήρης ενημέρωση για όλα τα διαδικαστικά που θα ακολουθούσαμε. Η αλήθεια είναι ότι ήταν κατατοπιστικός και τον ευχαριστούμε πολύ για όλα. Μετά το ραντεβού με τον γιατρό ξεκίνησε η διαδικασία για αίτηση παροχής δικαστικής άδειας. Η απόφαση βγήκε μετά από ένα μήνα. Τότε άρχισε το ιατρικό μέρος, δεν ήταν οδυνηρή η διαδικασία μετά από κάποιες εξετάσεις και θεραπείες πραγματοποιήθηκε η εμφύτευση του εμβρύου στη μήτρα μου με την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Ήταν μια καλή (όλα κύλησαν ομαλά χωρίς προβλήματα) αλλά και περίεργη εγκυμοσύνη. Περίεργη γιατί είχα αγωνία και ένα αίσθημα ευθύνης για αυτό το παιδί, ήθελα όλα να πάνε καλά να φέρω εις πέρας την “αποστολή” μου να τους χαρίσω το πολυτιμότερο δώρο της ζωής τους.

Με τους γονείς μένουμε κοντά. Με βοηθούσαν με το σπίτι και με τα δικά μου παιδιά. Η αδερφή μου και ο άντρας της έρχονταν μαζί μου σε κάθε επίσκεψη στον

γυναικολόγο, ήθελα να είναι κοντά μου να το βιώσουν όλο αυτό και να μη χάσουν στιγμή. Η αδερφή μου ήταν παρούσα και κατά την διάρκεια της καισαρικής, από τις πιο έντονες και συγκινητικές στιγμές στην ζωή μου.

Έχω δικά μου παιδιά, αυτό το παιδί όμως δεν ήταν δικό μου, ήταν της αδερφής μου. Εγώ το κουβαλούσα μέσα μου και το βοήθησα να έρθει στον κόσμο. Φυσικά και υπάρχει δεσμός, είναι το ανιψάκι μου το οποίο θα έκανα ότι μπορούσα για να το προστατέψω 9 μήνες μέσα μου και ύστερα να το παραδώσω στην αληθινή του μαμά στους γονείς του.

Όχι αυτήν την πράξη την έκανα για να κάνω 2 ανθρώπους ευτυχισμένους και χαίρομαι που τους έκανα ένα δώρο ζωής. Και μόνο η ευτυχία και η ευγνωμοσύνη στα μάτια τους όταν κράτησαν τον μικρό στην αγκαλιά τους μου αρκεί.

Στην αρχή παραξενεύτηκαν και στην πορεία ξεκίνησαν οι απορίες. Στην Ελλάδα δεν είναι ακόμη εξοικειωμένοι με την παρένθετη μητρότητα και το θέμα θεωρείται ταμπού. Οι περισσότεροι με συνεχάρησαν για αυτήν μου την πράξη καθώς το θεώρησαν ότι πιο ωραίο μπορεί να κάνει μια γυναίκα για μια άλλη.