



ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΘΕΣΜΟΙ & ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ**

ΓΕΩΡΓΙΑ ΠΟΝΤΙΚΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ

Αθήνα 2016

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

1. ΜΑΙΡΗ ΓΕΙΤΟΝΑ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

2. ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής

3. ΞΕΝΟΦΩΝ ΠΑΠΑΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	v
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	vi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	viii
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ.....	5
1.1. Σκιαγράφηση Εννοιολογικού Πλαισίου	5
1.2. Τεχνικές και Διαδικασίες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής- Προϋποθέσεις Εφαρμογής τους	13
1.3. Ασφάλεια Διεξαγωγής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	15
1.4. Το Δικαίωμα στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή	16
1.5. Ηθική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	17
1.6. Κοινωνική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	22
1.7. Ψυχολογική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.....	26
1.8. Νομικό Πλαίσιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Νομική Διάσταση- Προβληματισμοί.....	28
1.8.1. Νομικό Πλαίσιο σε Διεθνές Επίπεδο	28
1.8.2. Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα	32
1.8.3. Νομική Διάσταση- Προβληματισμοί.....	34
1.9. Θέματα Βιοηθικής στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.....	37
1.10. Οικονομική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	41
2.1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός και Εξέλιξη της Παρένθετης Μητρότητας στο Χρόνο, Σχέση Παρένθετης Μητρότητας και Υιοθεσίας	41
2.2. Η Παρένθετη Μητρότητα σε Διάφορες Χώρες και Θρησκείες	45
2.3. Η Κοινωνική Διάσταση της Παρένθετης Μητρότητας	48

2.4. Το Νομικό Πλαίσιο της Παρένθετης Μητρότητας	50
2.4.1. Νομικό Πλαίσιο σε Διεθνές Επίπεδο	50
2.4.2. Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα	52
2.5. Η Προοπτική της Παρένθετης Μητέρας	54
2.5.1. Δυνητικοί Κίνδυνοι για την Υγεία της Παρένθετης Μητέρας	54
2.5.2. Η Ψυχολογία της Παρένθετης Μητέρας	56
2.5.3. Η Κοινωνική Θέση της Παρένθετης Μητέρας	57
2.5.4. Η Σχέση της Παρένθετης Μητέρας με τους «Κοινωνικούς» Γονείς και το Παιδί	57
2.6. Η Στάση των Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στην Παρένθετη Μητρότητα ...	59
2.6. Η Εμπορευματοποίηση της Παρένθετης Μητρότητας	61
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	65
3.1. Σκοπός και Επιμέρους Στόχοι	65
3.2. Μεθοδολογία	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	90
ABSTRACT.....	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	117

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΕΚ	Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Ι.Υ.Α.	Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
ΠΟΥ	Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης
ART	Assisted Reproductive Technology
WHO	World Health Organization

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Θεσμοί & Πολιτικές Υγείας» του Τμήματος Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και αναφέρεται στο θεωρητικό, κοινωνικό και νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας.

Η παρένθετη μητρότητα διαχρονικά έχει αποτελέσει μία μορφή αντιμετώπισης ορισμένων μορφών υπογονιμότητας. Τόσο η «φυσική παρένθετη μητρότητα», όσο και η «παρένθετη μητρότητα in vitro» αποτελούν επιλογή για υπογόνιμες- άτεκνες γυναίκες, μοναχικές γυναίκες και μοναχικούς άνδρες, αλλά και για ζευγάρια ανδρών, ή γυναικών, που θέλουν να αποκτήσουν οικογένεια, ενώ δεν επιθυμούν, ή αδυνατούν, να ενταχθούν στο κλασσικό δίπολο «άνδρας-γυναίκα». Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση στοχεύει στην διερεύνηση και περιγραφή του θεωρητικού, κοινωνικού και νομικού πλαισίου της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα και παγκοσμίως. Αρχικά προσεγγίζονται η υπογονιμότητα και η ανθρώπινη αναπαραγωγή, σε μία προσπάθεια οριοθέτησης του προβλήματος. Στη συνέχεια εξετάζονται όλες οι διαστάσεις της παρένθετης μητρότητας, το εννοιολογικό πλαίσιο, το ιστορικό υπόβαθρο, η θρησκευτική διάσταση, η φυσική κατάσταση της παρένθετης μητέρας, η αντιμετώπιση της παρενθετότητας από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και η ψυχολογική συνιστώσα για τους φυσικούς και «κοινωνικούς» γονείς, τα παιδιά και τις οικογένειες. Ενώ ταυτόχρονα, εξετάζεται και η οικονομική διάσταση καθώς και το νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα και τον κόσμο. Στο ειδικό μέρος με την εξέταση μελετών που αναφέρονται στην εμπειρία των γυναικών που λειτουργούν είτε ως παρένθετες είτε ως «κοινωνικές» μητέρες, διερευνώνται τα κίνητρά τους και αναλύονται οι ψυχολογικές συνιστώσες του φαινομένου. Παράλληλα,, δίνεται έμφαση στα ηθικά διλήμματα που εγείρονται στην κοινή γνώμη καθώς και το νομικό πλαίσιο ανά τον κόσμο, μέσα από την μελέτη επί το πλείστον ποιοτικών εμπειρικών ερευνητικών εργασιών. Τέλος, εντοπίζονται τα βασικότερα σημεία και οι προβληματισμοί που προκύπτουν μέσα από την τεκμηριωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά τη συγγραφή της εργασίας και διατυπώνονται προτάσεις.

Η εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας έγινε εφικτή με την άμεση και έμμεση στήριξή μου από ανθρώπους στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου.

Κατ' αρχάς θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Μαίρη Γείτονα για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναλαμβάνοντας την επίβλεψη της εργασίας μου, την πολύτιμη βοήθειά της, την καθοδήγηση, τα ουσιαστικά σχόλια και τις υποδείξεις της στον τρόπο προσέγγισης του θέματός μου. Αναλόγως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Αναπληρωτές Καθηγητές κ. Κυριάκο Σουλιώτη και κ. Ξενοφώντα Παπαρηγόπουλο που μου έκαναν την τιμή να είναι στην τριμελή επιτροπή αξιολόγησης της εργασίας μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον Καθηγητή κ. Ξενοφώντα Κοντιάδη, ο οποίος συνέβαλε ουσιαστικά στην επιλογή και πρώτη προσέγγιση του θέματός μου, καθοδηγώντας με στον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό του τρόπου διαπραγμάτευσης του συγκεκριμένου θέματος και τον καθορισμό του πλαισίου στο οποίο κινήθηκα.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους, την αγάπη, την υπομονή και κατανόηση που επέδειξαν καθ' όλο το διάστημα εκπόνησης της εργασίας μου, την οποία αφιερώνω στο γιό μου Μάριο...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παρένθετη μητρότητα είναι μια από τις νέες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί ένα έμβρυο για μια άλλη γυναίκα. Αποτελεί μια αποδεκτή μορφή αντιμετώπισης ορισμένων μορφών υπογονιμότητας εδώ και αιώνες. Μέχρι πρόσφατα, «η φυσική παρένθετη μητρότητα» ήταν ο μόνος τρόπος για την απόκτηση ενός παιδιού σε γυναίκες με προβλήματα αναπαραγωγής. Τελευταίως, η «παρένθετη μητρότητα in vitro» ως μορφή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελεί θεραπευτική επιλογή για υπογόνιμες- άτεκνες γυναίκες σε σαφώς καθορισμένο ιατρικό πλαίσιο.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση του θεωρητικού, κοινωνικού και νομικού πλαισίου της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα και παγκοσμίως.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα κατά την τελευταία δεκαετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed», «Cochrane Library» και «Cinahl», σχετικά με το θεωρητικό, κοινωνικό και νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ: Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών έδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες γνωρίζουν τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας. Οι περισσότερες γυναίκες συμφωνούν σε μεγάλο ποσοστό με την επιλογή της παρένθετης μητρότητας όταν αυτή αποτελεί ιατρική ένδειξη ενώ αντιτίθενται όταν αφορά σε λόγους «ευκολίας». Η σχέση του ζευγαριού με την παρένθετη μητέρα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιητική. Όσον αφορά στην εμπλοκή – ενασχόληση των παρένθετων μητέρων με το παιδί μετά τη γέννηση του, οι έρευνες ποικίλουν. Όταν η παρένθετη μητέρα αποτελεί συγγενικό πρόσωπο οι απόψεις τείνουν στη διατήρηση φιλικών σχέσεων μεταξύ παιδιού και παρένθετης μητέρας. Αντίθετα, όταν αφορά σε άγνωστο πρόσωπο συνήθως οι οικογένειες δεν συμφωνούν στο να συμμετέχει η παρένθετη μητέρα στην μελλοντική ζωή του τέκνου. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες γυναίκες επικροτούν την κρυοσυντήρηση ζώντων εμβρύων και επιζητούν τη θέσπιση νομικού πλαισίου που να καλύπτει την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρόλα αυτά πολλά ηθικά, θρησκευτικά και νομικά ζητήματα ανακύπτουν κατά την αποδοχή της

διαδικασίας. Πολλές πράξεις νομοθετικού περιεχομένου έχουν θεσπίσει κατάλληλα μέτρα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας και της αξιοπρέπειας των ατομικών δικαιωμάτων, καθιερώνοντας την προστασία των παιδιών και των γυναικών αντιστοίχως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο αλτρονισμός της παρένθετης μητρότητας είναι ιδεατός αλλά για να αποτελεί μια ζωτική θεραπευτική επιλογή, όλες οι διαδικασίες θα πρέπει να παρακολουθούνται από μια επιτροπή ηθικής στην ανθρώπινη γονιμοποίηση και εμβρυολογία και να διέπονται από ένα ρεαλιστικό νομικό πλαίσιο. Οι απόψεις των γυναικών για την παρένθετη μητρότητα ποικίλλουν ανάλογα με τις περιστάσεις. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση του κοινού σε θέματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κρίνεται σκόπιμη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρένθετη μητρότητα είναι μια από τις νέες τεχνικές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί ένα έμβρυο για μια άλλη γυναίκα. Αποτελεί μια αποδεκτή μορφή αντιμετώπισης ορισμένων μορφών υπογονιμότητας εδώ και αιώνες. Μέχρι πρόσφατα, «η φυσική παρένθετη μητρότητα» ήταν ο μόνος τρόπος για την απόκτηση ενός παιδιού σε γυναίκες με προβλήματα αναπαραγωγής. Τελευταίως, η «παρένθετη μητρότητα in vitro» αποτελεί θεραπευτική επιλογή για υπογόνιμες- άτεκνες γυναίκες σε σαφώς καθορισμένο ιατρικό πλαίσιο.

Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών έδειξαν ότι οι περισσότερες γυναίκες γνωρίζουν τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας. Επίσης, συμφωνούν σε μεγάλο ποσοστό με την επιλογή της παρένθετης μητρότητας όταν αυτή αποτελεί ιατρική ένδειξη ενώ αντιτίθενται όταν αφορά σε λόγους «ευκολίας». Οι σχέσεις του ζευγαριού με την παρένθετη μητέρα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή/ και μετά σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιητική. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες γυναίκες επικροτούν και επιζητούν τη θέσπιση νομικού πλαισίου που να καλύπτει την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρόλα αυτά πολλά ηθικά, θρησκευτικά και νομικά ζητήματα ανακύπτουν κατά την αποδοχή της διαδικασίας. Πολλές πράξεις νομοθετικού περιεχομένου όπως η Human Assisted Reproductive Act 2004, έχουν θεσπίσει κατάλληλα μέτρα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας και της αξιοπρέπειας και των ατομικών δικαιωμάτων, καθιερώνοντας την προστασία των παιδιών και των γυναικών αντιστοίχως.

Κύριος σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση και περιγραφή του θεωρητικού, κοινωνικού και νομικού πλαισίου της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα και παγκοσμίως.

Στο πρώτο κεφάλαιο μέσω του προσδιορισμού των σχετικών εννοιών αναφέρονται γενικά στοιχεία που αφορούν στην υπογονιμότητα και την ανθρώπινη αναπαραγωγή. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή σκιαγραφείται το εννοιολογικό πλαίσιο και παρατίθενται σε γενικές γραμμές τα επιδημιολογικά δεδομένα για την υπογονιμότητα, που οριοθετούν και το μέγεθος του προβλήματος. Στη συνέχεια

αναλύονται οι τεχνικές και διαδικασίες της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής καθώς και οι Προϋποθέσεις Εφαρμογής τους. Τέλος, παρουσιάζεται η ηθική, κοινωνική, ψυχολογική αλλά και οικονομική διάσταση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς και το νομικό πλαίσιο που τη διέπει, τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζεται σαφώς στην παρένθετη μητρότητα, η οποία αποτελεί βασική μέθοδο ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η εγκυμοσύνη είναι απαγορευτική λόγω σοβαρών ιατρικών προβλημάτων, καθώς την τελευταία εικοσαετία έχει γνωρίσει μία άνθηση και έχει αποτελέσει βασικό θέμα δημοσίου διαλόγου, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο. Κατ' αρχάς ορίζεται η έννοια της παρένθετης μητρότητας και αναφέρονται οι τύποι στους οποίους διακρίνεται. Επίσης, γίνεται μία ιστορική αναδρομή και μία αντιπαραβολή της με την υιοθεσία. Στη συνέχεια αναφέρεται το υφιστάμενο σύστημα σε διάφορες χώρες και η στάση των θρησκειών απέναντι στην παρένθετη μητρότητα. Ένα βασικό σημείο είναι η κοινωνική διάσταση της παρένθετης μητρότητας, η οποία αναφέρεται επί το πλείστον στον κοινωνικό της στιγματισμό και τις αμφισβητήσεις που προκαλεί στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα, αναπτύσσεται το νομικό πλαίσιο, σε διεθνές επίπεδο και στην Ελλάδα, ενώ προσεγγίζεται και η ίδια η παρένθετη μητέρα, με τον προσδιορισμό των δυνητικών κινδύνων για την υγεία της, την σκιαγράφηση της ψυχολογικής της κατάστασης, την περιγραφή της κοινωνικής της θέσης και της σχέσης της με τους λοιπούς εμπλεκόμενους στην αναπαραγωγή αυτού του είδους. Ένα κομβικό σημείο αποτελεί η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην παρένθετη μητέρα και το πώς επηρεάζει την παροχή υπηρεσιών υγείας σε αυτή. Στο τέλος, θίγεται ένα βασικό θέμα που είναι στενά συνδεδεμένο με την παρένθετη μητρότητα και είναι η εμπορευματοποίησή της. Πρόκειται για φαινόμενο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από την οργανωμένη πολιτεία, προκειμένου να διασφαλιστούν τα βασικά δικαιώματα των παρένθετων μητέρων αλλά και των ανθρώπων που προσφεύγουν για βοήθεια σε αυτές.

Στο ειδικό μέρος (τρίτο κεφάλαιο), περιγράφονται ο σκοπός καθώς και η μεθοδολογία αναζήτησης των ερευνών που συσχετίζονται με την παρένθετη μητρότητα. Πιο συγκεκριμένα, μέσω των εμπειριών των γυναικών που αποτελούν είτε τις παρένθετες είτε τις κοινωνικές μητέρες διερευνούνται τα κίνητρα τους στο να

επιλέξουν αυτή τη διαδικασία για να τεκνοποιήσουν και αναλύονται οι ψυχολογικές διαστάσεις της για όλους τους εμπλεκόμενους, καθ' όλη τη διάρκειά της. Η εργασία καταλήγει παρουσιάζοντας μέσω εμπειρικών ερευνών, κυρίως ποιοτικών, τα ηθικά διλήμματα που εγείρονται στην κοινή γνώμη καθώς και το νομικό πλαίσιο σε διάφορες χώρες.

Τέλος, διατυπώνονται τα ουσιαστικότερα συμπεράσματα, οι προβληματισμοί καθώς και πιθανές προτάσεις που προκύπτουν μέσα από την τεκμηριωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών κατά τη συγγραφή της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Η ιατρική υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής αποτελεί μία έκφραση της διαρκώς εξελισσόμενης επιστημονικής έρευνας και μελέτης θεμάτων που αφορούν στην ανθρώπινη γονιμότητα, σε συνδυασμό με την τεχνολογική εξέλιξη, που επιτρέπει την διενέργεια και την υποστήριξη των σχετικών παρεμβάσεων.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην Ελλάδα περί τα 200.000 ζευγάρια ετησίως προσφεύγουν σε εξειδικευμένα κέντρα υποβοήθησης αναπαραγωγής για τεκνοποίηση. Οι «προσπάθειες» που πραγματοποιούνται υπολογίζονται στις 10.000-12.000, ενώ υπολογίζεται σε κατά προσέγγιση 15,5% το ποσοστό αυτών που ευοδώνονται, δηλαδή οδηγούν στη γέννηση παιδιού (Γαβρίδου,2007). Πρόκειται για διαδικασίες με σωματική καταπόνηση, επί το πλείστον της γυναίκας, ψυχολογική επιβάρυνση του υπογόνιμου ζευγαριού, αλλά και ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση, καθώς οι ασφαλιστικοί φορείς συμμετέχουν ελάχιστα στις δαπάνες, ενώ το νομοθετικό πλαίσιο του καθορισμού και ελέγχου του κόστους είναι ελλιπές(Robertson,1994). Αναλόγως σημαντικά είναι τα ζητήματα ηθικής και τα νομοθετικά θέματα που αναδύονται. Το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί, οι επιδράσεις στις οικογενειακές σχέσεις, η επανασηματοδότηση της γονεϊκής ιδιότητας με διάκριση του βιολογικού, γενετικού και κοινωνικού γονέα και οι σχέσεις συγγένειας που ανακύπτουν, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις συμμετοχής τρίτου ατόμου στην αναπαραγωγική διαδικασία, αποτελούν σημεία αιχμής στη μελέτη του ευρύτερου θέματος της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

1.1.Σκιαγράφηση Εννοιολογικού Πλαισίου

Η ικανότητα αναπαραγωγής είναι μία πολύπλοκη διαδικασία, ίδιον των έμβιων όντων, που για τον άνθρωπο προϋποθέτει την ύπαρξη και των δύο φύλων, του άνδρα και της γυναίκας. Η γονιμοποίηση αναφέρεται στην ένωση των ώριμων γεννητικών κυττάρων-γαμετών, δηλαδή του ωαρίου (γενετικού υλικού της γυναίκας)

με το σπερματοζωάριο (γενετικό υλικό του άνδρα), με αποτέλεσμα την δημιουργία του ζυγώτη, που συνδυάζει τα χρωμοσώματα και των δύο.

Κατά την φυσική αναπαραγωγή, τα σπερματοζωάρια, μετά την εκσπερμάτιση του άνδρα, από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου της γυναίκας κινητοποιούνται προς αναζήτηση του ωαρίου, μέσω της μήτρας, προς το τελικό τμήμα της σάλπιγγας (λήκυθος). Η έναρξη των διαδικασιών που έχουν ως σκοπό την δημιουργία ενός νέου οργανισμού σηματοδοτείται από την είσοδο του σπερματοζωαρίου στο ωάριο και την δημιουργία του εμβρυϊκού κυττάρου, το οποίο, 4-5 ημέρες μετά, μετακινείται μέχρις εγκαταστάσεως στην μήτρα. Στη συνέχεια αλληπάλλληλες διαιρέσεις με ταυτόχρονη διαφοροποίηση των κυττάρων έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία του ανθρώπινου εμβρύου (Κρεατσάς,2006).

Η αναπαραγωγικότητα ενός ζευγαριού χαρακτηρίζει την πιθανότητα σύλληψης κατά την διάρκεια ενός αναπαραγωγικού κύκλου, χωρίς να λαμβάνονται μέτρα αντισύλληψης (Baird et al, 1986).

Η Στειρότητα αναφέρεται στην αδυναμία αναπαραγωγής για τον άνθρωπο και όλους τους ζωντανούς οργανισμούς και μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή. Για τον άνθρωπο η στειρότητα μπορεί αν είναι μορφολογική, όταν οφείλεται σε ανατομικές ανωμαλίες, ή λειτουργική όταν οφείλεται σε λειτουργικές διαταραχές (Καζάζης, 2016).

Η Υπογονιμότητα ενός σεξουαλικά ενεργού ζευγαριού, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι νόσος του αναπαραγωγικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από την αποτυχία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από 12 μηνών τακτική σεξουαλική συνεύρεση, χωρίς τη λήψη αντισυλληπτικών μέτρων (WHO,2009). Είναι αξιοσημείωτο ότι στην επίσημη ιστοσελίδα του ΠΟΥ αναφέρεται ότι η υπογονιμότητα προκαλεί αναπηρία (disability) και ως εκ τούτου η πρόσβαση των υπογόνιμων ζευγαριών στα συστήματα υγείας υπάγεται στο καθεστώς της Σύμβασης για τα Δικαιώματα των Ανθρώπων με Αναπηρία (Convention on the Rights of Persons with Disability). Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε πρωτογενή, όταν αναφέρεται σε γυναίκες που αδυνατούν να συλλάβουν ή να γεννήσουν ένα ζωντανό νεογνό και σε δευτερογενή. Η δευτερογενής υπογονιμότητα αναφέρεται σε γυναίκες που, ενώ πριν ήταν ικανές να συλλάβουν και να ολοκληρώσουν εγκυμοσύνη και

ενδεχομένως έχουν γεννήσει ένα ζωντανό νεογνό, την τελευταία πενταετία έχουν περιέλθει σε υπογονιμότητα ως αποτέλεσμα της επίδρασης άλλων παραγόντων κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής τους ζωής. Παγκοσμίως η αδυναμία απόκτησης παιδιών επηρεάζει άνδρες και γυναίκες και μπορεί να οδηγήσει σε δυστυχία και κατάθλιψη, καθώς και σε περιθωριοποίηση και κοινωνικό εξοστρακισμό (Chachamovich et al.,2010/ Cui ,2010).

Ο γυναικείος παράγοντας ευθύνεται στο 35% των περιπτώσεων υπογονιμότητας ενός ζευγαριού εξαιτίας μορφολειτουργικών, ενδοκρινολογικών, παθολογικών, ανοσολογικών και γενετικών παραγόντων (Ζαυιάτη & Αγγελούπουλου,2006). Αναλόγως, ο ανδρικός παράγοντας ευθύνεται για το 40% των περιπτώσεων εξαιτίας προ-ορχικών, ορχικών και μετα-ορχικών αιτιών, με αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στις μισές περίπου περιπτώσεις ανδρικής «υπαιτιότητας» η αιτία της βλάβης στην παραγωγή των σπερματοζωαρίων δεν μπορεί να διευκρινιστεί (Πλαστήρα& Αγγελούπουλου,2006).

Η γυναικεία υπογονιμότητα οφείλεται κατά 25-30% στις σάλπιγγες, όπου πραγματοποιείται η συνάντηση των γεννητικών κυττάρων λόγω λοιμώξεων, φλεγμονών ή ανατομικών δυσλειτουργιών. Εξάλλου, εκούσια υπογονιμότητα υφίσταται όταν απολινώνονται χειρουργικά οι σάλπιγγες. Επίσης μπορεί να οφείλεται σε αίτια που εντοπίζονται στη μήτρα (5-10%) όπως ινομυώματα, ενδομητρικές συμφύσεις και φλεγμονές, ενδομητρίωση, δηλαδή έκτοπη ανάπτυξη ενδομητρικού ιστού (20-50%), προβλήματα στις ωοθήκες (15-20%) όπως έλλειψη ωοθυλακιορρηξίας, φλεγμονές και νεοπλασίες και διαταραχές εμμήνου ρύσεως (20%), επί το πλείστον λόγω μεταβολικών νοσημάτων και νόσων των ενδοκρινών αδένων (Klein & Sauer,2001/ Benagiano et al.,2006/ Roura et al.,2006/ Wu et al.,2007).

Η ανδρική υπογονιμότητα μπορεί να εκτείνεται σε μία ευρεία κλίμακα, με ακραίες περιπτώσεις την παντελή απουσία σπερματοζωαρίων και την παραγωγή σχεδόν φυσιολογικού σπέρματος. Ο εντοπισμός του προβλήματος δεν είναι πάντα εύκολος. Μία αδρή περιγραφή των αιτιών, όπως αποτυπώνεται και στο γράφημα 1, συμπεριλαμβάνει κισσοκήλη (15%), ενδοκρινικές διαταραχές (10%), φλεγμονές (9%), κρυπορχία (8%), σεξουαλικές δυσλειτουργίες (6%), συστηματικά νοσήματα

(5%), αντισπερματικά αντισώματα (4%), απόφραξη γεννητικής οδού (2%) και όγκους (2%). Οι λοιπές περιπτώσεις ανδρικής υπογονιμότητας και ενώ έχει ελεγχθεί και δεν ενοχοποιείται ο γυναικείος παράγοντας αναφέρονται σε ιδιοπαθή υπογονιμότητα (30%) και άλλα αίτια (9%) (Πλαστήρα & Αγγελοπούλου,2006).

Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την υπογονιμότητα και αφορούν και στα δύο φύλα είναι επί το πλείστον δημογραφικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και στάσεις και συμπεριφορές σε θέματα που αφορούν στην υγεία. Έτσι, η αναπαραγωγική ικανότητα μειώνεται αυξανόμενης της ηλικίας τεκνοποίησης. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες και το μορφωτικό επίπεδο δρουν υποστηρικτικά καθώς συσχετίζονται με το επίπεδο υγείας και την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το επάγγελμα του ατόμου μπορεί να ενοχοποιηθεί για την υπογονιμότητα εφόσον συμπεριλαμβάνει καθιστική ζωή, έκθεση σε ακτινοβολία και χημικούς και βιολογικούς παράγοντες, ακραίες καιρικές συνθήκες κ.α. Το σωματικό βάρος έχει βρεθεί ότι παίζει καθοριστικό ρόλο καθώς αυξημένος δείκτης μάζας σώματος έχει συσχετιστεί θετικά με την υπογονιμότητα. Τέλος, συνήθειες όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση του αλκοόλ έχει φανεί ότι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα του σπέρματος και την αναπαραγωγική ικανότητα των γυναικών (Pal& Santoro,2003/ Baird et al. ,2005/ Schmidt et al. ,2005/ Sołtysiak,2005/ Stefankiewicz, 2006/ Schmidt,2009).

Πλήθος μελετών έχει καταδείξει υψηλά ποσοστά άγχους, θλίψης και κατάθλιψης των γυναικών που αναζητούν ιατρική βοήθεια για υπογονιμότητα, καθώς επίσης και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, συγκρινόμενες με γυναίκες του γενικού πληθυσμού, που δεν αντιμετωπίζουν αντίστοιχα προβλήματα (Chachamovich et al,2007/Cousineau et al,2007/Lechner et al,2007/Williams et al,2007/ Nelson et al,2008/ Drosdzol et al,2009/Lykeridou et al,2009/ Chachamovich et al,2009/ Galhardo et al,2011). Είναι χαρακτηριστικό ότι μία στις τρεις γυναίκες που αναζητούν ιατρική βοήθεια για την υπογονιμότητά τους έχουν ανάλογη επίπτωση ψυχικών διαταραχών με ασθενείς που εμφανίζουν σωματική ανικανότητα (Domar et al,1993/Volgsten et al,2009). Είναι ενδιαφέρον ότι σε αυτές τις μελέτες έγινε προσπάθεια απάντησης στο ερώτημα *«η υπογονιμότητα προκαλεί ψυχικές διαταραχές, ή οι ψυχικές διαταραχές προκαλούν υπογονιμότητα;»*. Φαίνεται ότι ισχύει το πρώτο,

παρόλο που το άγχος και η κατάθλιψη θεωρούνται αιτιολογικός παράγοντας υπογονιμότητας (Greil ,2007).



Γράφημα 1: Αίτια ανδρικής υπογονιμότητας

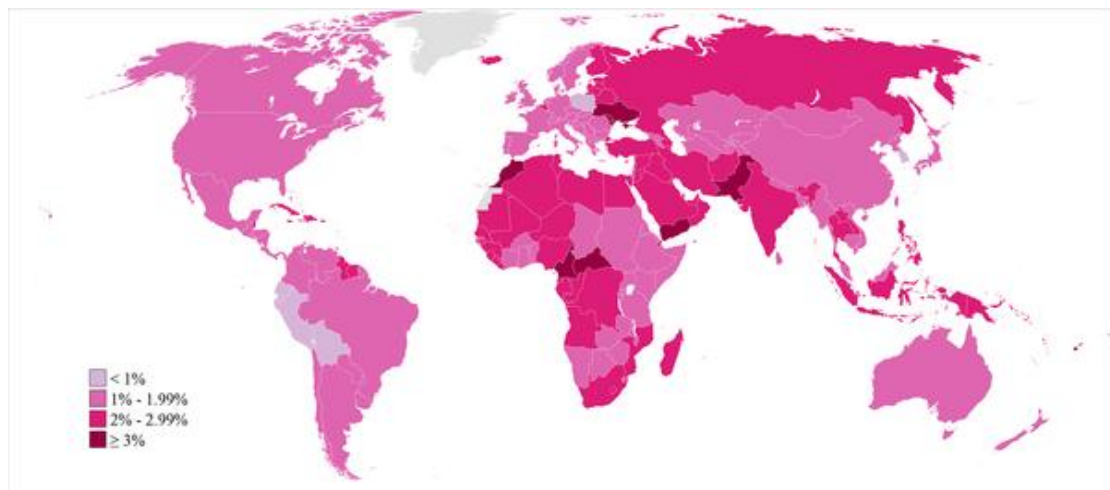
Πηγή: Πλαστήρα & Αγγελοπούλου,2006

Η υπογονιμότητα αποτελεί βασικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Όπως φαίνεται στο γράφημα 2 που παρατίθεται, η πρωτογενής υπογονιμότητα ποικίλει αναλόγως των περιοχών, με τα χαμηλότερα ποσοστά στις μέσου εισοδήματος χώρες της Λατινικής Αμερικής και την Πολωνία, Κένυα και Κορέα, ενώ τα υψηλότερα σε 13 χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, Βόρεια Αφρική και μέση Ανατολή, Ωκεανία και υπο-σαχάρια Αφρική, όπου τα ποσοστά ξεπερνούν το 3%. Ανάλογη είναι και η εικόνα της δευτερογενούς υπογονιμότητας που αποτυπώνεται στο γράφημα 3, όπου διακρίνονται δύο σημαντικές εξαιρέσεις. Στο Μαρόκο και την Υεμένη που για την πρωτογενή υπογονιμότητα κατατάσσονται στις χώρες με υψηλή επίπτωση, ενώ για την δευτερογενή υπογονιμότητα κατατάσσονται

στις χώρες με χαμηλή επίπτωση. Αναλόγως, στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και την περιοχή της Κεντρικής Ασίας η πρωτογενής υπογονιμότητα ήταν σε χαμηλά προς μεσαία επίπεδα, ενώ η δευτερογενής σε υψηλότερα. Συνολικά, παγκοσμίως περί τα 48,5 εκατομμύρια ζευγάρια δεν μπορούν να αποκτήσουν ένα παιδί, εκ των οποίων τα 19,2 εκατομμύρια δεν έχουν κανένα παιδί, ενώ τα 29,3 εκατομμύρια δεν μπορούν να αποκτήσουν ένα επιπλέον παιδί. Το 1990 ο αριθμός των υπογόνιμων ζευγαριών υπολογίζονταν στα 42 εκατομμύρια. Το αξιοσημείωτο είναι ότι παρά την συνολική αύξηση του ποσοστού των υπογόνιμων ζευγαριών παγκοσμίως την εικοσαετία 1990-2010, στις χώρες υψηλού εισοδήματος της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, καθώς και την Κεντρική Ασία, υπήρξε μείωσή τους από 4,2 εκατομμύρια σε 3,6 εκατομμύρια. Το φαινόμενο αυτό έχει αποδοθεί στην συνολική μείωση του πληθυσμού και την γήρανση του πληθυσμού στις χώρες αυτές, καθώς και την τροποποίηση της συμπεριφοράς των ζευγαριών ως προς την επιθυμία τους να τεκνοποιήσουν. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά την επιδημιολογική διερεύνηση της υπογονιμότητας, οι ερευνητές αναφέρουν περιορισμούς που αναφέρονται επί το πλείστον στις υψηλού εισοδήματος χώρες και στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Οι υποθέσεις-παραδοχές που γίνονται είναι μάλλον επισφαλείς και υπάρχουν συστηματικά σφάλματα (bias). Έτσι, τα ποσοστά υπογονιμότητας υπολογίζονται με την υπόθεση- παραδοχή ότι κάθε παντρεμένη, ή ευρισκόμενη σε σχέση γυναίκα επιθυμεί να τεκνοποιήσει και δεν χρησιμοποιεί κάποιο μέσο αντισύλληψης και αναφέρει ειλικρινώς τις προθέσεις της και την συμπεριφορά της σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας. Παράλληλα, υπεισέρχονται αμφιβολίες σχετικά με το αν η γυναίκα έχει αναφέρει προηγούμενες εκτρώσεις και γεννήσεις με το παιδί να δίνεται προς υιοθεσία. Ενώ υπάρχει και η πιθανότητα το παιδί που μία γυναίκα ανατρέπει να μην είναι βιολογικά δικό της, ή στο πλαίσιο της διαχείρισης του κοινωνικού στίγματος της μη απόκτησης παιδιού να εμφανίζει το γεγονός ως δική της απόφαση. Αναλόγως και στην Κεντρική Ασία, με βασική χώρα την Κίνα, η πολιτική των προγραμματισμένα περιορισμένων γεννήσεων επηρεάζει σαφώς τα δεδομένα. Τέλος, ένα στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό είναι η χρήση μεθόδων αντισύλληψης προκειμένου να μην υπάρξουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, ενώ δεν είναι ξεκαθαρισμένο αν τα ζευγάρια αυτά μπορούν στην πραγματικότητα να τεκνοποιήσουν (Mascarenhas et al.,2012). Η διερεύνηση των αιτίων της υπογονιμότητας παγκοσμίως δεν είναι πάντα εύκολη. Παράγοντες που

ενοχοποιούνται κατά μόνας ή σε συνδυασμό είναι μικροβιακοί, περιβαλλοντικοί, γενετικοί και διαιτητικοί (Cates et al.,1985). Οι παράγοντες αυτοί αφορούν στην γυναίκα, τον άνδρα ή και τους δύο. Στις υψηλού εισοδήματος χώρες τα ζευγάρια με την πάροδο του χρόνου, αποφασίζουν όλο και σε μεγαλύτερη ηλικία την γέννηση ενός παιδιού με αποτέλεσμα να μειώνεται και η αναπαραγωγική τους ικανότητα (OECD,2011/United Nations,2011). Στις χαμηλού εισοδήματος χώρες η υπογονιμότητα αποδίδεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος που δεν τυγχάνουν της ενδεδειγμένης αντιμετώπισης (π.χ. HIV/AIDS, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis κ.α.), καθώς και επισφαλείς εκτρώσεις και γυναικολογικές πρακτικές (Collet et al.,1988/ Mayaud ,2001).

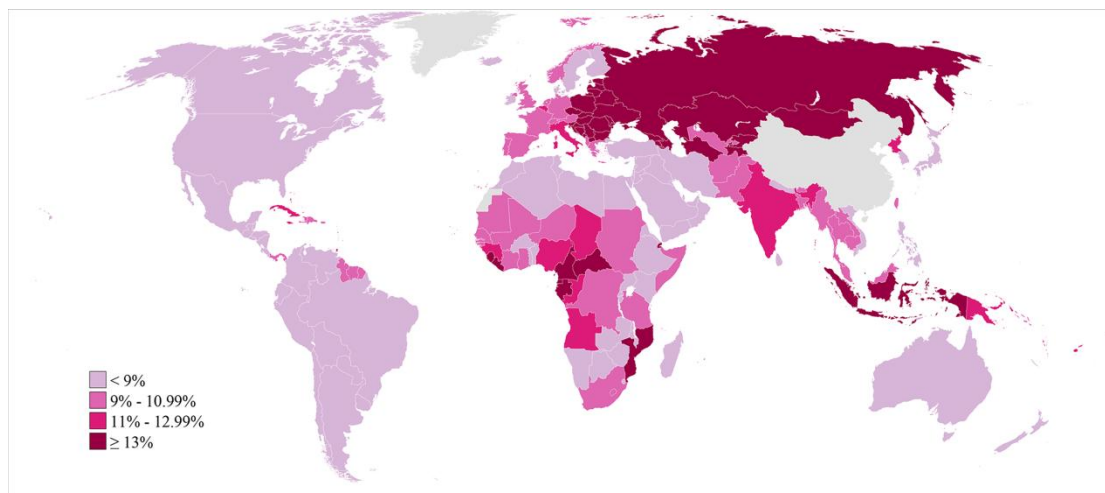
Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπογονιμότητα είναι απαραίτητη η διερεύνηση και προσδιορισμός των αιτιών της, μέσα από μία ολιστική προσέγγιση του ζευγαριού, από διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας (Ombelet et al., 2008).



Γράφημα 2: Πρωτογενής Υπογονιμότητα σε Γυναίκες (20-44 ετών) που επιθυμούσαν να αποκτήσουν ένα παιδί σε παγκόσμια κλίμακα, για το 2010

Πηγή: Mascarenhas et al.,2012

Ως Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή αναφέρεται ένα σύνολο μεθόδων και τεχνικών γονιμοποίησης ανεξάρτητα από την σεξουαλική πράξη (Boivin et al. ,2007). Στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, γονείς οι οποίοι αδυνατούν από μόνοι τους να αποκτήσουν παιδιά δια της φυσικής οδού, τεκνοποιούν με παρέμβαση σε μία ή περισσότερες φάσεις της διαδικασίας (Καζλαρής,1996).



Γράφημα 3: Δευτερογενής Υπογονιμότητα σε Γυναίκες (20-44 ετών) που σε βάθος πενταετίας είχαν ένα παιδί και επιθυμούσαν να ένα άλλο, σε παγκόσμια κλίμακα, για το 2010

Πηγή: Mascarenhas et al.,2012

Υπήρξαν καταγεγραμμένες περιπτώσεις παρεμβάσεων των επιστημόνων χρησιμοποιώντας σπέρμα του συζύγου από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα, ενώ ανάλογες περιπτώσεις καταγράφονται και κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, με χρήση σπέρματος δότη (Hendriks & Nowak,1990). Όμως, ως σταθμός για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θεωρείται το 1978, όταν γεννήθηκε το πρώτο «παιδί του σωλήνα» στο Ηνωμένο Βασίλειο, η Louise Brown, με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, που εφαρμόστηκε από τους P.Stepto και R.G. Edwards (Stepto & Edwards, 1978).

1.2.Τεχνικές και Διαδικασίες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής- Προϋποθέσεις Εφαρμογής τους

Σύμφωνα με το Νόμο 3305 (ΦΕΚ Α'17 27.1.2005) σχετικά με την Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, που κατέχει και θέση κατευθυντηρίων οδηγιών για τα ελληνικά δεδομένα, συμπίπτοντας με τις αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες που ισχύουν στην Γερμανία και την Ιταλία, οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται με τρόπο που να διασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της ανάπτυξης της προσωπικότητάς του μέσα από την ικανοποίηση της επιθυμίας του για τεκνοποιία, λαμβάνοντας όμως υπόψη και το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι:

- i. *Η τεχνητή σπερματέγχυση*: εισαγωγή σπερματοζωαρίων στο γυναικείο γεννητικό σύστημα, με οποιοδήποτε τρόπο εκτός από την σεξουαλική επαφή. Μπορεί να είναι *Ομόλογη*, όταν χρησιμοποιούνται τα σπερματοζωάρια του συζύγου ή συντρόφου, και *Ετερόλογη* όταν χρησιμοποιούνται τα σπερματοζωάρια άλλου δότη.
- ii. *Η εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων*: η εκτός του σώματος της γυναίκας γονιμοποίηση ωαρίων που έχουν ληφθεί από την ίδια επεμβατικά και η μεταφορά ενός ή περισσότερων εξ' αυτών στην ενδομήτρια κοιλότητα της ίδιας ή άλλης γυναίκας (*παρένθετη μητέρα*). Επίσης, μπορεί να είναι *Ομόλογη*, όταν χρησιμοποιούνται τα σπερματοζωάρια του συζύγου ή συντρόφου, και *Ετερόλογη* όταν χρησιμοποιούνται τα σπερματοζωάρια άλλου δότη.

Ενώ τεχνικές συναφείς προς τις ανωτέρω μεθόδους είναι :

- i. *η ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών*: η μεταφορά στη σάλπιγγα γαμετών, δηλαδή ώριμων απλοειδών γεννητικών κυττάρων του άνδρα και της γυναίκας (σπερματοζωάρια και ωάρια),
- ii. *η ενδοσαλπινγική μεταφορά ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων*: η μεταφορά στην σάλπιγγα γονιμοποιημένων ωαρίων,

- iii. *η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου*: η γονιμοποίηση με μικροχειρισμούς, έτσι ώστε να εισαχθεί το σπερματοζώαριο στο ωοκύτταρο,
- iv. *η κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου*: η διατήρηση γεννητικού υλικού γυναίκας και άνδρα και γονιμοποιημένων ωαρίων σε υγροποιημένο άζωτο,
- v. *η υποβοηθούμενη εκκόλαψη*: η χρήση επεμβατικών μεθόδων μικροχειρουργικής για διάνοιξη οπής στην διαφανή ζώνη του γονιμοποιημένου ωαρίου,
- vi. *η προεμφυτευματική γενετική διάγνωση*: η χρήση επεμβατικών μεθόδων μικροχειρουργικής για την αφαίρεση πολικών σωματίων ή κυττάρων του γονιμοποιημένου ωαρίου, πριν την εμβρυομεταφορά, προκειμένου να πραγματοποιηθεί ανάλυση του γενετικού υλικού (Ν. 3305/2015/ Συμεωνίδου-Καστανίδου και συν.,2015).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η επιλογή μεθόδου ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υπαγορεύεται από το υφιστάμενο πρόβλημα υγείας που εμποδίζει την φυσιολογική σύλληψη και εγκυμοσύνη. Παράλληλα, ο νομοθέτης συμπεριέλαβε στους τρόπους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όχι μόνο τους καθεαυτό τρόπους, δηλαδή την σπερματέγχυση και την εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά και τις τεχνικές που υποβοηθούν την γονιμοποίηση, όπως την κρυοσυντήρηση του γενετικού υλικού και των εμβρύων.

Σύμφωνα με τους νόμους 3089/2002 και 3305/2005 οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή μεθόδων ιατρικής υποβοήθησης αναπαραγωγής είναι οι εξής:

- i. Η διαγεγνωσμένη αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο, ή η αποφυγή μετάδοσης στο τέκνο σοβαρής νόσου.
- ii. Η τήρηση των ορίων ηλικίας βάσει επιστημονικών δεδομένων. Έτσι, για την γυναίκα τίθεται ως ανώτατο όριο η ηλικία των 50 ετών, που επιστημονικά θεωρείται το ανώτερο όριο της αναπαραγωγικής ηλικίας κατά φύση, ενώ για τον άνδρα δεν προβλέπεται ανάλογο όριο, καθώς και στην φύση η αναπαραγωγική ικανότητα του άνδρα δεν έχει όρια. Σε ό,τι δε αφορά στα

κατώτερα όρια, η ενηλικίωση θεωρείται όριο, με εξαίρεση την αναπαραγωγή σε ανήλικο που αντιμετωπίζει κίνδυνο στειρότητας λόγω σοβαρού νοσήματος, οπότε χρησιμοποιείται η τεχνική της κρυοσυντήρησης.

- iii. Η έγγραφη συναίνεση των ανθρώπων που επιθυμούν την απόκτηση τέκνου με χρήση κάποιας εκ των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μετά από επισταμένη ενημέρωση για τις διαδικασίες, τα εναλλακτικά, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους πιθανούς κινδύνους-παρενέργειες. Στην περίπτωση ανηλίκου, πρέπει να συναινέσουν και οι δύο γονείς, ανεξαρτήτως του ποιος έχει την επιμέλεια, αλλά και ο ανήλικος, παρόλο που δεν προβλέπεται στους αντίστοιχους νόμους, ενώ στην περίπτωση άγαμης γυναίκας είναι απαραίτητο συμβολαιογραφικό έγγραφο.
- iv. Ο υποχρεωτικός ιατρικός έλεγχος πριν την υποβολή σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ιδιαίτερα ως προς τους ιούς HIV/AIDS, ηπατίτιδας Β και C και σύφιλης.

1.3.Ασφάλεια Διεξαγωγής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Όλες οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σχεδιάζονται και υλοποιούνται με γνώμονα την προστασία της σωματικής ακεραιότητας της γυναίκας και του παιδιού, του οποίου η γέννηση «προγραμματίζεται». Το νομικό πλαίσιο αναφέρεται σαφώς στο θέμα αυτό, καθορίζοντας όρους και προϋποθέσεις διενέργειας της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Μεταξύ των κινδύνων που συσχετίζονται με την εφαρμογή τεχνικών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συγκαταλέγονται:

- i. Το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών: η σοβαρότερη ιατρογενής επιπλοκή της ωοθηκικής διέγερσης με φαρμακευτικά σκευάσματα προκειμένου να παραχθούν περισσότερα του ενός ωάρια, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Πρόκειται, επί το πλείστον, για αναστρέψιμη κατάσταση, αλλά επικίνδυνη καθώς συνοδεύεται από διόγκωση ωοθηκών,

υπογκαιμία και αιμοσυμπύκνωση και έκπτωση της λειτουργίας πολλαπλών οργάνων, όπως του ήπατος και της καρδιάς (Delvigne & Rozenberg, 2003).

- ii. Τα «συμβάματα» από την αναισθησία, δεδομένου ότι πολλές μέθοδοι προϋποθέτουν την υποβολή της γυναίκας σε κάποιο τύπο αναισθησίας.
- iii. Η εξωμήτριος κύηση: εγκατάσταση του εμβρύου εκτός της μήτρας, συνηθέστερα στην σάλπιγγα.
- iv. Πολύδυμες κύσεις με συχνότερα προβλήματα και για την μητέρα και για τα νεογνά, όταν πρόκειται για μεγαλύτερες των τριδύμων.
- v. Αντιδράσεις στις φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται.
- vi. Κίνδυνος από ιατρικά λάθη κατά τις παρεμβατικές πρακτικές, όπως τρώση αγγείων ή ωοθήκης (Μπόντη,2002/ UK Human Fertilisation & Embryology Authority, 2016).

Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι κίνδυνοι που προέρχονται από την υπέρβαση του ορίου ηλικίας, κυρίως στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Έτσι, κίνδυνοι που διασυνδέονται με την προχωρημένη ηλικία της γυναίκας, τόσο για την ίδια όσο και για το κύημα, είναι η υπέρταση, ο διαβήτης κύησης, η προωρότητα, οι αυξημένες πιθανότητες αποβολής, προεκλαμψία, γέννηση ελλιποβαρών νεογνών, αύξηση ποσοστού γέννησης παιδιού με γενετικές ανωμαλίες και γέννησης νεκρών νεογνών (Dietl et al., 1996). Τέλος είναι σημαντικό να τονιστούν οι κίνδυνοι από τις ενδεχόμενες παραβιάσεις των προϋποθέσεων στελέχωσης οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και των Τραπεζών Κρυσσυντήρησης, που συσχετίζονται με επικίνδυνη εφαρμογή μεθόδων και τεχνικών, καθώς και προβληματική συντήρηση του γεννητικού υλικού.

1.4.Το Δικαίωμα στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

Στις γενικές παρατηρήσεις της εισηγητικής έκθεσης του σχεδίου νόμου «Εφαρμογή των μεθόδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (2004) αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι *«η αδυναμία αναπαραγωγής αποτελεί σοβαρό πρόβλημα με ποικίλες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, το οποίο χρήζει*

ιατρικής αντιμετώπισης» και ότι «η εξασφάλιση αποτελεσματικών τρόπων θεραπευτικής αντιμετώπισης της υπογονιμότητας αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, συνυφασμένο με την προστασία της ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου.». Αναλόγως σε διάφορες μελέτες το δικαίωμα απόκτησης απογόνων υποστηρίζεται σθεναρά καθώς δεν τίθεται σε αμφιβολία ότι η αναπαραγωγή συμβάλλει στην ανάπτυξη και την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το άρθρο 5, παράγραφος 1, του Συντάγματος κατοχυρώνει το δικαίωμα του προσώπου στην φυσική αναπαραγωγή και αναγνωρίζει το δικαίωμα της προσφυγής στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, όταν υφίσταται πρόβλημα υγείας που εμποδίζει την τεκνοποιία δια της φυσικής οδού. Επιπρόσθετα, το δικαίωμα της απόκτησης απογόνων θεμελιώνεται εμμέσως πλην σαφώς με έρεισμα τα συνταγματικώς αναγνωρισμένα ατομικά δικαιώματα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρο 5, παράγραφος 1) και της προσωπικής ελευθερίας (άρθρο 5, παράγραφος 3), καθώς και τα κοινωνικά δικαιώματα της προστασίας της οικογένειας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας (άρθρο 21, παράγραφος 1).

1.5. Ηθική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Η ηθική θεώρηση των διαδικασιών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι πολύ σημαντική καθώς «πάσα επιστήμη χωριζόμενη δικαιοσύνης και της άλλης αρετής πανουργία, ου σοφία φαίνεται». Εξάλλου η ιατρική καθεαυτή διακρίνεται από την ηθική της διάσταση και η επιστημονική γνώση έχει ηθική βάση. Έτσι αναπτύχθηκε η Βιοηθική ως επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με το ηθικό πλαίσιο στην ιατρική και στην παρούσα μελέτη οι προβληματισμοί που άπτονται της Βιοηθικής αναπτύσσονται σε ξεχωριστό υποκεφάλαιο. Η εξέταση όμως της ηθικής διάστασης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως προς την θρησκευτική, ανθρωπιστική και κοινωνιολογική πλευρά είναι εξίσου σημαντική.

Η αναπαραγωγή ως διαδικασία δημιουργίας μίας νέας ζωής αποτελεί προνόμιο υψηλής ηθικής αξίας, όταν όμως δεν γίνεται με το φυσικό τρόπο υπεισέρχονται ηθικά διλήμματα. Έτσι, μεταξύ άλλων, γίνεται λόγος για βιασμό της

φύσης, αναστάτωση οικογενειακών σχέσεων και επαναπροσδιορισμό γονεϊκού ρόλου, παραβίαση της αυτονομίας της προσωπικότητας και ενδεχόμενη προσβολή της ανθρώπινης αξίας, διαταραχή της βιοποικιλότητας και εν δυνάμει βιολογικό εκφυλισμό. Για τους λόγους αυτούς έχουν θεσπιστεί δεοντολογικοί κανόνες και έχει σκιαγραφηθεί το ηθικό πλαίσιο, σύμφωνα με την νομοθεσία, το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο και τους ηθικούς κανόνες του κάθε οργανωμένου κράτους.

Αναλόγως, ερευνητικές μελέτες έχουν καταδείξει συσχέτιση των θρησκευτικών πεποιθήσεων με την ηθική αποδοχή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έτσι, άθεοι ή δηλώνοντες άνευ θρησκευτικών πεποιθήσεων έχουν φανεί πιο υποστηρικτικοί στις μεθόδους και τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Genuis et al.,1993). Ενώ η θέση οργανισμών όπως η Καθολική Εκκλησία είναι αντίθετη και θεωρεί την ιατρική υποβοήθηση της αναπαραγωγής σε γενικές γραμμές ανώφελη, καθώς δεν αναφέρεται στην αντιμετώπιση απειλητικών για την ανθρώπινη ζωή καταστάσεων. Κατά τους ρωμαιοκαθολικούς μόνο η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών που πραγματοποιείται χειρουργικά, με γενική αναισθησία και κατά την οποία η γονιμοποίηση επιχειρείται απευθείας στην σάλπιγγα και όχι στο εργαστήριο, είναι η μοναδική απολύτως αποδεκτή μέθοδος ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής(Ταρλατζής,1977/U.S Catholic Bishops, 2009). Η Καθολική Εκκλησία αποδέχεται το έμβρυο ως ανθρώπινο πρόσωπο από τη στιγμή της σύλληψης, ενώ άλλα προτεσταντικά δόγματα δεν συμφωνούν και για το λόγο αυτό επιτρέπουν την έκτρωση σε πρώιμα στάδια. Για τους μουσουλμάνους, είναι αποδεκτή η έρευνα σε πλεονάζοντα έμβρυα, μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, προκειμένου να αυξηθεί η γνώση, ενώ απαγορεύεται η έρευνα που αφορά στην επιλογή φύλου και την ευγονική. Για την εβραϊκή θρησκεία, όπως αναφέρεται από τους ραβίνους, το γονιμοποιημένο ωάριο για τις σαράντα πρώτες ημέρες από την σύλληψη θεωρείται ως «απλό υγρό» και ως εκ τούτου δεν λογίζεται ως ανθρώπινη ζωή και μπορεί εύκολα να καταστραφεί, χωρίς ηθικά διλήμματα (Κατσιμίγκας,2009).

Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, σε γενικές γραμμές δεν είναι αντίθετη. Οι αντιθέσεις που διατυπώνονται αφορούν σε συγκεκριμένες πτυχές της. Έτσι, για την Ορθόδοξη Εκκλησία, η τεκνογονία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την συζυγική σχέση και η τεκνοποιία με τη βοήθεια της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας δεν είναι

αθέμιτη, υπό προϋποθέσεις (Φανάρα, 2000). Όμως, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η ενότητα του ζευγαριού, για την Ορθοδοξία, δεν διαταράσσεται από την ατεκνία. Το «...και έσονται οι δύο εις σάρκα μία...» του Αποστόλου Παύλου συμπληρώνεται από τον Ιωάννη το Χρυσόστομο που λέει ότι «...και άνευ της τεκνογονίας γίνονται οι δύο σαρξ μία...» (Ι. Χρυσοστόμου, Ομ. ΙΒ΄ εις Κολοσαείς). Στο γεγονός αυτό στηρίζεται και το ότι η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν αναγνωρίζει την υπογονιμότητα ως νόσο ή αναπηρία. Παράλληλα, κατά την Ορθοδοξία, το έμβρυο θεωρείται ως ψυχοσωματική οντότητα από την σύλληψή του και για αυτό το λόγο τοποθετείται απαγορευτικά στις αμβλώσεις και στην επιλεκτική έκτρωση κατά την πολύδυμη κύηση (Μπρούσαλης, 1992). Για την Ορθοδοξία η ατεκνία θεωρείται ως θείο θέλημα, αλλά όταν δεν γίνεται αποδεκτή από το άτεκνο ζευγάρι και επηρεάζει την ενότητα και ομοψυχία του τότε προτρέπει για υιοθεσία. Αν και αυτό δεν είναι εφικτό, τότε η ομολογη εξωσωματική γονιμοποίηση, με σεβασμό πάντα στην ανθρώπινη υπόσταση του εμβρύου είναι ενδεδειγμένη (Παρασκευαΐδη, 1988). Σε ένα σημείο όμως η θέση της Εκκλησίας είναι αδιαπραγμάτευτη. Πρόκειται για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με γενετικό υλικό τρίτου προσώπου. Στην περίπτωση αυτή θεωρείται ότι διασπάται η ενότητα του ζεύγους και η γονιμοποίηση ταυτίζεται με μοιχεία (Harakas, 1980/ Μαντζαρίδης, 1995). Σε ό,τι δε αφορά στην απόκτηση τέκνων από υπερήλικες μητέρες, εκτός γάμου, από μόνες γυναίκες ή άνδρες, ή ομοφυλόφιλους θεωρείται ως πράξη άκρως εγωιστική, με επισφαλή για τα παιδιά αποτελέσματα. Θεωρούνται δε, ηθικά ανεπιθύμητες οι εφαρμογές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε αυτές τις περιπτώσεις (Παρασκευαΐδη, 2003).

Όμως, ανεξαρτήτως των θρησκευτικών πεποιθήσεων, η δωρεά γενετικού υλικού στο πλαίσιο της ιατρικής υποβοήθησης της αναπαραγωγής εγείρει ηθικά διλήμματα. Η ανωνυμία του δότη μπορεί από την μία πλευρά να εξασφαλίζει την οικογενειακή ισορροπία και γαλήνη και να προστατεύει το δότη από τις ευθύνες του απέναντι στο παιδί (συντήρηση του παιδιού και κληρονομικά δικαιώματα), αλλά από την άλλη πλευρά θέτει σε αμφισβήτηση τα ατομικά δικαιώματα του παιδιού που δεν γνωρίζει την προέλευσή του και την γενετική του ταυτότητα (ιατρικό ιστορικό) και την καταγωγή του (Daniels & Taylor, 1993/ Shenfield & Steel, 1997). Ενώ είναι από όλους αποδεκτό ότι η πληρωμή για την παραχώρηση γενετικού υλικού είναι ανήθικη και αισχροκερδής πράξη (Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη, 2000).

Παράλληλα και η ηλικία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δημιουργεί ηθικά διλήμματα. Σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα, ακόμα και γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών, ακόμα και σε εμμηνόπαυση, μπορούν να καταστούν έγκυες μετά από δωρεά ωαρίων, ή εμφύτευση γονιμοποιημένων ωαρίων, εφόσον διατηρούν ακέραιη την μήτρα τους (Abdalla & Burton 1993). Ακόμα και αν ληφθεί υπόψη ότι οι γυναίκες αυτές μπορεί να έχασαν το μοναδικό τους παιδί, ή θέλουν να τεκνοποιήσουν στο πλαίσιο ενός δεύτερου γάμου, ότι έχουν την οικονομική και επαγγελματική ασφάλεια που εξασφαλίζουν ομαλές συνθήκες διαβίωσης, είναι «συνειδητοποιημένες» ως προς την απόκτηση ενός παιδιού, διαθέτουν σταθερή οικογενειακή ζωή, έχουν χρόνο για να αναθρέψουν ένα παιδί χωρίς την αναζήτηση βοήθειας από τρίτα πρόσωπα και το κυριότερο, με βάση το προσδόκιμο επιβίωσης στις αναπτυγμένες χώρες, έχουν το χρόνο να μεγαλώσουν το παιδί τους, υπάρχουν επιχειρήματα κατά της τεκνοποιίας σε μεγάλες ηλικίες. Τα επιχειρήματα αυτά αναφέρονται στο χάσμα γενεών μεταξύ παιδιού-γονέων, την αυξημένη πιθανότητα απουσίας παππούδων και γιαγιάδων, την μειωμένη ανταπόκριση στο ψυχοσωματικό στρες που συνεπάγεται η τεκνοποιία και τον αυξημένο κίνδυνο επιλοκών της κύησης σε μεγάλες ηλικίες (Κατσιμίγκας, 2009).

Αναλόγως, η πολλαπλή εγκυμοσύνη, που εγκυμονεί κινδύνους και για την μητέρα και για τα έμβρυα, αποτελεί ένα από τα ηθικά διλήμματα που ενσκήπτουν, καθώς η βασική παρέμβαση συμπεριλαμβάνει επιλεκτική έκτρωση- αποβολή των πλεοναζόντων εμβρύων (Rebar & DeCherney, 2004). Στην περίπτωση αυτή ουσιαστικά τίθενται διλήμματα εφόσον οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των εμπλεκομένων είναι αντίθετες ως προς την πρακτική της άμβλωσης.

Ένα βασικό ηθικό δίλημμα αποτελεί και η τεκνοποιία μοναχικών ατόμων ή ομοφυλόφιλων, είτε γυναικών με εξωσωματική γονιμοποίηση με σπέρμα δότη, είτε ανδρών μέσω παρένθετης μητέρας, που δεν επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί με την φυσική μέθοδο. Πρόκειται για περιπτώσεις που συχνά έρχονται σε αντίθεση με το «δημόσιο αίσθημα» περί απόκτησης οικογένειας, θρησκευτικές και πολιτισμικές θέσεις, παραδόσεις, ήθη και έθιμα (Rifkin, 1998). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι ανέκαθεν υπήρξε μία έλλειψη συντονισμού στην εξέλιξη της τεχνολογίας και την ανάλογη αποδοχή και αλλαγή του κοινωνικού «γίνεσθαι» (Shreffler et al.,2010). Έτσι, η εξέταση της ηθικής διάστασης του θέματος

αναφέρεται στο κατά πόσο είναι αποδεκτά τα εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα που έχουν προκύψει. Γενικότερα η κοινωνία ενώ φαίνεται να υποστηρίζει την ετεροφυλόφιλη οικογένεια, είτε το ζευγάρι είναι σε γάμο είτε σε σταθερή σχέση με σύμφωνο συμβίωσης ή όχι και την μονογονεϊκή οικογένεια, αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό την οικογένεια ομοφυλόφιλων ζευγαριών (Κατσιμίγκας,2009). Επίσης, τίθεται ο προβληματισμός του κατά πόσο η προστασία του δικαιώματος της αναπαραγωγής για τα ομόφυλα ζευγάρια έρχεται σε σύγκρουση με τα συμφέροντα του παιδιού, την ομαλή ανάπτυξη, την ευτυχία και την ευημερία του. Μελέτες ωστόσο έχουν καταδείξει ότι δεν υφίστανται διαφορές στην ανάπτυξη των παιδιών που μεγαλώνουν σε οικογένειες αποτελούμενες από άγαμες γυναίκες ή ομοφυλόφιλες, σε σύγκριση με τα παιδιά που μεγαλώνουν σε παραδοσιακές οικογένειες (Golombok et al., 1997).

Μία έκφανση της μονογονεϊκότητας αποτελεί και η μεταθανάτια γονιμοποίηση που εγείρει προβληματισμούς σχετικά με το αν πρόκειται για μία εγωιστική πράξη των γονέων που χρησιμοποιούν το παιδί για να καλύψουν το κενό από την απώλεια του συντρόφου τους, αγνοώντας τις ανάγκες του, τόσο τις ψυχολογικές, όσο και τις κοινωνικές (Carlan, 1995).

Άλλη περίπτωση που δημιουργεί ηθικούς προβληματισμούς είναι η περίπτωση της «στράτευσης» της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για την γέννηση νεογνού, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και αντιγονική ιστοσυμβατότητα, με χρήση προεμφυτευματικής διάγνωσης για την αντιμετώπιση μεγαλύτερου παιδιού της οικογένειας που πάσχει από νόσο, για τη θεραπεία της οποίας απαιτείται μεταμόσχευση προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων («αδερφός σωτήρας») (Χριστοπούλου ,2008). Πρόκειται για ηθικό δίλημμα που αφορά στην πιθανή προσβολή της ανθρώπινης αξίας του παιδιού που θα γεννηθεί, αφού χρησιμοποιείται ως «μέσο» για την θεραπεία του άλλου παιδιού. Αντιθέτως, όταν η προεμφυτευματική διάγνωση χρησιμοποιείται για την ανίχνευση γενετικών νοσημάτων όπως η κυστική ίνωση, τη μυϊκή δυστροφία Duchenne και η ανεπάρκεια α-1αντιθρυψίνης είναι θεμιτή. Ο ηθικός όμως προβληματισμός που προκύπτει συσχετίζεται με το ερώτημα του κατά πόσο η επιλογή υγιών εμβρύων κρύβει τάσεις ευγονικής παρέμβασης. Σε ανάλογο προβληματισμό οδηγεί και ο προγεννητικός έλεγχος που αναφέρεται σε όλες τις εγκυμοσύνες, είτε έχουν επιτευχθεί δια της

φυσικής οδού είτε δια της τεχνητής, κατά τον οποίο στην περίπτωση της διάγνωσης γενετικής διαταραχής οι λύσεις είναι δύο, ή τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης, είτε γέννηση παιδιού με γενετική ανωμαλία. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει ηθικός προβληματισμός (Clarke 1991).

Μία τεχνική που σχετίζεται με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και έχει σαφείς ηθικές προεκτάσεις, προκαλώντας πλήθος συζητήσεων είναι η αναπαραγωγική κλωνοποίηση, που γνωστοποιήθηκε ευρέως με την ανακοίνωση της γέννησης της Dolly στις αρχές του 1997. Πρόκειται για την διαίρεση ενός εμβρύου σε δύο έμβρυα, με μίμηση της φυσικής δημιουργίας των μονογενών διδύμων. Η Τεχνική αυτή είχε ήδη ξεκινήσει να εφαρμόζεται σε βατράχους από το 1952 από τους Briggs και King και σε ποντίκια το 1981, στα θηλαστικά όμως εγκαινιάστηκε επιτυχώς την κλωνοποίηση του προβάτου, με στόχο την αναπαραγωγή «αντιγράφων» ενός «ζώου-προτύπου», επεκτάθηκε δε επιτυχώς και σε βοοειδή, χοίρους, κουνέλια και γάτες. Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής στον άνθρωπο εγείρει το ερώτημα «ό,τι είναι τεχνικά εφικτό είναι και ηθικά αποδεκτό;». Αν ξεπεραστούν οι ενδοιασμοί περί της τεχνικής αξιοπιστίας της μεθόδου και των ενδεχόμενων ατελειών της τεχνικής και υπάρξει επικέντρωση στην ηθική διάσταση, υποστηρικτικά μπορεί να λειτουργήσει η άποψη ότι με την τεχνική αυτή σχεδιάζονται τα εξωτερικά χαρακτηριστικά, ενώ η διαμόρφωση της προσωπικότητας και η συμπεριφορά είναι αποτελέσματα της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων και ως εκ τούτου δεν επηρεάζεται η αυτονομία της προσωπικότητας και η ανθρώπινη αξία. Στην αντίθετη όμως πλευρά στέκονται τα επιχειρήματα που βασίζονται στο ότι η κλωνοποίηση και η παραγωγή «αντιγράφων» ξεπερνούν το δικαίωμα στην αναπαραγωγή και ικανοποιούν ναρκισσιστικές τάσεις, ενώ περιορίζεται ταυτόχρονα η γενετική ποικιλότητα του ανθρώπινου είδους με συνέπεια τον σταδιακό βιολογικό εκφυλισμό. Παράλληλα θίγεται η «μοναδικότητα» του ατόμου και αναστατώνονται οι οικογενειακές σχέσεις καθώς ο κλώνος μπορεί να είναι ταυτόχρονα και «γονέας» ή «αδερφός» του γεννήτορα, λόγω κοινής γενετικής ταυτότητας (Μανωλάκου & Βιδάλης, 2003).

1.6. Κοινωνική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Παραδοσιακά, η οικογένεια είναι ένα υποσύστημα της κοινωνίας το οποίο στην δομή της λειτουργίας της διατηρεί στοιχεία σταθερότητας όπως αυτό της αναπαραγωγής και της φροντίδας των παιδιών. Η λειτουργία της απόδοσης κοινωνικής ταυτότητας στα παιδιά και η στοιχειώδης κοινωνικοποίησή τους επιτελείται, μεταξύ άλλων, και μέσα από τους γονεϊκούς ρόλους του πατέρα και της μητέρας και την διάκριση των ρόλων αυτών, στο πλαίσιο της συντήρησης του οικογενειακού υποσυστήματος (Μισέλ, 1991). Όπως προκύπτει, η αναπαραγωγική λειτουργία της οικογένειας αποτελεί τον κεντρικό άξονα της κοινωνικής υπόστασης της οικογένειας, ενώ ο κοινωνικός προσδιορισμός των ρόλων των δύο φύλων στην αναπαραγωγική διαδικασία είναι ανάλογος με το τι προσδοκά κάθε κοινωνία για τα μέλη της. Η ατεκνία, είτε είναι επιλογή ενός ζευγαριού, είτε είναι αποτέλεσμα υπογονιμότητας, σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα θεωρείται αποκλίνουσα συμπεριφορά (Sandelowski, 1988). Χαρακτηριστικό είναι ότι το βιολογικό φύλο στον άνθρωπο έχει καθοριστεί σύμφωνα με τα χρωμοσώματά του και την ανατομία του, ενώ το κοινωνικό φύλο προσδιορίζεται από κοινωνικούς παράγοντες, στους οποίους υπάγεται και η τεκνοποιία (Turner, 1998). Αναλόγως έχει υποστηριχθεί ότι ο γονεϊκός ρόλος συσχετίζεται με την απόκτηση κοινωνικής ταυτότητας, επέκταση και ανάπτυξη του ατόμου, απόδειξη της ανιδιοτελούς προσφοράς, συναισθηματική σταθερότητα, δημιουργικότητα, δύναμη και αίσθηση υπεροχής μέσα από την επιρροή στα παιδιά, γόητρο και κοινωνική ισχύ (Hoffman & Hoffman, 1973). Εξάλλου στις δυτικές κοινωνίες η παράδοση αντιμετωπίζει τα παιδιά ως ευλογία, ενώ η ατεκνία είναι κατάρα (Miall, 1986). Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή που ουσιαστικά επιλύει ένα πρόβλημα που δεν αφορά σε μία απειλητική για την ζωή κατάσταση, αλλά στον τρόπο που οι εν δυνάμει γονείς αντιλαμβάνονται τον κοινωνικό τους ρόλο.

Το δικαίωμα της αναπαραγωγής, στην ουσία δικαίωμα στην δημιουργία οικογένειας, συνδέεται άρρηκτα με του συναφείς θεσμούς του γάμου, της παιδικής ηλικίας και της μητρότητας και συνεπώς περιορίζεται μόνο στο βαθμό που προσβάλλει αυτούς τους θεσμούς. Παράλληλα, είναι ιδιαίτερα σημαντική η διασφάλιση της ποιότητας της ζωής, τόσο των γονέων όσο και του παιδιού. Σημεία αιχμής αποτελούν η παρένθετη μητρότητα, η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση

καθώς και η εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε άγαμες γυναίκες και σε ομόφυλα ζευγάρια. Ένα σημείο που χρήζει διερεύνησης είναι το κενό που υπάρχει στον ορισμό της οικογένειας. Έτσι, ενώ στην Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου γίνεται λόγος για κατοχύρωση του δικαιώματος στην δημιουργία οικογένειας (άρθρο 16), δεν ορίζεται επακριβώς σε τι συνίσταται μία οικογένεια. Η διασύνδεση της αναπαραγωγής με την δημιουργία οικογένειας προϋποθέτει την αποδοχή του τεκμηρίου ότι τα ζευγάρια χωρίς παιδιά δεν αποτελούν οικογένειες. Μία οικογένεια που ιδρύεται από το γάμο ενός άνδρα και μίας γυναίκας και περιλαμβάνει τα παιδιά τους είναι σαφώς διαφορετική από την οικογένεια με τρεις έως πέντε γονείς, ή με έναν γονέα, ή με τον ένα γονέα άγνωστης ταυτότητας (Μπούτας,2006).

Ένα βασικό σημείο της κοινωνικής διάστασης της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών υποβοήθησης της αναπαραγωγής είναι η ηλικία των υποβοηθούμενων προσώπων. Έτσι, η ύπαρξη ανώτατου ηλικιακού ορίου διασφαλίζει τόσο την υγεία της γυναίκας που υφίσταται την διαδικασία, όσο και την κοινωνική πλευρά της οικογένειας. Είναι σημαντικό ο συνταγματικά προστατευόμενος θεσμός της οικογένειας να αποτελεί δομή με προοπτική διάρκειας καθώς συνδέεται με την ανατροφή του παιδιού.

Επίσης, είναι σημαντική η ανωνυμία των δοτών γενετικού υλικού, στην περίπτωση που εμπλέκονται άλλα άτομα στην διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τόσο νομικά, όσο και κοινωνικά δεν θεμελιώνεται υποχρέωση των γονέων να αποκαλύπτουν στο παιδί με ποιο τρόπο έχει γίνει η σύλληψή του, για τον ίδιο λόγο για τον οποίο δεν προκύπτει ανάλογη υποχρέωση, στο πλαίσιο της φυσικής αναπαραγωγής, όταν η σύλληψη έχει γίνει σε εξωσυζυγικό δεσμό ή βιασμό. Σε ό,τι δε αφορά στον μέγιστο αριθμό παιδιών από τον ίδιο δότη, διεθνώς έχει οριστεί σε δέκα οικογένειες, με αναφορά στον κίνδυνο αιμομιξίας, ενώ πρόκειται για αριθμό αυθαίρετα καθορισμένο, που δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον πληθυσμό μιας χώρας και που δεν φαίνεται να μπορεί να ελεγχθεί εύκολα.

Μία μορφή ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που έχει σημαντική κοινωνική διάσταση είναι η μεταθανάτια γονιμοποίηση, που στην Γαλλία και την Σουηδία είναι απαγορευμένη, στην Γερμανία και την Ιταλία επιτρέπεται μόνο στην

περίπτωση του ήδη γονιμοποιημένου ωαρίου, ενώ στην Ιρλανδία, την Μ. Βρετανία και την Ελλάδα επιτρέπεται μόνον εφόσον έχει δοθεί η σχετική συναίνεση του συζύγου. Το πρωταρχικό επιχείρημα απαγόρευσης της μεθόδου είναι η προστασία του ψυχισμού του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί, καθώς ενέχεται ο κίνδυνος διαταραχής του όταν μάθει ότι έχει συλληφθεί, ή γεννηθεί, μετά το θάνατο του πατέρα ή της μητέρας του. Οι επιτροπές βιοηθικής, ακόμα και των χωρών στις οποίες απαγορεύεται η μεταθανάτια γονιμοποίηση, συντείνουν στο να επιτρέπεται όταν υπάρχει συναίνεση, που δίνεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο, έτσι ώστε αφενός να διασφαλίζεται η καθαρότητα της βούλησης του θανόντος, αφετέρου να θεμελιώνεται νομικά ο συγγενικός δεσμός με το παιδί που θα γεννηθεί και να θεωρείται ως τέκνο γεννημένο σε γάμο.

Οι κοινωνικές διαστάσεις του ζητήματος της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να εξετάζονται και στα εναλλακτικά οικογενειακά σχήματα. Μία διαφοροποίηση της δομής της οικογένειας τα τελευταία χρόνια αποτελεί η συμβίωση ομοφυλόφιλων ζευγαριών. Στην Γαλλία και την Ιταλία δεν επιτρέπεται η πρόσβαση των ομόφυλων ζευγαριών σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στην Σουηδία επιτρέπεται μόνο στις γυναίκες και όχι στους άνδρες, ενώ το ίδιο ισχύει και στην Γερμανία και την Ιρλανδία, εμμέσως, εφόσον απαγορεύεται στους άνδρες η πρόσβαση στην παρένθετη μητρότητα. Μόνο στην Μ. Βρετανία τα ομόφυλα ζευγάρια έχουν πρόσβαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Συμεωνίδου-Καστανίδου και συν.,2015). Στην Ελλάδα δεν επιτρέπεται ούτε η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ούτε η υιοθεσία στα ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Όμως η κοινωνική πραγματικότητα είναι διαφορετική, καθώς ομοφυλόφιλα ζευγάρια, χωρίς να αποκαλύπτουν τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, προσφεύγουν κατά μόνες στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και μεγαλώνουν μαζί με τον/την σύντροφο το παιδί, αποτελώντας μία εν τοις πράγμασι οικογένεια. Σαφώς η κατάσταση είναι ευκολότερη για τις ομοφυλόφιλες γυναίκες, καθώς η μία εκ των δύο τεκνοποιεί σύμφωνα με το καθεστώς της άγαμης μόνης γυναίκας, περίπτωση που προβλέπεται από το νομικό πλαίσιο, ενώ για τους άνδρες είναι δυσκολότερα καθώς θα πρέπει να συνυπάρξει παρένθετη μητέρα με άγαμο μόνο πατέρα, κάτι που δεν προβλέπεται στο νόμο. Για τα ελληνικά δεδομένα εξάλλου δεν περιλαμβάνεται στον Αστικό Κώδικα διάταξη που να ρυθμίζει τις ομοφυλοφιλικές σχέσεις και τα

ομοφυλόφιλα ζευγάρια δεν αναφέρονται στο νόμο 3719/2008 που ρυθμίζει το σύμφωνο συμβίωσης, παρά το ότι το γεγονός αυτό αντιβαίνει στην αρχή της ισότητας (άρθρο 4 του Συντάγματος) και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρο 5) και στο απαραβίαστο της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής (άρθρο 9), ενώ παράλληλα διαχωρίζει τους πολίτες βάσει του σεξουαλικού τους προσανατολισμού γεγονός που αντιβαίνει στο άρθρο 81 Α του Ποινικού Κώδικα που αφορά στο ρατσιστικό έγκλημα στο οποίο συμπεριλαμβάνονται και οι πράξεις μίσους λόγω του σεξουαλικού προσανατολισμού (Κηπουρίδου & Μηλαπίδου,2015). Τα επιχειρήματα υπέρ της απαγόρευσης της πρόσβασης των ομόφυλων ζευγαριών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή εστιάζονται επί το πλείστον στην χρησιμότητα της μητρικής και πατρικής παρουσίας για την ισορροπημένη ανάπτυξη ενός παιδιού. Στην ίδια βάση στηρίζονται και οι υπέρμαχοι της άρνησης της πρόσβασης των μοναχικών ατόμων στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την δημιουργία μονογονεϊκών οικογενειών. Το επιχείρημα αυτό όμως δεν υποστηρίζεται από μελέτες που έχουν γίνει για την διερεύνηση του ψυχισμού και της ομαλής ανάπτυξης παιδιών που είναι αναγκασμένα να ζήσουν με τον ένα γονέα γιατί ο άλλος έχει πεθάνει, ή γιατί οι γονείς έχουν χωρίσει, ή γιατί ο γονιός είναι «κατ'επιλογήν» μόνος. Μάλιστα οι νομοθεσίες των κρατών λειτουργούν προστατευτικά για τις μονογονεϊκές οικογένειες (Συμεωνίδου-Καστανίδου και συν.,2015).

1.7.Ψυχολογική Διάσταση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Η επιθυμία της τεκνοποιίας είναι πολυσύνθετη καθώς αποτελεί την συνισταμένη μίας σειράς συνειδητών και ασυνειδητών κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους στο να αναπαράγονται, ανεξαρτήτως εξωτερικών συνθηκών, που μπορεί να μην είναι υποστηρικτικές, όπως επί παραδείγματι σε εμπόλεμες καταστάσεις (Burns& Covington, 2002). Η επιθυμία της απόκτησης απογόνων ξεκινά εξ' απαλών ονύχων λόγω ταύτισης με τα γονεϊκά πρότυπα (Bydlowski, 1997). Ένας καταλυτικός παράγοντας διαμόρφωσης της επιθυμίας για τεκνοποιία είναι τα κοινωνικά πρότυπα που ταυτίζουν την απόκτηση παιδιών με την σεξουαλική ταυτότητα του ζευγαριού, την σωματική υγεία και την ευλογία της σχέσης δύο ανθρώπων. Η γονιμότητα από τις αρχές της εμφάνισης του ανθρώπου στην Γη πήρε τη μορφή του πλεονεκτήματος και

ταυτίστηκε με την ολοκλήρωση του ατόμου. Σε αντίθεση η στειρότητα θεωρήθηκε ως κατάρα και η απαρχή μίας σειράς δεινών. Τα υπογόνιμα άτομα υφίστανται έντονη ψυχολογική πίεση καθώς, πολλοί εξ' αυτών, βιώνουν στιγματισμό, κατάθλιψη και αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης, με την εαυτοεικόνα τους να απέχει από τον «ιδανικό» εαυτό. Όμως, οι ψυχολογικές επιπτώσεις δεν περιορίζονται στην διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά επεκτείνονται και στην αντιμετώπισή της. Με την διάγνωση της υπογονιμότητας η σεξουαλική σχέση, αλλάζει χαρακτήρα και γίνεται μηχανιστική και καταναγκαστική, δεδομένου ότι προγραμματίζεται, περιορίζεται στις γόνιμες μέρες και συσχετίζεται μόνο με την αναπαραγωγή (Burns& Covington, 2002). Παράλληλα τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας βιώνουν μία εναλλαγή ελπίδας και πένθους που τα καθιστά ψυχολογικά ευάλωτα (Newton & Hearn, 1990). Πρόκειται για μία ψυχοφθόρο διαδικασία, με εντοπισμό της δυσκολίας επί το πλείστον στη φάση που περιλαμβάνει την εμβρυομεταφορά μέχρι την διαπίστωση ή μη της εγκυμοσύνης. Σε αυτή τη φάση το ζευγάρι βιώνει μία φαντασίωση εγκυμοσύνης, που όταν διαψεύδεται με το αρνητικό αποτέλεσμα του τεστ κηρύσσεται συνοδευόμενη από έντονη θλίψη. Η ψυχολογική επιβάρυνση διογκώνεται όταν για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συμμετέχει τρίτο άτομο με τη δωρεά γενετικού υλικού. Στην περίπτωση αυτή ο ένας εκ των δύο γονέων βιώνει τη δυσκολία της αποδοχής της στειρότητάς του και της υιοθεσίας του παιδιού του συντρόφου του. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να τυγχάνουν εξειδικευμένης φροντίδας και υποστήριξης από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι το πρόβλημα αυτό είναι πιο ουσιαστικό για έναν άνδρα που αποκτά παιδί με σπέρμα δότη, καθώς η γυναίκα που κυοφορεί έμβρυο που έχει προκύψει από ωάριο δότριας βιώνει την βιολογική σχέση παιδιού-μητέρας μέσα από την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και το θηλασμό και συνεπώς η βιολογική της συνέχεια θεωρείται δεδομένη (Burns& Covington, 2002).

Όπως προκύπτει, η αναγνώριση των ψυχικών παραμέτρων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ιδιαίτερης σημασίας και η συμμετοχή του επαγγελματία ψυχικής υγείας στην διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης της υπογονιμότητας είναι ουσιαστική. Η παρέμβαση συνίσταται στην σωστή προετοιμασία του υπογόνιμου ζευγαριού για την διαδικασία στην οποία πρόκειται να υποβληθεί, η εξοικείωσή του με τις ψυχολογικές, αλλά και τις ηθικές συνιστώσες, ο

εντοπισμός προϋπάρχουσων ψυχικών διαταραχών και ο εντοπισμός της ψυχολοπαθολογίας εκείνης που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την όλη προσπάθεια (Klock – Caruso , 2002).

1.8. Νομικό Πλαίσιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Νομική Διάσταση- Προβληματισμοί

1.8.1.Νομικό Πλαίσιο Σε Διεθνές επίπεδο

Σε όλες τις χώρες του αναπτυγμένου κόσμου έχει θεσπιστεί ειδική νομοθεσία που διέπει τις διαδικασίες και τεχνικές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η Σουηδία, από το 1985, υπήρξε πρωτοπόρος στην ειδική νομοθεσία (με την Insemination Act, 1984:1140) και το νομοθετικό της πλαίσιο αποτέλεσε πρότυπο για τις λοιπές σκανδιναβικές χώρες. Ακολούθησε η Γερμανία, το 1990, με νόμο για την προστασία του εμβρύου (Embryonenschutzgesetz- ESchG 13/12/1990), όπου καθορίζονταν οι πράξεις που αν τελεστούν επισύρουν ποινικές κυρώσεις. Σχεδόν την ίδια εποχή η Μ. Βρετανία απέκτησε τον πρώτο της νόμο (Human Fertilization and Embryology Act) για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, δώδεκα χρόνια μετά την γέννηση του πρώτου παιδιού «του σωλήνα». Το 1994 η Γαλλία με τους νόμους περί Βιοηθικής τοποθετήθηκε σχετικά με το σεβασμό του ανθρωπίνου σώματος (νόμος αριθ. 94-653,29/7/1994) και σχετικά με τη χρήση στοιχείων και προϊόντων του ανθρωπίνου σώματος, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την προγεννητική διάγνωση (νόμος αριθ. 94-654, 29/7/1994). Στην Ιταλία ανάλογη νομοθεσία θεσπίστηκε το 2004 (N. 40/19.2.2004). Ενώ ιδιαίτερη καθυστέρηση, ως προς την νομοθετική ρύθμιση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, υπήρξε στην Ιρλανδία, όπου αν και είχαν υπάρξει νομοσχέδια που αναφέρονταν στα σχετικά ζητήματα, με επικέντρωση στην παρένθετη μητρότητα, κυβερνητικές ανακοινώσεις και δημόσιος διάλογος, τελικά μόλις τον Απρίλιο του 2015 ψηφίστηκε ο νόμος Children and Family Relationships Act 2015, που παρέχει αναλυτική ρύθμιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και θεμάτων που άπτονται στις ετερόλογης γονιμοποίησης και της δωρεάς γαμετών, καθορίζοντας και τις προκύπτουσες σχέσεις συγγένειας, ενώ ταυτόχρονα προβλέφθηκε η ίδρυση εθνικού αρχείου για την καταχώρηση και τήρηση των πληροφοριών για τους δότες γεννητικού υλικού και τα παιδιά που γεννιούνται με αυτόν τον τρόπο.

Από την παρατήρηση της χρονολογικής τοποθέτησης των νομοθετημάτων προκύπτει ότι οι εφαρμογές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προϋπήρξαν της νομοθετικής τους ρύθμισης και υπάγονταν στην κατηγορία των λοιπών «ιατρικών πράξεων», ενώ ενίοτε υπήρξαν κατευθυντήριες οδηγίες και εγκύκλιοι. Παράλληλα, σύντομα έγινε αντιληπτό ότι σε κάθε χώρα ίσχυαν άλλα δεδομένα και τα προβλήματα που τέθηκαν έτυχαν διαφορετικής αντιμετώπισης από τον εκάστοτε πληθυσμό. Σημαντικό κάθε φορά ρόλο έπαιξε ο θρησκευτικός προσανατολισμός, οι ιατρικοί σύλλογοι, το ασφαλιστικό σύστημα και οι ασφαλιστικές εταιρίες, φαρμακευτικές εταιρίες, κέντρα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και φεμινιστικοί σύλλογοι. Όπως αναφέρουν οι ειδικοί που μελέτησαν το θέμα κυρίαρχος ήταν ο ρόλος των ιατρών ενώ ευκολότερα παρακάμφτηκαν οι αντιδράσεις των Εκκλησιών.

Παράλληλα, η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας στον τομέα της υποβοήθησης της αναπαραγωγής δημιουργούσε διαρκώς κενά και εξανάγκασε τις χώρες σε τροποποιήσεις των νομοθετικών τους ρυθμίσεων, προκειμένου να ανταποκριθούν και να απαντήσουν στα ερωτήματα που προέκυπταν, ενώ έπρεπε να ληφθούν υπόψη και οι προκαλούμενες αντιδράσεις των πληθυσμών των χωρών. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ιταλία επιχειρήθηκε δημοψήφισμα, με μικρή ανταπόκριση του πληθυσμού, καθώς υπήρξε φανερό σαμποτάζ της Καθολικής Εκκλησίας. Στην Γαλλία η σχετικά νομοθεσία τροποποιήθηκε δύο φορές, το 2004 και το 2011, ενώ στην Γερμανία το 2001 και το 2011. Στην Μ. Βρετανία το αρχικό κείμενο του 1990 τροποποιήθηκε το 2008 και στην Σουηδία υπήρξαν πολλαπλές τροποποιήσεις, το 1988, 1991, 2003 και 2005, ενώ το 2006 όλες οι αλλαγές ενσωματώθηκαν στην Genetic Integrity Act (GIA) (2006:351).

Στην πλειονότητα των χωρών η νομοθεσία συμπληρώθηκε, ή αναπληρώθηκε όπου δεν υπήρχε με κατευθυντήριες οδηγίες, που αν και δεν είχαν την ισχύ νόμου αποτέλεσαν κριτήριο ορθής άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος. Έτσι, υπουργικές αποφάσεις πήραν την θέση οδηγιών στην Γαλλία, Ιταλία, Γερμανία, Σουηδία, Μ. Βρετανία και Ιταλία μετά από εισήγηση Εθνικών Αρχών Βιοηθικής, Επιτροπών για την Υγεία, Ιατρικών Συλλόγων και άλλων επιστημονικών φορέων ή Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου που ασχολούνταν με το θέμα αυτό.

Εποπτεύουσα αρχή για τον έλεγχο του τρόπου εφαρμογής μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν υπάρχει σε όλες τις χώρες. Έτσι, στην Γερμανία δεν υπάρχει ανάλογο όργανο, ενώ στην Γαλλία και τη Σουηδία η εποπτεία ανατέθηκε σε αρχές αρμόδιες για την βιοηθική και βιοϊατρική γενικότερα. Στην Ιταλία η εποπτεία ανατέθηκε στις αρμόδιες αρχές των νομών και των επαρχιών επικουρούμενες από το Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων και το Ανώτατο Συμβούλιο για την Υγεία. Στην Μ. Βρετανία προβλέπεται η ύπαρξη Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Ως προς τα ηλικιακά όρια, για την Γαλλία, την Ιταλία και την Ιρλανδία τίθενται τα φυσικά όρια αναπαραγωγής ως προϋπόθεση συμμετοχής σε προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενώ στην Μ. Βρετανία, την Γερμανία και την Σουηδία δεν τίθενται ηλικιακά όρια. Στις περιπτώσεις της Γερμανίας και της Σουηδίας τα ηλικιακά όρια τίθενται με την άρνηση των ασφαλιστικών ταμείων να καλύψουν τις δαπάνες για ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή πέραν κάποιων ηλικιών που ποικίλουν ανάλογα με την κάθε χώρα, αλλά και τις περιοχές στην ίδια χώρα.

Σε ό,τι αφορά στην ταυτότητα του γενετικού υλικού, στην Μ. Βρετανία και την Σουηδία επιτρέπεται η ετερόλογη γονιμοποίηση ακόμη και όταν η ομόλογη είναι εφικτή, ως επιλογή του ζευγαριού, στη Γαλλία και την Ιρλανδία επιτρέπεται όταν οι πιθανότητες επιτυχίας της ομόλογης είναι λίγες ή όταν είναι επισφαλής για τους συμμετέχοντες, ενώ στην Γερμανία και την Ιταλία μόνο όταν η ομόλογη έχει εφαρμοστεί ανεπιτυχώς, ή όταν στερείται πιθανότητας επιτυχίας, ή ενυπάρχει η πιθανότητα μετάδοσης κληρονομικού νοσήματος.

Σχετικά με την ετερόλογη γονιμοποίηση με ξένο σπέρμα, είναι επιτρεπτή εφόσον ελεγχθεί το σπέρμα για τον αποκλεισμό μεταδιδόμενων νοσημάτων, απαγορεύεται η γονιμοποίηση με νωπό σπέρμα ή μείγμα σπέρματος και περιορίζεται σε δέκα ο αριθμός των παιδιών που προκύπτουν από το γενετικό υλικό του ίδιου δότη. Επιπλέον, στην Γερμανία ο δότης σπέρματος μπορεί να δώσει γενετικό υλικό μόνο σε μία μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και για το ανώτατο όριο των τριών γυναικών, ενώ στην Ιρλανδία απαιτείται να είναι ενήλικας και να υπογράψει έντυπο συναίνεσης όπου αναφέρεται ρητώς ότι έχει ενημερωθεί για τις διαδικασίες,

αποποιείται της γονεϊκής ιδιότητας του παιδιού που θα γεννηθεί,, αποδέχεται την καταχώρηση των στοιχείων σε εθνικό αρχείο και ότι θα είναι διαθέσιμα και προσβάσιμα στο παιδί στο μέλλον και ότι έχει δυνατότητα υπαναχώρησης πριν το υλικό χρησιμοποιηθεί. Στην Ιταλία επιπρόσθετα ακολουθούνται διαδικασίες ελέγχου των δοτών σπέρματος ως προς την σωματική και ψυχική τους υγεία και λαμβάνεται υπόψη ο φαινότυπος, έτσι ώστε να είναι σε συμφωνία με τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά του ζευγαριού που καταφεύγει στην υποβοήθηση της αναπαραγωγής. Ενώ στην Μ. Βρετανία δίνεται στους δωρητές σπέρματος, ως αντάλλαγμα σε είδος, η δυνατότητα φύλαξης του γεννητικού τους υλικού για ίδια χρήση καθώς και γρηγορότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες τους, εφόσον απαιτηθεί. Τα δεδομένα διαφοροποιούνται όταν πρόκειται για δωρεά ωαρίων. Έτσι στην Γερμανία απαγορεύεται η δωρεά ωαρίων, ενώ στην Γαλλία επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις και στην Ιταλία δεν γίνεται διάκριση των δοτών αναλόγως του φύλου τους. Σε ό,τι δε αφορά στην κατοχύρωση του δικαιώματος του παιδιού να πληροφορηθεί την ταυτότητα του γενετικού του γονέα, είναι κατοχυρωμένο στην Γερμανία, την Ιρλανδία, την Μ. Βρετανία και την Σουηδία, ενώ απαγορεύεται στην Γαλλία και την Ιταλία.

Η ετερόλογη γονιμοποίηση με ξένο γονιμοποιημένο ωάριο, δηλαδή η κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει καμία βιολογική σχέση με κάποιον εκ των γονέων, απαγορεύεται στην Σουηδία και την Ιταλία. Στην Γαλλία επιτρέπεται με την προϋπόθεση ότι έχουν αποτύχει οι άλλες μέθοδοι και ότι το ζευγάρι στο οποίο ανήκει το γονιμοποιημένο ωάριο έχει παραιτηθεί των δικαιωμάτων του. Η μέθοδος επιτρέπεται και στην Γερμανία, την Μ. Βρετανία και την Ιρλανδία. Σε ό,τι δε αφορά στην συγγένεια που δημιουργείται, το παιδί που προκύπτει θεωρείται νόμιμο τέκνο της μητέρας που το γέννησε (έστω και με ξένο ωάριο) και του συζύγου ή συντρόφου της που έχει συναινέσει εγκαίρως (έστω και αν το σπέρμα είναι τρίτου δότη) και η πατρότητα δεν αμφισβητείται. Ένα ενδιαφέρον σημείο είναι ότι στην Γερμανία το παιδί μπορεί να προσβάλλει την πατρότητα του κοινωνικού πατέρα, ενώ δεν υπάρχει αντίστοιχο δικαίωμα για τον κοινωνικό πατέρα και την γυναίκα που το κυοφόρησε. Αν ευδοκιμήσει η προσβολή της πατρότητας, μπορεί να εγείρει δικαίωμα διατροφής και κληρονομικά δικαιώματα απέναντι στον δότη.

Ως προς την μεταθανάτια γονιμοποίηση στην Γαλλία και την Σουηδία απαγορεύεται σε κάθε περίπτωση, στην Γερμανία και την Ιταλία επιτρέπεται χωρίς όρους, στην Ιρλανδία και την Μ. Βρετανία επιτρέπεται όταν υπάρχει συναίνεση.

Η αναπαραγωγική κλωνοποίηση απαγορεύεται παντού, ενώ η θεραπευτική κλωνοποίηση επιτρέπεται στην Γαλλία, την Γερμανία και την Ιταλία.

Η πρόσβαση των μοναχικών γυναικών στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επιτρέπεται στην Ιρλανδία και την Μ. Βρετανία, ενώ απαγορεύεται στην Γαλλία, την Ιταλία, την Γερμανία και την Σουηδία. Ενώ, η πρόσβαση των μοναχικών ανδρών στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επιτρέπεται μόνο στην Μ. Βρετανία. Σε ό,τι αφορά στα ομόφυλα ζευγάρια, επιτρέπεται η πρόσβασή τους στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μόνο στην Μ. Βρετανία και στην Ιρλανδία (Συμεωνίδου-Καστανίδου και συν.,2015/Συμεωνίδου-Καστανίδου & Ταρλατζής,2015).

1.8.3. Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα ειδική νομοθεσία σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θεσπίστηκε για πρώτη φορά το 2002 (Ν. 3089/2002), αρκετά αργότερα από πολλά ευρωπαϊκά κράτη, ενώ το 2005, με το νόμο. 3305 συμπληρώθηκαν τα κενά.

Με τον πρώτο νόμο 3089/2002 «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή» του οποίου οι διατάξεις ενσωματώθηκαν στον Αστικό Κώδικα (ΑΚ κεφ.8^ο, άρθρα 1455-1460), οριοθετήθηκε σε γενικές γραμμές η τεχνητή γονιμοποίηση, η μεταθανάτια γονιμοποίηση, η τύχη των πλεοναζόντων γονιμοποιημένων εμβρύων και ο δανεισμός της μήτρας, ενώ προσδιορίστηκαν οι συγγενικές σχέσεις που προκύπτουν. Τα βασικά κενά που άφηνε ο νόμος ήταν οι προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων και τεχνικών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η διάθεση και διακίνηση του γενετικού υλικού, η ασφαλιστική κάλυψη και η ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τραπεζών Κρυοσυντήρησης, ενώ δεν προέβλεψε την ίδρυση εποπτικού φορέα και ποινικών και διοικητικών κυρώσεων για την περίπτωση

παραβίασης των διατάξεών του. Τα κενά αυτά επιχείρησε να καλύψει ο νόμος 3305 του 2005 που αποτελείται από έξι κεφάλαια, που περιλαμβάνουν 33 άρθρα (Μητροσύλη,2007).

Με το νόμο 3305 (ΦΕΚ Α'17 27.1.2005), περί εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Ι.Υ.Α.)καθορίστηκαν τα εξής:

- i. Μέθοδοι και συναφείς τεχνικές Ι.Υ.Α. (άρθρο 2)
- ii. Προϋποθέσεις εφαρμογής των μεθόδων Ι.Υ.Α. (άρθρο 4)
- iii. Ενημέρωση και συναίνεσεις (άρθρο 5)
- iv. Αριθμός μεταφερόμενων ωαρίων και γονιμοποιημένων ωαρίων κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση (άρθρο 6)
- v. Κρυοσυντήρηση γεννητικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων (άρθρο 7)
- vi. Διάθεση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων (άρθρο 8)
- vii. Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (άρθρο 10)
- viii. Έρευνα που δεν οδηγεί σε εγκυμοσύνη, σε πλεονάζοντες ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που έχουν διατεθεί για το σκοπό αυτόν (άρθρο 11)
- ix. Έρευνα που οδηγεί σε εγκυμοσύνη, σε ανθρώπινους γαμέτες, ζυγώτες και γονιμοποιημένα ωάρια που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη εγκυμοσύνης σε πρόσωπα που υποβάλλονται σε Ι.Υ.Α., όταν σκοπός της έρευνας είναι η απόκτηση σημαντικών γνώσεων, σχετικών με την επιτυχή εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και τη γέννηση υγιούς παιδιού (άρθρο 12)
- x. Παρένθετη μητρότητα (άρθρο 13)
- xi. Διακίνηση γεννητικού υλικού (άρθρα 14 & 14)
- xii. Μονάδες Ι.Υ.Α.και Τράπεζες Κρυοσυντήρησης (άρθρα 16-18)

- xiii. Εθνική Αρχή Ι.Υ.Α. (άρθρα 19-25)
- xiv. Κυρώσεις , Ποινικές και Διοικητικές (άρθρα 26 και 27)
- xv. Ασφαλιστικές Διατάξεις (άρθρο 28)

Το 2008 εκδόθηκε το Προεδρικό Διάταγμα 26, με το οποίο υπήρξε εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την οδηγία 2004/23/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31.3.2004 για τη θέσπιση προτύπων, ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων (EEL102/7.4.2004) και τις συναφείς προς αυτήν οδηγίες 2006/17/EK (EEL 38/9.2.2006) και 2006/86/EK (EEL 294/25.10.2006). Ενώ το 2014 με το νόμο 4272/2014 τροποποιούνται οι προϋποθέσεις προσφυγής στην παρένθετη μητρότητα.

1.8.3. Νομική Διάσταση- Προβληματισμοί

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως τρόπος επίλυσης προβλημάτων υπογονιμότητας, είναι σύμφωνη με την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων που αφορούν στην δημιουργία της ζωής και το σχηματισμό οικογένειας. Οι επιτροπές των Ηνωμένων Εθνών για τα ανθρώπινα δικαιώματα υποστηρίζουν ως θεμελιώδες το δικαίωμα ενήλικων γυναικών και ανδρών να σχηματίσουν οικογένεια και ως προς αυτό η απόκτηση παιδιών είναι ουσιαστική. Έτσι, όταν με φυσικό τρόπο είναι αδύνατη η τεκνοποιία τότε η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μετατρέπεται σε μέσο προστασίας του δικαιώματος δημιουργίας οικογένειας (Hendriks & Nowak,1990).

Όμως, ανεξάρτητα από την διασφάλιση του δικαιώματος της αναπαραγωγής και δημιουργίας οικογένειας με ιατρικές παρεμβάσεις, οι παρεμβάσεις αυτές καθαυτές χρήζουν διερεύνησης από νομικής απόψεως, καθώς εξετάζονται καινοφανείς διαστάσεις της ιατρικής επιστήμης. Σε μία πρώτη φάση είναι σκόπιμο να εξεταστεί η ιατρική υποβοήθηση της αναπαραγωγής ως θεραπευτική προσέγγιση, καθώς δεν είναι ξεκάθαρο αν στην περίπτωση της υπογονιμότητας υπάρχει «ασθενής» όπως στις λοιπές ιατρικές προσεγγίσεις. Απέναντι στην ομάδα ιατρικής

υποβοήθησης της αναπαραγωγής υπάρχει ένα ζευγάρι που εκφράζει την θέλησή του να τεκνοποιήσει, οπότε το πλάνο αντιμετώπισης του έχει ως στόχο ένα επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή μία επιτυχημένη έκβασης εγκυμοσύνη και όχι την βελτίωση του επιπέδου υγείας σε ιατρικούς όρους εκφρασμένη (Χαραλαμπίδης, 1993). Όμως, ενίοτε οι ιατρικές πράξεις που γίνονται στο πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορούν να βλάψουν την υγεία της γυναίκας που υποβάλλεται σε αυτές, όπως επί παραδείγματι με το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών ή τον καρκίνο μετά την ορμονοθεραπεία. Αναλόγως μπορεί να αναφερθεί το παράδειγμα της εγκυμοσύνης άγαμης γυναίκας με σπέρμα δότη, όπου η γυναίκα δεν είναι απαραίτητα υπογόνιμη, καθώς και η περίπτωση αντιμετώπισης της υπογονιμότητας ζευγαριού στο οποίο ο άνδρας πάσχει από ολιγοσπερμία, με χρήση σπέρματος δότη. Και στην δεύτερη περίπτωση, το ιατρικό πρόβλημα του άνδρα δεν θεραπεύεται, απλώς αντιμετωπίζεται η επιθυμία του ζευγαριού να αποκτήσει ένα παιδί (Φουντεδάκη,2003). Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί και ο προβληματισμός στην περίπτωση που το πρόβλημα της υπογονιμότητας αναφέρεται στον ανδρικό παράγοντα, αλλά οι παρεμβάσεις γίνονται στην γυναίκα, που δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα υγείας και δεν είναι «ασθενής».

Όμως, αν η «Υγεία» εξεταστεί υπό το πρίσμα του ορισμού της, όπως αναφέρεται από το 1946 στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δηλαδή ως *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (Sze,1982) τότε και με βάση και την ψυχική διάσταση της υγείας, ακόμα και η σωματικά υγιής γυναίκα που δεν μπορεί να τεκνοποιήσει με άλλο τρόπο, για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι εν δυνάμει «ασθενής» που επιδιώκει μέσα από την εκπλήρωση της επιθυμίας της να γίνει μητέρα την συμπλήρωση του κενού στον ψυχικό της κόσμο. Επίσης, δεδομένου ότι σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, άρθρο 4, ως «ασθενής» περιγράφεται *«κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας»*, ακόμα και όταν αυτές οι υπηρεσίες αφορούν σε παρεμβάσεις όπως η τεχνητή διακοπή κύησης, που δεν εφαρμόζεται πάντα λόγω ύπαρξης αναπότρεπτου κινδύνου για την ζωή της εγκύου ή φόβος για διαρκή βλάβη της υγείας της, ή παρεμβάσεις με στόχο την αισθητική βελτίωση, όπως στην πλαστική χειρουργική, ή παρεμβάσεις όπως η αλλαγή φύλου κ.α. Αναλόγως λοιπόν και οι μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι

θεραπευτικές προσεγγίσεις της υπογονιμότητας, η οποία κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί νόσο και ενίοτε αναπηρία (Βιδάλη, 2007).

Ένα άλλο σημείο που μπορεί να αποτελέσει αιτία νομικού προβλήματος σε περίπτωση διαζυγίου, ή λύσης της συμβίωσης ενός ζευγαριού, καθώς και στην περίπτωση θανάτου ενός εκ του ζευγαριού, αφορά στην κρυοσυντήρηση εμβρύων. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να υπάρξει ανάκληση της συναίνεσης του ενός εκ των δύο, σχετικά με την χρήση των εμβρύων. Χαρακτηριστικά αναφέρεται η περίπτωση *Davis εναντίον Davis*, περίπτωση διαζυγίου, του Ανωτάτου Δικαστηρίου της πολιτείας του Τενεσί των ΗΠΑ, όπου, μετά το διαζύγιο, ο σύζυγος επιθυμούσε την καταστροφή των κρυοσυντηρημένων εμβρύων τους, ενώ η σύζυγος ήθελε να παραμείνουν διαθέσιμα είτε για την ίδια, είτε ως δωρεά για χρήση τους από άλλο υπογόνιμο ζευγάρι. Το δικαστήριο απεφάνθη ότι τα έμβρυα αυτά δεν ήταν περιουσία ή ιδιοκτησία του ζευγαριού και ως εκ τούτου θα έπρεπε να ικανοποιηθεί το αίτημα του συζύγου, εκτός αν ένας εκ του ζευγαριού αδυνατούσε να τεκνοποιήσει με οποιονδήποτε άλλο τρόπο, εξαιτίας παθολογικών προβλημάτων. Έτσι, η διατήρηση των εμβρύων θα υφίστατο μόνο για ίδιαν χρήση και όχι για συνδρομή σε άλλο υπογόνιμο ζευγάρι (The Embryo Project Encyclopedia, 2008). Αναλόγως, έχει αντιμετωπιστεί και η περίπτωση που προϋπήρχε συμφωνία για την περίπτωση διαζυγίου ή παύσης συμβίωσης. Ως παράδειγμα αναφέρεται η περίπτωση *Kass εναντίον Kass*, όταν η κα Kass διεκδίκησε τον «έλεγχο» εμβρύων μετά το διαζύγιο, παρά την ύπαρξη συμφωνίας για δωρεά των εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς στην περίπτωση που το ζευγάρι δεν θα ήταν μαζί, και ενώ αρχικά δικαιώθηκε, σε δεύτερο βαθμό ενεργοποιήθηκε η παλαιότερη συμφωνία (Lockwood, 2006).

Επίσης, χρήζει διερευνήσεως ο προβληματισμός σχετικά με την δωρεά γενετικού υλικού και κυρίως ωαρίων. Είτε πρόκειται για περίπτωση διάθεσης πλεοναζόντων ωαρίων γυναικών που υποβάλλονται σε διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης, είτε η δωρεά ωαρίων γίνεται από γυναίκα που δεν είναι σε φάση τεκνοποίησης για την δημιουργία δικής της οικογένειας, πρέπει να αποσαφηνίζεται η απουσία οικονομικού ανταλλάγματος, όπως προβλέπεται από την νομοθεσία τόσο στην Ελλάδα (Ν.3305/2005), όσο και στις περισσότερες χώρες (μία εκ των εξαιρέσεων οι ΗΠΑ). Ιδιαίτερα για τα ελληνικά δεδομένα η παραχώρηση και αποδοχή γενετικού υλικού επ' αμοιβή αποτελεί κακουργηματική πράξη

(Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη,1999). Όμως, παρά την σαφή τοποθέτηση του νομοθέτη και της Εθνικής Αρχής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, ο κίνδυνος εκμετάλλευσης κυρίως των οικονομικά αδύναμων γυναικών δεν εξαλείφεται τόσο στην περίπτωση δωρεάς ωαρίων, όσο και στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας, όπως αναπτύσσεται περισσότερο στο επόμενο κεφάλαιο. Ενώ επίσης, υπάρχουν διαφωνίες σχετικά με το αν πρέπει να γίνεται γνωστή η ταυτότητα των δοτών σε κάθε περίπτωση.

Ένα εξίσου ευαίσθητο θέμα που άπτεται και της ηθικής είναι ο προσδιορισμός του σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής, με κεντρικό αντικείμενο προβληματισμού την υπαγωγή του γεννητικού υλικού, του γονιμοποιημένου ωαρίου και του εμβρύου στην κατηγορία «προσώπων» ή «πραγμάτων» και ως εκ τούτου η παροχή ανάλογης προστασίας (Καζλαρή, 2010).

Τέλος ένα σημείο που μπορεί να προκαλέσει αμφισβήτηση της νομιμότητας των διαδικασιών είναι η προεμφυτευματική διάγνωση, η οποία αφενός προστατεύει το έμβρυο από κληρονομικώς μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως η κυστική ίνωση και η μεσογειακή αναιμία, με ηθικό πλεονέκτημα την πρόληψη επιστημονικά επιβεβλημένης διακοπής κύησης σε επόμενο στάδιο, αφετέρου ανοίγει το δρόμο για την γονιδιακή θεραπεία, σύμφωνα με την οποία, με παρεμβάσεις στο γονιδιακό υλικό, μπορούν να προσπεραστούν εμπόδια ανάπτυξης υγιών εμβρύων λόγω προβλημάτων του γονιδιώματος. Στην περίπτωση όμως αυτή ελλοχεύει ο κίνδυνος της κατάχρησης της μεθόδου προκειμένου να παραχθούν μωρά κατά παραγγελία (με ιδιαίτερα μορφολογικά και νοητικά χαρακτηριστικά. Στην ίδια κατηγορία εντάσσεται και η επιλογή του φύλου του εμβρύου για μη ιατρικούς λόγους (Department of Health, 2006).

1.9. Θέματα Βιοηθικής στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Οι ηθικο-κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με θέματα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εντοπίζονται επί το πλείστον στην παροχή της δυνατότητας της αναπαραγωγής και της δημιουργίας οικογένειας σε όλους τους ανθρώπους. Κομβικό σημείο για την εξέταση της βιοηθικής διάστασης του θέματος αποτελεί η παραδοχή

της προσφυγής σε μεθόδους και τεχνικές υποβοήθησης της αναπαραγωγής μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αδυναμίας τεκνοποιίας και όταν ενυπάρχει κίνδυνος μετάδοσης σοβαρού νοσήματος για το παιδί. Παράλληλα προϋποτίθεται η ύπαρξη νομοθετικής ρύθμισης του πλαισίου που διέπει τις σύνθετες σχέσεις συγγένειας που δημιουργούνται. Από την άποψη της βιοηθικής το ενδιαφέρον εστιάζεται στην αποφυγή της κατάχρησης των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και το «φιλελευθερισμό» της προτίμησης των τεχνικών μεθόδων έναντι των φυσικών. Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντική η απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης και της επιλογής του φύλου εκτός αν πρόκειται για πρόληψη φυλοσύνδετου νοσήματος. Εξάλλου, με αυτή τη θέση συνάδουν οι ηθικοκοινωνικές αντιλήψεις του σύγχρονου πολιτισμού, όπως αποτυπώνονται στα διεθνή κείμενα, την Οικουμενική Διακήρυξη της UNESCO για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική.

Υπάρχουν έριδες και διαφωνίες σχετικά με το κατά πόσο πρέπει να εφαρμόζονται οι τεχνικές και οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εκτός γάμου, ή μετά το θάνατο ενός εκ των δύο δοτών. Επίσης, αντικείμενο συζήτησης των ιθυνόντων είναι οι πιθανές χρήσεις του πλεονάζοντος γεννητικού υλικού για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2002).

Ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο θέμα με ηθικές και νομικές διαστάσεις είναι ο προσδιορισμός του σημείου έναρξης της ανθρώπινης ζωής. Αν η στιγμή της σύντηξης των γεννητικών κυττάρων θεωρηθεί ως η απαρχή της ζωής, με την γέννηση ως σταθμό της πορείας εξέλιξης του ανθρώπου από την γονιμοποίηση μέχρι το θάνατο, τότε η προστασία της ζωής ξεκινά σε πολύ πρώιμο στάδιο. Αναλόγως διαφαίνεται ότι η αγέννητη ζωή χρειάζεται προστασία. Βέβαια προκαλεί προβληματισμό το κατά πόσο τα γονιμοποιημένα ωάρια πρέπει να τυγχάνουν νομικής προστασίας, όταν το έμβρυο σε περισσότερο εξελιγμένο στάδιο εξέλιξης, μέχρι την 12^η εβδομάδα της κύησης, μπορεί να υποστεί «νομίμως» θάνατο μέσω της τεχνητής διακοπής της κύησης (Piadou, 1999).

Από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, παρά τις συζητήσεις και τις τοποθετήσεις της επιστημονικής κοινότητας και των επιτροπών βιοηθικής ανά τον κόσμο, η σύγχρονη αντίληψη της βιοηθικής σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν έχει διαμορφωθεί με έναν ενιαίο τρόπο, αποδεκτό από όλους. Τα θέματα που υφίσταντο από την πρώτη ημέρα που η Louise Brown (το πρώτο «παιδί του σωλήνα») γεννήθηκε, συνεχίζουν να υφίστανται και να αποτελούν αντικείμενο συζήτησης. Οι κίνδυνοι για την υγεία της μητέρας και του παιδιού, οι οικογενειακοί δεσμοί που διαμορφώνονται και το νομικό status του παιδιού που γεννιέται, τα διλήμματα σχετικά με τον «αναπαραγωγικό τουρισμό» και την διασυνοριακή αναπαραγωγή, η ομόλογη και ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση, η δωρεά γενετικών κυττάρων, η «εμπιστευτικότητα των διαδικασιών», η αποδοχή και νομιμότητα ή μη της παρένθετης μητρότητας, η ανωνυμία των δοτών και της παρένθετης μητέρας, η πρόσβαση των μοναχικών ατόμων και των ομόφυλων ζευγαριών στην αναπαραγωγή αποτελούν μερικά από τα θέματα στα οποία δεν υπάρχει συμφωνία ακόμα και στα μέλη-κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ, με αποτέλεσμα να συνεχίζουν να αποτελούν θέματα προς εξέταση για την βιοηθική σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο (Brunet et al.,2013/ Arvidson et al.,2015/ Συμεωνίδου- Καστανίδου και συν.,2015/ Τσαλίδης, 2016).

1.10.Οικονομική Διάσταση της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Οι διαδικασίες και τεχνικές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ιδιαίτερα δαπανηρές με αποτέλεσμα άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων να μην μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στο κόστος. Το κόστος εξατομικεύεται σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ζευγαριού και το ιατρικό του ιστορικό, καθώς αναλόγως καθορίζονται οι ιατρικές εξετάσεις που γίνονται κατά περίπτωση. Επίσης, υπάρχει διαφοροποίηση του κόστους μεταξύ δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών ιατρικών κέντρων, των αμοιβών των γυναικολόγων ή των κέντρων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται η δυνατότητα κάλυψης των εξόδων ή μέρους αυτών από τον ασφαλιστικό φορέα των χρηστών των υπηρεσιών. Για την ελληνική πραγματικότητα, ένα ετερόφυλο ζευγάρι που καταφεύγει σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αν απευθυνθεί σε

δημόσιο νοσοκομείο ο ασφαλιστικός του φορέας καλύπτει όλες τις δαπάνες. Αν απευθυνθεί σε ιδιωτικό κέντρο, τότε οι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένες στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα αποζημιωθούν με 352,16 ευρώ ανά κύκλο, ενώ στην περίπτωση ημιτελούς προσπάθειας με το ήμισυ του ανωτέρω ποσού. Το μεγαλύτερο μέρος της φαρμακευτικής δαπάνης καλύπτεται, ενώ για την αποζημίωση των εξόδων δεν αξιολογείται αν πρόκειται για ομόλογη ή ετερόλογη γονιμοποίηση και αυτό ισχύει και για την περίπτωση της μοναχικής γυναίκας. Ενώ στον μοναχικό άνδρα και τα ομόφυλα ζευγάρια δεν καλύπτεται καμία σχετική δαπάνη (Συμεωνίδου-Καστανίδου και συν.,2015).

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με μία σειρά εγκυκλίων περιγράφει το πλαίσιο των δαπανών για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι «...Κάθε γυναίκα δικαιούται να υποβληθεί σε τέσσερις (4) συνολικά προσπάθειες διέγερσης ωοθηκών ή και ενδομητρικής σπερματέγχυσης. Εάν δεν υπάρξει θετική έκβαση, το υπογόνιμο ζευγάρι μπορεί στη συνέχεια να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση μέχρι τέσσερις (4) φορές συνολικά και ανά τετράμηνο τουλάχιστον. Για τη διενέργεια εξωσωματικής μετά από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας πρέπει να παρέλθουν τέσσερις (4) μήνες. Μετά τη διενέργεια τεσσάρων (4) προσπαθειών εξωσωματικής, δεν εγκρίνονται προσπάθειες πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας /σπερματέγχυσης » (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 24/10/13).

Σχετικά με την αποζημίωση των δοτών γεννητικού υλικού είναι κοινός ευρωπαϊκός κανόνας η απαγόρευση της χορήγησης ανταλλάγματος, προκειμένου να επιβεβαιώνεται ο σεβασμός στην αξία του ανθρώπου. Όμως, καλύπτεται οικονομικά κάθε πραγματική, οικονομικού χαρακτήρα, ζημία και επιβάρυνση που προκαλείται στον οργανισμό του δότη. Έτσι, καλύπτονται δαπάνες για ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή και νοσήλεια στο πλαίσιο της λήψης του γενετικού υλικού. Επίσης, καλύπτονται τα έξοδα της μετακίνησης και διαμονής, καθώς και κάθε ζημία από την αποχή από την εργασία, η φύλαξη άλλων παιδιών, καθώς και αποζημίωση για την βιολογική καταπόνηση. Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να υπάρξει για την χορήγηση ειδικής άδειας στην δότρια ωαρίων που υποβάλλεται σε διέγερση ωοθηκών και διαδικασία λήψης ωαρίων (Συμεωνίδου-Καστανίδου και συν.,2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

2.1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός και Εξέλιξη της Παρένθετης Μητρότητας στο Χρόνο, Σχέση Παρένθετης Μητρότητας και Υιοθεσίας

Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί μία έκφανση της μητρότητας, που αναφέρεται στην εγκυμοσύνη μίας γυναίκας, με πρόθεση παραχώρησης του παιδιού σε κάποιον, ή κάποιους άλλους που θα το αναθρέψουν. Αν και δεν είναι μία νέα αναπαραγωγική πρακτική κατά την τελευταία εικοσαετία έχει γνωρίσει μία άνθηση και αποτέλεσε βασικό θέμα δημοσίου διαλόγου, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο (Brunet et al.,2013). Πρόκειται για την ίσως πιο ακραία έκφραση του διαχωρισμού της σεξουαλικής πράξης από την αναπαραγωγική διαδικασία (Davies,1985).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «Παρένθετη Μητέρα» χαρακτηρίζεται μία γυναίκα που καθίσταται έγκυος και διεκπεραιώνει την εγκυμοσύνη της με την συμφωνία της παραχώρησης του παιδιού, μετά την γέννηση, σε άλλα άτομα. Το γεννητικό υλικό που συμμετείχε στην γονιμοποίηση μπορεί να ανήκει στα άτομα που θα αναλάβουν την ανατροφή του παιδιού ή/και σε δότες (Zegers-Hochschild et al.,2009). Η παρένθετη μητρότητα μπορεί να χαρακτηριστεί και ως «υποκατάστατη», από το λατινικό «subrogare» που σημαίνει «υποκατάσταση». Εξάλλου, στην αγγλική γλώσσα η παρένθετη μητέρα αναφέρεται ως «surrogate mother» ενώ η παρένθετη μητρότητα «surrogacy». Πρόκειται για μία «συνεργατική» μορφή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς όπως και στην δωρεά γενετικού υλικού, απαιτείται η συμβολή ενός τρίτου προσώπου στην αναπαραγωγική διαδικασία (Brunet et al.,2013).

Διακρίνονται δύο τύποι παρένθετης μητρότητας:

- i. η μερική, ή παραδοσιακή, ή χαμηλής τεχνολογίας, κατά την οποία χρησιμοποιείται το σπέρμα του άνδρα που πρόκειται να αναλάβει την ανατροφή του παιδιού (κοινωνικός πατέρας που είναι και βιολογικός) και το ωάριο της παρένθετης μητέρας και

- ii. η *πλήρης, ή παρένθετη μητρότητα εξωσωματικής γονιμοποίησης, ή υψηλής τεχνολογίας*, κατά την οποία, σε εξωσωματική γονιμοποίηση χρησιμοποιείται το γενετικό υλικό (σπέρμα και ωάριο) του ζευγαριού που θα αναθρέψει το παιδί (οι κοινωνικοί γονείς είναι και βιολογικοί γονείς, ενώ η παρένθετη μητέρα δεν έχει βιολογική συγγένεια με το παιδί που κυοφορεί) (Serafini,2001/ Brunet et al.,2013).

Παραλλαγές της δεύτερης περίπτωσης και ως εκ τούτου περιπτώσεις κατά τις οποίες η παρένθετη μητέρα δεν έχει βιολογική σχέση με το έμβryo που κυοφορεί, αποτελούν οι εμφυτεύσεις εμβρύων που έχουν προέλθει από την γονιμοποίηση:

- i. ωαρίου δότριας και σπέρματος του πατέρα που θα αναθρέψει το παιδί, όταν δεν υπάρχει «κοινωνική» μητέρα (όπως στην περίπτωση «μοναχικού» πατέρα ή ζεύγους ομοφυλόφιλων ανδρών), ή όταν κάποια πάθηση την εμποδίζει να παράγει ωάρια,
- ii. ωαρίου της μητέρας που θα μεγαλώσει το παιδί και σπέρματος δότη, όταν δεν υπάρχει «κοινωνικός» πατέρας (όπως στην περίπτωση «μοναχικής» μητέρας ή ζεύγους ομοφυλόφιλων γυναικών),ή όταν υφίσταται πρόβλημα στο σπέρμα του και
- iii. γαμετών (ωαρίου και σπερματοζωαρίου) δοτών, δηλαδή η περίπτωση δωρεάς εμβρύου (Rajinder ,2015).

Ενώ άλλη μία κατηγοριοποίηση της παρένθετης μητρότητας διακρίνει δύο κατηγορίες:

- i. την *αλτρουϊστική* που συνήθως αφορά σε φίλες ή συγγενείς του υπογόνιμου ζευγαριού και δεν προκύπτει οικονομικό όφελος για την υποκατάστατη μητέρα (Kalra,2010),
- ii. την *εμπορική* κατά την οποία η παρένθετη μητέρα αντιμετωπίζει επαγγελματικά την κυοφορία και αξιώνει αμοιβή πλέον της κάλυψης των εξόδων της εγκυμοσύνης. Συνήθως το ζευγάρι που κάνει την «ανάθεση» και η υποκατάστατη μητέρα είναι ξένοι μεταξύ τους. Η διαδικασία αυτή είναι νόμιμη σε κάποιες χώρες, όπως την Ινδία και συχνά χαρακτηρίζεται με τους δυνητικά

προσβλητικούς όρους «μήτρες προς ενοικίαση» (wombs for rent), ή «υπεργολαβικές εγκυμοσύνες» (outsourced pregnancies), «φάρμες μωρών» (baby farms) (Sirohi,2013/Kalra,2013).

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται προκειμένου να καταφύγει ένα άτομο, ή ζευγάρι στην απόκτηση απογόνων μέσω μίας παρένθετης μητέρας όπως καθορίζονται και από την σχετική νομοθεσία, είναι από την πλευρά της γυναίκας που επιθυμεί να τεκνοποιήσει, να υπάρχει διαγεγνωσμένη και τεκμηριωμένη αδυναμία κυφορίας για ιατρικούς λόγους (πχ επειδή έχει υποστεί υστερεκτομή, αλλά οι ωοθήκες της έχουν παραμείνει, πάσχει από σοβαρό καρδιολογικό νόσημα, νεφρική ανεπάρκεια, ορμονικές δυσλειτουργίες, πολλαπλές αποβολές, πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης κ.α.) και να είναι σε αναπαραγωγική ηλικία, μην έχοντας υπερβεί το πεντηκοστό έτος της ηλικίας της. Για τους λοιπούς όρους γίνεται εκτεταμένη αναφορά κατά την περιγραφή του σχετικού νομικού πλαισίου (Ν. 3305/2005).

Στην ιστορία, υπάρχουν αναφορές για χρησιμοποίηση τρίτου προσώπου ικανού προς τεκνοποιία, συνήθως από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, τόσο σε αποσπάσματα από τον Όμηρο, όσο και στην ινδική και εβραϊκή νομοθεσία, αλλά και κατά τους νεότερους χρόνους στην Κρήτη και τη Μάνη (Κοκολάκης,1994). Είναι χαρακτηριστική εξάλλου η βιβλική αναφορά στον Αβραάμ, που επί αδυναμίας τεκνοποιίας με την γυναίκα του Σάρα, απέκτησε με την δούλη της Άγαρ τον Ισμαήλ (Π.Δ.,Γέννεσις.16:1-12). Ενώ η πρώτη «νομοθετική ρύθμιση» της χρήσης τρίτου προσώπου για την απόκτηση ενός παιδιού τοποθετείται στον Κώδικα του Χαμουραμπί, το 1780 π.Χ., όπου αναφέρεται ότι στην περίπτωση που μία γυναίκα δεν μπορεί να καταστεί έγκυος και να προσφέρει στον άνδρα της παιδιά, τότε ο σύζυγος μπορεί να αποκτήσει παιδί με μία σκλάβο (Ροδάκης,1982). Αναλόγως, στην αρχαία Αίγυπτο οι Φαραώ συνήθιζαν να αποκτούν παιδιά με τις παλλακίδες τους, πρακτική που διασφάλιζε και την προστασία από τα γενετικά νοσήματα που προκύπτουν στις περιπτώσεις αιμομιξίας, καθώς συχνά με τις επίσημες συζύγους υπήρχε δεσμός αίματος. Η ίδια πρακτική παρατηρήθηκε και στην αρχαία Ρώμη, όπου οι πατρικίες φαίνεται ότι συχνά προτιμούσαν να τεκνοποιήσουν διαμέσου άλλης γυναίκας προς αποφυγή των κινδύνων της κύησης και του τοκετού (Παπαχρήστου,2003). Ενώ, υπάρχουν ενδείξεις από τη λαογραφία και την λογοτεχνία

ότι και στην Μάνη, μέχρι και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, επικρατούσε η «σύγκρια» δηλαδή η συνήθεια εγκατάστασης δεύτερης γυναίκας σε ένα σπίτι, επί το πλείστον εύπορου γόνου αριστοκρατικής οικογένειας, προς απόκτηση παιδιού, στην περίπτωση αδυναμίας της επίσημης συζύγου να τεκνοποιήσει ή την απόκτηση αγοριού στην περίπτωση που τα παιδιά της οικογένειας ήταν κορίτσια (Παπαδιαμάντης,1998).

Η πρώτη περίπτωση επιτυχημένης εξωσωματικής γονιμοποίησης σε παρένθετη μητέρα αναφέρεται επισήμως το 1985 από τους Utian και συνεργάτες οι οποίοι στην συνέχεια δημοσίευσαν την εκτεταμένη τους εμπειρία. Ακολούθησαν επιστημονικές ομάδες στην Μ. Βρετανία, την Αυστραλία και την Φινλανδία (Raziel,2005). Όμως θα πρέπει να τονιστεί και η αξιοσημείωτη κατακόρυφη αύξησή της παρένθετης μητρότητας, σε ποσοστό που προσδιορίζεται στο 89%, μέσα σε μία τετραετία, από το 2004 στο 2008 (Gugucheva ,2010).

Η παρένθετη μητρότητα, συχνά αντιμετωπίστηκε ως εναλλακτικό της υιοθεσίας, παρόλο που η υιοθεσία, ούτως ή άλλως είναι κομμάτι της διαδικασίας, καθώς τελικά στην παρένθετη μητρότητα μία γυναίκα, η οποία δεν είναι έγκυος, συμφωνεί να κυοφορήσει ένα παιδί που θα μεγαλώσουν κάποιοι άλλοι. Η βασική όμως διαφορά των δύο είναι ο σκοπός. Έτσι στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας ο σκοπός είναι η απόκτηση ενός παιδιού από ένα άτεκνο ζευγάρι, ενώ στην περίπτωση της υιοθεσίας, ο σκοπός είναι να βρεθεί μία οικογένεια για ένα παιδί (van den Akker, 2007). Συνεπώς η απάντηση στο ερώτημα «γιατί παρένθετη μητρότητα και όχι υιοθεσία;», δεδομένου ότι και οι δύο μέθοδοι τελικά καταλήγουν στην ανατροφή ενός παιδιού που δεν έχει γεννήσει η «κοινωνική» μητέρα, η απάντηση αναζητιέται στα ελατήρια της πράξης. Μία πρώτη προσέγγιση περιλαμβάνει την παραδοχή ότι ο γενετικός παράγοντας αποτελεί το σημαντικότερο πλεονέκτημα της παρένθετης μητρότητας, καθώς δίνεται σε άτεκνα ζευγάρια η δυνατότητα να μεγαλώσουν ένα παιδί που έχει και βιολογική συγγένεια μαζί τους, ή τουλάχιστον με τον ένα εξ' αυτών. Πρόκειται για ένα επί το πλείστον ηθικό και πνευματικό πλεονέκτημα που δίνει ικανοποίηση στους καταφεύγοντες σε αυτόν τον τρόπο ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Παράλληλα, οι αναθέτοντες την κύηση παρακολουθούν όλη την πορεία της εγκυμοσύνης, από την σύλληψη μέχρι την γέννηση, με αποτέλεσμα να αποκτούν συναισθηματικό δέσιμο με το παιδί που πρόκειται να μεγαλώσουν. Επίσης, έχουν το περιθώριο της επιλογής της παρένθετης

μητέρας, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ότι συμμετέχουν στην διαδικασία της αναπαραγωγής τους πιο δυναμικά.

Στο σημείο αυτό μπορεί να τεθεί το ερώτημα «ένα κράτος, απαγορεύοντας νομικά την παρένθετη μητρότητα, μπορεί να ενισχύσει την υιοθέτηση παιδιών που ήδη υπάρχουν και έχουν ανάγκη ένταξης σε μία οικογένεια;». Προκειμένου να απαντηθεί το ερώτημα αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και το ότι σε μία οργανωμένη πολιτεία το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής είναι ουσιαστικό και απαγορεύοντας την επιλογή της παρένθετης μητρότητας ως μέθοδο αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, αφενός στερεί την δυνατότητα επιλογής από κάποιους πολίτες της, αφετέρου μεταθέτει τις ευθύνες που έχει απέναντι στα παιδιά που αναζητούν οικογένεια, γιατί οι βιολογικοί τους γονείς δεν είχαν δυνατότητα ελέγχου στην γέννηση των παιδιών τους, ήταν χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και δεν μπορούσαν να τα μεγαλώσουν, δεν είχαν πρόσβαση σε προγεννητικό έλεγχο με αποτέλεσμα να γεννήσουν παιδιά που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας, στην οποία δεν μπορούν να ανταποκριθούν και γενικότερα μεταθέτει την ευθύνη άσκησης κοινωνικής πολιτικής σε μία ομάδα ανθρώπων (Rajinder,2015).

2.2. Η Παρένθετη Μητρότητα σε Διάφορες Χώρες και Θρησκείες

Στην Κορέα η παρένθετη μητρότητα προβλέπεται νομοθετικά, αλλά απαγορεύεται η εμπορευματοποίησή της. Στο Μεξικό η παρένθετη μητρότητα υφίσταται αλλά δεν ενθαρρύνεται με διάφορα κενά που υπάρχουν στην νομοθεσία. Εκεί, τα ενδιαφερόμενα ζευγάρια κάνουν προσωπικά τις απαραίτητες επαφές ενώ κάποιες κλινικές αναλαμβάνουν τις λοιπές διαδικασίες. Ενώ στην Βραζιλία η παρένθετη μητρότητα είναι αποδεκτή μόνον όταν η παρένθετη μητέρα είναι συγγενής των ανθρώπων που πρόκειται να αναθρέψουν το παιδί (Vayena et al.,2002). Αναλόγως στην Ινδία η παρένθετη μητρότητα δεν αποτελεί συχνή πρακτική, καθώς προτιμάται η υιοθεσία παιδιού μέσα στην οικογένεια, όπου ένας αδερφός ή μία αδερφή του άτεκνου ζευγαριού προορίζει ένα παιδί του/της για αυτούς (Widge, 2000). Όμως στην Ινδία, όπως και στο Χονγκ-Κονγκ ευδοκιμεί τα τελευταία η «εμπορική» παρένθετη μητρότητα (Chen & Tao,1997). Ενώ στην Κίνα απαγορεύεται η παρένθετη μητρότητα, παρά το ότι οι ειδικοί προτείνουν σθεναρά την

νομιμοποίηση της «αλτρουϊστικής» παρένθετης μητρότητας (Ministry of Health,2001). Αρκετά προωθημένη είναι η σχετική νομοθεσία στην Αυστραλία που τίθεται υπέρ της παρένθετης μητρότητας από αλτρουϊσμό. Από το 1994 υποκατάστατες μητέρες, με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, έχουν φέρει στον κόσμο παιδιά τα οποία είναι πλήρως ενημερωμένα για τον τρόπο γέννησής τους και είναι σε επαφή με την παρένθετη μητέρα τους (Vayena et al.,2002). Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η τοποθέτηση του νομικού συστήματος της Ισλανδίας, που αιτιολογεί την απαγόρευση της παρένθετης μητρότητας με το επιχείρημα της εξομίωσης της παρένθετης μητέρας που φέρει στην μήτρα της για εννέα μήνες το έμβρυο με κάθε άλλη μητέρα που κυοφορεί το παιδί της, συνεπώς, απέναντι στον ισλανδικό νόμο, μητέρα είναι αυτή που κυοφορεί και ο σύζυγός της είναι ο πατέρας του παιδιού (Rajinder ,2015). Στο Ισραήλ η νομική προσέγγιση της παρένθετης μητρότητας έχει συνδυάσει εξίσου τις συντηρητικές και τις προοδευτικές τοποθετήσεις των ειδικών και της κοινής γνώμης. Το 1996 τέθηκε σε ισχύ το νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει την παρένθετη μητρότητα και επιβάλλει την εξέταση κάθε περίπτωσης από μία διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από γυναικολόγο, γενικό ιατρό, κλινικό ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, καθώς και θρησκευτικό λειτουργό και νομικό ως εκπρόσωπους του κράτους. Επιτρέπεται μόνο πλήρης παρένθετη μητρότητα με γενετικό υλικό των αναθετόνων την κύηση, καθώς η δωρεά σπέρματος απαγορεύεται, ενώ η δωρεά ωαρίου εξετάζεται κατά περίπτωση από την επιτροπή. Τόσο το άτεκνο ζευγάρι, όσο και η υποκατάστατη μητέρα πρέπει να είναι ισραηλινοί πολίτες, της ίδιας θρησκείας, ενώ η παρένθετη μητέρα πρέπει να είναι ενήλικας, ανύπανδρη, μόνη ή διαζευγμένη, με τουλάχιστον ένα δικό της παιδί και προβλέπεται να λάβει ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό, που εγκρίνεται από την επιτροπή, ενώ της καλύπτονται τα έξοδα υπηρεσιών ψυχολόγου, εφόσον είναι απαραίτητο. Για μία γυναίκα προβλέπονται μέχρι δύο κυήσεις, στο πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας. Το μωρό τίθεται υπό την εποπτεία κοινωνικού λειτουργού, μέχρι την ολοκλήρωση των διαδικασιών της υιοθεσίας, που διαρκεί περί τις 7 ημέρες μετά τον τοκετό (Raziel,2005. Στην Φινλανδία, αναφέρεται από τις αρχές της δεκαετίας του '90 η διενέργεια εξωσωματικής γονιμοποίησης παρένθετης μητέρας σε τέσσερις διαφορετικές κλινικές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η πρακτική αυτή προβλέπεται από το νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο όμως θεωρεί την

γυναίκα που γεννά ως νόμιμη μητέρα, η οποία με διαδικασίες υιοθεσίας παραχωρεί το παιδί στους βιολογικούς του γονείς (Söderström-Anttila et al.,2002).

Για όλες τις θρησκείες συμπεριλαμβανομένου του μουσουλμανισμού, του ιουδαϊσμού και του χριστιανισμού, η τεκνοποιία είναι ουσιαστική και καθοριστική για την ζωή του ανθρώπου. Χαρακτηριστική είναι η εβραϊκή στάση που βασίζεται στην εντολή του Θεού στον Αδάμ «αυξάνεσθε και πληθύνεσθε» και δεν είναι αντίθετη προς την πρακτική της παρένθετης μητρότητας. Κατά τις διδαχές των εβραίων η μόνη περίπτωση παρενθετότητας που μπορεί να εγείρει αμφισβήτηση είναι η περίπτωση που η παρένθετη μητέρα δεν ασπάζεται την εβραϊκή θρησκεία (Schenker,1992).

Όμως, στην πλειονότητα των θρησκειών προκύπτουν συζητήσεις όταν στην διαδικασία της αναπαραγωγής εμπλέκονται τρίτα πρόσωπα, είτε ως δότες γενετικού υλικού είτε ως παρένθετες μητέρες. Για τους μουσουλμάνους σε μία πρώτη φάση ήταν επιτρεπτή η παρένθετη μητρότητα στην περίπτωση που αναφερόταν σε μία δεύτερη σύζυγο του ίδιου άνδρα, ή σε φίλη της οικογένειας, αργότερα τέθηκαν περιορισμοί. Είναι ενδεικτική η περίπτωση της Αιγύπτου. Στην Αίγυπτο, παρόλο που στο παρελθόν η παρένθετη μητρότητα ήταν αποδεκτή (Islamic Fikh Council,1984/ Gregorios Archbishop,1989) στην παρούσα φάση απαγορεύεται. Τον Απρίλιο του 2001 το Ισλαμικό Συμβούλιο Έρευνας διοργάνωσε μία συνάντηση, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι του αραβικού κόσμου και μετά από συζήτηση απεφάνθησαν αρνητικά για την παρένθετη μητρότητα με το σκεπτικό της συμμετοχής ενός «τρίτου» προσώπου στην τεκνοποίηση, χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία στην δήλωση αυτή (Islamic Research Council ,2001). Όμως και μεταξύ των μουσουλμάνων υπάρχουν αντίθετες τοποθετήσεις. Έτσι, ενώ οι σουνίτες , που αποτελούν και το μεγαλύτερο κομμάτι των μουσουλμάνων, είναι σαφώς αντίθετοι με την παρένθετη μητρότητα, θεωρώντας ανεπίτρεπτη την εισαγωγή σπέρματος ενός άνδρα στην μήτρα μίας γυναίκας που δεν είναι σύζυγός του, με στόχο την τεκνοποιία, οι μουσουλμάνοι του Ιράν που είναι Σίιτες έχουν εκδόσει «φετβά» σύμφωνα με την οποία η παρένθετη μητρότητα είναι αποδεκτή ως τρόπος αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, μόνον όταν αναφέρεται σε νόμιμα ζευγάρια (Rajinder ,2015). Υποστηρικτικοί υπό προϋποθέσεις είναι και οι βουδιστές. Σύμφωνα με τον βουδιστικό νόμο η παρένθετη μητρότητα είναι αποδεκτή, αλλά δημιουργούνται

ερωτηματικά σχετικά με τους οικογενειακούς δεσμούς, αλλά και νομικά και ηθικά θέματα (Vayena et al.,2002).

2.3. Η Κοινωνική Διάσταση της Παρένθετης Μητρότητας

Μελετώντας την περίπτωση της παρένθετης μητρότητας προκύπτει ότι η παραδοσιακή μητρική παρουσία αντικαθίσταται από τρεις άλλες. Πρόκειται για την:

- i. *βιολογική*, ή *γενετική* μητέρα, που δίνει το ωάριο και το ήμισυ του γενετικού κώδικα του παιδιού,
- ii. *μητέρα που κυοφορεί*, δηλαδή η παρένθετη ή υποκατάστατη μητέρα και
- iii. *«κοινωνική»* μητέρα που μεγαλώνει το παιδί.

Σε κάποιες περιπτώσεις η παρένθετη μητέρα είναι και βιολογική, η «κοινωνική» μητέρα μπορεί να είναι και βιολογική, ενώ και οι δύο μπορεί να μην έχουν βιολογική σχέση με το παιδί, καθώς η βιολογική μητέρα είναι η δότρια του ωαρίου (Storey, 2005).

Η παρένθετη μητρότητα έχει κοινωνικές προεκτάσεις, καθώς επηρεάζει σαφώς την δομή της οικογένειας, τους ρόλους των μελών και κυρίως την μητρική φιγούρα (Rajinder ,2015). Είναι άλλωστε εμφανές ότι η γονεϊκότητα παραδοσιακά εκφράζεται με όρους βιολογικούς και όχι κοινωνικούς, γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση την «κοινωνική» ταυτότητα της νεοδημιουργηθείσας μορφής οικογένειας (van den Akker, 2007).

Μία βασική κοινωνική πτυχή του θέματος είναι τα κοινωνικά ταμπού σχετικά με την παρένθετη μητρότητα. Το υπογόνιμο ζευγάρι που καταφεύγει σε αυτή την μέθοδο αναπαραγωγής, συνήθως έχει βιώσει χρόνια απέλπιδων προσπαθειών τεκνοποιίας. Παράλληλα, έχει αντιμετωπίσει αντιδράσεις από τον κοινωνικό περίγυρο και το συγγενικό περιβάλλον, προκαταλήψεις και κοινωνικό στιγματισμό. Σε αυτό το πλαίσιο η επιλογή της παρένθετης μητρότητας δεν είναι πάντα αβίαστη. Ταυτόχρονα, υπάρχει πάντα η ανησυχία της πρόωρης και χωρίς προετοιμασία αποκάλυψης του «μυστικού» στο παιδί, τόσο από τους συγγενείς, όσο και από τους

νεότερους κλάδους της οικογένειας, σε ακατάλληλη χρονική στιγμή, ενδεχομένως με καταστροφική επίδραση στο δεσμό των «κοινωνικών» γονέων και του παιδιού. Ενώ, εξίσου σημαντική θεωρείται η ανησυχία για το αν το παιδί αυτό θα γίνει εύκολα και χωρίς όρους αποδεκτό από το οικογενειακό περιβάλλον και τους συγγενείς, ή θα στιγματιστεί κοινωνικά, ενώ ανάλογη ανησυχία υπάρχει και για αυτόν καθεαυτό το μητρικό ρόλο της «κοινωνικής» μητέρας, σε περίπτωση αποκάλυψης της αλήθειας (Zandi *et al* .,2014).

Παράλληλα, στην κοινωνική διάσταση του θέματος μπορεί να μελετηθεί και η τεκνοποιία μοναχικού άνδρα ή ζεύγους ομοφυλόφιλων ανδρών. Πρόκειται για μία ιδιάζουσα περίπτωση, στην οποία η παρένθετη μητρότητα έχει τον βασικό ρόλο, καθώς αποτελεί το μοναδικό τρόπο τεκνοποιίας για αυτές τις κατηγορίες ανθρώπων, αλλά ο κοινωνικός αντίκτυπος είναι σίγουρα μεγάλος και συνεχίζει να τελεί υπό διερεύνηση (Twine, 2011).

Επίσης, είναι σημαντικό να τεθεί υπό συζήτηση και το αν πρέπει το παιδί που αποκτάται με υποκατάστατη μητέρα να ενημερωθεί για το καθεστώς της γέννησής του. Πολλοί έγκριτοι ερευνητές πιστεύουν ότι η «κοινωνική» μητέρα είναι το πιο κατάλληλο άτομο να ενημερώσει αναλόγως το παιδί της, ενώ σχετικές μελέτες έχουν καταδείξει την επιθυμία των ανθρώπων που ανατρέφουν το παιδί να αποκαλύψουν το πλαίσιο της γέννησής του και ιδιαίτερα των ανθρώπων που επέλεξαν συνειδητά τον τρόπο αυτό αναπαραγωγής τους. Καθίσταται δε σαφής η χρήση των υπηρεσιών της Συμβουλευτικής, προκειμένου η ενημέρωση αυτή να γίνει στο σωστό χρόνο, από τον σωστό άνθρωπο με τον σωστό τρόπο.

Τέλος, σε ό,τι αφορά στο παιδί, θα πρέπει να τεθεί υπό συζήτηση και ένα δυνητικό πρόβλημα, η τύχη του στην περίπτωση που γεννηθεί με ανίατη νόσο ή αναπηρία, καθώς η περίπτωση αυτή δεν προβλέπεται στο νομικό πλαίσιο αλλά άπτεται της ηθικής και της κοινωνικής συνιστώσας (van den Akker, 2007). Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η υπόθεση Gammy που είδε το φως της δημοσιότητας όταν ένα ζευγάρι αυστραλών, ενώ είχαν αναθέσει σε μία ταϊλανδή παρένθετη μητέρα την απόκτηση απογόνων, όταν η δεύτερη γέννησε δίδυμα, εκ των οποίων ένα έπασχε από σύνδρομο Down, πήραν την υγιή αδερφή του στην Αυστραλία μαζί τους και άφησαν το άρρωστο μωρό στην παρένθετη μητέρα. Σαφώς

πρόκειται για ιδιαίτερα σπάνιες περιπτώσεις, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες λόγω προόδου των ιατρικών ελέγχων πριν και κατά την εγκυμοσύνη, αλλά δεν αποκλείονται και θα πρέπει να διαμορφωθεί το νομικό και κοινωνικό πλαίσιο αντιμετώπισής τους. Επίσης, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική η παρέμβαση των επαγγελματιών της συμβουλευτικής, που θα πρέπει να διευκρινίζουν με σαφήνεια, τόσο στους αναθέτοντες την κύηση γονείς, όσο και στην υποψήφια παρένθετη μητέρα, από τα αρχικά στάδια της επικοινωνίας τους τα δικαιώματά τους και τις υποχρεώσεις που απορρέουν για καθέναν από αυτούς, αλλά και τις υποχρεώσεις τους απέναντι στο παιδί που θα γεννηθεί (Brinsden, 2003).

2.4. Το Νομικό Πλαίσιο της Παρένθετης Μητρότητας

2.4.1. Νομικό Πλαίσιο σε Διεθνές Επίπεδο

Σε διεθνές επίπεδο παρόλο που υπάρχουν διεθνή και ευρωπαϊκά κείμενα, καθώς και νομολογία με θεματολογία που άπτεται της παρένθετης μητρότητας, δεν υπάρχει σύμπνοια στην νομοθετική ρύθμισή της. Έτσι, στην Ευρώπη υπάρχει πλουραλισμός νομοθετικών ρυθμίσεων που ποικίλουν από την απαγόρευση κάθε μορφής παρένθετης μητρότητας, μέχρι την έγκριση της αλτροουιστικής μορφής και την αποδοχή της επ' αμοιβή παρένθετης μητρότητας.

Στην Ιρλανδία και την Σουηδία δεν υπάρχει νομοθεσία σχετικά με την παρένθετη μητρότητα με αποτέλεσμα, εμμέσως, να θεωρείται απαγορευμένη. Όμως, στην Σουηδία από το 2008 έχουν ξεκινήσει συζητήσεις, με κινητήρια δύναμη την σουηδική ομοσπονδία για τα δικαιώματα των «λεσβιών», ομοφυλόφιλων και τρανσέξουαλ, προκειμένου να νομιμοποιηθεί η μέθοδος. Αναλόγως στην Γαλλία, την Γερμανία, Βουλγαρία, Μάλτα, Πορτογαλία, Ισπανία και την Ιταλία, υπάρχει ειδική νομοθεσία, σύμφωνα με την οποία απαγορεύεται κάθε μορφής παρένθετη μητρότητα, με την κοινή γνώμη της Γαλλίας θετικά διακείμενη στην νομική αναγνώριση της παρένθετης μητρότητας. Στην Αυστρία επιτρέπεται η μερικώς παρένθετη μητρότητα αλλά απαγορεύεται η πλήρης. Αντιθέτως, στην Μ. Βρετανία, το Βέλγιο, την Κύπρο, την Τσεχία, την Δανία, την Εσθονία, την Ουγγαρία, Ιρλανδία, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, και την Ελλάδα η

νομοθεσία επιτρέπει την παρένθετη μητρότητα. Στην Μ. Βρετανία από το 1985 έγινε λόγος για αλτρουιστική παρένθετη μητρότητα, ενώ στην Ελλάδα το 2002.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στις χώρες όπου απαγορεύεται η παρένθετη μητρότητα, η απαγόρευση στηρίζεται στα εξής επιχειρήματα:

- i. Θεωρούν ότι η παρένθετη μητρότητα στερείται ηθικών ερεισμάτων, όταν η απόκτηση παιδιού επιδιώκεται με οποιονδήποτε, μη φυσιολογικό τρόπο και στην συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί εύκολα να πάρει εμπορικό χαρακτήρα.
- ii. Ελλοχεύει ο κίνδυνος της εκμετάλλευσης και προσβολής της αξιοπρέπειας της γυναίκας, καταστρατηγώντας το δικαίωμά της να έχει τον πλήρη έλεγχο του σώματός της.
- iii. Ακόμα και στην αλτρουιστική μορφή της παρένθετης μητρότητας υπάρχει έκθεση της κυοφορούσας στους κινδύνους που συνεπάγεται μία εγκυμοσύνη.
- iv. Χάνεται ο ψυχικός δεσμός μεταξύ μητέρας και εμβρύου και ενδέχεται να υπάρξουν δυσμενείς συνέπειες στον ψυχισμό της μητέρας.
- v. Δημιουργούνται νομικά προβλήματα που διογκώνονται όταν κάποιος από τους εμπλεκόμενους υπαναχωρήσει, ή όταν το κύημα δεν είναι υγιές και οι αναθέτοντες την κύηση αρνούνται να το αποδεχτούν.

Ενώ οι υπέρμαχοι της νομιμοποίησης της παρένθετης μητρότητας πρεσβεύουν ότι αποτελεί ηθικά επιτρεπτή μέθοδο ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εφόσον γίνεται χωρίς αμοιβή ή ανταλλάγματα και εφόσον τηρηθούν κάποιες προϋποθέσεις και όροι μπορεί να δώσει την δυνατότητα απόκτησης απογόνου σε γυναίκες που δεν μπορούν να κυοφορήσουν εξαιτίας ιατρικών προβλημάτων, ομόφυλα ζευγάρια και μοναχικούς ανθρώπους.

Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναφερθεί ο πλουραλισμός στην θεμελίωση του γονεϊκού δικαιώματος καθώς συνδέεται άμεσα με την παρένθετη μητρότητα που εξ'ορισμού διαφοροποιεί τις γονεϊκές σχέσεις. Έτσι, στις περισσότερες χώρες νόμιμη μητέρα θεωρείται η γυναίκα που γεννά το παιδί και ο σύζυγος κατά κανόνα τεκμαίρεται ως νόμιμος πατέρας του παιδιού. Με τον τρόπο αυτό οι «κοινωνικοί» γονείς μπορούν να υιοθετήσουν το παιδί, με την συναίνεση των νόμιμων γονέων. Στις

περιπτώσεις αναπαραγωγής με παρένθετη μητρότητα στο εξωτερικό, γίνονται διάφορες ρυθμίσεις, πολλές φορές και έξω από τα όρια του νόμιμου, προκειμένου να υιοθετηθούν τα παιδιά από τους γονείς που τα επιθυμούν (Brunet et al.,2013/ Συμεωνίδου-Καστανίδου,2015).

Ως αποτέλεσμα του πλουραλισμού στην νομοθεσία περί αποδοχής ή απαγόρευσης της παρένθετης μητρότητας εμφανίζεται η διασυνοριακή παρένθετη μητρότητα. Πρόκειται για μία «βιομηχανία» πολλών εκατομμυρίων που αναπτύσσεται σε χαμηλού εισοδήματος χώρες και εμπεριέχει τον κίνδυνο της εκμετάλλευσης και του περιορισμού της αυτονομίας και των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων των γυναικών (Ferraretti et al., 2010/ Deonandan et al. 2012).

2.4.2. Νομικό Πλαίσιο στην Ελλάδα

Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης η Ελλάδα έχει υιοθετήσει μία πρωτότυπη, καινοτόμο και προοδευτική προσέγγιση ως προς την νομική ρύθμιση της παρένθετης μητρότητας (ESHRE, 2010). Το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα, αρχικά ρυθμίστηκε με το νόμο 3089/2002 ο οποίος αναφέρεται αναλυτικά στις προϋποθέσεις και τους όρους πραγματοποίησής της, καθώς και τις σχετικές διαδικασίες. Κενά που δημιουργήθηκαν συμπληρώθηκαν στο νόμο 3305/2005.

Στο νόμο 3089/2002, άρθρο 1458, αναφέρεται *«Η μεταφορά στο σώμα άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ιδίαν, και η κνοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται πριν από τη μεταφορά, εφόσον υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο και της γυναίκας που θα κνοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Η δικαστική άδεια παρέχεται ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, εφόσον αποδεικνύεται ότι αυτή είναι ιατρικώς αδύνατο να κνοφορήσει και ότι η γυναίκα που προσφέρεται να κνοφορήσει είναι, εν όψει της κατάστασης της υγείας της, κατάλληλη για κνοφορία»*. Με το άρθρο αυτό ουσιαστικά καθορίζεται ο αλτρουιστικός χαρακτήρας της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα, καθώς και η αναγκαιότητα ύπαρξης δικαστικής πράξης που κάνει δεκτή την

κυοφορία του γενετικού υλικού των προσώπων που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν από την υποκατάστατη μητέρα. Ενώ σχετικά με την συγγενική σχέση του παιδιού με την μητέρα, στο άρθρο 1464 αναφέρεται «... μητέρα του τέκνου τεκμαίρεται η γυναίκα στην οποία δόθηκε η σχετική δικαστική άδεια. Το τεκμήριο αυτό ανατρέπεται, με αγωγή προσβολής της μητρότητας που ασκείται μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τον τοκετό, είτε από την τεκμαιρόμενη μητέρα, είτε από την κυοφόρο γυναίκα, εφόσον αποδειχθεί ότι το τέκνο κατάγεται βιολογικά από την τελευταία. Η προσβολή γίνεται από τη δικαιούμενη γυναίκα αυτοπροσώπως ή από ειδικό πληρεξούσιό της ή ύστερα από άδεια του δικαστηρίου, από τον νόμιμο αντιπρόσωπό της. Με την αμετάκλητη δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή το τέκνο έχει αναδρομικά από τη γέννησή του μητέρα τη γυναίκα που το κυοφόρησε».

Στο νόμο 3305/2005, άρθρο 13, ορίζεται σαφώς η αναγκαιότητα διεξαγωγής ιατρικών εξετάσεων και ενδελεχούς ψυχολογικής αξιολόγησης στην γυναίκα που πρόκειται να κυοφορήσει, στο πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας. Οι εξετάσεις αυτές,, όπως ορίζονται στο άρθρο 4 του ίδιου νόμου, αφορούν στους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV1, HIV2), ηπατίτιδα Β και C και σύφιλη. Οι ίδιες εξετάσεις είναι υποχρεωτικές και για τα άτομα που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο. Παράλληλα, στο άρθρο 26, παράγραφος 8 γίνεται λόγος για ποινικές κυρώσεις, όσων συμμετέχουν στην διαδικασία απόκτησης παιδιού μέσω παρένθετης μητρότητας χωρίς να έχουν τηρηθεί οι όροι και οι προϋποθέσεις των δύο σχετικών νόμων. Επίσης, ποινή προβλέπεται για όποιον «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». Ενώ με το άρθρο 28, παράγραφος 2, «καθορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών μητρότητας, τις οποίες χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και τα δικαιώματα που σχετίζονται με τους όρους και τις συνθήκες εργασίας, σε περίπτωση παρένθετης μητρότητας» με παραπομπή σε σχετικό Προεδρικό Διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των συναρμόδιων Υπουργών, ύστερα από γνώμη της Εθνικής Αρχής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Σε ό,τι αφορά στις δαπάνες για την παρένθετη μητρότητα, υπάρχει κατευθυντήρια απόφαση της Εθνικής Αρχής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Έτσι, με την υπ' αριθμ.οικ.36 απόφαση (ΦΕΚ Β'670/16.4.2008) οι αναγνωριζόμενες δαπάνες, τόσο για τους δότες γαμετών όσο και για τις παρένθετες μητέρες και η ανάλογη αποζημίωση αφορά στις ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις, νοσήλεια, πρην, κατά και μετά την λήψη των γαμετών, καθώς και έξοδα μετακίνησης και διαμονής εντός του ελληνικού κράτους. Επίσης, καλύπτονται τα έξοδα για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία και τον τοκετό, εφόσον αυτά δεν καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα της παρένθετης μητέρας. Τέλος, καταβάλλεται, τόσο στους δότες γαμετών όσο και στις παρένθετες μητέρες αποζημίωση για την αποχή από την εργασία τους, κατά την προετοιμασία και λήψη των γαμετών και επιπρόσθετα στην εγκυμοσύνη, την κυοφορία, τον τοκετό και την λοχεία για την υποκατάστατη μητέρα.

Τονίζεται ότι στην Ελλάδα, για να θεωρηθεί νόμιμη η παρένθετη μητρότητα θα πρέπει να υπάρχει ιατρική αδυναμία απόκτησης παιδιού με φυσικό τρόπο, ή σοβαρός κίνδυνος μετάδοσης μίας σοβαρής ασθένειας στο παιδί, ενώ επ' ουδενί γίνονται αποδεκτοί άλλοι λόγοι όπως αισθητικοί, επαγγελματικοί κ.α. Επίσης, δεν προκύπτει από το νόμο υποχρέωση ενημέρωσης του παιδιού σχετικά με το καθεστώς της γέννησής του. Παράλληλα, υπάρχει το παράδοξο ότι ενώ στην άγαμη, μοναχική γυναίκα επιτρέπεται να τεκνοποιήσει με κάποια από τις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και δωρεά σπέρματος, στον μοναχικό άνδρα δεν αναγνωρίζεται ανάλογο δικαίωμα δημιουργίας μονογονεϊκής οικογένειας με την βοήθεια παρένθετης μητέρας. (Συμεωνίδου-Καστανίδου,2015).

2.5. Η Προοπτική της Παρένθετης Μητέρας

2.5.1. Δυνητικοί Κίνδυνοι για την Υγεία της Παρένθετης Μητέρας

Η παρένθετη μητέρα είναι εκτεθειμένη σε κινδύνους για την δική της υγεία. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της εμπορευματοποίησης της παρένθετης μητρότητας, όταν δηλαδή η μητέρα ανήκει στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, είναι επί το πλείστον χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και αντιμετωπίζεται σαν μηχανή που

φτιάχνει παιδιά, συχνά αγνοεί τους ενδεχόμενους κινδύνους για την υγεία της καθώς και την ψυχολογική της επιβάρυνση όταν κληθεί να δώσει το παιδί στο άτομο, ή τα άτομα που θα το μεγαλώσουν, στο πλαίσιο της συμφωνίας που έχει κάνει.

Σε μία πρώτη φάση θα πρέπει να αναφερθεί ότι η παρένθετη μητέρα είναι εκτεθειμένη στις βασικές επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν σε όλες τις εγκυμοσύνες. Έτσι, ενδεικτικά αναφέρεται ότι μπορεί να αντιμετωπίσει διαταραχές της αρτηριακής της πίεσης (υπόταση, υπέρταση), αναιμία, προβλήματα στο δέρμα, οίδημα στα άκρα, διαταραχές του πεπτικού συστήματος και της απέκκρισης (Andrews & Brandel, 1995).

Ένας υπαρκτός κίνδυνος που αντιμετωπίζει είναι η μετάδοση μολυσματικών νοσημάτων, όπως ο ιός της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV/AIDS) και ηπατίτιδας Β και C, παρόλο που το γενετικό υλικό των δοτών γαμετών ελέγχεται ενδελεχώς.

Επίσης, δεδομένου ότι η τεχνική που χρησιμοποιείται είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση, δεν αποκλείεται η πολλαπλή κύηση, καθώς σχεδόν μία στις πέντε εγκυμοσύνες που προκύπτουν με εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύδυμη. Στην περίπτωση αυτή είναι υπαρκτός ο κίνδυνος επιπλοκών για την υγεία της γυναίκας που κυοφορεί, αλλά και των εμβρύων. Επιπρόσθετα επιβαρύνονται και οι αναθέτοντες την εγκυμοσύνη, που καλούνται να μεγαλώσουν περισσότερα παιδιά (Rajinder, 2015).

Επιπλέον, θα πρέπει να γίνει αναφορά στις συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνει χώρα η όλη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας και ιδιαίτερα στην εμπορική μορφή της. Έτσι, σε χώρες όπως η Ινδία, το νομοθετικό πλαίσιο δεν προστατεύει την υγεία της παρένθετης μητέρας που πολλές φορές εξουθενώνεται φυσικά και ψυχολογικά, σε κλινικές που δεν τηρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την εφαρμογή μεθόδων και τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και υπό την εποπτεία επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν πλημμελώς τις υπηρεσίες τους στην γυναίκα που επ' αμοιβή κυοφορεί (Dhawan, 2011).

2.5.2. Η Ψυχολογία της Παρένθετης Μητέρας

Η παρένθετη μητρότητα συχνά βιώνεται από την υποκατάστατη μητέρα ως μία πολύπλοκη συναισθηματικά διαδικασία, σαφώς διαφορετική από την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας που δίνει το παιδί της για υιοθεσία, καθώς είναι κομβική η διαφοροποίηση μίας εγκυμοσύνης κατά παραγγελία από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (van den Akker, 2007).

Μία στάση που μπορεί να παρατηρηθεί είναι εκείνη της αποστασιοποίησης. Η υποκατάστατη μητέρα κυοφορεί ένα έμβryo άλλης. Είναι χαρακτηριστικές οι αναφορές παρένθετων μητέρων σε μία κοινωνιολογική μελέτη, που διεξήχθη στη Νέα Ζηλανδία από ερευνητές που επιχείρησαν την ερμηνεία της υποκατάστατης εγκυμοσύνης μέσα από σχετικές αναπαραστάσεις, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται οι εξής: *«ποτέ δεν σκέφτηκα το παιδί αυτό ως δικό μου. Αφού γέννησα, η μητέρα ήρθε στο δωμάτιο και κράτησε το παιδί. Σκεφτόμουν ότι δεν με αφορά, καθώς δεν έχει κανένα μέρος του εαυτού μου»*. Αλλού, *«...δε μπορώ να δω αυτό το παιδί ως παιδί μου. Δώρισα ένα ωάριο, δεν το χρησιμοποίησα.»*, *«...το μωρό δεν είναι δικό μου, απλώς το κουβαλάω»*, *«...είμαι αυστηρά το ξενοδοχείο του»* (Van Zyl & Van Niekerk, 2000). Εξάλλου, η στάση αυτή ενθαρρύνεται αποτελεσματικά και με επαγγελματισμό στην περίπτωση που η υποκατάστατη μητέρα είναι ενταγμένη σε πρακτορείο παρένθετης μητρότητας. Στην περίπτωση αυτή, η αποστασιοποίηση επιτυγχάνεται εύκολα χάρη στην σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση της κυοφορούσας καθώς και την υποστήριξη που έχει (van den Akker, 2005).

Όμως, κατά τους ειδικούς, είναι υπαρκτός ο κίνδυνος της εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών στην παρένθετη μητέρα, καθώς η εμπειρία της παραίτησης από το παιδί που κυοφόρησε μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα οδυνηρή και δύσκολα διαχειρίσιμη. Εξάλλου, στην πλειονότητα των περιπτώσεων η αποστασιοποίηση δεν είναι τόσο εύκολη. Στην περίπτωση αυτή, η παρένθετη μητέρα είναι περισσότερο ευάλωτη στην επιλόχειο κατάθλιψη, ενώ τα συναισθήματα θυμού ή ενοχής μπορούν να επιβαρύνουν περισσότερο την ψυχική της υγεία. Αυτό επιτείνεται και από το γεγονός του ότι, ιδιαίτερα στην επ' αμοιβή παρένθετη μητρότητα το κίνητρο είναι το κέρδος, συνεπώς ούτε η ίδια η υποκατάστατη μητέρα, ούτε ο περίγυρος και οι άμεσα ενδιαφερόμενοι ασχολούνται με την ενδελεχή πληροφόρηση και ενημέρωσή της για

τους δυνητικούς κινδύνους, καθώς και με την ψυχολογική της προετοιμασία. Παράλληλα, η παρένθετη μητέρα έρχεται αντιμέτωπη με φοβίες σχετικά με το πώς θα επηρεάσει η πράξη της τις ενδοοικογενειακές της σχέσεις και την συνοχή της οικογένειά της, την σχέση της με το σύντροφό της, ή τα παιδιά που πιθανώς ήδη έχει (Fazli Khalaf et al., 2008).

2.5.3. Η Κοινωνική Θέση της Παρένθετης Μητέρας

Η παρένθετη μητρότητα για την κοινωνία αποτελεί μία αμφιλεγόμενη πρακτική ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ως εκ τούτου περιβάλλεται από ένα σύνολο διλημάτων και αμφιβολιών που την θέτουν εξορισμού υπό αμφισβήτηση. Έτσι η παρένθετη μητέρα αρκετές φορές βιώνει τον κοινωνικό στιγματισμό και την έλλειψη κοινωνικής προστασίας, στοιχεία που την τοποθετούν στην κατηγορία των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων (Fisher & Gilman, 1991/ Appleton, 2001/ van den Akker, 2002). Στην ίδια θέση τοποθετούνται και οι οικογένειές τους (van den Akker, 2005).

Η κοινωνική θέση της παρένθετης μητέρας στην περίπτωση της εμπορευματοποίησης της πράξης, εξαρχής εντοπίζεται στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και τα κίνητρά της είναι η αποκόμιση κέρδους που δεν θα μπορούσε να αποκτηθεί διαφορετικά. Από τις σχετικές μελέτες προκύπτει ότι, σε γενικές γραμμές, η υποψήφια παρένθετη μητέρα είναι λιγότερο οικονομικά εύρωστη και λιγότερο μορφωμένη σε σύγκριση με τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της (Emmerson, 1996).

2.5.4. Η Σχέση της Παρένθετης Μητέρας με τους «Κοινωνικούς» Γονείς και το Παιδί

Οι σχέσεις που διαμορφώνονται στο πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας αφορούν στο τρίπτυχο «παρένθετη μητέρα- αναθέτοντες την εγκυμοσύνη γονείς-παιδί». Μία βασική σχέση που θα επηρεάσει και τις υπόλοιπες είναι η σχέση της παρένθετης μητέρας με τους ανθρώπους που θα μεγαλώσουν το παιδί και ποικίλει

αναλόγως του αν η υποκατάστατη μητέρα ανήκει στο οικογενειακό περιβάλλον των «κοινωνικών» γονέων, ή ήταν άγνωστη σε αυτούς μέχρι να αναλάβει το ρόλο της γέννησης του απογόνου τους, αν πρόκειται για πλήρη ή μερική παρένθετη μητρότητα, καθώς και το αν το παιδί που θα γεννηθεί θα ενημερωθεί για τις συνθήκες γέννησής του. Μελέτες έχουν καταδείξει ότι, σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι που έχουν τεκνοποιήσει με την βοήθεια παρένθετης μητέρας έχουν την τάση να αποκαλύψουν εν ευθέτω χρόνο τον τρόπο γέννησής τους (Readings et al., 2011). Ενώ, αντίστοιχα οι παρένθετες μητέρες, όταν έχουν βιολογική σχέση με το παιδί που γέννησαν έχουν την τάση να θέλουν να μάθει το παιδί την συμβολή τους (Jadva et al., 2003). Τελικά, ο τύπος της επικοινωνίας της παρένθετης μητέρας με την οικογένεια του παιδιού που γέννησε, εξαρτάται από το αν το παιδί ενημερώθηκε σχετικά ή όχι. Στις μελέτες που αναφέρονται σε χώρες που έχουν ρυθμίσει νομοθετικά την παρένθετη μητρότητα οι περισσότερες από τις οικογένειες έχουν αναφέρει αρμονική σχέση με την παρένθετη μητέρα. Για τις υπόλοιπες χώρες, καθώς και για την περίπτωση στην οποία η υποκατάστατη μητέρα και το παιδί που γέννησε δεν κατοικούν στην ίδια χώρα συνήθως δεν υπάρχουν αναφορές (Sonderstrom-Antila et al., 2015).

Ως προς την ηλικία κατά την οποία ενδείκνυται να αποκαλυφθεί στο παιδί η παρένθετη μητρότητα, τα τρία έτη θεωρούνται μία καλή ηλικία, ενώ η επικοινωνία με την παρένθετη μητέρα είναι σημαντική για τα δέκα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Βέβαια, τίθεται υπό αμφισβήτηση το κατά πόσο αυτή η επικοινωνία είναι ευεργετική όταν υπάρχουν άλλα παιδιά της παρένθετης μητέρας και αναπτύσσουν διάφορα συναισθήματα για το παιδί που έχει γεννήσει η μητέρα τους, αλλά δεν έχει ξεκάθαρη αδερφική σχέση με αυτά, καθώς και για τους ανθρώπους που το μεγαλώνουν. Επίσης, στην περίπτωση αυτή τίθεται και το θέμα της ενημέρωσης των άλλων παιδιών της υποκατάστατης μητέρας σχετικά με το ότι η μητέρα τους είναι και παρένθετη μητέρα για ένα άλλο παιδί. Σχετικές μελέτες καταδεικνύουν θετικά συναισθήματα των παιδιών για αυτή την δραστηριότητα της μητέρας τους (Jadva& Imrie,2014).

Οι σχέσεις μεταξύ των εμπλεκόμενων στην παρένθετη μητρότητα διαφοροποιούνται όταν πρόκειται για την «εμπορική» της μορφή. Στην περίπτωση αυτή η παρένθετη μητέρα συνδέεται με τους αναθέτοντες την εγκυμοσύνη και το σύστημα των πρακτορείων που τις προωθεί με σχέσεις που χαρακτηρίζονται από την

ευπάθειά της και την ασύμμετρη εξάρτηση. Στην περίπτωση αυτή η παρένθετη μητέρα αισθάνεται ότι παραβιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματά της, δεν έχει κανέναν έλεγχο στα τεκταινόμενα και αντιλαμβάνεται πως ό,τι κάνει υπαγορεύεται από την ανάγκη και την οικονομική της ευπάθεια, συνεπώς δεν επιθυμεί την δημιουργία σχέσεων με τους ανθρώπους που συνδέονται με αυτή την δυσμενή για αυτήν κατάσταση (Saravanan,2013).

2.6. Η Στάση των Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στην Παρένθετη Μητρότητα

Παρόλο που η παρένθετη μητρότητα μπορεί να έχει και την μερική και την πλήρη μορφή της, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας και τα πρακτορεία παρένθετων μητέρων, όπου υπάρχουν, προτιμούν την δεύτερη μορφή. Η στάση τους αυτή αιτιολογείται αφενός γιατί με την βιολογική συγγένεια του κυήματος με τους αναθέτοντες την κύηση διασφαλίζει και τη νομική τους διασύνδεση, όπου το νομικό πλαίσιο δεν είναι ξεκάθαρο, αφετέρου υπάρχει η πεποίθηση ότι η πλήρης παρένθετη μητρότητα συνδέεται με λιγότερες ψυχολογικές επιπλοκές για όλους τους εμπλεκόμενους. Η θέση αυτή ενισχύεται καθώς με την πλήρη παρένθετη μητρότητα αυξάνονται οι πιθανότητες χρήσης των υπηρεσιών εξειδικευμένων κέντρων ιατρικής υποβοήθησης αναπαραγωγής, τα οποία επί το πλείστον ελέγχονται και πληρούν τις απαιτούμενες προδιαγραφές και προϋποθέσεις, ενώ ταυτόχρονα απασχολούν και επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Edelmann, 2004/ American Society for Reproductive Medicine, 2012a/ Bernstein, 2013).

Όμως, παρά τις απόψεις και τις προτιμήσεις τους οι επαγγελματίες υγείας, φαίνεται ότι αποφεύγουν να παίρνουν θετική ή αρνητική θέση για την παρένθετη μητρότητα απέναντι στους ενδιαφερόμενους και αρκούνται στην παρουσίαση των μεθόδων ιατρικής υποβοήθησης της αναπαραγωγής, μιλώντας και για τα οφέλη αλλά και για τους δυνητικούς κινδύνους κάθε μίας εξ' αυτών (Organisation of Parents Through Surrogacy,1996).

Ο ρόλος του γυναικολόγου είναι καθοριστικός. Ο γυναικολόγος, παρόλο που νομικά και ηθικά δεν είναι υποχρεωμένος να συμμετέχει στην συμφωνία της

παρένθετης μητρότητας, οφείλει να ενημερώνει τους εμπλεκόμενους σχετικά με τα ηθικά, νομικά, ιατρικά, κοινωνικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά ζητήματα που μπορούν να προκύψουν. Επίσης διασφαλίζει ότι όλες οι προϋποθέσεις τηρούνται και ότι υπάρχουν οι απόλυτες ενδείξεις εφαρμογής της συγκεκριμένης μεθόδου ιατρικής υποβοήθησης της αναπαραγωγής. Ενώ επίσης διασφαλίζει την παρακολούθηση των εμπλεκόμενων από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ότι η συμβουλευτική συμπεριλαμβάνει εκτός των άμεσα συμμετεχόντων και την οικογένεια, σύζυγο και παιδιά, που πιθανώς έχει η παρένθετη μητέρα. Ταυτόχρονα προσπαθεί να υπάρχει ένα εύλογο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την λήψη της απόφασης μέχρι την έναρξη των διαδικασιών προκειμένου όλοι να συνειδητοποιήσουν την σπουδαιότητα της απόφασης και να σκεφτούν τις συνέπειές της (Nosarka & Kruger, 2005).

Οι νοσηλευτές έχουν έναν εξίσου σημαντικό ρόλο καθώς επικοινωνούν περισσότερο με τους εμπλεκόμενους στην παρένθετη μητρότητα και καλούνται να εφαρμόσουν τις αρχές της σωστής καθοδήγησης της γυναίκας που πρόκειται να γίνει μητέρα, είτε είναι πρωτοτόκος είτε έχει ήδη τεκνοποιήσει. Πρωτίστως καλούνται να εκτιμήσουν προσεκτικά και να καθορίσουν τις ανάγκες των ατόμων που συμμετέχουν στην ιατρική υποβοήθηση της αναπαραγωγής και να σχεδιάσουν τις παρεμβάσεις που απαιτούνται, με επικέντρωση στην παρένθετη μητέρα, που έχει ανάγκη μεγαλύτερης προσοχής και ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό (Mercer,2006/ Nichols et al.,2007).

Στην περίπτωση της αλτρουϊστικής παρένθετης μητρότητας σημαντική είναι η θέση των επαγγελματιών υγείας που καλούνται να παρέχουν υπηρεσίες σε υποκατάστατες μητέρες κατά την προγεννητική φάση. Στην περίπτωση αυτή, οι επαγγελματίες υγείας, πέραν των ενδεδειγμένων υπηρεσιών τους λειτουργούν ως προστάτες της αυτονομίας και των δικαιωμάτων της παρένθετης μητέρας, αναζητώντας, ταυτόχρονα με τις υπηρεσίες μαιών και των ιατρών, τις υπηρεσίες κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων και νομικών. Επίσης, δεδομένου ότι στην περίπτωση της μη αμειβόμενης παρένθετης μητρότητας υπάρχει μία στενή σχέση της κυοφορούσας με τους αναθέτοντες τη εγκυμοσύνη, είναι σημαντικό από την πρώτη στιγμή να καταστεί σαφές από τους επαγγελματίες υγείας στην παρένθετη μητέρα ότι έχει το δικαίωμα να οριοθετήσει τη παρουσία τους και την εμπλοκή τους στην ιατρική παρακολούθηση της εγκυμοσύνης (Reilly,2007).

Η στάση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται ότι διαφοροποιείται στην περίπτωση της «εμπορικής» μορφής της παρένθετης μητρότητας. Σε μελέτες που έχουν γίνει στην Ινδία, την Μέκκα της παρένθετης μητρότητας, έχει καταδειχτεί ότι η συμπεριφορά ιατρών που εμπλέκονται στις διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χαρακτηρίζεται από την αντιμετώπιση της παρένθετης μητέρας σαν αντικείμενο, ενώ αμφισβητείται το κατά πόσο οι κλινικές που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις και αντιμετωπίζουν τις παρένθετες μητέρες ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας με ανάλογα δικαιώματα (Saravanan,2013).

2.7. Η Εμπορευματοποίηση της Παρένθετης Μητρότητας

Στην Αμερική στο τέλος της δεκαετίας του '70 και αρχές του '80 ένας δικηγόρος ο Noel Keane δημιούργησε το πρώτο πρακτορείο παρένθετων μητέρων. Κατάφερε να δημιουργήσει περισσότερα τέτοια πρακτορεία σύμφωνα με τις νομικές διατάξεις για την παρένθετη μητρότητα. Έκτοτε σημειώθηκαν περισσότερες από 30.000 γεννήσεις από παρένθετες μητέρες. Στις ΗΠΑ η σχετική με την παρένθετη μητρότητα νομοθεσία, ποικίλει στις διάφορες πολιτείες και η επ' αμοιβή παρένθετη μητρότητα θεωρείται παράνομη στις περισσότερες πολιτείες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στο πολιτείες των ΗΠΑ στις οποίες επιτρέπεται η κατόπιν αμοιβής παρένθετη μητρότητα είναι η Καλιφόρνια, το Ιλινόις, το Αρκάνσας και το Μέριλαντ, ενώ δεν επιτρέπεται στην Νέα Υόρκη. Σε άλλα κράτη όπως η Ινδία, η παρένθετη μητέρα μπορεί νομίμως να αποδέχεται αμοιβή για την κυοφορία και ως εκ τούτου να εμπορευματοποιείται η παρένθετη μητρότητα και να μετατρέπεται σε επάγγελμα (Brahams,1987/ Rajinder ,2015). Αναλόγως, παγκοσμίως υπάρχουν πρακτορεία με παρένθετες μητέρες, που διαφημίζουν τις υπηρεσίες τους στο διαδίκτυο. Στα πρακτορεία αυτά εντάσσονται υποψήφιες παρένθετες μητέρες, οι οποίες συνήθως πληρώνονται με τα μισά περίπου από τα χρήματα που πληρώνουν οι ενδιαφερόμενοι και τα κέρδη του πρακτορείου διογκώνονται. Το Ισραήλ ήταν η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε την επ' αμοιβή παρένθετη μητρότητα (1996), σύμφωνα όμως με την σχετική επιτροπή που υφίσταται (Weisberg & Kelly, 2005). Αναλόγως και στην

Ρωσία, τη Γεωργία και την Ουκρανία είναι νόμιμη η αποκόμιση κέρδους από την παρένθετη μητρότητα (Svitnev, 2010 / Sonderstrom-Antila et al., 2015).

Οι γυναίκες που γίνονται παρένθετες μητέρες επί το πλείστον είναι φτωχές και αναλαμβάνουν αυτό το έργο για ένα μεγάλο, σε σύγκριση με το εισόδημά τους, ποσό χρημάτων, για το οποίο ενδεχομένως θα απαιτούνταν χρόνια δουλειάς προκειμένου να το αποκτήσουν με άλλο τρόπο. Συνήθως πρόκειται για χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου γυναίκες, χωρίς επαγγελματική εξειδίκευση, που ζουν σε κακές συνθήκες. Κάποιες φορές πρόκειται για μετανάστριες που αναζητούν μία ευκαιρία καλύτερης ζωής. Άλλες φορές είναι παντρεμένες και επιζητούν το συγκεκριμένο ποσό χρημάτων προκειμένου να συντηρήσουν την οικογένειά τους ή να βοηθήσουν οικονομικά το σύζυγό τους. Οι γυναίκες αυτές στην πλειονότητά τους επιζητούν την ανωνυμία τους ως αποτέλεσμα του κοινωνικού στίγματος που εμπεριέχει η παρένθετη μητρότητα.

Στο πλαίσιο αυτό γίνονται οι συμφωνίες με τους αναθέτοντες την εγκυμοσύνη και καθορίζονται οι όροι της «συνεργασίας». Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι κατά κανόνα η παρένθετη μητέρα είναι ο αδύναμος συμβαλλόμενος και τα δικαιώματά της είναι ιδιαίτερα περιορισμένα. Αυτό γίνεται ευκολότερα αντιληπτό σε χώρες όπως η Ινδία, όπου η παρένθετη μητέρα αμείβεται με ελάχιστα χρήματα και υποβάλλεται σε διαδικασίες επισφαλείς για την υγεία της, καθώς η χώρα έχει συγκριτικά υψηλούς δείκτες μητρικής θνησιμότητας (Dhawan,2011/ Rajinder ,2015). Δεν είναι τυχαίο ότι η εμπορευματοποίηση της παρένθετης μητρότητας παραλληλίζεται με την αγορά οργάνων προς μεταμόσχευση, ενώ συχνά έχει παραλληλιστεί ως καθεστώς «σκλαβιάς» (Raziel,2005).

Παράλληλα, πρέπει να αναφερθεί ότι στο πλαίσιο της εμπορευματοποίησης της παρένθετης μητρότητας, σε χώρες όπως η Ινδία, αναφέρεται παντελής παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων της υποκατάστατης μητέρας. Ένα κοινό «σενάριο» περιλαμβάνει την ένταξη μίας γυναίκας σε ένα σχετικό πρακτορείο, την εγκατάστασή της σε ένα hostel, καθόλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης με το πρόσχημα της παρακολούθησης της κύησης, ουσιαστικά για την επιτήρηση της γυναίκας και την αποφυγή του κοινωνικού στίγματος. Συχνά επιτρέπεται η επίσκεψή της, μία μέρα την εβδομάδα στο σπίτι της, ενώ ζει στην αγωνία για το εάν τελικά θα πληρωθεί και

ταυτόχρονα δεν υπάρχει πουθενά η πρόβλεψη ασφάλισης, ή ιατρικής και ψυχιατρικής φροντίδας μετά την εγκυμοσύνη (Rajinder ,2015).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Σκοπός και Επιμέρους Στόχοι

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση του θεωρητικού, κοινωνικού και νομικού πλαισίου της παρένθετης μητρότητας στην Ελλάδα και παγκοσμίως.

Επιμέρους στόχοι της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να:

- i. προσδιοριστούν οι ψυχικές διαστάσεις των γυναικών που αποτελούν είτε τις παρένθετες είτε τις κοινωνικές μητέρες καθώς και τα κίνητρα τους στο να επιλέξουν αυτή τη διαδικασία για να τεκνοποιήσουν.
- ii. διερευνηθούν τα ηθικά διλήμματα που εγείρονται κατά την αποδοχή ή μη της διαδικασίας.

3.2. Μεθοδολογία

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκό έτος 2016. Έγινε ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας για μελέτες (έρευνες και ανασκοπήσεις) σχετικά με το θεωρητικό, κοινωνικό και νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έλαβε μέρος διαδικτυακά σε έγκριτες βάσεις δεδομένων όπως «Pubmed» Cinahl και Cochrane Library» για την αναζήτηση όλων των σχετικών δεδομένων (βιβλίων, διατριβών και άρθρων) σχετικά με θεωρητικό, κοινωνικό και νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας.

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: υπογονιμότητα, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, παρένθετη μητρότητα, εμπειρίες, ηθική και νομικό πλαίσιο και οι αντίστοιχές τους στην αγγλική γλώσσα.

Κριτήρια εισαγωγής μελετών αποτέλεσαν όλα τα άρθρα που ήταν:

α) δημοσιευμένα άρθρα σε ιατρικά, νοσηλευτικά και μαιευτικά επιστημονικά περιοδικά από το έτος 1990 μέχρι και σήμερα,

β) δημοσιευμένα άρθρα στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα,

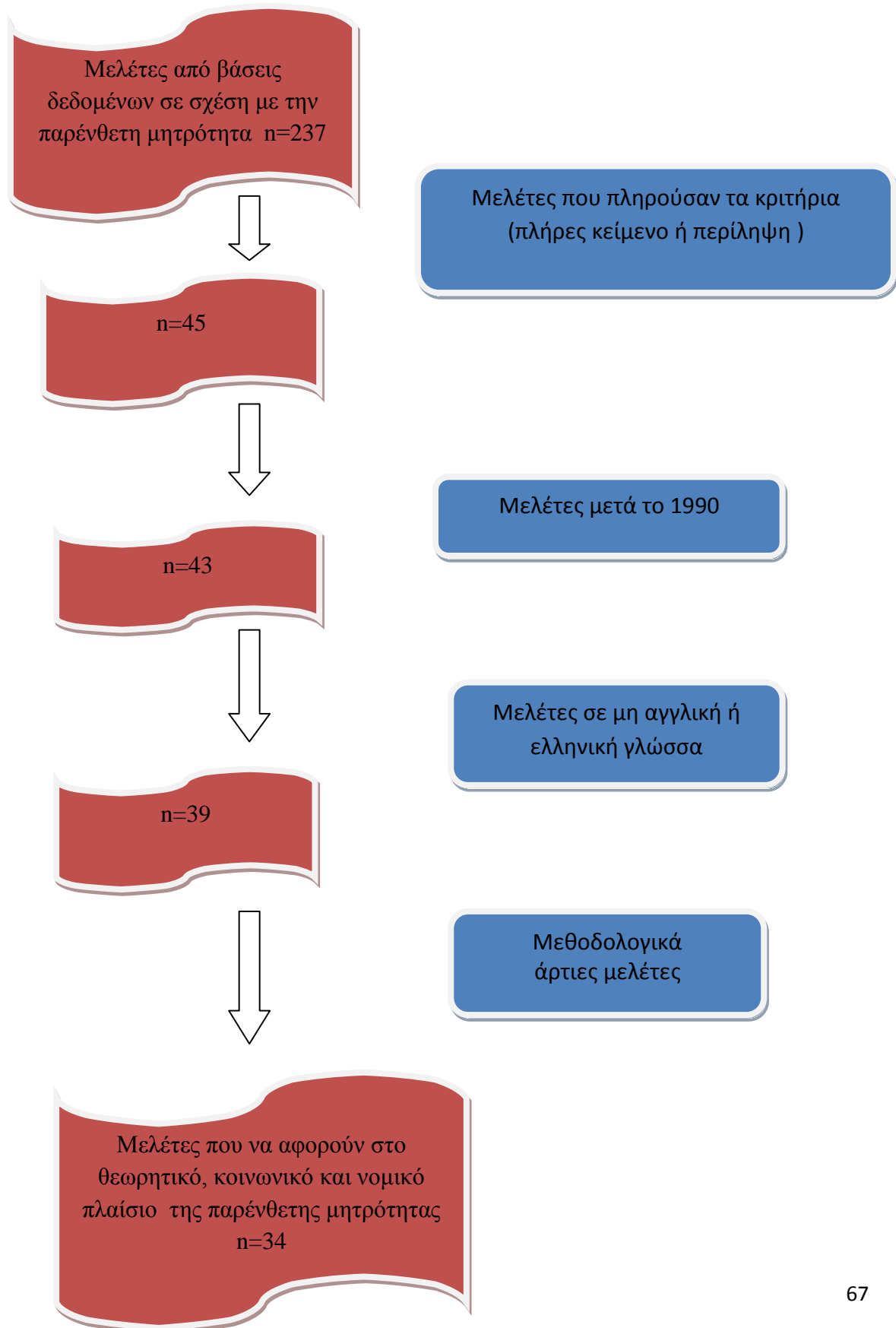
γ) δημοσιευμένα άρθρα που να αναφέρονται στο θεωρητικό υπόβαθρο που πλαισιώνει την παρένθετη μητρότητα,

δ) δημοσιευμένα άρθρα που να αναφέρονται στο κοινωνικό πλαίσιο (κίνητρα, εμπειρίες) της παρένθετης μητρότητας και

ε) δημοσιευμένα άρθρα που να αναφέρονται στο νομικό και ηθικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας.

Τα αποτελέσματα της αναζήτησης περιλαμβάνουν συνολικά 34 δημοσιευμένα άρθρα (ανασκοπήσεις και έρευνες) που αφορούν στο θεωρητικό, κοινωνικό και νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας, όπως αποτυπώνεται στο διάγραμμα επιλογής μελετών που παρατίθεται.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΜΕΛΕΤΩΝ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η παρένθετη μητρότητα, όπως αναλύθηκε εκτενώς, είναι μια μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με την οποία μια γυναίκα δέχεται να μείνει έγκυος με σκοπό να γεννήσει ένα παιδί για άλλους. Αποτελεί μια διαδικασία που τελευταία έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις σε διεθνές επίπεδο.

Ξεκινώντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση, θα αναφερθούν μελέτες που παρουσιάζουν τους λόγους για τους οποίους μια γυναίκα επιλέγει να γίνει παρένθετη μητέρα.

Πολλές γυναίκες που εμπλέκονται στην παρένθετη μητρότητα (παρένθετες και κοινωνικές μητέρες που τελικά μεγαλώνουν το παιδί) χρησιμοποιούν έννοιες όπως «δώρο», «το να δίνεις» ή «αδελφότητα» για να αντισταθμίσουν τον εμπορικό χαρακτήρα της σχέσης τους. Αυτή η θεώρηση εστιάζεται στο γεγονός ότι το παιδί προσφέρεται ως δώρο, ή ότι η μητρότητα είναι κάτι που μία γυναίκα προσφέρει σε έναν άλλο άνθρωπο με τον οποίο αναπτύσσει έναν ισχυρό δεσμό (Pande, 2011). Πραγματικά, για πολλές παρένθετες μητέρες η σχέση με τους γονείς είναι ισχυρότερη από ό,τι με το ίδιο το μωρό (Berend, 2012).

Μια ποιοτική μελέτη εξέτασε τα κίνητρα για τα οποία κάποια μπορεί να επιλέξει να γίνει παρένθετη μητέρα. Ο Ragoné το 1994 στη μελέτη αυτή διαπίστωσε ότι η πληρωμή δεν αποτελούσε απαραίτητα ένα σημαντικό κίνητρο, αντιθέτως οι γυναίκες έτειναν να αναφέρουν περισσότερο αλτρουιστικούς λόγους.

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Μ. Βρετανία με δείγμα 19 παρένθετες μητέρες, διαπιστώθηκε ότι υπήρχαν πολλοί διαφορετικοί λόγοι για την απόφαση κάποιας γυναίκας να γίνει παρένθετη, όπως το οικονομικό κέρδος, η απόλαυση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και η αίσθηση της «εαυτοαξίας». Διαπιστώθηκε επίσης ότι 10 από τις 19 μητέρες βίωσαν κάποια μορφή αρνητική απόκρισης από τους γύρω τους. Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που ήταν σε διάφορα στάδια της διαδικασίας της παρένθετης μητρότητας δηλαδή, μερικές

γυναίκες ερωτήθηκαν ενώ ήταν ήδη έγκυες, ενώ άλλες είχαν γεννήσει ήδη τα παιδιά και βρίσκονταν σε σχολική ηλικία. Όλες οι γυναίκες είχαν προσληφθεί μέσω γραφείου εύρεσης παρένθετης μητέρας στην Αγγλία, αν και αυτό δεν μπορεί να δώσει μια πραγματική απεικόνιση των «συμβολαίων» παρένθετης μητρότητας μιας και οι συμφωνίες δεν γίνονται μόνο μέσω πρακτορείου (Blyth, 1994).

Όμως οι ψυχικές διαστάσεις, αλλά κυρίως ο ψυχολογικός αντίκτυπος που έχει η «εγκατάλειψη του παιδιού» από την παρένθετη μητέρα είναι ένα δημοφιλές θέμα για τη εμπειρική έρευνα. Υπάρχει πάντα μεγάλη πιθανότητα ψυχολογικών επιπλοκών λόγω του συναισθηματικού δεσίματος.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πώς τις παρένθετες μητέρες τις απασχολεί πολύ το συγκεκριμένο ζήτημα ενώ προσπαθούν διαρκώς να «εφεύρουν» τους δικούς τους τρόπους για να το να διαχειριστούν (Tieu, 2009).

Μία από τις πιο σημαντικές μελέτες πραγματοποιήθηκε το 1994 από τον Ragoné και διατυπώθηκε ότι όταν η παρένθετη μητέρα μετά τη γέννηση αντιληφθεί ότι τελικά το παιδί δεν είναι δικό της και πρέπει να το δώσει, βιώνει έντονα τα συναισθήματα της απόγνωσης, της απώλειας και του πόνου (Ragoné, 1994).

Άλλες πάλι μελέτες έχουν δείξει ότι η εμπειρία της απώλειας του παιδιού είναι πολύ οδυνηρή βραχυπρόθεσμα, αλλά μια καλή σχέση με τους γονείς στη συνέχεια, συμβάλλει να μετριασθεί αυτή η αίσθηση, αν και υπάρχουν και περιπτώσεις που οι παρένθετες οδηγήθηκαν σε κατάθλιψη μετά τον τοκετό και έντονα συναισθήματα ενοχής (Baslington, 2002; Palattiyil et al.2010).

Σε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη σχολιάζεται κριτικά η ψυχοκοινωνική έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί σε σχέση με το θέμα της παρένθετης μητρότητας και από τις τρεις οπτικές (παρένθετες μητέρες, ζευγάρι και τα παιδιά). Σύμφωνα με την μελέτη η βιβλιογραφική γενικώς έρευνα επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα θέματα όπως η προσκόλληση με το παιδί, οι εμπειρίες, τα χαρακτηριστικά και τα κίνητρα των παρένθετων μητέρων καθώς και τις αλλαγές στο προφίλ του γυναικών που θα αποκτήσουν ένα παιδί μέσω της παρενθετότητας. Η συγγραφέας παρατηρεί ότι σχεδόν όλες οι μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει εξαιρετικά επιλεγμένα δείγματα δυσκολεύοντας τις γενικεύσεις. Επίσης λίγες έρευνες έχουν αναπτύξει ένα θεωρητικό

υπόβαθρο, έχουν πραγματοποιηθεί χωρίς επεμβάσεις και ελάχιστες σύγκριναν διαφορετικούς πληθυσμούς. Ακόμη, λίγες μελέτες έχουν αναζητήσει την έννοια της ανάγκης για οικογένεια ή τους οικονομικούς παράγοντες που σχετίζονται με την επιλογή μιας γυναίκας να αναζητήσει μια παρένθετη μητέρα ή να αποτελέσει η ίδια μια γυναίκα που θα κυοφορήσει το παιδί μιας άλλης. Σύμφωνα με την ανασκόπηση οι κοινωνικές συμπεριφορές έχουν αλλάξει σε γενικές γραμμές. Ωστόσο, σύμφωνα με την κοινή γνώμη, το να «εγκαταλείψει» μια γυναίκα το παιδί της, έστω και με αυτό τον τρόπο δεν εμπίπτει ακόμη στα αποδεκτά όρια της ηθικής (van Den Akker, 2007).

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων που δημοσιεύτηκαν από το 1990 έως το 2007, σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι εμπειρίες των παρένθετων μητέρων και η επίδραση αυτής της διαδικασίας στις οικογενειακές τους σχέσεις τους και την υγεία τους σε σχέση με κοινωνικούς και ψυχικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών επικρατεί η άποψη ότι η τελική ανάθεση του παιδιού σε μια άλλη οικογένεια μπορεί να είναι εξαιρετικά οδυνηρή και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα για την ίδια την παρένθετη μητέρα. Επιπρόσθετα υπάρχει ο φόβος ότι η παρένθετη μητέρα πριν από τη γέννηση μπορεί να δημιουργήσει έναν ιδιαίτερο δεσμό με το μωρό που θα καθιστούσε ιδιαίτερα δύσκολο για εκείνη να δώσει το παιδί στους μελλοντικούς γονείς. Όμως, για τις γυναίκες που εγκαταλείπουν το παιδί που γεννούν σε μια άλλη, ο κίνδυνος της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, καθώς και τα συναισθήματα του θυμού ή της ενοχής, μπορούν να προσθέσουν περαιτέρω στρες στην ψυχική υγεία τους. Επίσης πολλά συμβόλαια «παρένθετης μητρότητας» λόγω οικονομικών δυσκολιών πραγματοποιούνται χωρίς να υπάρχει πλήρης ενημέρωση και επίγνωση των πιθανών κινδύνων. Άλλες ανησυχίες σχετικά με την παρένθετη μητρότητα περιλαμβάνουν τις πιθανές συνέπειες στον σύντροφο της παρένθετης μητέρας, στα παιδιά της και την γενικότερη αποσταθεροποίηση της οικογένειας. Η ανασκόπηση καταλήγει ότι η παρένθετη μητρότητα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ψυχολογική εμπειρία υψηλού κινδύνου και συνιστάται να λαμβάνουν όλοι ψυχολογική υποστήριξη από επαγγελματίες πριν, κατά και μετά την εγκυμοσύνη (Fazli Khalaf et al.,2008).

Στο Ιράν, σύμφωνα με μια ποιοτική μελέτη, υπάρχουν λίγες μελέτες σχετικά με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας και τις εμπειρίες καθ' όλη τη διάρκεια των 9 μηνών μέχρι τη γέννηση ενός παιδιού. Στη συγκεκριμένη μελέτη, μέσω μη δομημένων συνεντεύξεων και με τη μεθοδολογία της ανάλυσης περιεχομένου συλλέχθηκαν στοιχεία από 12 μητέρες που θα αναλάμβαναν την ανατροφή του παιδιού μετά τη γέννηση, από 2 παρένθετες μητέρες, και 2 κοινωνικούς λειτουργούς που ασχολούνταν με την υπογονιμότητα. Δύο κύρια θέματα προέκυψαν από την ανάλυση δεδομένων: πρώτον, τα κοινωνικά διλήμματα (που αποτελείται από τρεις άξονες, τα ταμπού, τις ανησυχίες σχετικά με την αποκάλυψη της αλήθειας σε άλλους και στο παιδί, και τις ανησυχίες για την αλλοίωση της ταυτότητας της μητέρας και του παιδιού) και δεύτερον, την αβεβαιότητα της αναμονής (που αποτελείται από τις ανησυχίες για την υγεία του εμβρύου και της παρένθετης μητέρας, τις ανησυχίες σχετικά με έναν άγνωστο άνθρωπο, εν προκειμένω την παρένθετη μητέρα και τις ανησυχίες σχετικά με την έλλειψη της προετοιμασίας για το μητρικό ρόλο). Η μελέτη καταλήγει διατυπώνοντας τη σημασία της συναισθηματικής φροντίδας που χρήζουν όλοι όσοι εμπλέκονται σε μια διαδικασία παρένθετης μητρότητας (Zandi et al., 2014).

Σε μια προοπτική διαχρονική μελέτη, συνολικά μέσω ταχυδρομείου στάλθηκαν 81 ερωτηματολόγια, 61 σε παρένθετες μητέρες και 20 στις κοινωνικές γυναίκες που θα λάμβαναν τα παιδιά μετά τη γέννηση. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Η κοινωνική υποστήριξη, η οικογενειακή αρμονία και το άγχος διέφερε σημαντικά ($p < 0,01$) μεταξύ των δύο ομάδων στα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας. Επίσης παρατηρήθηκαν διαφορές στις συμπεριφορές προς την εγκυμοσύνη και τα παιδιά μεταξύ των ομάδων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ($p < 0,001$), αλλά δεν υπήρξε καμία ένδειξη για κατάθλιψη μετά τον τοκετό, μεταξύ των ομάδων που μελετήθηκαν. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σημαντικά, επειδή ενισχύουν ότι οι ψυχικές επιδράσεις τόσο στις παρένθετες όσο στις κοινωνικές μητέρες είναι αξιοσημειώτες και εμφανίζονται κατά τη διάρκεια όλης της περιόδου και ενδείκνυται η ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά και μετά την διαδικασία της παρένθετης μητρότητας (van Den Akker, 2007).

Σκοπός μιας από τις λίγες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες μερικών γυναικών σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα. Δείγμα αποτέλεσαν 7 γυναίκες με ιστορικό υπογονιμότητας ή σοβαρά προβλήματα υγείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις και η στατιστική ανάλυση έγινε με ανάλυση περιεχομένου. Η ανάλυση περιεχομένου εστιάστηκε σε τρεις θεματικούς άξονες: το «ταξίδι», την γέννηση ενός πολυαναμενόμενου παιδιού και την διαδικασία της παρένθετης μητρότητας. Σύμφωνα με τη μελέτη, η παρένθετη μητρότητα αποτελεί μια διαδικασία που αφορά κυρίως στις ίδιες τις γυναίκες, με τους συζύγους όμως να αποτελούν ένα σημαντικό υποστηρικτικό δίκτυο. Ένας πολύ στενός δεσμός αναπτύχθηκε μεταξύ των παρένθετων μητέρων και των γυναικών κυρίως λόγω των καθημερινών επαφών και την ανάγκη για παροχή φροντίδας. Ακόμη και μετά τη γέννηση του παιδιού η ευγνωμοσύνη απέναντι στις παρένθετες μητέρες ήταν προφανής. Τα ευρήματα της μελέτης είναι καθησυχαστικά για τις γυναίκες που θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί μέσω αυτής της διαδικασίας, ενώ υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι διαθέσιμες για τα νομικά ζητήματα που προκύπτουν από την διαδικασία της παρένθετης μητρότητας (Paraligoura et al.,2015).

Μια ακόμη ενδιαφέρουσα μακροχρόνια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε το 2015 στην Μ.Βρετανία διερευνώντας την ψυχική υγεία καθώς και τις εμπειρίες των γυναικών μετά από την παρένθετη μητρότητα. Η μελέτη εστιάστηκε στην αποτίμηση των εμπειριών των γυναικών που δέχτηκαν να είναι παρένθετες μητέρες ένα και δέκα χρόνια μετά τη γέννηση του παιδιού, με συνεντεύξεις με τη χρήση ημιδομημένων ερωτηματολογίων. Στη μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 20 γυναίκες, οι 11 κυφορούσαν έμβρυο με ξένο ωάριο (άλλης γυναίκας) και οι 9 το δικό τους. Επίσης οι 4 γνώριζαν τους μελλοντικούς γονείς, ενώ οι 16 δεν είχαν καμία σχέση με την οικογένεια. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης 10 χρόνια μετά την γέννηση οι παρένθετες μητέρες δεν παρουσίασαν σημάδια κατάθλιψης ενώ η αυτοπεποίθηση τους κυμαινόταν σε υψηλά επίπεδα όπως αυτή μετρήθηκε με την κλίμακα κατάθλιψης Beck Depression Inventory. Ιδιαίτερα σημαντική παρέμεινε και η υποστήριξη των συζύγων καθ' όλη τη διάρκεια των δέκα χρόνων. Οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι θα ήθελαν να κρατήσουν επαφή με το παιδί αν αυτό είναι επιθυμητό και από τις δύο πλευρές, ενώ καμία δεν μετάνιωσε που υποβλήθηκε στη

διαδικασία. Η μελέτη καταλήγει ότι η παρένθετη μητρότητα μπορεί να αποτελέσει μια θετική εμπειρία για τις περισσότερες γυναίκες που θα θελήσουν να την πραγματοποιήσουν για να βοηθήσουν ένα ζευγάρι να αποκτήσει ένα παιδί (Jadva et al., 2015).

Σε μια ακόμη μελέτη διερευνήθηκαν οι μακροχρόνιες επιπτώσεις και οι εμπειρίες των γυναικών που έλαβαν την απόφαση να κυοφορήσουν έμβρυο με ξένο ωάριο (άλλης γυναίκας) ή και να κυοφορήσουν το δικό τους. Συνολικά 34 γυναίκες έλαβαν μέρος στη μελέτη και εξετάστηκαν μεταξύ άλλων με ημιδομημένες συνεντεύξεις τα εξής: τα συναισθήματα των γυναικών καθώς και οι λόγοι που τους έκαναν να δεχτούν να γίνουν παρένθετες μητέρες, ο τύπος της επαφής και η συχνότητα των επαφών που είχαν με τους γονείς, καθώς και σχέση που διατήρησαν τελικά με τα παιδιά που έφεραν στον κόσμο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η παρένθετη μητρότητα αποδείχτηκε ως μια ενδιαφέρουσα και πολύ θετική εμπειρία για την πλειοψηφία των γυναικών σε μεγάλο ποσοστό. Μόλις το 8% εκ των γυναικών είδε την παρενθετότητα ως μια ουδέτερη διαδικασία ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 5% ως μια αρνητική εμπειρία. Επίσης ελάχιστα στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν ανάλογα με το αν η παρένθετη μητέρα κυοφορούσε το δικό της ή της άλλης μητέρας ωάριο. Ο κυριότερος λόγος για να δεχτεί μια γυναίκα να γίνει παρένθετη ήταν για να βοηθήσει ένα ζευγάρι να αποκτήσει ένα παιδί (ακόμη και αυτά τα ζευγάρια που είχαν ήδη ένα παιδί και ήθελαν ένα αδερφάκι) ενώ δεν καταγράφηκαν καθόλου ψυχολογικά προβλήματα στις παρένθετες μητέρες την περίοδο της συλλογής των δεδομένων (Imrie and Jadva 2014).

Σε μια άλλη μελέτη 42 οικογένειες που προέκυψαν από παρένθετη μητρότητα συγκρίθηκαν με 51 οικογένειες με δωρεά ωαρίων και 80 οικογένειες που δημιουργήθηκαν με φυσική σύλληψη. Η μελέτη διερεύνησε την ψυχική ευημερία των γονέων, την ποιότητα των σχέσεων γονέα και παιδιού και την ιδιοσυγκρασία των παιδιών. Στη μελέτη διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των οικογενειών που δημιουργήθηκαν με παρένθετη μητρότητα και των οικογενειών με δωρεά ωαρίων σε ζητήματα ψυχικής ευεξίας και προσαρμογής στη μητρότητα σε σχέση με τις οικογένειες που προήλθαν από φυσική σύλληψη (Golombok et al., 2004).

34 γυναίκες αποτέλεσαν δείγμα μιας ακόμη μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Μ. Βρετανία. Στη μελέτη διερευνήθηκαν τα κίνητρα, οι εμπειρίες αλλά και οι ψυχολογικές διαστάσεις που προκύπτουν από την απόφαση μιας γυναίκας να γίνει παρένθετη μητέρα. Πιο συγκεκριμένα διερευνήθηκε αναδρομικά η σχέση της παρένθετης μητέρας με το ζευγάρι πριν, κατά και μετά την εγκυμοσύνη αλλά και πως οι υπόλοιποι αντέδρασαν στην απόφασή της να γίνει παρένθετη. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης οι παρένθετες μητέρες δεν αντιμετώπισαν σε γενικές γραμμές ιδιαίτερα ζητήματα στην απόφασή τους να γίνουν παρένθετες ούτε με το ζευγάρι για το οποίο κυοφορούσαν το παιδί, ούτε με το ίδιο το παιδί στα πλαίσια του αποχωρισμού αλλά ούτε και με τον κοινωνικό περίγυρο. Τα όποια συναισθηματικά ζητήματα προέκυψαν μετά τη γέννηση του παιδιού εξομαλύνθηκαν κατά τη διάρκεια του χρόνου (Jadva et al.,2003).

Με ημιδομημένες συνεντεύξεις διερευνήθηκαν οι εμπειρίες 42 ζευγαριών που απέκτησαν ένα παιδί τουλάχιστον 1 έτους μέσω της διαδικασίας της παρενθετότητας. Σύμφωνα με τη μελέτη, τα ζευγάρια άρχισαν να σκέφτονται την μέθοδο της παρένθετης μητρότητας μόνο μετά από μια μεγάλη περίοδο υπογονιμότητας. Και οι δύο γονείς, δήλωσαν ότι τα επίπεδα άγχους τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν σχετικά χαμηλά και οι σχέσεις τους με την παρένθετη μητέρα ήταν σε γενικές γραμμές πολύ θετικές ανεξάρτητα με τον αν την γνώριζαν καλά και είχαν οικογενειακές σχέσεις μαζί της πριν την εγκυμοσύνη. Μετά τη γέννα η πλειοψηφία των ζευγαριών δήλωσε ότι εξακολουθούσαν να διατηρούν κάποια επαφή με την γυναίκα που κυοφόρησε το παιδί τους. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει το εύρημα ότι όλα τα ζευγάρια είχαν πει την αλήθεια στους γνωστούς και στους φίλους τους σχετικά με την παρένθετη μητρότητα και ότι σκόπευαν να κάνουν το ίδιο και με το παιδί τους όταν θα τους δινόταν η ευκαιρία. Και οι δύο γονείς περιγράφουν την εμπειρία ως μια εξαιρετική και πολύ ενδιαφέρουσα διαδικασία (MacCallum et al.,2003).

Σε μια ακόμη ποιοτική μελέτη διερευνήθηκαν οι εμπειρίες 26 γονιών από την «συμφωνία» της παρένθετης μητρότητας στην Καλιφόρνια. Οι περισσότεροι ήταν λευκοί, παντρεμένοι, με υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο. Μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων διερευνήθηκαν οι λόγοι που συνέβαλαν σε αυτή τους την απόφαση, η σχέση τους με την παρένθετη μητέρα μετά τη γέννηση του παιδιού

καθώς και η υποστήριξη που έλαβαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως ήταν σε θέση να προβλέψουν πολλές από τις δυσκολίες που προέκυψαν καθ' όλη τη διαδικασία αλλά η πραγματικότητα ήταν ακόμη πιο δύσκολη και ότι η υποστήριξη σε κάθε επίπεδο είναι πάντα επιθυμητό (Kleinpeter, 2002).

Σε μια πιο παλιά μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Φιλανδία έλαβαν μέρος 17 γυναίκες που έγιναν εθελοντικά παρένθετες μητέρες τη χρονική περίοδο 1991-2001. Οι 17 γυναίκες που δέχτηκαν να κυοφορήσουν ένα έμβρυο αποτελούνταν από 6 αδερφές, 3 μητέρες, μια κουνιάδα, 4 φίλες και 3 άλλες εθελόντριες. Συμβουλευτική υποστήριξη δόθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας τόσο στα ζευγάρια όσο και στην παρένθετη μητέρα. Οι γονείς δήλωσαν διατεθειμένοι να υιοθετήσουν τα βιολογικά τους παιδιά. Τέλος, 2 από τις 17 παρένθετες μητέρες εκδήλωσαν επιλόχειο κατάθλιψη. Η μελέτη καταλήγει για την ανάγκη συνεχιζόμενης συμβουλευτικής υποστήριξης σε όλους τους εμπλεκόμενους σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας πριν, μετά και κατά τη γέννηση ενός παιδιού μέσω της παρένθετης μητρότητας (Söderström-Anttila et al., 2002).

Μια ακόμη προοπτική μελέτη είχε ως σκοπό να μελετήσει οικογένειες που δημιουργήθηκαν με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας σε μια περίοδο 10 ετών στην Μ. Βρετανία και επιπρόσθετα να εξετάσει τις αποφάσεις των γονέων αυτών να αποκαλύψουν στα παιδιά τους τη φύση της σύλληψής τους. Σαράντα δύο οικογένειες (19 με γενετική παρένθετη μητρότητα) συμμετείχαν στη μελέτη με παιδιά από ενός έτους και μέχρι την ηλικία των 10 ετών, ενώ τελικά 33 οικογένειες παρέμειναν στη μελέτη. Συλλέχθηκαν με ημιδομημένες συνεντεύξεις, δεδομένα για τη συχνότητα της επαφής με την παρένθετη μητέρα, τη σχέση της με το παιδί, και την διαδικασία της αποκάλυψης της παρένθετης μητρότητας στο παιδί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η συχνότητα της επαφής μεταξύ οικογενειών και παρένθετης μητέρας μειώθηκε κατά την πάροδο του χρόνου, ιδιαίτερα για τις οικογένειες που η παρένθετη ήταν προηγουμένως άγνωστη ($p= 0.001$). Οι περισσότερες οικογένειες ανέφεραν αρμονικές σχέσεις με την παρένθετη μητέρα. Στην ηλικία των 10 ετών, 19 παιδιά (90%) που είχε ενημερωθεί για τη φύση της σύλληψής τους το κατανόησαν φυσιολογικά, ενώ 13 από τα 14 παιδιά που έρχονταν σε επαφή με τις παρένθετες μητέρες ανέφεραν ότι τους άρεσε αυτή η διαδικασία.

Παρότι, το μέγεθος του δείγματος της μελέτης αυτής ήταν μικρό και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα. Η συγκεκριμένη μελέτη υποδεικνύει ότι σε γενικές γραμμές τα παιδιά αισθάνονται θετικά εάν τα κυοφορήσει μια γυναίκα με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας και προτίθενται στο να διατηρήσουν καλές σχέσεις μαζί της κατά την πάροδο του χρόνου (Jadva et al.,2012).

Στο Ιράν, πολλοί κληρικοί Σίτες και νομικοί αποδέχονται την παρένθετη μητρότητα μιας και δεν υπάρχει καμία θρησκευτική απαγόρευση. Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης ήταν να αξιολογηθεί με συνεντεύξεις η συναισθηματική εμπειρία των παρένθετων μητέρων, σε μια ποιοτική, φαινομενολογική μελέτη με δείγμα οκτώ γυναίκες από το Ισφαχάν του Ιράν. Τα ευρήματα από τις συνεντεύξεις ταξινομήθηκαν σε δύο κύρια θέματα και τέσσερις επιμέρους άξονες: οι εμπειρίες που αποκτήθηκαν κατά την εγκυμοσύνη (συναισθήματα προς την κύηση, η σχέση με την οικογένεια, τους συγγενείς και το ζευγάρι που θα αναλάβει μετά το παιδί) και συνέπειες της παρένθετης μητρότητας (επιπλοκές της εγκυμοσύνης, καθώς και πιθανά θρησκευτικά και οικονομικά προβλήματα της παρένθετης μητρότητας). Σε αντίθεση με αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν την μη ύπαρξη ιδιαίτερων ψυχολογικών διαστάσεων, η συγκεκριμένη μελέτη διατυπώνει ότι η παρένθετη μητρότητα πρέπει να θεωρηθεί ως υψηλού κινδύνου συναισθηματική εμπειρία, διότι πολλά ζητήματα μπορεί να θεωρηθούν ως αρνητικές εμπειρίες. Εκτός από τον κίνδυνο των πιθανών σωματικών επιπλοκών υπάρχει πάντα μεγάλη πιθανότητα ψυχολογικών επιπλοκών λόγω του συναισθηματικού δεσίματος. Η μελέτη καταλήγει ότι για την αποφυγή δυσάρεστων συμβάντων είναι επιτακτική η λήψη εξειδικευμένης βοήθειας κυρίως από ψυχολόγους κατά τη διάρκεια όλης της εγκυμοσύνης (Tehran et al.,2014).

Πολλές όμως μελέτες παρουσιάζουν ενδιαφέρον μιας και διερευνούν την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών που οι μητέρες τους είχαν δεχτεί να συμμετέχουν ως παρένθετες.

Ενδεικτικά αναφέρεται μελέτη που πραγματοποιήθηκε με δείγμα 36 παιδιά ηλικίας, 12 έως 25 ετών που οι μητέρες τους είχαν υπάρξει ως παρένθετες. 44% από τα παιδιά αυτά είχαν μητέρες που είχαν κυοφορήσει έμβρυο με ξένο ωάριο (άλλης

γυναίκας), 39% από μητέρες που είχαν κυοφορήσει το δικό τους και 19% από γυναίκες που είχαν πραγματοποιήσει και τους δύο τύπους παρενθετότητας. Το 47% των παιδιών είχαν στενή επαφή με το παιδί που είχε γεννήσει η παρένθετη μητέρα τους και διατηρούσαν πολύ καλές σχέσεις μεταξύ τους. Το 14% μάλιστα εξ αυτών θεωρούσε αδερφική την σχέση τους. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα παιδιά θεωρούσαν τις παρένθετες μητέρες «ως γυναίκες που βοήθησαν τις μητέρες κάποιων παιδιών να τα αποκτήσουν» και επαινούσαν τον αλtruισμό τους. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι οι γονείς δεν είχαν κανένα πρόβλημα να αποκαλύψουν τη σχέση με την παρένθετη μητέρα όταν αφορούσε σε γενετική παρένθετη κύηση. Το εύρημα όμως αυτό δεν ήταν το ίδιο, όταν αφορούσε στην παραδοσιακή παρένθετη μητρότητα, σχεδόν οι μισοί από τους γονείς δεν ήθελαν να αποκαλύψουν αυτές τις πληροφορίες. Τέλος, η πλειονότητα των παιδιών θεωρούσε ότι είχε μια φυσιολογική οικογενειακή ζωή. Η μελέτη καταλήγει τονίζοντας ότι η «φυσιολογική» διαδικασία της παρένθετης μητρότητας δεν επηρεάζει την οικογενειακή γαλήνη αντιθέτως αποτελεί μια ευχάριστη καλή θετική εμπειρία για όλα τα μέλη της (Jadva & Imrie, 2014).

Η παρένθετη μητρότητα αντιπροσωπεύει μια όλο και πιο κοινά χρησιμοποιούμενη μέθοδο ανθρώπινης αναπαραγωγής, η οποία συμβάλλει στο να ξεπεραστούν με επιτυχία τα εμπόδια της στειρότητας. Εντούτοις, η αντικατάσταση με αυτή τη διαδικασία της «φυσικής» μητρότητας, λόγω του ασαφούς νομικού κανονισμού που την πλαισιώνει και της πολύπλοκης φύσεως της, συνεπάγεται πολλές διαμάχες καθώς και ηθικά ζητήματα.

Ο σκοπός ενός άρθρου ήταν να παρουσιάσει τα ηθικά, νομικά και κοινωνικά ζητήματα που προκύπτουν όταν μια γυναίκα κυοφορεί ένα παιδί με την πρόθεση να το δώσει σε μια άλλη γυναίκα ή ένα ζευγάρι. Επιπρόσθετα το άρθρο στόχευε να προσφέρει ορισμένες προτάσεις που θα ήταν επωφελείς για τους νομοθέτες, και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής που θα σχεδιάσουν τους κανονισμούς που διέπουν το καθεστώς της παρένθετης μητρότητας. Το άρθρο καταλήγει ότι η παρένθετη μητρότητα είναι ηθική διαδικασία και θα πρέπει να είναι νόμιμη, διότι επιτρέπει στα άτεκνα ζευγάρια (συμπεριλαμβανομένων και των ελεύθερων ατόμων αλλά και των ζευγαριών του ίδιου φύλου), την ευκαιρία να γίνουν γονείς. Για πολλούς, αυτό είναι το ισχυρότερο επιχείρημα για τη νομιμοποίηση της παρένθετης μητρότητας και το

μεγαλύτερο όφελος για τους ανθρώπους που θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί και δεν μπορούν (Ekberg, 2014).

Σε ορισμένες χώρες η νομοθεσία επιτρέπει την παρένθετη μητρότητα και το ζευγάρι μπορεί να αναγνωρίζεται και νομικά ως γονείς μετά τη γέννηση. Η εμπορική παρένθετη μητρότητα, ή «μήτρα για ενοικίαση», είναι μια αναπτυσσόμενη επιχείρηση στην Ινδία, επιχείρηση η οποία εκμεταλλεύεται φτωχές γυναίκες με οικονομικά ανταλλάγματα (Kumar, 2013). Στην Ινδία, η παροχή υπηρεσιών παρένθετης μητρότητας για ξένα ζευγάρια μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος της ευρύτερης βιομηχανίας τουρισμού υγείας της χώρας (Palattiyil et al., 2010). Οι γυναίκες αυτές έχουν ένα ανησυχητικά υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Η κυβέρνηση, σύμφωνα με τους Kumar et al. (2013), πρέπει να εξετάσει σοβαρά την θέσπιση ενός νόμου για τη ρύθμιση της διαδικασίας στην Ινδία και να προστατεύσει και να καθοδηγήσει τα ζευγάρια αλλά και τις παρένθετες μητέρες που οδηγούνται σε μια τέτοια επιλογή χωρίς να παραπλανηθούν και να τους εκμεταλλευτούν.

Και στην ανασκόπηση των Palattiyil et al. (2010) αναλύεται η υπάρχουσα κατάσταση σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα που υφίσταται στην Ινδία και περιγράφεται η νομοθεσία και ο κανονισμός της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του 2009 (Assisted Reproductive Technologies (Regulation) Bill and Rules 2009) που διασφαλίζουν την επαρκή προστασία των συμφερόντων των νέων Ινδών γυναικών που ασχολούνται με παρένθετη μητρότητα.

Σύμφωνα και με την ανασκόπηση των Venkatashivareddy et al. (2015) σε παγκόσμιο επίπεδο, η Ινδία είναι ένας από τους δημοφιλείς προορισμούς όπου παρέχεται η «εμπορική» παρένθετη μητρότητα νόμιμα. Μάλιστα στην Ινδία είναι πολύ ενισχυμένος ο ιατρικός τουρισμός λόγω ζητημάτων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Επιπλέον, το κόστος της διαδικασίας είναι μόνο το ένα τρίτο του κόστους σε σχέση με τις αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς, η παρένθετη μητρότητα είναι ένα ζήτημα δημόσιας υγείας που σχετίζεται όχι μόνο με την εξέλιξη της ιατρικής, αλλά και την επιδείνωση του σεξ, αλλά και την ενδοοικογενειακή βία ενώ πολλοί κοινωνικοί παράγοντες όπως η ανεργία, η παιδεία, και άλλοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιλογή της ως διαδικασία. Το

άρθρο καταλήγει διατυπώνοντας η παρένθετη μητρότητα εγείρει πολλά δεοντολογικά ζητήματα όπως η ιατρική συμβουλευτική και η νομική υποστήριξη.

Τα ηθικά διλήματα τα οποία προκύπτουν από τη συμφωνία μιας γυναίκας να γίνει παρένθετη μητέρα υπό το πρίσμα της θρησκείας εξετάζονται και σε μια ακόμη μελέτη. Σύμφωνα με την ανασκόπηση, οι περισσότεροι Μουσουλμάνοι στον κόσμο είναι σουνίτες και η παρένθετη μητρότητα δεν επιτρέπεται σύμφωνα με τον ισλαμικό νόμο μιας και συμπεριλαμβάνει την είσοδο σπέρματος ενός ξένου άντρα στον κόλπο μιας γυναίκας με την οποία δεν είναι παντρεμένος. Αντίθετα, στο Ιράν οι Μουσουλμάνοι είναι Σίιτες και σύμφωνα με τη δική τους θρησκευτική θεώρηση το μόνο μεμπτό στην παρένθετη μητρότητα είναι η οικονομική συναλλαγή που αυτή πιθανώς συμπεριλαμβάνει. Έτσι, ενώ στο Ιράν η παρένθετη μητρότητα λόγω θρησκείας φαινομενικά επιτρέπεται, λόγω ηθικών ζητημάτων είναι περιορισμένη. Ο συγγραφέας προτείνει την τροποποίηση της νομικής διαδικασίας καθώς και την σταθεροποίηση των οικονομικών συναλλαγών σε φυσιολογικά πλαίσια ώστε τελικά να διευκολυνθεί η σύναψη «συμφωνίας» (Aramesh et al., 2009).

Η «διακρατική» παρένθετη μητρότητα, δηλαδή όταν οι άνθρωποι ταξιδεύουν στο εξωτερικό για να συνάψουν μια σύμβαση παρενθετότητας είναι ένα πολυσυζητημένο φαινόμενο. Η νομοθεσία σχετικά με την παρένθετη μητρότητα ποικίλει, ανάλογα με την κάθε χώρα που εξετάζεται, και αναλόγως η κοινή γνώμη διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό σχετικά με την αποδοχή της ή μη ως διαδικασία.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ήδη υπάρχουσες μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σκοπός της ανασκόπησης των Vidlička et al. (2012) ήταν να διατυπώσει την ανάγκη για τέτοια νομοθετική ρύθμιση στην Κροατία. Στο άρθρο πραγματοποιείται μια συγκριτική ανάλυση του υφισταμένου νομικού κανονισμού σε διαφορετικές χώρες, καταλήγοντας ότι η παρένθετη μητρότητα ως μέθοδος ανθρώπινης αναπαραγωγής εγείρει πολλά ζητήματα όχι μόνο νομικά αλλά και βιοηθικής φύσεως.

Σε μια ακόμη ανασκόπηση επισημαίνεται ότι ενώ μεν η παρένθετη μητρότητα είναι αποδεκτή στο Ηνωμένο Βασίλειο, αν υπάρχουν οι κατάλληλες ιατρικές ενδείξεις, πρέπει η προετοιμασία των ζευγαριών να γίνει σε κλινικές με άδεια από την αρχή ανθρώπινης γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας (Human Fertilisation and

Embryology Authority). Οι «επιπλοκές» σε γενικές γραμμές είναι ελάχιστες ενώ συνιστάται η κατάλληλη επιλογή και η συμβουλευτική ζευγαριών σε κάθε συμφωνία παρένθετης μητρότητας από μια ανεξάρτητη εθνική επιτροπή δεοντολογίας (Brinsden et al., 2000).

Οι Δυτικοί, στην προσπάθειά τους για την απόκτηση ενός παιδιού, εκμεταλλεύονται φτωχές γυναίκες σε χώρες όπως η Ινδία όπως αναλύθηκε εκτενώς. Σύμφωνα με μια ανασκόπηση η παρένθετη μητρότητα εντός του σουηδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, δεν επιτρέπεται και η πλειοψηφία των Σουηδών γονιών που αναζητούν μια παρένθετη μητέρα τρέπονται προς την Ινδία. Στόχος της ανασκόπησης ήταν να διερευνήσει πώς οι γονείς διαπραγματεύονται τις διαδικασίες και το «συμβόλαιο» που συνάπτεται κατά την παρένθετη μητρότητα. Οι συγγραφείς στα συμπεράσματα της μελέτης διατυπώνουν ότι οι απόψεις των γονέων που θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί μέσω της παρένθετης μητρότητας επηρεάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και πρακτορεία που ασχολούνται με την εύρεση παρένθετη μητέρας. Παρά το γεγονός ότι οι σουηδοί γονείς που θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί μέσω της παρένθετης μητρότητας αψηφούν την πιθανή εκμετάλλευση και τις δυσκολίες της διαδικασίας οραματιζόμενοι μόνο τα οφέλη, οι συγγραφείς προτείνουν τη νομιμοποίηση της παρένθετης μητρότητας στη Σουηδία, για την καλύτερη προστασία όλων των εμπλεκόμενων μερών. Η ανάγκη νομοθετικής ρύθμισης είναι επίσης προφανής όχι μόνο για την Σουηδία αλλά και την Ινδία (Arvidsson et al.,2015).

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία, έλαβαν μέρος 79 συμμετέχοντες στους οποίους παρουσιάστηκαν μια σειρά από σενάρια που διερευνούσαν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ένα ζευγάρι απευθύνεται σε μια παρένθετη μητέρα και το κατά πόσο αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα ζήτημα ηθικής. Στα σενάρια που δημιουργήθηκαν διερευνήθηκαν τέσσερις παράγοντες: το είδος της παρένθετης μητρότητας (παραδοσιακή έναντι γενετικής), το επίπεδο αυτονομίας της παρένθετης μητέρας, το οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο ζει η μητέρα, και αν η παρένθετη μητρότητα γίνεται ως εμπορική συμφωνία ή αλτρουιστικά. Συνολικά, οι συμμετέχοντες δεν θεωρούσαν την παρένθετη μητρότητα ως μια γενικά αποδεκτή διαδικασία. Κατά την άποψή τους, η διαδικασία αυτή είναι, στην καλύτερη περίπτωση, αμφιλεγόμενη, και, στις περισσότερες περιπτώσεις, θέτει ένα μεγάλο

ηθικό πρόβλημα, ειδικότερα δε, όταν η παρένθετη μητέρα δεν είναι αυτόνομη ή/και ο σύζυγός της διαφωνεί με τη διαδικασία (Petitfils & Munoz Sastre, 2014).

Σε μια προοπτική μελέτη αναφέρεται ότι η παρένθετη μητρότητα απαγορευόταν στην Ολλανδία έως το 1994, εποχή κατά την οποία το ολλανδικό δίκαιο άλλαξε από τη γενική απαγόρευση της παρένθετης μητρότητας στην απαγόρευση της εμπορικής παρένθετης μητρότητας. Στη μελέτη περιγράφονται τα αποτελέσματα από το πρώτο και μοναδικό ολλανδικό κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης για τη μη εμπορική παρένθετη μητρότητα τη χρονική περίοδο μεταξύ 1997 και 2004. Στη μελέτη διερευνήθηκαν οι ιατρικές, ψυχολογικές και νομικές πτυχές σε πάνω από 500 ζευγάρια (γονείς που ήθελαν να αποκτήσουν ένα παιδί και παρένθετες μητέρες με το σύντροφο/ σύζυγο αν υπήρχε) σχετικά με την παρένθετη μητρότητα μέσω τηλεφώνου ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Συνολικά, περισσότερα από 200 ζευγάρια προσπάθησαν να ενταχθούν στο πρόγραμμα, 35 ζευγάρια πληρούσαν τις προϋποθέσεις, 24 ολοκλήρωσαν τη διαδικασία, με τελικό αποτέλεσμα από 13 γυναίκες να γεννηθούν 16 παιδιά. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος δόθηκαν διευκρινήσεις για τη μη εμπορική παρένθετη μητρότητα, επεξηγώντας την περίοδο αναμονής 1 έτους πριν από την τελική έγκριση της υιοθεσίας, όπως υπαγορευόταν εκείνη την περίοδο από το νόμο, καθώς και την αποφυγή της επιπρόσθετης ψυχολογικής καταπόνησης. Η μελέτη καταλήγει ότι η μη εμπορική παρένθετη μητρότητα είναι εφικτή, με καλά αποτελέσματα όσον αφορά στην έκβαση της εγκυμοσύνης, τις ψυχολογικές διαστάσεις για όλους (γονείς και οικογένεια της παρένθετης μητέρας) και χωρίς νομικά προβλήματα σχετικά με τις διαδικασίες υιοθεσίας. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η εκτενής εξέταση των ιατρικών, ψυχολογικών και νομικών πτυχών αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η επιτυχία της διαδικασίας (Dermout et al., 2010).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση ο Καναδάς έχει απαγορεύσει την εμπορική αλλά όχι την παρένθετη μητρότητα που πραγματοποιείται αλτρουιστικά, ενώ συνεχίζεται ο διάλογος περί ηθικής γύρω από αυτό το θέμα. Σε περίπτωση διαφωνίας σε σχέση με την επιμέλεια του παιδιού μεταξύ παρένθετης μητέρας και του ατόμου που προτίθενται να αποτελέσει το γονέα για το παιδί, δεν είναι σαφές ποια θα ήταν η απόφαση των καναδικών δικαστηρίων. Η προγεννητική παροχή υπηρεσιών υγείας θα

πρέπει να πραγματοποιείται με στόχο την κοινωνική ηθική και νομική υποστήριξη (Dan Reilly, 2007).

Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα βιοηθικής και στην κοινωνία της Τουρκίας. Σκοπός ενός ακόμη άρθρου, ήταν η ανάλυση των ηθικών, κοινωνιολογικών, νομικών ακόμα και θρησκευτικών διαστάσεων της παρένθετης μητρότητας στην Τουρκία. Οι συγγραφείς, μέσα από την αναζήτηση των κίνητρων και των προσδοκιών κάποιων για να υπογράψουν μια σύμβαση παρένθετης μητρότητας αναδεικνύουν τον καθοριστικό ρόλο που οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και οι γενικότερες πεποιθήσεις επηρεάζουν τις συμπεριφορές των ανθρώπων σε σχέση με αυτό το ζήτημα. Στο άρθρο αναφέρονται μερικά «διάσημα» παραδείγματα όπως το Baby M και το μωρό Manji Yamada που είναι γνωστές περιπτώσεις για το αβέβαιο νομικό καθεστώς των παιδιών που προέρχονται από μια συμφωνία παρένθετης μητρότητας στην Τουρκία επιζητώντας την επανεξέταση από την τουρκική νομοθεσία όσον αφορά στην παρένθετη μητρότητα (Metin, 2011).

Αν και η δημοσιότητα και η κάλυψη από τα ΜΜΕ θεμάτων σχετικά με την παρένθετη μητρότητα έχει αυξηθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία, υπάρχει σημαντική έλλειψη των πληροφοριών σχετικά με τη δημόσια αντίληψη για την ηθική της διαδικασίας.

Σε τηλεφωνική έρευνα με αντιπροσωπευτικό δείγμα (930 άντρες και 580 γυναίκες ηλικίας 25 έως 50) διερευνήθηκαν οι απόψεις της κοινής γνώμης καθώς και δεοντολογικά ζητήματα σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα. Σύμφωνα με την μελέτη οι ηθικές διαστάσεις που προκύπτουν από το γεγονός ότι ένα παιδί δεν ανήκει και δεν μεγαλώνει με τους βιολογικούς του γονείς θεωρούνται ως η πιο σοβαρή αιτία για την αμφισβήτηση της παρένθετης μητρότητας ως ηθική διαδικασία. Κοινωνικοί παράγοντες όπως η ηλικία και η εκπαίδευση ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της στάσης απέναντι στην ηθική αυτή διάσταση (Shrefflera et al., 2010).

Στόχος μιας ακόμη μελέτης στον Καναδά ήταν να αποτυπώσει τη δημόσια στάση απέναντι τους περιορισμούς χρήσης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (I.Y.A.). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με e-mail σε συνολικά 602 κατοίκους ηλικίας 16 ετών ή παραπάνω και διερευνήθηκε η στάση τους απέναντι στη δωρεά αυγών,

δωρεά σπέρματος, και την παρένθετη μητρότητα. Σύμφωνα με τα κυριότερα αποτελέσματα της δημοσκόπησης, συνολικά το 66% και 63% αντίστοιχα των ερωτηθέντων θα δώριζαν ένα ωάριο ή το σπέρμα στα αδέρφια τους, τα αντίστοιχα ποσοστά για τη δωρεά σε ένα ξένο άνθρωπο ήταν 41% και 44%. Συνολικά το 74% συμφωνεί με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας, αν πραγματοποιείται για ιατρικούς λόγους, αλλά το 85% θεωρεί ότι πραγματοποιείται για λόγους ευκολίας. Συνολικά, το 72% των ερωτηθέντων σκέφτηκε ότι η διαδικασία θα πρέπει να περιγραφεί νομικά και να οριοθετηθεί. Επίσης, το 58% θεώρησαν ότι οι γιατροί πρέπει να είναι κυρίως αρμόδιοι για τον καθορισμό των επιτρεπτών ορίων αυτής της νέας διαδικασίας ενώ το 38% αισθάνθηκε ότι το κοινό θα πρέπει να αποφασίζει από μόνο του. Μόνο το 21% συμφώνησε με τη δημόσια χρηματοδότηση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τη στάση προς τις διαδικασίες αυτές της αναπαραγωγής. Οι συγγραφείς καταλήγουν πως η εκπαίδευση είναι απαραίτητη για να γνωρίσει και να εξοικειωθεί γενικά η κοινότητα με τις διάφορες πτυχές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Genuis et al., 1993).

Τέλος, στόχος μιας ακόμη δημοσκόπησης ήταν για τη μέτρηση της ιρλανδικής γνώμης σχετικά με μια σειρά από θεραπείες υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής. Ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων (n = 1,003) διερευνήθηκε μέσω μιας τηλεφωνικής έρευνας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (77%) συμφώνησαν ότι οποιεσδήποτε υπηρεσίες σχετικά με ζητήματα γονιμότητας που προσφέρονται διεθνώς θα πρέπει να διατίθεται και στην Ιρλανδία, αν και μόνο μια μικρή μειοψηφία του γενικού πληθυσμού είχε με ζητήματα υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής ή στειρότητας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (63%), δήλωσε ότι η κυβέρνηση της Ιρλανδίας θα πρέπει να θεσπίσει νομοθεσία που να καλύπτει την υποβοηθούμενη ανθρώπινη αναπαραγωγή. Σύμφωνα με την μελέτη οι ερωτηθέντες συμφωνούν με τη δωρεά, όπου ο δωρητής επικοινωνεί με το παιδί μετά τη γέννηση και την ανώνυμη δωρεά (που λόγω απορρήτου προστατεύεται από το νόμο) με ποσοστά 68% και 66%, αντίστοιχα. Το λιγότερο δημοφιλές είδος δότη γαμετών (53%) εμφανίστηκε να είναι η δωρεά όπου ο δωρητής συναινεί να συμμετέχει στην μελλοντική ζωή του τέκνου που γεννήθηκε. Οι ερωτηθέντες ηλικίας 18 έως 24 (62%), ηλικίας 25 έως 34 (60%), ή χωρίς παιδιά (61%), ήταν πιθανότερο να ευνοούν αυτές τις μεθόδους υποβοηθούμενης

αναπαραγωγής. Η μελέτη, μεταξύ άλλων καταλήγει ότι η κοινή γνώμη στην Ιρλανδία συνάδει με την ανάγκη για εθνική νομοθεσία και τη διατύπωση συστάσεων υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής σύμφωνες με τα διεθνή πρότυπα (Walsh et al.,2013).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Ενδεικτικές μελέτες θεωρητικού, κοινωνικού και νομικού πλαισίου της παρένθετης μητρότητας

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Van Den Akker	2007	Διερεύνηση των ψυχικών και κοινωνικών εμπειριών σε παρένθετες μητέρες	Προοπτική διαχρονική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. • Η κοινωνική υποστήριξη, η οικογενειακή αρμονία και το άγχος διαφέρει σημαντικά ($p < 0,01$) μεταξύ των δύο ομάδων στα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας. • Παρατηρήθηκαν διαφορές στις συμπεριφορές προς την εγκυμοσύνη και τα παιδιά μεταξύ των ομάδων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ($p < 0,001$), αλλά δεν υπήρξε καμία ένδειξη για κατάθλιψη μετά τον τοκετό, μεταξύ των ομάδων που μελετήθηκαν. • Τα αποτελέσματα αυτά είναι σημαντικά, επειδή ενισχύουν το ότι οι ψυχικές επιδράσεις τόσο στις παρένθετες όσο στις κοινωνικές μητέρες είναι αξιoσημείωτες και εμφανίζονται κατά τη διάρκεια όλης της περιόδου και ενδείκνυται η ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά και μετά την διαδικασία της παρένθετης μητρότητας.

(Συνέχεια Πίνακα 1)

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Fazli Khalaf et al	2008	Να διερευνηθούν οι εμπειρίες των παρένθετων μητέρων και η επίδραση αυτής της διαδικασίας στις οικογενειακές τους σχέσεις τους και την υγεία τους σε σχέση με κοινωνικούς και ψυχικούς παράγοντες	Ανασκόπηση	<ul style="list-style-type: none">• Η τελική ανάθεση του παιδιού σε μια άλλη οικογένεια μπορεί να είναι εξαιρετικά οδυνηρή και να οδηγήσει σε ψυχολογικά προβλήματα για την ίδια την παρένθετη.• Επιπρόσθετα υπάρχει ο φόβος ότι η παρένθετη μητέρα πριν από τη γέννηση μπορεί να δημιουργήσει έναν ιδιαίτερο δεσμό με το μωρό που θα καθιστούσε ιδιαίτερα δύσκολο για εκείνη να δώσει το παιδί στους μελλοντικούς γονείς.• Όμως, για τις γυναίκες που εγκαταλείπουν το παιδί που γεννούν σε μια άλλη, ο κίνδυνος της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, καθώς και τα συναισθήματα του θυμού ή της ενοχής, μπορούν να προσθέσουν περαιτέρω στρες στην ψυχική υγεία τους.• Επίσης πολλά συμβόλαια «παρένθετης μητρότητας» λόγω οικονομικών δυσκολιών πραγματοποιούνται χωρίς να υπάρχει πλήρης ενημέρωση και επίγνωση των πιθανών κινδύνων.• Άλλες ανησυχίες σχετικά με την παρένθετη μητρότητα περιλαμβάνουν τις πιθανές συνέπειες στον σύντροφο της παρένθετης μητέρας, στα παιδιά της και την γενικότερη αποσταθεροποίηση της οικογένειας.• Η παρένθετη μητρότητα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ψυχολογική εμπειρία υψηλού κινδύνου και συνιστάται ότι πρέπει να λαμβάνουν όλοι ψυχολογική υποστήριξη από επαγγελματίες πριν, κατά και μετά την εγκυμοσύνη.

(Συνέχεια Πίνακα 1)

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Dermout et al	2010	Διερεύνηση των ιατρικών, ψυχολογικών και νομικών πτυχών σε ζευγάρια (γονείς που ήθελαν να αποκτήσουν ένα παιδί και παρένθετες μητέρες με το σύντροφο/ σύζυγο αν υπήρχε) σχετικά με την παρένθετη μητρότητα	Προοπτική μελέτη	<ul style="list-style-type: none">• Η μη εμπορική παρένθετη μητρότητα είναι εφικτή, με καλά αποτελέσματα όσον αφορά στην έκβαση της εγκυμοσύνης, τις ψυχολογικές διαστάσεις για όλους (γονείς και οικογένεια της παρένθετης μητέρας) και χωρίς νομικά προβλήματα σχετικά με τις διαδικασίες υιοθεσίας.• Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι η εκτενής εξέταση των ιατρικών, ψυχολογικών και νομικών πτυχών αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η επιτυχία της διαδικασίας.

(Συνέχεια Πίνακα 1)

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Jadva et al	2012	Να μελετήσει οικογένειες που δημιουργήθηκαν με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας σε μια περίοδο 10 ετών και επιπρόσθετα να εξετάσει τις αποφάσεις των γονέων αυτών να αποκαλύψουν στα παιδιά τους τη φύση της σύλληψής τους	Προοπτική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η συχνότητα της επαφής μεταξύ οικογενειών και παρένθετης μητέρας μειώθηκε κατά την πάροδο του χρόνου, ιδιαίτερα για τις οικογένειες που η παρένθετη ήταν προηγουμένως άγνωστη, ($p=0.001$). • Οι περισσότερες οικογένειες ανέφεραν αρμονικές σχέσεις με την παρένθετη μητέρα. • Στην ηλικία των 10 ετών, 19 παιδιά (90%) που είχε ενημερωθεί για τη φύση της σύλληψής τους το κατόρθωσαν φυσιολογικά ενώ 13 από τα 14 παιδιά που έρχονταν σε επαφή με τις παρένθετες μητέρες ανέφεραν ότι τους άρεσε αυτή η διαδικασία. • Παρότι, το μέγεθος του δείγματος της μελέτης αυτής ήταν μικρό και απαιτούνται περαιτέρω έρευνες πριν να μπορούν να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα. • Η συγκεκριμένη μελέτη υποδεικνύει ότι σε γενικές γραμμές τα παιδιά αισθάνονται θετικά εάν τα κυοφορήσει μια γυναίκα με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας και προτίθενται στο να διατηρήσουν καλές σχέσεις μαζί της κατά την πάροδο του χρόνου.

(Συνέχεια Πίνακα 1)

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Petitfils and Munoz Sastre	2014	Διερεύνηση των συνθηκών σύμφωνα με τις οποίες ένα ζευγάρι απευθύνεται σε μια παρένθετη μητέρα και το κατά πόσο αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα ζήτημα ηθικής.	Αιτιολογική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • Συνολικά, οι συμμετέχοντες δεν θεωρούσαν την παρένθετη μητρότητα ως μια γενικά αποδεκτή διαδικασία. • Κατά την άποψή τους, η διαδικασία αυτή είναι, στην καλύτερη περίπτωση, αμφιλεγόμενη, και, στις περισσότερες περιπτώσεις, θέτει ένα μεγάλο ηθικό πρόβλημα, ειδικότερα δε, όταν η παρένθετη μητέρα δεν είναι αυτόνομη ή/και ο σύζυγός της διαφωνεί με τη διαδικασία.
Papaligoura et al	2015	Να διερευνήσει τις εμπειρίες μερικών γυναικών σε σχέση με την παρένθετη μητρότητα.	Προοπτική μελέτη	<ul style="list-style-type: none"> • Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί μια διαδικασία που αφορά κυρίως στις ίδιες τις γυναίκες, με τους συζύγους όμως να αποτελούν ένα σημαντικό υποστηρικτικό δίκτυο. • Ένας πολύ στενός δεσμός αναπτύχθηκε μεταξύ των παρένθετων μητέρων και των γυναικών κυρίως λόγω των καθημερινών επαφών και την ανάγκη για παροχή φροντίδας. • Ακόμη και μετά τη γέννηση του παιδιού η ευγνωμοσύνη απέναντι στις παρένθετες μητέρες ήταν προφανής. • Τα ευρήματα της μελέτης είναι καθησυχαστικά για τις γυναίκες που θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί μέσω αυτής της διαδικασίας, ενώ υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι διαθέσιμες για τα νομικά ζητήματα που προκύπτουν από την διαδικασία της παρένθετης μητρότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση διερευνήθηκε το θεωρητικό, κοινωνικό και νομικό πλαίσιο της παρένθετης μητρότητας κυρίως μέσω των εμπειριών των γυναικών που υπήρξαν παρένθετες καθώς και μέσω των δημοσκοπήσεων της κοινής γνώμης.

Από την μελέτη των ερευνών συμπεραίνεται ότι ο αλτρουισμός της παρένθετης μητρότητας είναι ιδεατός αλλά για να αποτελεί μια ζωτική θεραπευτική επιλογή, όλες οι διαδικασίες θα πρέπει να παρακολουθούνται από μια επιτροπή ηθικής στην ανθρώπινη γονιμοποίηση και εμβρυολογία και να διέπονται από ένα ρεαλιστικό νομικό πλαίσιο. Οι απόψεις των γυναικών για την παρένθετη μητρότητα ποικίλλουν ανάλογα με τις περιστάσεις. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση του κοινού σε θέματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής κρίνεται σκόπιμη. Πιο συγκεκριμένα:

- ❖ Πολλές γυναίκες που εμπλέκονται στην παρένθετη μητρότητα χρησιμοποιούν έννοιες όπως «δώρο», «το να δίνεις». Αυτή η θεώρηση εστιάζεται στο γεγονός ότι το παιδί προσφέρεται ως δώρο, ή ότι η μητρότητα είναι κάτι που μία γυναίκα προσφέρει σε έναν άλλο άνθρωπο με τον οποίο αναπτύσσει έναν ισχυρό δεσμό.
- ❖ Ο κυριότερος λόγος για να δεχτεί μια γυναίκα να γίνει παρένθετη ήταν για να βοηθήσει ένα ζευγάρι να αποκτήσει ένα παιδί. Οι οικονομικές απολαβές δεν αποτελούσαν απαραίτητα ένα σημαντικό κίνητρο, αντιθέτως οι γυναίκες έτειναν να αναφέρουν περισσότερο αλτρουιστικούς λόγους.
- ❖ Η παρένθετη μητρότητα εκλαμβάνεται ως μια «φυσιολογική» διαδικασία που δεν επηρεάζει την οικογενειακή γαλήνη, αντιθέτως αποτελεί μια ευχάριστη, καλή θετική εμπειρία για όλα τα μέλη της. Αφορά κυρίως στις ίδιες τις γυναίκες, με τους συζύγους όμως να αποτελούν ένα σημαντικό υποστηρικτικό δίκτυο καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας και να περιγράφουν την εμπειρία ως μια εξαιρετική και πολύ ενδιαφέρουσα διαδικασία.
- ❖ Οι παρένθετες μητέρες δεν αντιμετώπισαν σε γενικές γραμμές ιδιαίτερα ζητήματα στην απόφασή τους να γίνουν παρένθετες ούτε με το ζευγάρι για το

οποίο κυοφορούσαν το παιδί, ούτε με το ίδιο το παιδί στα πλαίσια του αποχωρισμού, αλλά ούτε και με τον κοινωνικό περίγυρο.

- ❖ Είναι προφανές ότι ένας πολύ στενός δεσμός αναπτύσσεται μεταξύ των παρένθετων μητέρων και των κοινωνικών γυναικών κυρίως λόγω των καθημερινών επαφών και την ανάγκη για παροχή φροντίδας. Έτσι, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ότι θα ήθελαν να κρατήσουν επαφή με το παιδί, αν αυτό ήταν επιθυμητό και από τις δύο πλευρές. Αλλά, μετά τη γέννα και η πλειοψηφία των ζευγαριών δήλωσε ότι εξακολουθούσαν να διατηρούν κάποια επαφή με την γυναίκα που κυοφόρησε το παιδί τους.
- ❖ Σχετικά με την ψυχική υγεία των γυναικών μετά από την παρένθετη μητρότητα η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι οι περισσότερες παρένθετες μητέρες δεν παρουσίασαν σημάδια κατάθλιψης χρόνια μετά την γέννηση ενώ η αυτοπεποίθησή τους κυμαινόταν σε υψηλά επίπεδα. Πολλές όμως έρευνες κατέληξαν στο ότι η παρένθετη μητρότητα αποτελεί μια διαδικασία «υψηλού κινδύνου» με αρκετά αρνητικά συναισθήματα για τις γυναίκες, που δέχονται να την επιτελέσουν. Τα συναισθηματικά ζητήματα που προέκυψαν μετά τη γέννηση του παιδιού εξομαλύνθηκαν κατά τη διάρκεια του χρόνου.
- ❖ Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι καμία δεν μετάνιωσε που υποβλήθηκε στη διαδικασία. Αντιθέτως, η παρένθετη μητρότητα μπορεί να αποτελέσει μια θετική εμπειρία για τις περισσότερες γυναίκες, που θα θελήσουν να την πραγματοποιήσουν, για να βοηθήσουν ένα ζευγάρι να αποκτήσει ένα παιδί.
- ❖ Ελάχιστα στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν ανάλογα με το αν η παρένθετη μητέρα κυοφορούσε το δικό της ή της άλλης μητέρας ωάριο.
- ❖ Οι γονείς δήλωσαν ότι τα επίπεδα άγχους τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν σχετικά χαμηλά και οι σχέσεις τους με την παρένθετη μητέρα ήταν σε γενικές γραμμές πολύ θετικές ανεξάρτητα με τον αν την γνώριζαν καλά και είχαν οικογενειακές σχέσεις μαζί της πριν την εγκυμοσύνη.

- ❖ Επίσης, δεν είχαν κανένα πρόβλημα να αποκαλύψουν τη σχέση με την παρένθετη μητέρα, όταν αφορούσε σε πλήρη παρένθετη κύηση. Το εύρημα όμως αυτό δεν ήταν το ίδιο, όταν αφορούσε στην παραδοσιακή παρένθετη μητρότητα. Τότε σχεδόν οι μισοί από τους γονείς δεν ήθελαν να αποκαλύψουν αυτές τις πληροφορίες.
- ❖ Οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως ήταν σε θέση να προβλέψουν πολλές από τις δυσκολίες που προέκυψαν καθ' όλη τη διαδικασία, αλλά η πραγματικότητα ήταν ακόμη πιο δύσκολη και ότι η υποστήριξη σε κάθε επίπεδο είναι πάντα επιθυμητή. Έτσι κρίνεται επιτακτική η λήψη εξειδικευμένης βοήθειας και συναισθηματικής φροντίδας κυρίως από ψυχολόγους κατά τη διάρκεια όλης της εγκυμοσύνης.
- ❖ Η παρένθετη μητρότητα εγείρει πολλά δεοντολογικά ζητήματα, όχι μόνο νομικά, αλλά και βιοηθικής φύσεως. Το να «εγκαταλείψει» μια γυναίκα το παιδί της, έστω και με αυτό τον τρόπο δεν εμπίπτει ακόμη στα αποδεκτά όρια της ηθικής.
- ❖ Παρόλα αυτά, η παρένθετη μητρότητα είναι ηθική διαδικασία και θα πρέπει να είναι νόμιμη, διότι επιτρέπει στα άτεκνα ζευγάρια (συμπεριλαμβανομένων και των μοναχικών αλλά και των ζευγαριών του ίδιου φύλου), την ευκαιρία να γίνουν γονείς. Για πολλούς, αυτό είναι το ισχυρότερο επιχείρημα για τη νομιμοποίηση της παρένθετης μητρότητας και το μεγαλύτερο όφελος για τους ανθρώπους που θέλουν να αποκτήσουν ένα παιδί και δεν μπορούν.
- ❖ Τέλος, η παρένθετη μητρότητα είναι αποδεκτή αν υπάρχουν οι κατάλληλες ιατρικές ενδείξεις με άδεια από την Αρχή Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας. Επιπρόσθετα, η εκτενής εξέταση των ιατρικών, ψυχολογικών και νομικών πτυχών αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στην προσπάθεια να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η επιτυχία της διαδικασίας.

Μετά την διερεύνηση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας διαφαίνεται έντονη η ανάγκη για οριοθέτηση της παρένθετης μητρότητας, μέσα από εθνική νομοθεσία σε κάθε χώρα και τη διατύπωση συστάσεων υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγής σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Έτσι η κάθε κυβέρνηση πρέπει να εξετάσει σοβαρά την θέσπιση ενός νόμου για τη ρύθμιση της διαδικασίας στην

εκάστοτε χώρα και να προστατεύσει και να καθοδηγήσει τα ζευγάρια αλλά και τις παρένθετες μητέρες, που οδηγούνται σε μια τέτοια επιλογή χωρίς να παραπλανηθούν και να γίνουν αντικείμενα εκμετάλλευσης. Η τροποποίηση της νομικής διαδικασίας θα συμβάλλει στην σταθεροποίηση των οικονομικών συναλλαγών σε φυσιολογικά πλαίσια ώστε τελικά να διευκολύνεται η σύναψη «συμφωνίας» για την καλύτερη προστασία όλων των εμπλεκόμενων μερών. Πολλές πράξεις νομοθετικού περιεχομένου θεσπίζουν κατάλληλα μέτρα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας και της αξιοπρέπειας, καθώς και των ατομικών δικαιωμάτων, καθιερώνοντας την προστασία των παιδιών και των γυναικών αντιστοίχως.

Πιο συγκεκριμένα, είναι σκόπιμο να προβλέπεται στο εκάστοτε νομικό πλαίσιο ότι η παρένθετη μητρότητα έχει αλτρουιστικό χαρακτήρα, αλλά ταυτόχρονα να προβλέπεται και η κάλυψη όλων των εξόδων που αφορούν στην σύλληψη, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την λοχεία. Επίσης, θα πρέπει να καλύπτεται οικονομικά η παρένθετη μητέρα που είναι αναγκασμένη να απέχει από την εργασία της, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται αξιοπρεπώς στις ανάγκες και τις υποχρεώσεις της. Ενώ είναι δόκιμο να προβλέπεται και μία αποζημίωση για την βιολογική καταπόνησή της, καθορισμένη από τις αρμόδιες αρχές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπρόσθετα είναι σκόπιμο να διασφαλίζεται η ορθή χρήση της μεθόδου μόνον όταν υπάρχει απόλυτη ιατρική ένδειξη και έχουν ήδη εξαντληθεί οι άλλες μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ιδιαίτερης προσοχής πρέπει να τύχουν και τα κριτήρια επιλογής της παρένθετης μητέρας, η οποία θα πρέπει να υποβάλλεται σε ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις, αλλά και ψυχοτεχνικά τέστ, έτσι ώστε να πιστοποιείται η καταλληλότητά της να διεκπεραιώσει ένα τόσο σημαντικό έργο. Παράλληλα θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία σχετικά με θέματα όπως τα ηλικιακά όρια, καθώς και στη φύση δεν υπάρχει πλαφόν λήξης της αναπαραγωγικής ικανότητας μίας γυναίκας και να εξατομικεύονται τα κριτήρια επιλογής. Επιπρόσθετα είναι πολύ σημαντική η πληροφόρηση και ενημέρωση των παρένθετων μητέρων σχετικά με τις διαδικασίες, νομικά και κοινωνικά θέματα, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους από ειδικούς για κάθε τομέα, προκειμένου η συναίνεση που εξασφαλίζεται να έχει αντίκρισμα. Ενώ έμφαση πρέπει να δοθεί στην ορθή αποτύπωση όλων των δεδομένων στα συμβόλαια που γίνονται μεταξύ κοινωνικών, γενετικών και βιολογικών γονέων του παιδιού και να τονίζονται και οι υποχρεώσεις του καθενός

συμβαλλόμενου στην περίπτωση που υπάρξουν επιπλοκές και δυσλειτουργίες. Ως προς την κοινωνική μητέρα θα πρέπει να τυγχάνει της ίδιας αντιμετώπισης με οποιαδήποτε άλλη γυναίκα που τεκνοποιεί, με δυνατότητα λήψης άδειας μητρότητας από τον ασφαλιστικό της φορέα. Σε κάθε περίπτωση οποιασδήποτε νομοθετικής ρύθμισης θα πρέπει να προηγηθεί ενδελεχής μελέτη και διερεύνηση της νέας πραγματικότητας και να χρησιμοποιηθεί η εμπειρία άλλων χωρών ως παραδείγματα καλής πρακτικής.

Τέλος, πρέπει να επεκταθούν και τα κριτήρια επιλεξιμότητας για τα ανύπαντρα ετεροφυλόφιλα ζευγάρια και τα ζευγάρια του ίδιου φύλου και όχι μόνο για τα παντρεμένα ζευγάρια. Η ενημέρωση, πληροφόρηση αλλά και η σχετική εκπαίδευση είναι απαραίτητη για να γνωρίσει και να εξοικειωθεί γενικά η κοινότητα με τις διάφορες πτυχές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ABSTRACT

THEORITICAL, SOCIAL AND LEGAL ASPECTS OF SURROGACY

INTRODUCTION: Surrogacy is the type of assisted reproduction whereby a woman becomes pregnant with the intention of giving the child to someone else. Traditional surrogacy has been used as an accepted practice of treatment of certain forms of infertility for centuries. Until recently “natural surrogacy” was the only way of reproduction for women with specific fertility problems. In nowadays gestational surrogacy arrangement constitutes the treatment approach of choice for childless women in a clearly defined medical context.

AIM: To review the theoretical and social background as well as the legal aspects of surrogacy in Greece and worldwide.

METHODOLOGY: A systematic literature review of the last decade was conducted, in Greek and English language, via electronic databases like “Pubmed”, “Cochrane Library” and “Cinahl”, about theoretical, social and legal aspects of surrogacy.

LITERATURE REVIEW: Recent studies show that the majority of women are informed about the surrogacy process. A high percentage of women seem to agree with this option of addressing infertility when it is imposed by certain medical criteria, while they are opposed to the surrogacy “of convenience”. The relationship of the intended parents and the surrogate mother during pregnancy is generally satisfactory. Regarding the involvement and the contact of the surrogate mother with the child after birth, it seems that the opinions vary. When the surrogate mother is a family member, views tend to the maintenance of friendly relations with the child. Oppositely, when the surrogate mother is a previously unknown person, usually families don’t agree to her involvement and participation in the future life of the child. Besides, most of women welcome the cryopreservation of the embryos and highlight utility of a specific legal framework covering human assisted reproduction issues. Nevertheless many ethical, religious and legal issues arise from the acceptance of the surrogacy. Several legislative acts, have introduced adequate measures in order to promote health, and protect dignity and individual rights of children and women respectively.

CONCLUSIONS: The altruistic character of surrogacy in broader terms is virtual, but in order to reassure that it constitutes the appropriate therapeutic approach of infertility, all procedures should be monitored by a human assisted reproduction ethics committee in a realistic and clear legal context. Women's general views about surrogacy vary depending on the circumstances. Hence, the education and the dissemination of information relatively human assisted reproduction issues are crucial for public opinion consent.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdalla H, Burton G. (1993) Age, pregnancy and miscarriage: uterine versus ovarian factors. *Human Reprod*; 8:1512-1517
- American Society for Reproductive Medicine (2012) Third-party reproduction: a guide for patients. Available from: http://www.reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/thirdparty.pdf
- Andrews L, Brandel A. (1995) Surrogate Parenting Contracts Legislation Enacted. USA, *National Conference of State Legislatures*
- Anu, Kumar P, Inder D, Sharma N.(2013) Surrogacy and women's right to health in India: Issues and perspective. *Indian J Public Health* ;57:65-70
- Appleton T (2001) Surrogacy. *Curr Obstet Gynaecol* II,256–257.
- Aramesh K. (2009) Iran’s experience with surrogate motherhood: an Islamic view and ethical concerns *J Med Ethics*; 35:320-322
doi:10.1136/jme.2008.027763
- Arvidsson A, Johnsdotter S, Essén B.(2015) Views of Swedish commissioning parents relating to the exploitation discourse in using transnational surrogacy. *PLoS One*;10(5):e0126518. doi: 10.1371/journal.pone.0126518. eCollection 2015.
- Baird DD, Wilcox AJ, Weinberg CR. (1986) Use of time to pregnancy to study environmental exposures. *Am J Epidemiol*; 124:470–480.
- Baird DT, Collins J, Egozcue J, Evers LH, Gianaroli L, Leridon H, et al. (2005) Fertility and ageing. *Hum Reprod Update*;11(3):261-76.
- Baslington H. (2002) The social organization of surrogacy: relinquishing a baby and the role of payment in the psychological detachment process. *J Health Psychol*;7(1):57-71. doi: 10.1177/1359105302007001652.

- Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. (2006) Infertility: a global perspective. *Minerva Ginecol.*;58(6):445-57.
- Berend Z. (2012) The romance of surrogacy. *Sociological Forum*; 27:913-936
- Bernstein, G. (2013) Unintended consequences: prohibitions on gamete donor anonymity and the fragile practice of surrogacy. *10 Indiana Health Law Rev.* 291–324.
- 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
- Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. (2007) International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.*;22(6):1506-12.
- Brahams, D. (1987). The hasty British ban on commercial surrogacy. *Hastings Center Reports*, 17, 16–19.
- Brinsden PR, Appleton TC, Murray E, Hussein M, Akagbosu F, Marcus SF.(2000) Treatment by in vitro fertilisation with surrogacy: experience of one British centre. *BMJ : British Medical Journal* ;320(7239):924-929
- Brinsden PR. (2003) Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*;9:483–491.
- Brunet L, Carruthers J, Davaki K., King D, Marzo C, McCandless J. (2013) A Comparative Study on the Regime of Surrogacy in EU Member States. European Parliament, Directorate General of Internal Policies.
- Burns L. H & Covington S. N. (2002). Η ψυχολογία της υπογονιμότητας. Στο L. H. Burns & S. N. Covington, *Υπογονιμότητα: Συμβουλευτική, τόμος Α΄* (σ. 27-67) (Μετάφρ. Μ. Σόλμαν, Επιστ. Επιμ. Ζ. Παπαληγούρα). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Bydlowski M. (1997). *La dette de vie. Itineraire psychanalytique de la maternite.* Presses Universitaires de France, Paris
- Caplan A.L. (1995). *Moral Matters*, New York, John Wiley and Sons

- Casey P, Jadvá V, Golombok S. (2011) Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reprod Biomed Online*;22:485–495.
- Cates W, Farley TM, Rowe PJ (1985) Worldwide patterns of infertility: is African different? *Lancet*; 2: 596–598
- Chachamovich J, Chachamovich E, Ezer H, et al. (2010) Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol*;31:101–10
- Chachamovich J, Chachamovich E, Zachia S, et al. (2007) What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Hum Reprod*;22:1946–52
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, et al. (2010) Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 31: 101–110 doi:10.3109/0167482X.2010.481337.
- Chen HW, Tao J. (1997) Moral exploration of whether surrogate motherhood should be comprehensively prohibited in Hong Kong. In: Julia Tao, Qiu Ren-Zong, eds. *Value and society*. Beijing, Chinese Social Sciences Press:137–155
- Clarke A. (1991) Is Non-Directive Counseling Possible? *Lancet*; 338: 998-1001
- Collet M, Reniers J, Frost E, Gass R, Yvert F, et al. (1988) Infertility in Central Africa: infection is the cause. *Int J Gynaecol Obstet*; 26: 423–428.
- Cousineau T, Domar A. (2007) Psychological impact of infertility. *Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol*;21:293–308
- Cui W (2010) Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Health Organ* 88: 881–882 doi:10.2471/BLT.10.011210.
- Dan R. Reilly.(2007) Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers. *CMAJ*; 176 (4) doi: 10.1503/cmaj.060696

- Daniels K.R, Taylor K. (1993) Secrecy and openness in donor insemination, *Politics Life Sci*; 12: 200-203
- Davies I. (1985) Contracts to bear children. *Journal of Medical Ethics*;11:61-65
- Delvigne A , Rozenberg S. (2003) Review and clinical course of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS). *Hum. Reprod. Update* (9):77-96.
- Department of Health (2006) Review of the Human Fertilization Act; Proposals for revised legislation (including establishment of the Regulatory Authority for Tissue and Embryos) . UK, Norwich, διαθέσιμο στο http://www.hfea.gov.uk/docs/Review_HFEA_Act_White_Paper_DH.pdf προσπέλαση 20/7/2016
- Dietl A, Cupisti S, Beckmann MW, Schwab M, Zollner U. (2015) Pregnancy and Obstetrical Outcomes in Women Over 40 Years of Age. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* ;75(8):827-832. doi:10.1055/s-0035-1546109.
- Domar A, Zuttermeister P, Friedman R. (1993) The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynecol*;14:45–52
- Dhawan A. (2011) “Paving Path to Parenthood” *The Tribune*, December 30
- Drosdzol A, Skrzypulec V. (2009) Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative study. *J Psychosom Obstet Gynecol*;30:11–120
- Edelmann, R.J. (2004) Surrogacy: the psychological issues. *J. Reprod. Infant Psychol.* 22, 123–136. doi:10.1080/0264683042000205981
- Ekberg ME.(2014) Ethical, legal and social issues to consider when designing a surrogacy law. *J Law Med* ;21(3):728-38.
- Emmerson G. (1996) Surrogacy: Born for Another. Research Bulletin No 8/96, Brisbane, Queensland Parliamentary Library
- ESHRE (2010). Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies (SANCO/2008/C6/051), Διαθέσιμο στο http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/study_eshre_en.pdf. προσπέλαση 08/8/16

- Embryo Project Encyclopedia (2008) Heathcotte, Brock, "Davis v. Davis [Brief] (1992) ISSN: 1940-5030. Διαθέσιμο στο <http://embryo.asu.edu/handle/10776/1780>, προσπέλαση 18/7/2016.
- Fazli Khalaf Z, Shafiabadi A, Tarahomi M. (2008) Psychological Aspects of Surrogate Motherhood. *J Reprod Infertil*;9(1):43-49.
- Fisher S., Gilman I. (1991) Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry* 54,13–20.
- Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. (2011) Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*;20:224–8
- Genuis SJ, Chang WC, Genuis SK.(1993) Public attitudes in Edmonton toward assisted reproductive technology. *CMAJ* ;149(2):153-61.
- Genuis St. J, Chang W-C, Genuis Sh.K. (1993) Public attitudes in Edmonton toward assisted reproductive technology. *CAN MED ASSOC J*; 149 (2): 153-161
- Gregorios Archbishop (1989) General for high coptic studies, culture and scientific research. Christianity views on IVF and ET in “Treatment of infertility” and test tube babies. Kamal R, ed. *Akhbar El Youm* , 82:131
- Golombok S, Murray C , Javda V , MacCallum F , Lycett, E. (2004). Families created through surrogacy arrangements: Parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psychology*;40 (3): 400-411.
- Golombok S, Tasker F, Murray C. (1997) Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers, *J. Child Psychol Psychiatry*; 38(7): 783-791
- Greil A. (1997) Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*;45:1679–704
- Gugucheva M. (2010) Surrogacy in America. Council for Responsible Genetics. Cambridge: Council for Responsible Genetics, διαθέσιμο στο www.councilforresponsiblegenetics.org , προσπέλαση 28/8/16.

- Harakas S. (1980) *For the Health of Body and Soul, An Eastern Orthodox Introduction to Bioethics*, Boston.
- Hedriks A, Nowak M. (1990) *Human Rights and Scientific and Technological Development*. Ed. United Nations University Press, διαθέσιμο στο <http://archive.unu.edu/unupress/unupbooks/uu08ie/uu08ie0r.htm>, προσπέλαση 27/6/16
- Hoffman L.W. & Hoffman M.L. (1973) *The Value of Children to Parents*, in J. Fawcett (eds) *Psychological Perspectives on Population*, Basics Books, New York.
- Iliadou E.(1999) *Forschungsfreiheit und Embryonenschutz, Eine Verfassungs-und europarechtliche Untersuchung der Forschung an Embryonen*. Berlin, Duckner& Humblot
- Imrie S. & Jadvá V.(2014) *The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements*. *Reprod Biomed Online* ;29(4):424-35. doi: 10.1016/j.rbmo.2014.06.004. Epub 2014 Jul 5.
- Islamic Fikh Council (1984) *Proceeding of 7th Meeting of the Islamic Fikh Council in IVF & ET and AIH*. Mecca, *Kuwait Siasa DailyNewspaper*, March 1984
- Islamic Research Council (2001) *Statement on Surrogacy*. *Voiceof Al-Azhar Magazine*
- Jadvá V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. (2003) *Surrogacy: the experiences of surrogate mothers*. *Hum Reprod*;18:2196–2204.
- Jadvá 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*. *Hum Reprod*;27(10):3008-14. doi: 10.1093/humrep/des273. Epub 2012 Jul 18.

- Jadva V, Imrie S, Golombok S.(2015) Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Hum Reprod* ;30(2):373-9. doi: 10.1093/humrep/deu339. Epub 2014 Dec 19.
- Jadva V. & Imrie S.(2014) Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Hum Reprod* ;29(1):90-6. doi: 10.1093/humrep/det410. Epub 2013 Nov 20.
- Javda M, Jadva V, Murray, C, Lycett, E, MacCallum F, Golombok S. (2003) Surrogacy: The experiences of surrogate mothers. *Human Reproduction*; 18: 2196–2204.
- Kalra K.(2010) Surrogacy Arrangements; Legal and Social Issues. *Journal of Law Teachers India* :125
- Kalra K. (2013) Custody of the Child and Surrogacy Contracts in India Shreeram's *The Law* 42
- Klein J, Sauer MV. (2001) Assessing fertility in women of advanced reproductive age. *Am J Obstet Gynecol.*; 185(3):758-70.
- Kleinpeter CB.(2002) Surrogacy: the parents' story. *Psychol Rep* ;91(1):201-19.
- Klock-Carusio S. (2002) Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του υπογόνιμου ασθενούς. Στο L. H. Burns & S. N. Covington, *Υπογονιμότητα: Συμβουλευτική*, τόμος Α' (σ. 105-130) (Μετάφρ. Μ. Σόλμαν, Επιστ. Επιμ. Ζ. Παπαληγούρα). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Lechner L, Bolman C, van Dalen A. (2007) Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod*;22:288–294
- Lockwood G. (2006) Contemporary Ethical Dilemmas in Assisted Reproduction. *Informa Health care*, ed. Schenfield F& Sureau C.: 3
- Lykeridou K, Gourounti K, Deltsidou A, et al. (2009) The impact of infertility diagnosis on psychological status undergoing fertility treatment. *J Reprod Infant Psychol*;27:223–37

- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadva V, Golombok S.(2003) Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod*;18(6):1334-42.
- Mascarenhas M, Flaxman S, Boerma T, Vanderpoel S, Stenens G.(2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Medicine*, 9 (12); 1-12.
 Διαθέσιμο στο <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356> , προσπέλαση 23/8/16
- Mayaud P (2001) The role of reproductive tract infections. In: Boerma JT, Mgalla Z, editors. *Women and infertility in sub-Saharan Africa: a multidisciplinary perspective*. Amsterdam: Royal Tropical Institute Press. : 71–108.
- Mercer RT. (2006) Nursing support of the process of becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*;35:649-51.
- Metin S. (2011). *Fooling Nature: Ethical, Social, Psychological, and Legal Aspects of Surrogate Motherhood*. *Law & Justice Review*; 1(3): 115-156.
- Miall C.E. (1986) The Stigma of Involuntary Childlessness, *Social Problems* ; 33 (4): 268-282.
- Ministry of Health (2001). Measures of administration of human assisted reproductive technologies. *Health Newspaper*, March 6, 3.
- Nelson C, Shindel A, Naughton C, et al. (2008) Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med*;5:1907–14
- Newton C.R, Hearn M. T, Yuzpe A.A. (1990) Psychological assessment and follow-up after in-vitro-fertilization: assessing the impact of failure, *Fertility & Sterility*; 54(5): 879-886
- Nichols MR, Roux GM, Harris NR.(2007) Primigravid and multigravid women: Prenatal perspectives. *J Perinat Educ*;16:21-32
- Nosarka S, Kruger T.F. (2005) Editorial: Surrogate motherhood. *SAMJ*, 95(12): 943-945

- Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P.(2008) Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. Hum Reprod Update;14(6):605-21.
- Organisation of Parents Through Surrogacy (1996) Fertil Text.org. Camarillo, CA, USA. Site: <http://www.fertiltext.org/surrogcy.html>
- Pal L, Santoro N. (2003) Age related decline in fertility. Endocrinol Metab Clin North Am.;32(3):669-88.
- Palattiyil G, Blyth E, Sidhva D, Balakrishnan G. (2010) Globalization and crossborder reproductive services: Ethical implications of surrogacy in India for social work. International Social Work; 53:686
- Pande A. (2011) Transnational commercial surrogacy in India: gifts for global sisters?. Reproductive Medicine Online; 23:618-625.
- Papaligoura Z, Papadatou D, Bellali T. (2015) Surrogacy: The experience of Greek commissioning women. Women Birth ;28(4):e110-8. doi: 10.1016/j.wombi.2015.07.005. Epub 2015 Jul 23.
- Petitfils C, Munoz MT.(2014) French Laypersons' Views on Surrogate Motherhood: An Exploratory StudyPsicológica; 35:693-702
- Ragoné H. (1994) Surrogate Motherhood: Conception in the Heart, Westview: Boulder
- Rajinder k. (2015) Surrogate motherhood social and legal aspects. PhD Thesis, India, Punjabi University, Department of Law, διαθέσιμο στο <http://shodhganga.inflibnet.ac.in/handle/10603/54478> , προσπέλαση 28/8/16
- Raziel A. (2005) Eight years' experience with an IVF surrogate gestational pregnancy programme. Repmdnelive BioMedicine Online, 11(2):254-258
- Rebar RW, DeCherney AH. (2004) Assisted Reproductive Technology in the United States. The New England Journal of Medicine; 350(16):1603–1604. [PubMed: 15084692]
- Reilly D. (2007) Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal healthcare providers. CMAJ, 17(6) : 483-485

- Rifkin J. (1998) The biotech century: Human life as intellectual property. *The Nation.*; 266:11–19.
- Robertson J. (1994) *Children of choice- Freedom and the new reproductive technologies.* New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Roupa Z, Polikandrioti M, Sotiropoulou P, Faros E, Koulouri A, Wozniak G, Gourni M. (2009) Causes of infertility in women at reproductive age. *Health Science Journal.*(3): 2.
- Sandelowski M. (1988) Without Child: The world of Infertility Women, *HealthCare for Women International*, 9:147-161.
- Saravanan S. (2013) An ethnomethodological approach to examine exploitation in the context of capacity, trust and experience of commercial surrogacy in India. *Saravanan Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8:10
- Schenker JG. (1992) Religious views regarding treatment of infertility by assisted reproductive technologies. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1:3–8
- Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. (2005) Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod.*;20(11):3248-56.
- Schmidt L. (2009) Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction-what are the research priorities? *Hum Fertil (Camb).*;12(1):14-20.
- Serafini P. (2001) Outcome and follow-up of children born after in vitro fertilization—surrogacy (IVF—surrogacy). *Human Reproduction Update*, 7:23–27.
- Shenfield F, Steel S. (1997) What are the effects of anonymity and secrecy the welfare of the child in gametes donation, *Human Reprod.*, 42: 392- 395

- Shreffler K., Johnson D., Scheuble L. (2010) Ethical Problems with Infertility Treatments: Attitudes and Explanations. Soc Sci J. ; 47(4): 731–746. doi:10.1016/j.soscij.2010.07.012
- Shreffler KM, Johnson DR, Scheuble LK (2010) Ethical Problems with Infertility Treatments: Attitudes and Explanations. The Social Science Journal; 47 (4): 731–746
- Sirohi J.P.S. (2013) Criminology and Penology. Paper Back, 7th edition, 679
- Söderström-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T, Hippelainen M, Kurunmaki H, Sieberg R, Tulppala M, Tuomi-Nikula M, Vilska S, Hovatta O. (2002) Experience of *in vitro* fertilization surrogacy in Finland. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica; 81: 747–752. doi:10.1034/j.1600-0412.2002.810811.x
- Sonderstrom-Anttila V., Wennerholm U.-B., Loft A., Pingorg a., Aittomaki A., Romundstad L., Bergh C. (2015) Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. Human Reproduction Update, Vol.0, No.0 pp. 1–17, doi:10.1093/humupd/dmv046
- Sołtysiak E. (2005) The influence of socioeconomic factors on female fertility. Ginekol Pol.;76(12):986-90
- Stefankiewicz J, Kurzawa R, Drozdziak M. (2006) Environmental factors distributing fertility of men. Ginekol Pol.;77(2): 163-169.
- Stepoe P.G, R.G. Edwards (1978) Birth after the reimplantation of a human embryo. Lancet; 2:366.
- Storey G. (2005) Ethical Problems Surrounding Surrogate Motherhood. USA, Yale-New Haven Teachers Institute. Διαθέσιμο στο <http://teachersinstitute.yale.edu/curriculum/units/2000/7/00.07.05.x.html#e>, προσπέλαση 08/8/16

- Sunčana Roksandić Vidlička , Dijana Hrستیć , Zrinka Kirin (2012). Bioethical and legal challenges of surrogate motherhood in the Republic of Croatia. Conference paper. JAHK; 3 (5): 347
- Svitnev, K. (2010). Legal regulation of assisted reproduction treatment in Russia. *Reproductive Biomedicine Online*, 20, 892–894
- Sze S. (1982) The origins of the World Health Organization: a personal memoir 1945-48. Boca Raton, GL, LISZ Publications.
- Tehran HA, Tashi S, Mehran N, Eskandari N, Tehrani TD.(2014) Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study. *Iran J Reprod Med*; 12(7) : 471-480
- Tieu M. M.(2009) Altruistic surrogacy: the necessary objectification of surrogate mothers.*Journal of Medical Ethics*; 35: 171-175
- Twine, F. W. (2011). *Outsourcing the womb. Race, class, and gestational surrogacy in a global market*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Tsalidis A. (2016) Surrogacy and Heterologous Fertilisation on the move. *Online Journal of the Hellenic National Bioethics Commission*, 2 (1): 39-50
- UK Human Fertilisation & Embryology Authority (2016) Risks of fertility treatment. Διαθέσιμο στο <http://www.hfea.gov.uk/fertility-treatment-risks.html#wrapper> , προσπέλαση 18/6/16
- United Nations Population Division (2011) World fertility report 2009. New York: United Nations Population Division Organisation for Economic Co-operation and Development (2011) OECD family database. Διαθέσιμο στο <http://www.oecd.org/social/socialpoliciesanddata/oecdfamilydatabase.htm> προσπέλαση 04/8/16
- US.Catholic Bishops (2009) Natural Family Planning Program. United States Conference of Catholic Bishops; Washington, DC.
- van den Akker O. (2002) *HFEA Commissioned Report. Review: Psychosocial,moral and ethical issues involved in Donor, Surrogacy and Adoption Triads: A*

Graded Evaluation. Human Fertilisation and Embryology Association, London.

van den Akker O. (2005) A longitudinal pre pregnancy to post delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence gynecology. *J Psychosom Obstet Gynecol* 26(4),277–284.

van Den Akker O. (2007). Psychological aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*; 13(1):53-62.

Van Zyl L., Van Niekerk A. (2000) Interpretations, perspectives and intentions in surrogate motherhood. *Journal of Medical Ethics*; 26:404–409

Vayena E, Rowe P, Griffin P.D. (2001) Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction” held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland.

Venkatashivareddy B, Arti Gupta, Viviktha Ramesh.A. (2015) Surrogacy: blessing or curse to poor society in India. *Healthcare in Low-resource Settings*; 3:5465

Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist Ö. (2008) Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*; 23:2056–63

Walsh DJ, Sills ES, Collins GS, Hawrylyshyn CA, Sokol P, Walsh AP. (2013) Irish public opinion on assisted human reproduction services: Contemporary assessments from a national sample. *Clin Exp Reprod Med* ;40(4):169-73. doi: 10.5653/cerm.2013.40.4.169. Epub 2013 Dec 31.

Weisberg D., & Kelly, H. (2005). *The birth of surrogacy in Israel*. Florida: University of Florida Press.

WHO (2009) Revised glossary on Assisted Reproductive Terminology (ART).
Διαθέσιμο στο

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/en/ , προσπέλαση 22/8/2016).

- Health Organization (WHO) (2009) revised glossary of ART terminology,. WHO, Fertility and Sterility 92:5, 1520-1524 doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
- Widge A. (2000) Beyond natural conception: a sociological investigation of assisted reproduction with special reference to India [Thesis]. New Delhi, Jawaharlal Nehru University
- Williams K, Marsh H, Rasgon N. (2007) Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. Hum Reprod Update;13:607–16
- Wu MH, Shoji Y, Chuang PC, Tsai SJ. (2007) Endometriosis: disease pathophysiology and the role of prostaglandins. Expert Rev Mol Med.;9(2):1-20.
- Zandi M, Vanaki Z, Shiva M2, Mohammadi E.(2014) Nine centuries waiting: The experiences of Iranians surrogacy commissioning mothers. Iran J Nurs Midwifery Res ;19(3):224-32
- Zegers-Hochschild F, Adamson G.D, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. (2009) International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. Fertil Steril, Nov;92(5):1520-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γαβρίδου Γ. (2007) «Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ως πεδίου δημόσιου ελέγχου» στο Παπαδημητρίου Γ., Μακρυδημήτρης Α. και Χ. Χρυσανθάκης Δημόσιο Δίκαιο και Πολιτικές στη Βιοϊατρική, Μεταμοσχεύσεις- Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή- Βλαστοκύτταρα. Αθήνα- Κομοτηνή, εκδ. Σάκκουλας : 91

«Δημόσιο Δίκαιο και πολιτικές στη βιοϊατρική: μεταμοσχεύσεις, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή,βλαστοκύτταρα». Αντ. Σάκκουλας : 93 επ.

Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 24/10/13, έγγραφο, αρ.πρωτ.: 34265, Θέμα: «Διευκρινίσεις σχετικά με τις διαδικασίες έγκρισης εξωσωματικής γονιμοποίησης, πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας και χορήγησης γοναδοτροπινών σε άνδρες». Διαθέσιμο στο http://www.eopyy.gov.gr/GeneralAspx/ShowPage?a_View=%CE%A5%CF%80%CE%BF%CE%B2%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%BF%CF%8D%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B7%20%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE , προσπέλαση 18/8/16

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2002) Εισήγηση: Το Σχέδιο Νόμου «Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή». Διαθέσιμο στο <http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/117-iatrikos-upovoithoumenh-anaparagogh> , προσπέλαση 18/8/16

Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Εφαρμογή των μεθόδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», Αθήνα 16/11/2004

Ζανιώτη Κ, Αγγελοπούλου Ρ.(2006) Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή: υπογονιμότητα που οφείλεται στον ανθρώπινο παράγοντα. ΙΑΣΠΙΣ Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, διαθέσιμο στο <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=653&red=true&kn=1&un=0&kn1=24106> , προσπέλαση 03/8/16

- Ιωάννη Χρυσοστόμου, Ομ. ΙΒ΄ εις Κολοσσαεις, 62: 388.
- Καζάζης Ι. (2016) Ηλεκτρονικό Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής. Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ίδρυμα Μανώλη Τριανταφυλλίδη. Διαθέσιμο στο <http://panacea.med.uoa.gr/search.aspx?search=%CE%A3%CF%84%CE%B5%CE%B9%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1> προσπέλαση 13/8/16.
- Καζλαρή Χ. (2010) Το ανθρώπινο έμβρυο in vitro: αντικείμενο πειραματισμού ή απαραίτητο εργαλείο. Πρακτικά Ημερίδας «Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα-Τα 10 χρόνια της Σύμβασης του Oviedo». Αθήνα- κομοτηνή, εκδ. Α. Σάκκουλα
- Καζλαρής Χ. (1996) Το χρυσό μου παιδί. Τεκνοποίηση με ιατρική υποβοήθηση. Η τεχνική και οι προβληματισμοί από την εφαρμογή της στην Ελλάδα. Εκδ. Τραυλός - Ε. Κωσταράκη, Αθήνα, σ.σ.153
- Κατσιμίγκας Γ. (2009) Στάσεις και Απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στα Ζητήματα της σύγχρονης Γενετικής Μηχανικής στον Άνθρωπο. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας
- Κηπουρίδου Κ, Μηλαπίδου Μ. (2015) Το δικαίωμα των ομοφυλόφιλων προς απόκτηση απογόνων στην Ελλάδα. Βιοηθική (1): 32-45, διαθέσιμο στο http://www.bioethics.gr/images/pdf/JOURNAL/BIOETHICA_Vol_1_Issue_1_FINAL.pdf, προσπέλαση 20/7/16
- Κοκολάκης Ε. (1994) Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων. Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Α.Ν. Σάκκουλα
- Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε. (2000). Εξωσωματική γονιμοποίηση με ξένο γεννητικό υλικό: Ζητήματα βιοηθικής και Αστικού Δικαίου, ΚριτΕ.1:21

Κουνουγέρη- Μανωλεδάκη Ε. (1999) Σπέρμα, ωάριο και γονιμοποιημένο ωάριο που βρίσκονται έξω από το ανθρώπινο σώμα- Η νομική τους φύση και μεταχείριση κατά το αστικό δίκαιο (Προβλήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης). Αρμ. : 465-475

Κρεατσάς Γ. (2006) Κύηση. Β΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, τελευταία αναθεώρηση 1/1/2006, ΙΑΣΠΙΣ Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, διαθέσιμο στο <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=250>, προσπέλαση 23/6/2016.

Μαντζαρίδης Γ. (1995) Χριστιανική Ηθική. Θεσσαλονίκη, εκδ. Πουρνάρα

Μανωλάκου Κ, Βιδάλης Τ. Έκθεση: Για την αναπαραγωγική κλωνοποίηση του ανθρώπου. Ελληνική Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Διαθέσιμη στο http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/cloning_gr.pdf, προσπέλαση 18/8/16

Μητροσύλη Μ. (2007) Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρουσίαση και παρατηρήσεις στο νόμο 3305/2005 «Εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(6):612–622

Μισέλ Α. (1991) Κοινωνιολογία της Οικογένειας και του Γάμου, (επιμ.Μουσούρου Λ.), εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 4η έκδοση.

Μπόντη Ι. (2002) Βασικές γνώσεις μαιευτικής και γυναικολογίας. Θεσσαλονίκη, εκδ. University Studio Press

Μπούτας Α. (2006) Η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή: Ηθική και Νομική Θεώρηση (Ν.3089/02 και Ν.3305/05). Intellectum1: 97-105

Μπρούσαλης Π. (1992) Γρηγορίου Νύσσης, Περί κατασκευής του ανθρώπου, Κατερίνη, εκδ. Τέρτιος

ΝΟΜΟΣ ΥΠ΄ ΑΡΙΘ. 4272/2014-ΦΕΚ 145/Α/11.7.2014, Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την

ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών-μελών, ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση – Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις.

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3089 (ΦΕΚ Α '327 23.12.2002) Ιατρική Υποβοήθηση στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή

ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ. 3305 (ΦΕΚ Α '17 27.1.2005) Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Παλαιά Διαθήκη, Γέννεσις: Η Άγαρ και ο Ισμαήλ. κεφ.16:1-12

Παπαδιαμάντης Α. (1998) Άπαντα. εκδ. Δόμος Δ'τόμος

Παπαχρίστου Θ. (2003) Η τεχνητή αναπαραγωγή στον Αστικό Κώδικα.Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Σάκκουλας, σελ.20

Παρασκευαΐδη Χ, Αρχιεπ. Αθηνών. (2003). Η ζωή ως δώρο θεού, ομιλία: Προς τιμή του π. Δημητρίου Στανιλοαέ, Αθήνα

Παρασκευαΐδη Χ. (1988). Αρχιεπισκόπου Αθηνών, Τεχνητή Γονιμοποίηση και Χριστιανική Ηθική, Αθήνα

Πλαστήρα Ν, Αγγελοπούλου Ρ. (2006) Ανδρική υπογονιμότητα. ΙΑΣΠΙΣ Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εργαστήριο Ιστολογίας και Εμβρυολογίας, διαθέσιμο στο <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=655&red=true&kn=1&un=0&kn1=24106>. προσπέλαση13/8/16

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 26/2008 - ΦΕΚ 51/Α'/24.3.2008, ναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την οδηγία 2004/23/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31.3.2004 για τη θέσπιση προτύπων, ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων (EEL102/7.4.2004) και τις συναφείς προς αυτήν οδηγίες 2006/17/ΕΚ (EEL 38/9.2.2006) και 2006/86/ΕΚ (EEL 294/25.10.2006).

- Ροδάκης Π. (1982) Ο Κώδικας του Χαμουραμί και Άλλοι Κώδικες της Μεσοποταμίας. Αθήνα, εκδ. Καστανιώτης
- Συμεωνίδου –Καστανίδου Ε, Ταρλατζής Β. (2015) Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή: Πρόταση για μία ενιαία ευρωπαϊκή πολιτική. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Εκπαίδευση και δια βίου μάθηση, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας-ΑΡΙΣΤΕΙΑ II. Διαθέσιμο στο http://repro.law.auth.gr/resources/files/research_content/proposals/proposals_gr.pdf , προσπέλαση 08/8/16
- Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε, Βασιλείου Μ, Δημόπουλος Ν, Κηπουρίδου Κ, Μηλαπίδου Μ, Τσαλίδης Α, Φράγκου Ρ, Χορταρά Θ. (2015) Η Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή στην Ευρώπη: Ιατρικά, Κοινωνικά και Νομικά Ζητήματα. Συγκριτική Μελέτη. Θεσσαλονίκη, Πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΕΙΑ II: «Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προστασία του εμβρύου in vitro». Διαθέσιμο στο http://repro.law.auth.gr/resources/files/research_content/comparative_study/comparative_study.pdf , προσπέλαση 08/8/2016
- Ταρλατζής Β. (1977) Εξωσωματική γονιμοποίηση: Σημειώσεις Ανθρώπινης Αναπαραγωγής. Κλινικό Επιλεγόμενο Μάθημα, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Χειρουργικής, σελ. 99
- Φανάρα Β. (2000) Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Θεσσαλονίκη, εκδ. Το Παλίμψηστον
- ΦΕΚ Β'670/16.4.2008, Απόφαση «Καταβολή δαπανών και αποζημίωσης στις περιπτώσεις διάθεσης γαμετών χωρίς αντάλλαγμα και παρένθετης μητρότητας
- Φουντεδάκη Α. (2003) Αστική Ιατρική Ευθύνη.Αθήνα- Κομοτηνή, Εκδ. Σάκκουλας σελ.22
- Χαραλαμπάκης Α. (1993) Ιατρική ευθύνη και δεοντολογία. (Πρώτοι Βασικοί Προβληματισμοί). Αθήνα Υπερ, σελ 508

Χριστοπούλου Α. (2008) Ιατρική Υποβοήθηση στην Αναπαραγωγή:
Προεμφυτευματική Γενετική Διάγνωση (άρθρο 10 ν.3305/2005) Το
ζήτημα του «αδερφού -σωτήρα»- Saviour siblings. ΧρΙΔ :860

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

1 Ενδεικτικές μελέτες θεωρητικού, κοινωνικού και νομικού πλαισίου της παρένθετης μητρότητας.....	85
---	-----------

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ- ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

1 Αίτια ανδρικής υπογονιμότητας	9
2 Πρωτογενής Υπογονιμότητα σε Γυναίκες (20-44 ετών) που επιθυμούσαν να αποκτήσουν ένα παιδί σε παγκόσμια κλίμακα, για το 2010.....	11
3 Δευτερογενής Υπογονιμότητα σε Γυναίκες (20-44 ετών) που σε βάθος πενταετίας είχαν ένα παιδί και επιθυμούσαν ένα άλλο, σε παγκόσμια κλίμακα, για το 2010.....	12
4 Διάγραμμα Επιλογής Μελετών.....	67