ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

« ΌΡΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ »

υπό

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΩΤΟΥΛΑ

Νοσηλεύτρια

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2024

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Επιβλέπων: Κωνσταντίνος Νταφόπουλος, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Κωνσταντίνος Νταφόπουλος, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-(Επιβλέπων).
2. Χριστίνα Μεσσήνη, Επίκουρη Καθηγήτρια Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
3. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Τίτλος εργασίας στα Αγγλικά: "Age limits in assisted reproduction ethical and moral issues"

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Περιεχόμενα

Περίληψη 4
Abstract 5
Εισαγωγή 6
Κυρίως Μέρος 8
1. Ηθικές ανησυχίες 8
1.1 Επιτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και συναφή ζητήματα 8
1.2 Παρένθετη μητρότητα 10
1.3 Δωρεά γενετικού υλικού 13
1.4 Έρευνα εμβρύων 15
1.4 Κρυοσυντήρηση εμβρύου 17
1.5 Πολυεμβρυϊκή κύηση 18
1.6 Προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος 19
2. Ηλικία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή 21
2.1 Ηλικία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή 21
2.2 Ηθικές εκτιμήσεις των γυναικών προχωρημένης μητρικής ηλικίας – Η εξωσωματική γονιμοποίηση ως ηθική διαδικασία 24
2.3 Αυτονομία 25
2.4 Κατανομή των πόρων 27
2.5 Πολιτιστικές εκτιμήσεις 28
2.6 Θρησκευτικά και νομικά ζητήματα 30
2.7 Ιατρικές εκτιμήσεις γυναικών προχωρημένης μητρικής ηλικίας 31
2.8. Νομοθεσία 33
Συζήτηση 36
Συμπεράσματα 39
Βιβλιογραφία 40

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Περίληψη

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (In Vitro Fertilization, IVF) και η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Assisted Reproductive Technology, ART) έχουν σημειώσει μεγάλη πρόοδο τα τελευταία 20 χρόνια προσφέροντας έχει προσφέρει νέες επιλογές για υπογόνιμα ζευγάρια που επιδιώκουν να γίνουν γονείς. Η δωρεά γενετικού υλικού, η κρυοσυντήρηση ανθρώπινων εμβρύων, η εκλεκτική μείωση εμβρύων, η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και η παρένθετη μητρότητα ασκούνται, επί του παρόντος, σε πολλές χώρες. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα σε έμβρυα εφαρμόζεται μόνο σε ένα μικρό αριθμό χωρών, ενώ η ανθρώπινη κλωνοποίηση έχει καταδικαστεί, παγκοσμίως. Η ταχεία εξέλιξη και πρόοδος όλων αυτών των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει αποκαλύψει πολλές ηθικές ανησυχίες και ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Μεταξύ άλλων, θα τονιστούν οι ηθικές και ιατρικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με προχωρημένη ηλικία που αποφασίζουν να κάνουν παιδιά με θεραπεία IVF / ART.

Λέξεις – κλειδιά: εξωσωματική γονιμοποίηση, τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ηθικά ζητήματα, όριο ηλικίας, ηλικία μητέρας, ηθική, εμμηνόπαυση

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Abstract

In Vitro Fertilization (IVF) and Assisted Reproductive Technology (ART) have made great strides in the past 20 years, offering new options for infertile couples seeking to become parents. Donation of genetic material, cryopreservation of human embryos, selective reduction of embryos, preimplantation genetic diagnosis and surrogacy are currently practiced in many countries. On the other hand, embryo research is only practiced in a small number of countries, while human cloning has been condemned worldwide. The rapid development and progress of all these assisted reproductive techniques has revealed many ethical concerns and issues that need to be addressed. Among other things, the ethical and medical challenges faced by women of advanced age who decide to have children with IVF / ART treatment will be highlighted.

Keywords: in vitro fertilization, assisted reproduction technology, ethical issues, age limit, maternal age, ethics, menopause

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Εισαγωγή

Οι εξελίξεις στην αναπαραγωγική ιατρική, τα τελευταία χρόνια, έχουν δημιουργήσει ένα απροσδόκητο και άνευ προηγουμένου δημόσιο ενδιαφέρον για ορισμένες πτυχές της ανθρώπινης αναπαραγωγής μαζί με απαιτήσεις και συνακόλουθα ηθικά διλήμματα. Μία από τις μεγαλύτερες ιατρικές προόδους του 20ου αιώνα ήταν η εισαγωγή και η ανάπτυξη των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η προσπάθεια πολλών ετών ανταμείφθηκαν τελικά με την ανακοίνωση, το 1978, από τους Edwards και Steptoe για την γέννηση της Louise Brown, του πρώτου παιδιού που γεννήθηκε μετά από θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης (Steptoe and Edwards, 1978). Μετά από αυτή την ανακάλυψη, η θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης εξαπλώθηκε ταχέως σε ολόκληρο τον κόσμο και, επί του παρόντος, παρέχεται στην πλειοψηφία των εθνών (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Ωστόσο, μετά τον αρχικό ενθουσιασμό, πολλά ηθικά, νομικά και κοινωνικά ζητήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή αυτών των διαδικασιών άρχισαν να εξελίσσονται, γεγονός που οδήγησε σε σοβαρές συζητήσεις και συχνά διαφωνίες μεταξύ των εμπλεκόμενων ιατρών, του κοινού και του ίδιου του κράτους (Evans and Evans, 1996). Επίσης, διάφορες θρησκείες, οι οποίες σε πολλά μέρη του κόσμου εξακολουθούν να επηρεάζουν ουσιαστικά τις αναπαραγωγικές συμπεριφορές, δεν έμειναν αμέτοχες (Schenker, 1992). Τα κύρια ζητήματα που εξέγειραν ηθικά διλήμματα, μετά τις εξελίξεις της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ήταν η ηθική κατάσταση του εμβρύου, η εμπλοκή τρίτου ατόμου στην αναπαραγωγική διαδικασία με δωρεά γενετικού υλικού, η πρακτική της παρένθετης μητρότητας, η κρυοσυντήρηση ανθρώπινων εμβρύων και η χειραγώγηση των γαμετών, μεταξύ άλλων (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Από την αρχή αυτής της νέας θεραπευτικής προσέγγισης, οι επιστήμονες έχουν τονίσει την σημασία της επίλυσης των εμπλεκόμενων ηθικών ζητημάτων (Edwards, 1974). Ωστόσο, είναι πολύ δύσκολο να βρεθούν λύσεις στα ηθικά προβλήματα των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που είναι αποδεκτές στην πλουραλιστική κοινωνία και είναι ακόμη πιο προβληματικό να επιτευχθεί συναίνεση για την καθολική πολιτική. Επομένως, κάθε κοινωνία και έθνος πρέπει να είναι εξοπλισμένη με μηχανισμούς ηθικής αναθεώρησης όταν εφαρμόζεται η σύγχρονη θεραπεία της υπογονιμότητας (Schenker, 1997).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης γενικά θεωρείται θετική λύση για άτομα με υπογονιμότητα που επιθυμούν να αποκτήσουν γενετικά συγγενείς απογόνους. Υπάρχουν ορισμένοι που υποστηρίζουν ότι η υπογονιμότητα δεν πρέπει να θεωρείται νόσος και ότι δεν είναι ηθικό να καταστούν προσπάθειες για την παράκαμψή της με τη χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ως εκ τούτου, για το σκοπό αυτής της διαμάχης, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι διαφορετικές κατηγορίες υπογονιμότητας. Ορισμένοι βλέπουν την στειρότητα ως μία νόσο που προκύπτει από «συγκεκριμένες φυσικές δυσλειτουργίες των αναπαραγωγικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένων παθήσεων όπως συγγενείς δυσπλασίες των αναπαραγωγικών οργάνων, ενδομητρίωση, ορμονικές ανισορροπίες και ανοσολογικοί παράγοντες». Όταν αντιμετωπίζεται ως νόσος, η υπογονιμότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί με ιατρική θεραπεία. Αυτή η άποψη επιτρέπει την ασφάλιση κάλυψης των θεραπειών υπογονιμότητας. Μία διαφορετική προοπτική ταξινομεί την υπογονιμότητα ως αναπηρία. Μια αναπηρία μπορεί να διαχειριστεί ή να παρακαμφθεί παράκαμψη χωρίς την ανάγκη ιατρικής περίθαλψης, ενώ στην περίπτωση της νόσου, η ιατρική αντιμετώπιση θα ήταν η έσχατη λύση (Najera, 2016).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Κυρίως Μέρος

1. Ηθικές ανησυχίες

1.1 Επιτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και συναφή ζητήματα

Ανεξάρτητα από το εάν η υπογονιμότητα κατατάσσετε ως νόσος ή αναπηρία, η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει πολύ υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας σε σύγκριση με τις φυσικές / αυθόρμητες συλλήψεις. Οι θεραπείες εξωσωματικής γονιμοποίησης έχουν παρουσιάσει σχετικά καλά ποσοστά επιτυχίας ανά κύκλο κατά την περασμένη δεκαετία. Μιλώντας με ποσοστά, ένα μέσο γόνιμο ζευγάρι έχει 15 – 20% πιθανότητες να συλλάβει φυσικά κάθε μήνα, ενώ το ποσοστό των ζώντων γεννήσεων μέσω των θεραπειών εξωσωματικής γονιμοποίησης για γυναίκες κάτω των 35 ετών είναι 40%, και για τις γυναίκες άνω των 35 ετών είναι 22 – 30% (Sunderam et al., 2009).

Αυτοί που αντιτίθενται στην εξωσωματική γονιμοποίηση φοβούνται ότι η εγγενής αξία της ανθρώπινης ζωής θα χαθεί. Ωστόσο, η εγγενής αξία δεν βρίσκεται αποκλειστικά εντός των ίδιων των ατόμων, αλλά είναι κάτι που δίνεται σε κάποιον από άλλα άτομα. Μια άλλη μεγάλη ανησυχία είναι ότι τα παιδιά που συλλαμβάνονται μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης γίνονται «ένα μέσο για το τέλος της ενήλικης ευτυχίας και ματαιοδοξίας». Σύμφωνα με την Καντιανή ηθική, αν χρησιμοποιούταν απλώς η εξωσωματική γονιμοποίηση για την ικανοποίηση των μελλοντικών γονέων, αυτό θα ήταν ηθικά ακατάλληλο γιατί δεν θα εκτελούνταν από το αίσθημα του ηθικού καθήκοντος. Αντίθετα, αν οι μελλοντικοί γονείς επιδίωκαν να κάνουν ένα παιδί μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης με τα καλύτερα κίνητρα, επιδιώκοντας να κάνουν θυσίες και να παρέχουν την καλύτερη ζωή στο παιδί, αυτό – σύμφωνα με την Καντιανή ηθική – θα θεωρούνταν ηθικά ορθό για αυτούς τους λόγους (Marshall, 2001).

Στην πορεία της ιστορίας της, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία έχει γενικά αντιταχθεί σε κάθε είδους παρέμβασης της φυσικής κύησης. Η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης από τα μέλη της Εκκλησίας καταδικάζεται ιδιαίτερα επειδή η Εκκλησία ισχυρίζεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση αφαιρεί την αγιασμένη πράξη της τεκνοποίησης μεταξύ των συζύγων (Congregation for the Doctrine of the Faith, 1987). Μια άλλη σημαντική ανησυχία είναι ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση επιδεικνύεται στην χειραγώγηση των εμβρύων. Η Καθολική Κοινότητα πιστεύει ότι η ανθρώπινη ζωή ξεκινά από τη σύλληψη. Ως εκ τούτου,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

θεωρεί αυτή τη χειραγώγηση ως περιφρόνηση της ανθρώπινης ζωής. Το γεγονός ότι δε χρησιμοποιούνται όλα τα έμβρυα στις θεραπείες θέτει ένα κρίσιμο ζήτημα. Στα μάτια της Εκκλησίας, επειδή όλα τα έμβρυα θεωρούνται ανθρώπινα όντα, η διάθεση των αχρησιμοποίητων εμβρύων είναι ανάλογη με φόνο (Kendal, 2015).

Ο Κοινωνικός Δαρβινισμός δυσκολεύεται να αποδεχθεί την εξωσωματική γονιμοποίηση ως μορφή τεκνοποίησης για αυτούς που δεν είναι απαραίτητα «οι πιο ικανοί». Σε αυτή την περίπτωση, τα υπογόνιμα άτομα θεωρούνται λιγότερο επαρκή για αναπαραγωγή, καθιστώντας την επιβίωση των γονιδίων τους ακατάλληλη για τους υπόλοιπους πληθυσμούς. Ωστόσο, η εξελικτική θεωρία υποστηρίζει επίσης ότι η πρόοδος είναι επιθυμητή και ο μη – περιορισμένος ανταγωνισμός θα πρέπει να αποτελεί μέρος της κοινωνίας. Λαμβάνοντας αυτή την προοπτική, η εξωσωματική γονιμοποίηση θα μπορούσε απλά να θεωρηθεί ως μία ανταγωνιστική στρατηγική για την επιλογή αυτών που παρουσιάζονται με το φυσικό εμπόδιο της υπογονιμότητας. Η πρόοδος είναι πάντα επιθυμητή όταν οδηγεί σε καλύτερες πιθανότητες επιβίωσης και η εξωσωματική γονιμοποίηση παρέχει μια ευκαιρία μάχης για υπογόνιμα άτομα που θέλουν να αναπαραχθούν (Najera, 2016).

Από την άποψη του Ωφελιμισμού, η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει αξία γιατί αντιπροσωπεύει τα συμφέροντα μεγάλης μερίδας της κοινωνίας. Η αδυναμία απόκτησης παιδιών μπορεί να εμποδίσει ορισμένους ανθρώπους να ζήσουν μια γεμάτη ζωή. Επίσης, από τότε που η γονεϊκότητα είναι ένας από τους σημαντικότερους τρόπους που τα ανθρώπινα όντα μεταδίδουν τη γνώση, τον πολιτισμό και τα συστήματα πεποιθήσεων, θα μπορούσε ενδεχομένως να επωφεληθεί ολόκληρη η κοινωνία από αυτή την τεχνολογία. Ωστόσο, κάποιοι διαφωνούν και πιστεύουν ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν είναι προς το συμφέρον του μελλοντικού παιδιού, διότι το εν λόγω παιδί είναι περισσότερο πιθανό να γεννηθεί με ανωμαλίες, σε σύγκριση με ένα παιδί που προκύπτει από φυσική σύλληψη (Sifferlin, 2012). Υπάρχουν επίσης εικασίες σχετικά με το πώς το μελλοντικό παιδί θα αντιληφθεί τη δική του ανθρώπινη φύση υπό το πρίσμα του τρόπου με τον οποίο συλλήφθηκε. Προς το παρόν δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ιδέα ότι τα παιδιά που συλλήφθηκαν με εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, σε σύγκριση με άλλα παιδιά (Najera, 2016).

Οι πολέμιοι της εξωσωματικής γονιμοποίησης αμφισβητούν επίσης την προτεραιότητα στην χρηματοδότηση που δίνεται στην εξωσωματική γονιμοποίηση, δεδομένου ότι δεν είναι μία απειλητική για τη ζωή κατάσταση. Αντιτίθεται και υποστηρίζουν

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

ότι αυτοί οι πόροι θα πρέπει να διατεθούν στην έρευνα ιατρικών θεραπειών που σώζουν ζωές. Σύμφωνα με την άποψη του Ωφελιμισμού, αυτή η κατανομή των πόρων θα πρέπει να ήταν για το κοινό καλό. Ωστόσο, η χρήση αυτών των πόρων δεν αποτελεί πρόβλημα γιατί η εξωσωματική γονιμοποίηση θα μπορούσε να χρηματοδοτηθεί με τους ίδιους τρόπους με άλλες υπηρεσίες που δεν σώζουν ζωές, όπως για παράδειγμα η κοσμητική χειρουργική (Singer and Wells, 1983).

Η Ηθική της Αρετής υποστηρίζει την έννοια της υπέρτατης ανθρώπινης καλοσύνης ως βάση της ηθικής. Η κρίση του σωστού και του λάθους έγκειται σε αυτούς που κατέχουν πνευματικές και ηθικές αρετές. Από αυτή την άποψη, η εξωσωματική γονιμοποίηση θα έπρεπε να πραγματοποιούνται για την εξύψωση του ανθρώπινου καλού. Ανάλογα με την ερμηνεία του ανθρώπινου καλού, η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί είτε να θεωρηθεί ως ευλογία είτε ως πηγή θλίψης. Η ικανότητα υπέρβασης των βιολογικών περιορισμών που εμποδίζουν τη φυσική σύλληψη μπορεί να θεωρηθεί ως ένα είδος δικαιοσύνης για τα υπογόνιμα άτομα. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι μπορεί να εξετάσουν την αδυναμία των υπογόνιμων ατόμων να αποδεχτούν την υπογονιμότητα τους ως έλλειψη Ηθικής Αρετής. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η αρετή πρέπει να επιδιώκεται μόνη της, χωρίς κοινωνικές πιέσεις και άλλες αιτίες – λόγους. Από αυτή την άποψη, τα άτομα που αναζητούν θεραπείες εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να το κάνουν για να φέρουν την καλοσύνη στη ζωή τους, η οποία μεταφράζεται ως αποτέλεσμα της ανατροφής ενός παιδιού (Najera, 2016).

1.2 Παρένθετη μητρότητα

Χάρη στην εξωσωματική γονιμοποίηση, η παρένθετη μητρότητα είναι μια άλλη επιλογή που έχει γίνει διαθέσιμη για όσους αναζητούν γονεϊκότητα. Αυτή η τεχνολογική ανάπτυξη έχει καταστήσει δυνατό για μια μεγάλη ποικιλία ανθρώπων να αποκτήσουν ένα βιολογικό παιδί, όταν μόνο δεκαετίες πριν, αυτό ήταν αδύνατο (Najera, 2016). Ως παρένθετη μητέρα ορίζεται η γυναίκα που φέρει ένα έμβρυο και γεννά ένα παιδί για λογαριασμό άλλου προσώπου ή προσώπων, έχοντας συμφωνήσει να παραδώσει το παιδί σε αυτό το άτομα ή αυτά τα άτομα κατά τη γέννηση ή λίγο αργότερα. Υπάρχουν κυρίως δύο μορφές παρένθετης μητρότητας: η μερική και η πλήρης. Ως μερική παρένθετη μητρότητα ορίζεται η σπερματέγχυση μίας άγνωστης γυναίκας με το σπέρμα ενός άνδρα, υπό την προϋπόθεση ότι όταν γεννήσει το μωρό, θα το επιστρέψει στον δότη του σπέρματος. Η πλήρης παρένθετη μητρότητα ορίζεται ως η μεταφορά ενός εμβρύου – που συλλήφθηκε από τους γαμέτες ενός

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

ζευγαριού – στη μήτρα μίας άλλης γυναίκας, η οποία μετά τον τοκετό υποχρεούται να επιστρέψει το βρέφος στο ζευγάρι (Schenker, 1992). Η παρένθετη μητρότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις υπογονιμότητας της μήτρας ή σε περιπτώσεις σοβαρής νόσου της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης (Fasouliotis and Schenker, 2000). Πρόσθετα μεταξύ εκείνων που επωφελούνται από αυτή την εξέλιξη είναι τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια, σηματοδοτώντας μία σημαντική αλλαγή στα κοινωνικά πρότυπα ως προς τη δυναμική της οικογένειας (Najera, 2016).

Ωστόσο, το κύριο ζήτημα δεν έγκειται στο εάν η παρένθετη μητρότητα είναι μια μη – ηθική πράξη, αλλά η εμπορευματοποίηση της παρένθετης μητρότητας είναι αυτή που εγείρει ηθικά ερωτήματα (Najera, 2016). Υπάρχουν ήδη διαθέσιμες αγορές παρένθετης μητρότητας σε πολλά μέρη του κόσμου, με τις κλινικές γονιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες να προσφέρουν πολύ χαμηλότερες τιμές, σε σύγκριση με τις Δυτικές χώρες. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που εξυπηρετούν την παρένθετη μητρότητα έρχονται από φτωχές περιφέρειες, επιδιώκοντας βελτίωση της ζωής των οικογενειών τους. Οι χαμηλές τιμές προσελκύουν πολλά ζευγάρια από το Δυτικό κόσμο που επιθυμούν να αποκτήσουν ένα παιδί χωρίς πολλά έξοδα. Προφανώς, αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να ενθαρρύνει την εκμετάλλευση των απόρων. Οι γυναίκες που αποφασίζουν να συμμετάσχουν στις διαδικασίες παρένθετης μητρότητας, ή πιέζονται από τις οικογένειές τους να το κάνουν, εκούσια ή ακούσια, το κάνουν λόγω οικονομικής αναγκαιότητας, και ως εκ τούτου η επιλογή τους είναι αναγκαστική, απελπισμένη και εξαναγκασμένη. Στον αντίποδα, εάν το κίνητρο της γυναίκας είναι να αντλήσει μια αίσθηση αυτοεκτίμησης από την παροχή του δώρου ενός παιδιού σε κάποιον που διαφορετικά δεν θα μπορούσε να κάνει παιδί, τότε δεν τίθεται θέμα εκμετάλλευσης (Najera, 2016). Είναι ενδιαφέρον ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν γίνει ένας από τους προτιμώμενους προορισμούς στο κόσμο για γονείς που προορίζονται να αναζητήσουν παρένθετη μητρότητα λόγω των πολύ αδύναμων κανονισμών όσον αφορά από την πλευρά της κυβέρνησης (The Surrogacy Experience, 2010). Οι νόμοι για την παρένθετη μητρότητα ποικίλλουν από κράτος σε κράτος, με ορισμένα κράτη να παρέχουν ελάχιστες παρεμβολές – παρεμβάσεις (για παράδειγμα, Κολοράντο), ενώ άλλα κράτη να απαγορεύουν πλήρως τα συμβόλαια παρένθετης μητρότητας (για παράδειγμα Νέα Υόρκη) (Najera, 2016).

Η Καντιανή Ηθική αντιτίθεται σε οποιοδήποτε είδος παρένθετης μητρότητας που δεν χαρακτηρίζεται από αλτρουιστική φύση. Στην εμπορευματοποιημένη παρένθετη μητρότητα, ανεξαρτήτως αποζημίωσης, οι γονείς χρησιμοποιούν την παρένθετη μητέρα ως μέσο. Η

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

ενοικίαση της μήτρας μιας γυναίκας έρχεται σε αντίθεση με την έμφυτη αξιοπρέπεια που προορίζεται να έχει. Από την άλλη, μια αλτρουιστική παρένθετη μητρότητα δεν θα απαιτούσε καμία πληρωμή, και η κυοφορία ενός παιδιού που δεν είναι δικό της θα θεωρούνταν ως πράξη καλοσύνης. Ομοίως, υπό το πρίσμα της Ηθικής της Αρετής, δεκτή είναι μόνο η αλτρουιστική παρένθετη μητρότητα. Έλλειψη ηθικής καλοσύνης παρατηρείται τόσο από τους μελλοντικούς γονείς που έρχονται σε εμπορική συμφωνία με την παρένθετη μητέρα, υποβάλλοντας την σε πιθανούς σωματικούς και ψυχολογικούς κινδύνους που προκαλούνται από τη διαδικασία της κύησης, όσο και από την ίδια τη γυναίκα, η οποία υποκινείται σε κάποιο βαθμό από την απληστία (Najera, 2016). Αντίθετα, η άποψη του Ωφελιμισμού εγκρίνει την εμπορευματοποίηση της παρένθετης μητρότητα, καθώς πολλοί άνθρωποι επωφελούνται από διάφορες άλλες συναλλαγές. Παρατηρώντας το θέμα από εξελικτική θέση, μια αγορά παρένθετης μητρότητας θα ήταν ωφέλιμη γιατί θα επέτρεπε στους ανθρώπους να μεταβιβάσουν τα γονίδιά τους, γεγονός που δεν θα μπόρεσαν να το κάνουν πριν. Αλτρουιστικές περιπτώσεις παρένθετης μητρότητας είναι σπάνιες, δεδομένου ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να θέσουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο για να φέρουν ένα παιδί που δεν θα μεγαλώσουν (Najera, 2016).

Το σκεπτικό πίσω από την απαγόρευση της Καθολικής Εκκλησίας στο ζήτημα της εμπορευματοποίησης της παρένθετης μητρότητας βασίζεται σε τέσσερα διαφορετικά είδη «αδικιών» (Congregation of the Doctrine of the Faith, 1987; Najera, 2016):

1. Το πρώτο είναι η αδικία έναντι του παρένθετου παιδιού. Σύμφωνα με την Συνέλευση του Δόγματος της Πίστεως, οι βασικές ανθρώπινες ανάγκες του παιδιού πρέπει να ικανοποιούνται από την «σύλληψη, μεταφορά στη μήτρα, γέννηση και αναθρέμματος εντός ενός γάμου». Η σύνδεση της μητέρας με το παιδί θεωρείται δικαίωμα του παιδιού· κρίνεται επίσης απαραίτητο το παιδί να περάσει μέσω της φυσιολογικής ανθρώπινης ανάπτυξης. Υπάρχει επίσης φόβος ότι η παρένθετη μητρότητα απανθρωποποιεί τα παιδιά γιατί η κύρια πηγή της ύπαρξής τους είναι η οικονομική συναλλαγή
2. Η δεύτερη ένσταση επικεντρώνεται στην αδικία έναντι της παρένθετης μητέρας. Η Εκκλησία πιστεύει ότι οι παρένθετες μητέρες δεν τηρούν «τις υποχρεώσεις της μητρικής αγάπης, της συζυγικής πίστης και υπεύθυνης μητρότητας». Αυτές οι αποτυχίες θεωρούνται ως επιβλαβείς για τη μητέρα. Καθώς η γυναίκα εμπορεύεται την ικανότητά της να φέρει στο κόσμο ένα παιδί, θέτει τον εαυτό της σε πολλούς σωματικούς και ψυχολογικούς κινδύνους. Ως εκ τούτου, η συμφωνία μεταξύ των δύο

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

πλευρών φαίνεται άκρως άδικη και δυνητικά εκμεταλλεύσιμη σε περιπτώσεις που η παρένθετη μητέρα ανήκει σε δημογραφικό επίπεδο χαμηλού εισοδήματος

3. Η τρίτη ένσταση ισχυρίζεται ότι υπάρχει αδικία έναντι των μελλοντικών γονέων επειδή αρνούνται οι ίδιοι το δώρο να βλέπουν το παιδί τους ως προϊόν «αμοιβαίας αυτοδοσίας» στο πλαίσιο των συζυγικών σεξουαλικών πράξεων. Αυτό είναι μακράν το πιο αδύναμο επιχείρημα από όλα, καθώς η πλειοψηφία των μελλοντικών γονέων καταφεύγει σε παρένθετη μητρότητα δεδομένου ότι δεν είναι σε θέση να συλλάβουν παιδιά με φυσικό τρόπο. Αυτό το επιχείρημα θα μπορούσε να ισχύει σε περιπτώσεις όπου ένα ζευγάρι ήταν απόλυτα ικανό συλλάβει φυσικά, αλλά η γυναίκα δεν το έκανε γιατί δε ήθελε να βιώσει τις δυσκολίες της κύησης και επέλεγε την παρένθετη μητρότητα από ευκολία
4. Τέλος, η Εκκλησία πιστεύει ότι ολόκληρη η κοινωνία υφίσταται μια αδικία, με το φόβος κατάχρησης των συμφωνιών παρένθετης μητρότητας να αποτελεί το κυριότερο ζήτημα. Όπως με κάθε υπηρεσία ή πώληση, έτσι και στην αγορά παρένθετης μητρότητας υπάρχει πιθανότητα απάτης και κατάχρησης. Πρόσθετα, η εκμετάλλευση αυτής της συγκεκριμένης αγοράς μπορεί να οδηγήσει σε έκπτωση της συνολικής ηθικής της κοινωνίας

1.3 Δωρεά γενετικού υλικού

Η δωρεά γενετικού υλικού έχει καταστεί μέρος της διαχείρισης της υπογονιμότητας (Schenker, 1995). Ωστόσο, εγείρει ένα πλήθος ηθικών ζητημάτων, αφού εμπλέκονται πολλοί συμβαλλόμενοι με διάφορα συμφέροντα· δότες, λήπτες και απόγονοι (Schenkerm, 1993). Το απόρρητο έναντι της αποκάλυψης είναι ένα από τα κύρια ζητήματα διαμάχης σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με δότες γαμετών, με επίκεντρο την παραδοσιακή ανωνυμία, αν όχι μυστικότητα, της διαδικασίας (Templeton, 1991). Οι περισσότερες Επιτροπές Δεοντολογίας έχουν συστήσει την τήρηση της ανωνυμίας των δωρητών. Τα παιδιά που γεννιούνται μετά από δωρεά γενετικού υλικού μπορεί να έχουν κοινωνικό στίγμα και να υποφέρουν από ψυχολογικό και κοινωνικό τραύμα. Στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η απουσία γενετικής σχέσης μεταξύ του παιδιού και του γονέα ή και των δύο γονέων μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη σχέση μεταξύ του μη – γενετικού γονέα και του παιδιού (Schaffer and Diamong, 1993). Οι οικογενειακές σχέσεις, στις οποίες αποκρύπτεται η αλήθεια από το παιδί (είτε σε περιπτώσεις σπερματέγχυσης από δότη είτε δωρεάς ωαρίων), μπορεί να υπονομευθούν, συμβάλλοντας στην πιθανή εμφάνιση σύγχυσης ταυτότητας σε

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

αυτά τα παιδιά (Snowden, 1990). Αυτός είναι ένας λόγος για τη διατήρηση της μυστικότητας. Έρευνα σε παιδιά που συλλήφθηκαν με δωρεά γαμετών έδειξε όχι ότι αυτά τα παιδιά επιδείκνυαν καλή λειτουργικότητα και είχαν καλύτερες σχέσεις με τους γονείς τους, σε σύγκριση με τα παιδιά που συλλήφθηκαν με φυσικό τρόπο (Golombok et al., 1996). Αυτό υποδηλώνει ότι η έντονη επιθυμία για γονεϊκότητα φαίνεται να είναι πιο σημαντική από τη γενετική συγγένεια για την καλλιέργεια θετικών οικογενειακών σχέσεων, και ότι η σύλληψη με τη δωρεά γαμετών δεν φαίνεται να έχει δυσμενή επίδραση στην κοινωνικο – συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Επιπλέον, οι δωρητές πρέπει να προστατεύονται από νομικές ευθύνες διατροφής των παιδιών και κληρονομικών δικαιωμάτων (Daniels and Taylor, 1993). Πρόσθετα, σε περίπτωση παιδιού με ελαττώματα που γεννήθηκε ως αποτέλεσμα δωρεάς γενετικού υλικού, οι δωρητές μπορεί να κατηγορηθούν για αμέλεια ή αδυναμία παροχής πλήρους ιατρικού ή οικογενειακού ιστορικού. Επίσης, η πρόσβαση σε πληροφορίες ταυτοποίησης θα μπορούσε να οδηγήσει σε ανεπιθύμητη εισβολή των απογόνων στη ζωή των δοτών, αναζητώντας τους γενετικούς τους γονείς (Haimes, 1993).

Ωστόσο, υπάρχουν και εκείνοι που αντιτίθενται στην ανωνυμία του δότη και ισχυρίζονται ότι η αλήθεια πρέπει πάντα να λέγεται ή ότι κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τη βιολογική του προέλευση (Brodzinsky, Lang and Smith, 1995). Ένα παιδί που προκύπτει από δωρεά γαμετών μπορεί, σε περίπτωση ασθένειας, να υποστεί βλάβη επειδή δεν γνωρίζει τη γενετική του σύσταση ή το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό των δοτών. Επιπλέον, το παιδί μπορεί να ανακαλύψει κατά λάθος δεδομένα σχετικά με τη σύλληψή του, μέσω εξετάσεων αίματος ή τυποποίησης ιστού. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να αποκαλυφθούν στους εμπλεκόμενους οι πιθανές επιπτώσεις της διαδικασίας. Οι λήπτες πρέπει να ενημερώνονται για τις διαδικασίες ιατρικού και ψυχολογικού ελέγχου που έχουν πραγματοποιηθεί, την έκταση της ανωνυμίας και τυχόν νομικές αβεβαιότητες σχετικά με τη γονική ή μελλοντική συμμετοχή του ατόμου – δότη. Κάθε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να διαμορφώνει μια πολιτική σχετικά με το βαθμό συμμετοχής των δωρητών, και αυτό θα πρέπει να καθίσταται γνωστό σε όλα τα εμπλεκόμενα μέλη (Shenfield, 1997).

Ένα άλλο θέμα αφορά την πληρωμή για τη δωρεά γενετικού υλικού. Οι περισσότερες δηλώσεις των Διεθνών Επιτροπών Δεοντολογίας τονίζουν ότι οι δότες γαμετών και προεμβρύων δεν πρέπει να αποζημιώνονται για τη δωρεά τους (FIGO, 1997). Ωστόσο, σε

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

ορισμένες χώρες η δωρεά σπέρματος και συχνά η δωρεά ωαρίων πραγματοποιούνται επί πληρωμή. Ορισμένοι κανονισμοί βρήκαν μια λύση σε αυτό το ηθικό πρόβλημα με την παροχή αποζημίωσης για το χρόνο και τα έξοδα που σχετίζονται με τη δωρεά (Voluntary Licensing Authority for Human In Vitro Fertilization and Embryology, 1992). Άλλα βασικά ζητήματα περιλαμβάνουν τη δωρεά γενετικού υλικού σε ανύπαντρες ή λεσβίες μητέρες και την εφαρμογή ορίου στην ηλικία των ληπτών (Fasouliotis and Schenker, 2000).

1.4 Έρευνα εμβρύων

Υπάρχουν πιθανές παρεμβάσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν σε προ – εμβρυϊκό στάδιο που μπορεί να οδηγήσουν σε βελτίωση της αμφισβήτησης των κλινικών αποτελεσμάτων της ART, καθώς και στην πρόληψη της γέννησης απογόνων με γενετικές εκτροπές. Επί του παρόντος, τα ακόλουθα θεραπευτικά μέτρα που μπορούν να εφαρμοστούν σε προ – εμβρυϊκό στάδιο περιλαμβάνουν τη βελτίωση των συνθηκών καλλιέργειας, την κρυοσυντήρηση, την υποβοηθούμενη εκκόλαψη, τη γενετική διάγνωση και τη γονιδιακή θεραπεία (Eisenberg and Schenker, 1997). Η σύγχρονη ιατρική ηθική βασίζεται σε πολυεπιστημονικές και πλουραλιστικές προσεγγίσεις των φιλοσοφικών, κοινωνιολογικών και νομικών προοπτικών που αναπτύχθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, ιδιαίτερα επηρεασμένες από τη φρίκη του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου. Κατά την εκτέλεση πειραμάτων σε προ – έμβρυα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ακόλουθες πτυχές (Schenker, 1990):

1. Σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
2. Επιχείρημα της ολισθηρής πλαγιάς
3. Δικαιώματα αυτονομίας των ασθενών
4. Οφέλη

Το κεντρικό ερώτημα σχετικά με το ηθικό πρόβλημα της έρευνας προ – εμβρύων είναι το ηθικό καθεστώς του προ – εμβρύου. Υπάρχουν τρεις επιλογές για τον ορισμό του ηθικού καθεστώτος του προ – εμβρύου (Schenker, 1993):

1. Το προ – έμβρυο είναι αναπόσπαστο τμήμα του σώματος της μητέρας
2. Το προ – έμβρυο είναι ένας δυνητικός άνθρωπος
3. Το προ – έμβρυο έχει την πλήρη ιδιότητα ενός ανθρώπινου όντος

Σύμφωνα με την επιλογή ότι το προ – έμβρυο είναι αναπόσπαστο μέρος του σώματος της μητέρας, η μητέρα έχει το δικαίωμα άμβλωσης του προ – εμβρύου και άδειας έρευνας σε

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

αυτό σύμφωνα με τη δήλωση του Ελσίνκι. Οι συνέπειες του ορισμού ότι το προ – έμβρυο έχει την πλήρη ιδιότητα του ανθρώπου είναι: (α) το προ – έμβρυο έχει τα δικά του δικαιώματα, (β) το συμφέρον της μητέρας δεν είναι σχετικό με το μέλλον του προ – εμβρύου, (γ) δεν υπάρχει αιτιολόγηση σε προκληθείσα άμβλωση για χάρη της μητέρας και (δ) η μητέρα θεωρείται μόνο ως κηδεμόνας του προ – εμβρύου. Ο ορισμός ότι ένα προ – έμβρυο είναι ένας δυνητικός άνθρωπος είναι μια φιλοσοφική οντότητα που συμβαδίζει μεταξύ των άλλων δύο ορισμών και είναι ο πιο αποδεκτός. Παρόλο που το προ – έμβρυο είναι ένα δυνητικό ανθρώπινο ον, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και τα δικαιώματά του θα πρέπει να διατηρούνται εφόσον δεν βλάπτουν μεγάλα κοινωνικά, μητρικά ή άλλα συμφέροντα (Schenker, 1993).

Θα πρέπει να ληφθεί μια βασική απόφαση σχετικά με το πότε αποκτάται η ιδιότητα ενός δυνητικού ανθρώπου: (α) κατά τη σύλληψη, (β) κατά την εμφύτευση ή (γ) κατά την εμφάνιση της βλαστοκύστης. Είναι σχεδόν αδύνατο να επιτευχθεί μια οριστική συναίνεση για ένα τέτοιο ζήτημα. Η αποδοχή του ορισμού ότι η κατάσταση ενός δυνητικού ανθρώπου αποκτάται με την εμφάνιση της βλαστοκύστης επέλυσε τα περισσότερα από τα ηθικά ερωτήματα που αφορούν την προεμβρυϊκή έρευνα (Schenker, 1991).

Η δικαστική προστασία του προ – εμβρύου μπορεί να είναι δύσκολο να επιτευχθεί παρά μόνο μέσω νομοθεσίας. Η νομοθεσία σχετικά με την αποθήκευση προ – εμβρύων στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία και οι κανονισμοί σε άλλες χώρες δίνουν στους δότες γαμετών το δικαίωμα να αποφασίσουν για τη μοίρα τους (Eisenberg and Schenker, 1997). Σύμφωνα με την επιθυμία και τη συγκατάθεση των δωρητών, οι γαμέτες μπορούν να απορριφθούν, να δωριστούν σε άλλα ζευγάρια ή να δοθούν για έρευνα. Υπάρχει μια γενική συναίνεση ότι το προεμφυτευμένο προ – έμβρυο δεν είναι άτομο αλλά πρέπει να έχει τα δικά του νόμιμα δικαιώματα και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερο σεβασμό καθώς μπορεί να εξελιχθεί σε ένα άτομο (Human Fertilization and Embryology Authority, 1995).

Υπάρχουν διαφορές απόψεων μεταξύ των διαφόρων Επιτροπών Δεοντολογίας σχετικά με το θέμα της έρευνας σε έμβρυα, αλλά όλες συμφωνούν ότι οι ακόλουθες διαδικασίες θα πρέπει να απαγορευθούν: (α) η κλωνοποίηση, (β) η γονιμοποίηση μεταξύ των ειδών, (γ) οι γενετικοί χειρισμοί και (δ) η μεταφορά ανθρώπινου εμβρύου σε άλλο είδος (Human Fertilization and Embryology Authority, 1995).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

1.4 Κρυοσυντήρηση εμβρύου

Η κρυοσυντήρηση ανθρώπινων εμβρύων είναι ένα πλήρως καθιερωμένο συμπλήρωμα της ART. Ενώ πολλά έμβρυα μπορούν να παραχθούν κατά τη διάρκεια ενός μόνο κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης, ο κοινός κώδικας πρακτικής επιτρέπει στους ιατρούς να μεταφέρουν στη μήτρα μόνο τρία έμβρυα σε οποιονδήποτε κύκλο, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα πολύδυμης κύησης. Επομένως, τα επιπλέον έμβρυα υποβάλλονται σε κρυοσυντήρηση για μεταφορά σε μελλοντικό κύκλο. Τα έμβρυα μπορούν επίσης να καταψυχθούν όταν η υγεία της γυναίκας μπορεί να διατρέχει κίνδυνο. Η κρυοσυντήρηση των εμβρύων μπορεί επίσης να συμβάλλει στην ενίσχυση των ποσοστών εμφύτευσης, κύησης και ζώντων γεννήσεων (Trounson and Mohr, 1983).

Οι ηθικές, νομικές και θρησκευτικές πτυχές που σχετίζονται με την κρυοσυντήρηση των εμβρύων έχει συζητηθεί από επαγγελματίες και από το κοινό πριν από την εφαρμογή αυτής της διαδικασίας (Fasouliotis and Schenker, 1996). Σε ορισμένες χώρες, η διαδικασία επικρίθηκε έντονα από το κοινό και σταμάτησε μέχρι να ψηφιστεί ένας κανονισμός ή νόμος. Επίσης, όσοι υποστηρίζουν την κρυοσυντήρηση ανθρώπινων εμβρύων θεώρησαν ότι η πρακτική θα απειλούσε την αξιοπρέπεια των ανθρώπων (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Η μέγιστη περίοδος αποθήκευσης κρυοσυντηρημένων ανθρώπινων εμβρύων αντιπροσωπεύει ένα ζήτημα αμφισβήτησης (Saunders et al., 1995). Η νομοθεσία ή οι κανονισμοί που καλύπτουν την πρακτική της ART καθορίζουν αυτήν την περίοδο στην πλειονότητα των χωρών (Schenker, 1997). Έτσι, ορίζεται μέγιστη περίοδος αποθήκευσης των 10 ετών σε Φινλανδία, Ισραήλ και Ισπανία, ενώ του 1 έτους σε Αυστρία και Δανία. Στον αντίποδα, άλλες χώρες εφαρμόζουν κρυοσυντήρηση χωρίς περιορισμό στην περίοδο αποθήκευσης. Αρκετές επιτροπές δεοντολογίας έχουν συστήσει ότι τα έμβρυα δεν πρέπει να αποθηκεύονται για > 10 χρόνια λόγω των νομικών και ηθικών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν εάν τα ζευγάρια των οποίων οι γαμέτες είχαν χρησιμοποιηθεί πέθαιναν ή χώρισαν, καθώς επίσης και επειδή υπάρχουν ελάχιστες γνώσεις σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της μακροχρόνιας αποθήκευσης (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Ωστόσο, η πιθανότητα απόρριψης εγείρει μεγάλες ανησυχίες, καθώς ένας μεγάλος αριθμός εμβρύων θα αφεθεί να χαθεί όταν δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για θεραπεία. Έτσι, τέθηκε το ζήτημα της παράτασης της μέγιστης περιόδου αποθήκευσης. Η Αρχή Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας του Ηνωμένου Βασιλείου (Human Fertilization and Embryology Authority, HFEA) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η περίοδος

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

αποθήκευσης για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους μπορεί να παραταθεί έως και 10 χρόνια, με δυνατότητα παράτασης πέραν των 10 ετών σε εξαιρετικές περιπτώσεις (Human Fertilization and Embryology Authority, 1995).

1.5 Πολυεμβρυϊκή κύηση

Η μείωση της πολυεμβρυϊκής κύησης από τις πρώτες ημέρες της εφαρμογής της έχει αμφισβητηθεί από αρκετούς συγγραφείς, ενόψει των ηθικών, νομικών και κοινωνικών ζητημάτων που προκύπτουν από τη διαδικασία (Zaner, Boehm and Hill, 1990). Φαίνεται να υπάρχει γενική συναίνεση στην κοινωνία ότι η επιλεκτική διακοπή είναι αποδεκτή σε πολύδυμες κυήσεις όπου ένα ή περισσότερα έμβρυα κρίνεται με σοβαρές ανωμαλίες (Robie, Payne and Morgan, 1988) ή όπου η συνέχιση της πολύδυμης εγκυμοσύνης αποτελεί σαφή απειλή για τη ζωή ή την υγεία της μητέρας, και με τη μείωση των εμβρύων μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος (Elias and Annas, 1987).

Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει κανένας από αυτούς τους κινδύνους, ο επιλεκτικός τερματισμός των πιθανώς υγιών εμβρύων θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένας τύπος έκτρωσης. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι σε μια κοινωνία όπου είναι διαθέσιμη η άμβλωση κατόπιν αιτήματος, μια διαδικασία μείωσης της πολυεμβρυϊκής κύησης δεν αποτελεί ηθικό πρόβλημα. Ωστόσο, σε συζητήσεις σχετικά με την άμβλωση, οι απόψεις είναι αρκετά διαφορετικές. Οι κλινικές που πραγματοποιούν επιλεκτική διακοπή υποστηρίζουν ότι η διαδικασία δεν πρέπει να θεωρείται ως άμβλωση αφού το σημείο της επιλεκτικής διακοπής είναι η συνέχιση της ζωής και όχι η διακοπή της κύησης, διαφοροποιώντας έτσι τη διαδικασία από την άμβλωση. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν γιατροί που δεν εγκρίνουν την άμβλωση και προφανώς είναι αντίθετοι σε κάθε μορφή επιλεκτικής διακοπής, θεωρώντας την ως ενέργεια που γίνεται για την πρόκληση εμβρυϊκού θανάτου, αποτελώντας ποινικό αδίκημα (Evans et al., 1988).

Εάν κάποιος αγνοήσει τα κοινωνικά και οικονομικά ζητήματα και επικεντρωθεί εξ ολοκλήρου σε αυτά που έχουν ιατρική σημασία, τα υπάρχοντα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η μείωση της πολυεμβρυϊκής κύησης μειώνει αποτελεσματικά τον κίνδυνο πρώιμου τοκετού, ο οποίο συσχετίζεται με αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας ή σοβαρή νοσηρότητα (Evans et al., 1991). Οι πολυεμβρυϊκές κυήσεις που οδηγούν σε τοκετούς συνδέονται επίσης με αυξημένη κοινωνικοοικονομική πίεση για την οικογένεια. Οι γονείς συχνά αντιμετωπίζουν σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα όταν έρθουν αντιμέτωποι με την ανατροφή

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

δύο, τριών ή περισσότερων παιδιών που προκύπτουν από πολύδυμη κύηση. Η μείωση της πολυεμβρυϊκής κύησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση αυτών των ανησυχιών (Bryan, 1991).

Η μείωση της πολυεμβρυϊκής κύησης έχει καθιερωθεί ως ένας αποτελεσματικός και ασφαλής τρόπος από την κοινωνία και ιδιαίτερα του εμπλεκόμενου πληθυσμού (ζευγάρια, γιατροί) για τη βελτίωση της έκβασης των πολυεμβρυϊκών κυήσεων. Ως εκ τούτου, στα περισσότερα έθνη παρέχεται η ευκαιρία μείωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Έως ότου οι εξελίξεις στην τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξαλείψουν την ιατρογενή αιτία της πολύδυμης κύησης, η μείωση της πολυεμβρυϊκής κύησης προσφέρει ελπίδα για μία καλή έκβαση σε μια κατά τα άλλα θλιβερή κατάσταση (Fasouliotis and Schenker, 2000).

1.6 Προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος

Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Preimplantation Genetic Diagnosis, PGD) είναι μια πολύ πρώιμη μορφή προγεννητικής διάγνωσης που στοχεύει στην εξάλειψη των εμβρύων που φέρουν σοβαρές γενετικές ασθένειες πριν από την εμφύτευση (Delhanty and Handyside, 1995). Οι κύριοι στόχοι της PGD περιλαμβάνουν μια προσπάθεια να προσφέρουν το ευρύτερο δυνατό φάσμα επιλογών σε γυναίκες που κινδυνεύουν να αποκτήσουν παιδιά με γενετικές ανωμαλίες, να παρέχουν καθησυχασμό, να μειώσουν το άγχος που σχετίζεται με την αναπαραγωγή, ειδικά μεταξύ των γυναικών υψηλού – κινδύνου, και να επιτρέψουν στις γυναίκες υψηλού – κινδύνου να συνεχίσουν την κύηση επιβεβαιώνοντας την απουσία ορισμένων γενετικών ασθενειών (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Το μεγάλο πλεονέκτημα, που ενισχύει την αποδοχή της PGD από τις κοινωνικές ομάδες, είναι ότι αποφεύγει την εμφύτευση ελαττωματικών εμβρύων, εξαλείφοντας την ανάγκη για μελλοντική διακοπή της κύησης (Raeburn, 1995). Ως εκ τούτου, η προεμφυτευτική διάγνωση αποφεύγει όλες τις συζητήσεις που σχετίζονται με το θέμα της άμβλωσης στην κοινωνία και σε μεμονωμένες περιπτώσεις, μειώνει ή αποτρέπει τα δεινά για την πληγείσα οικογένεια, το έμβρυο και την κοινωνία και προστατεύει τους πόρους της κοινωνίας (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Η προεμφυτευτική επιλογή του φύλου, ένα άλλο κοινωνικό ζήτημα, εφαρμόζεται ήδη σε ορισμένα κέντρα. Η επιλογή του φύλου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποφευχθούν οι

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

σχεδόν 300 X – συνδεδεμένες υπολειπόμενες ασθένειες. Συνήθως, οι υγιείς γυναίκες – φορείς ενός ελαττωματικού γονιδίου του χρωμοσώματος X μεταδίδουν την νόσο στους απογόνους τους. Σε γενετικές καταστάσεις, όπως η μυϊκή δυστροφία Duchenne ή η αιμοφιλία, που επηρεάζουν μόνο τα αρσενικά, η εξέταση του DNA μπορεί παράλληλα να καθορίσει το φύλο του εμβρύου με την αντικατάσταση μόνο των θηλυκών εμβρύων (Lissens et al., 1996).

Η εξισορρόπηση της οικογένειας μέσω της PGD παραμένει θέμα διαμάχης. Το θέμα εγείρει τέτοιες ανησυχίες και συναισθήματα που οι άνθρωποι έχουν γενικά πολύ πολωμένες απόψεις: εκείνοι που θέλουν απόλυτη ελευθερία να επιλέξουν το φύλο του παιδιού τους και εκείνοι που απαιτούν την πλήρη απαγόρευση της επιλογής φύλου για μη – ιατρικούς σκοπούς. Η αντίρρηση για την επιλογή φύλου προκύπτει από παραδείγματα χωρών όπως η Κίνα, η Κορέα και η Μέση Ανατολή, όπου τα αγόρια εκτιμώνται ιδιαίτερα για οικονομικούς, κληρονομικούς ή θρησκευτικούς / πολιτιστικούς λόγους. Η οικονομική δυσπραγία της ανατροφής κοριτσιών σε ορισμένες από αυτές τις χώρες έχει οδηγήσει στην εγκατάλειψη των θηλυκών παιδιών και την ευρεία χρήση των αμβλώσεων και της βρεφοκτονίας υπέρ των αγοριών, γεγονός που αλλάζει την αναλογία των φύλων. Η εξισορρόπηση της οικογένειας ως διαδικασία επιτυγχάνει μια ισορροπία μεταξύ του υπερβολικού ελέγχου και της υπερβολικής ελευθερίας (Pennings, 1996).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

2. Ηλικία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Οι πρόσφατες εξελίξεις στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν καταστήσει περισσότερο δυνατή την σύλληψη σε ηλικιωμένα ζευγάρια. Με την έλευση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι πλέον δυνατό για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (Post – Menopausal Women, PMW) να μείνουν έγκυες, καθώς αυτές οι τεχνολογίες χρησιμοποιούνται όλο και με αυξημένη συχνότητα σε γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας (Advanced Maternal Age, AMA) (Benshushan and Schenker, 1993). Παράλληλα με την τεχνολογική πρόοδο, μία πολιτιστική αλλαγή έχει αυξήσει την κοινωνική αποδοχή των γυναικών που κάνουν παιδιά αργότερα στη ζωή τους. Κατά συνέπεια, μια μετεμμηνοπαυσιακή κατάσταση δεν αποτελεί πλέον εμπόδιο για κυοφορία σε περιοχές του κόσμου όπου επικρατεί αυτή η κοινωνική άποψη και όπου διατίθενται η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ωστόσο, οι γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας και η κύηση μετά από φυσιολογική εμμηνόπαυση, μπορούν να προκαλέσουν μία σειρά από ιατρικές επιπλοκές και ηθικές προκλήσεις (Paulson et al., 2002).

2.1 Ηλικία και υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Υπάρχει μια αυξανόμενη τάση μεταξύ των σύγχρονων γυναικών να καθυστερούν την τεκνοποίηση, και ως εκ τούτου, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας που επιχειρούν να κυοφορήσουν. Η προχωρημένη ηλικία της μητέρας σχετίζεται με αύξηση της μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην ιατρική και η έλευση των προγραμμάτων δωρεάς ωαρίων (Ovum Donation, OD) επέτρεψαν την εισαγωγή ωαρίων στη μήτρα εμμηνοπαυσιακών και μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Η μήτρα φαίνεται να διατηρεί τη δεκτικότητα στην εμφύτευση εμβρύου πέρα από την ηλικία της φυσικής εμμηνόπαυσης, εφόσον χορηγούνται επαρκείς δόσεις εξωγενών οιστρογόνων και προγεστερόνης. Η επιτυχία της διαδικασίας δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία. Αυτό εγείρει αρκετά σημαντικά ηθικά ζητήματα και ερωτήματα σχετικά με την ευημερία τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού (Eisenberg and Schenker, 1997). Για παράδειγμα, «*Πρέπει να τεθούν ορισμένα όρια στην εφαρμογή της μεθόδου σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας;*» (Fasouliotis and Schenker, 2000).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Υπάρχει μια έμφυτη επιτακτική ανάγκη για αναπαραγωγή. Στην εποχή της προηγμένης γνώσης για τη διατήρηση ενός νεανικού συνήθους, μια εμμηνοπαυσιακή γυναίκα μπορεί να μην αισθάνεται πολύ μεγάλη για την απόκτηση ενός παιδιού. Η σύγχρονη κοινωνία προστατεύει το δικαίωμα του ατόμου στην ιδιωτική ζωή και στην αναπαραγωγική επιλογή. Οι γυναίκες με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια δεν έχουν άλλες επιλογές για την επίτευξη κύησης εκτός από την δωρεά ωαρίων. Η άρνηση της δωρεάς ωαρίων σε αυτές τις γυναίκες συνιστά άρνηση της αναπαραγωγικής επιλογής τους. Το προσδόκιμο ζωής στα 50 έτη είναι αρκετά μεγάλο για να μπορέσει μια υγιής γυναίκα να μεγαλώσει ένα παιδί μέχρι την ενηλικίωση. Η κοινωνία δεν αντιμετωπίζει ισάξια τους άνδρες και τις γυναίκες όσον αφορά την ηλικία, έτσι μια ηλικιωμένη γυναίκα θεωρείται ανίκανη να κάνει παιδί, ενώ ένας άνδρας θα μπορούσε να το κάνει. Αυτό δεν μπορεί να αγνοηθεί, καθώς οι γυναίκες κυοφορούν, γεννούν και θηλάζουν, ενώ οι άνδρες όχι. Επομένως, οι ιατρικοί κίνδυνοι επηρεάζουν τη γυναίκα και όχι τον άνδρα. Οι πρόσφατες κοινωνικές αλλαγές επιτρέπουν στις γυναίκες να επιλέξουν πρώτα να κάνουν καριέρα και να καθυστερήσουν την τεκνοποίηση σε μεταγενέστερη ηλικία. Μερικές γυναίκες βρίσκονται σε δεύτερο γάμο επιθυμώντας ένα παιδί με τον νέο τους σύντροφο. Άλλες μπορεί να έχουν χάσει παιδί από διάφορες αιτίες. Ορισμένες γυναίκες έχουν πρωτογενή υπογονιμότητα, η οποία δεν μπορούσε να λυθεί με τη τότε διαθέσιμη τεχνολογία, μέχρι να φτάσουν στην εμμηνόπαυση, οπότε η μόνη τους επιλογή είναι η δωρεά ωαρίων. Μπορεί να φαίνεται άδικο να της αρνηθεί κανείς την πρόσβαση στη δωρεά ωαρίων, την πρώτη ευκαιρία αναπαραγωγής, λόγω της ηλικίας της και μόνο (Edwards, 1993).

Οι αντίπαλοι της δωρεάς ωαρίων σε ηλικιωμένες γυναίκες μπορεί να βασίσουν τα επιχειρήματά τους στα συμφέροντα και την ευημερία του μελλοντικού παιδιού, υπονοώντας ότι τα ηλικιωμένα άτομα είναι λιγότερο ικανά στην αντιμετώπιση του σωματικού και ψυχολογικού στρες της ανατροφής ενός παιδιού. Το να έχουν γονείς σε προχωρημένη ηλικία μπορεί να κάνει τα παιδιά να υπομείνουν μεγαλύτερο χάσμα γενεών. Από την άλλη πλευρά, η οικονομική και επαγγελματική ασφάλεια και το μεγαλύτερο κίνητρο για γονεϊκότητα χαρακτηρίζουν συνήθως τα μεγαλύτερης ηλικίας ζευγάρια. Λαμβάνοντας όλα αυτά υπόψη, είναι εύλογη η υπόθεση ότι τα συμφέροντα του παιδιού θα εξυπηρετούνταν καλύτερα αν το παιδί γεννιόταν από μεγαλύτερους γονείς παρά να μην υπάρξει ποτέ καθόλου (Pennings, 1995).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Η πλειονότητα των ιατρικών κέντρων που προσφέρουν δωρεά ωαρίων προκειμένου να μειωθούν οι κίνδυνοι που μπορεί να εμφανιστούν στην εμπλεκόμενη γυναίκα συνήθως δικαιολογούν μια πλήρη ιατρική και ψυχολογική αξιολόγηση. Η θνησιμότητα, σε μια προσεκτικά παρακολουθούμενη κύηση, είναι ένα εξαιρετικά σπάνιο γεγονός. Ο κατάλληλος έλεγχος των πιθανών υποψηφίων και η προσεκτική μαιευτική διαχείριση μπορούν να μετριάσουν τα ποσοστά περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να εφαρμόζεται καλή εκπαίδευση, ενδελεχής συμβουλευτική και εκτενής αξιολόγηση. Οι μόνες αντενδείξεις για τη δωρεά ωαρίων είναι οι ιατρικές ή ψυχολογικές καταστάσεις της λήπτριας υπό τις οποίες μια κύηση θα εμφάνιζε δυσμενή έκβαση (Schenker, 1992).

Οποιοσδήποτε πιθανός περιορισμός της δωρεάς ωαρίων θα πρέπει να βασίζεται σε ιατρικά, ψυχολογικά και ηθικά ζητήματα (Benshushan and Schenker, 1993). Η αναπαραγωγή είναι θεμελιώδες δικαίωμα σε μια ελεύθερη κοινωνία. Η άρνηση της δωρεάς ωαρίων σε έναν πληθυσμό γυναικών που βασίζονται σε αυτή την τεχνολογία για επιτύχουν την τεκνοποίηση ουσιαστικά αναιρεί αυτήν την ελευθερία. Αυτό εγείρει το ζήτημα του ορίου ηλικίας στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ορισμένοι προτείνουν ότι αυτό το όριο θα πρέπει να είναι τα 60 έτη, λαμβάνοντας υπόψη ότι η μέση διάρκεια ζωής στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι κοντά στα 80 έτη. Ωστόσο, η κριτική είναι πολύ αυστηρή. Οι ιατροί που επιχειρούν δωρεά ωαρίων σε ηλικιωμένες γυναίκες πιθανότατα θα κατηγορηθούν για παραβίαση της φύσης και ανευθυνότητα. Αντίθετα, όσοι θα αντιταχθούν μπορεί να κατηγορηθούν για αλαζονεία, σεξισμό και πατερναλισμό. Μελέτες που έχουν αξιολογήσει τις στάσεις της κοινότητας απέναντι στη δωρεά ωαρίων στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αποκαλύπτουν μόνο την υποστήριξη της μειοψηφίας για αυτήν την πρακτική (Schenker, 1988).

Σχετικά, το άρθρο των Saccone et al., (2022), εστίασε στην αξιολόγηση των κινδύνων που σχετίζονται με την προχωρημένη ηλικία της μητέρας στην εγκυμοσύνη, εστιάζοντας σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40, 45 και 50 ετών. Η μελέτη αυτή ήταν ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο της αυξανόμενης τάσης του καθυστερημένου τοκετού και της επακόλουθης εξάρτησης από τις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν ότι η προχωρημένη ηλικία της μητέρας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο θνησιγένειας, περιγεννητικής θνησιμότητας και άλλων επιπλοκών, στοιχεία που είναι ζωτικής σημασίας για την ενημέρωση της κλινικής πρακτικής και την παροχή συμβουλών ασθενών.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Η διαστρωμάτωση του κινδύνου ανά ηλικιακές ομάδες (άνω των 40, 45 και 50 ετών) παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη διαβάθμιση του κινδύνου που σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας. Οι σημαντικά υψηλότεροι κίνδυνοι μητρικής θνησιμότητας σε γυναίκες άνω των 50 ετών (RR 42,76) είναι ιδιαίτερα ανησυχητικοί και απαιτούν σοβαρή εξέταση στη λήψη κλινικών αποφάσεων και πολιτικής (Saccone et al., 2022).

Συμπερασματικά, είναι απαραίτητο να θεσπιστούν κατευθυντήριες γραμμές για την επίτευξη κύησης με ελάχιστη βλάβη στη μητέρα και το παιδί. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη την ευημερία της μητέρας και του παιδιού θα πρέπει να τεθεί ένα όριο ηλικίας. Πιστεύεται ότι αυτό θα πρέπει να είναι τα 55 έτη (Fasouliotis and Schenker, 2000).

2.2 Ηθικές εκτιμήσεις των γυναικών προχωρημένης μητρικής ηλικίας – Η εξωσωματική γονιμοποίηση ως ηθική διαδικασία

Πολλές συζητήσεις για την εξωσωματική γονιμοποίηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θέτουν το ερώτημα για το εάν η ίδια η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια ηθική διαδικασία που πρέπει να πραγματοποιείται σε γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας (Benshushan and Schenker, 1993). Οι προκλήσεις περιλαμβάνουν την ηθική που περιβάλλει την απώλεια γονιμοποιημένων ωαρίων κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, καθώς και ως προς το αν οι άνθρωποι θα πρέπει τεχνικά να ενισχύσουν μία φυσική διεργασία. Υπάρχουν οικονομικές και τεχνικές ανησυχίες σχετικά με την εξωσωματική γονιμοποίηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που αναφέρονται συχνά στη βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, η εξωσωματική γονιμοποίηση σε οποιονδήποτε πληθυσμό είναι και δαπανηρή και θεωρείται ότι έχει χαμηλό ποσοστό επιτυχίας (Paulson et al., 2002), που μπορεί να είναι ακόμη χαμηλότερο στην υποομάδα των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών. Υποστηρίζεται περαιτέρω ότι δεν είναι δίκαιο κανείς να δώσει στις γυναίκες ψεύτικες ελπίδες ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί να διευκολύνει την σύλληψη. Αυτή η πεποίθηση μπορεί, σκόπιμα ή όχι, να ενθαρρύνει την ιδέα ότι η καθυστέρηση της κύησης σε γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας είναι μια εφικτή επιλογή, γνωρίζοντας ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση θα είναι διαθέσιμη και πιθανώς επιτυχής όταν θα είναι έτοιμες (Schimmel et al., 2015). Επομένως, είναι καλό αυτές οι γυναίκες να είναι πλήρως ενημερωμένες για τα ποσοστά επιτυχίας και τους σχετικούς κινδύνους των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ειδικά αν αυτή η γνώση επηρεάζει τον μακροπρόθεσμο προσωπικό προγραμματισμό τους (Harrison et al., 2017).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Ορισμένοι κριτικοί υποστηρίζουν ότι δεν είναι αποδεκτό να προσφέρονται τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, για τις οποίες η τεκνοποίηση αντιπροσωπεύει μία «αφύσικη» διαδικασία (Landau, 2005; Smajdor, 2008; Tower, 2009). Ο Ekberg (2014) υποστηρίζει ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ιατροποιεί τη φυσική διαδικασία της εμμηνόπαυσης (Ekberg, 2014). Ωστόσο, αυτός ο συλλογισμός παραπαίει όταν κάποιος θεωρεί ότι όλες οι σύγχρονες ιατρικές διαδικασίες ουσιαστικά αψηφούν τη φύση, ή τουλάχιστον την «φυσική» εξέλιξη της νόσου (Landau, 2005; Smajdor, 2008). Το επιχείρημα έγκειται ουσιαστικά στο ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν είναι ηθική καθώς δεν διορθώνει μια νόσο ή ένα δυσλειτουργικό σύστημα οργάνων. Ο De Wert (1998) υποστηρίζει ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες απλώς αντιστρέφει μέρος της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης (De Wert, 1998; Schimmel et al., 2015). Ο Kluge (1994) δέχεται την υπογονιμότητα ως νόσο για άτομα που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία (δηλαδή όχι σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες) (Kluge, 1994; Schimmel et al., 2015). Σε αυτό το πλαίσιο, ο Kluge (1994) συγκρίνει τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με προεφηβικά κορίτσια, υποδηλώνοντας ότι η υπογονιμότητα σε αυτές τις ομάδες δεν είναι μια νόσος που απαιτεί θεραπεία, αλλά μάλλον η φυσική πορεία της γυναικείας βιολογίας (Kluge, 1994). Ο Landau (2005) επικρίνει τα επιχειρήματα του Kluge, δηλώνοντας ότι κατά την σύγκριση μίας μετεμμηνοπαυσικής γυναίκας με ένα προέφηβο κορίτσι αγνοείται και υποτιμάται η ωριμότητα και η εμπειρία της πρώτης. Συνολικά, ο Landau υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει ηθική, ιατρική ή οικονομική βάση για την άρνηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες εκτός εάν απορρίπτονται δαπανηρές και ελάχιστα επιτυχημένες διαδικασίες σε γυναίκες όλων των ηλικιών (Landau, 2005).

2.3 Αυτονομία

Σε συζητήσεις σχετικά με την ηθική της υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η σημασία της αυτονομίας. Κατά την προσπάθεια προσδιορισμού της ηλικίας στην οποία θα πρέπει να προσφέρεται η μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση (Post – Menopausal Pregnancy, PMP), πρέπει κανείς να εξετάσει ποιος είναι αυτός που θα πάρει την απόφαση· οι ιατροί, η κυβέρνηση ή κάποιου είδους επιτροπή; Για τον Edwards (1993) οι γιατροί δεν έχουν ανεξάρτητη ηθική εξουσία επί του ασθενή για να κρίνουν την αποδοχή της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης. Αυτό συνεπάγεται ότι οι ιατροί μπορούν να αντιταχθούν μόνο με

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

βάση την άμεση βλάβη του ασθενή (Edwards, 1993). Ο Ekberg, ένας υπέρμαχος των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δίνει βάσει στην αναπαραγωγική αυτονομία (Landau, 2005), ενώ άλλοι, πάνω από κάθε είδος αυτονομίας, δίνουν προτεραιότητα στην υγεία της μητέρας και του εμβρύου (Tower, 2009). Αυτή η διαμάχη αντικατοπτρίζει ένα μεγαλύτερο βιοηθικό ερώτημα που ανακύπτει στους κύκλους πολιτικής· σε ποιο βαθμό πρέπει μια ιατρική διαδικασία να αντικατοπτρίζει τις κοινωνικές αξίες, και ως εκ τούτου να μετατοπίζεται από την εξατομικευμένη επιλογή στην δικαιοδοσία των κρατικών οργάνων (Harrison et al., 2017);

Οι Paulson και Sauer (1994) υποστηρίζουν την απεριόριστη πρόσβαση στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επικαλούμενοι τα δυτικά ιδεώδη μιας ελεύθερης κοινωνίας, όπου τα ατομικά δικαιώματα και η ιδιωτική ζωή έχουν προτεραιότητα. Ωστόσο, η αξία της αυτονομίας του ασθενούς δεν είναι απόλυτη. Αν η κοινωνία αρνείται την πρόσβαση σε μια συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, θέτει ένα δεδικασμένο για τον αποκλεισμό άλλων ομάδων από την προσφορά ορισμένων διαδικασιών. Τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των νεότερων γυναικών που έχουν μειωμένο προσδόκιμο ζωής λόγω άλλων ιατρικών συνθηκών δεν περιορίζονται από την κοινωνία. Για παράδειγμα, γυναίκες με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δεν περιορίζονται στην αναπαραγωγή. Αυτό υποδηλώνει το γενικό σεβασμό της κοινωνίας για τα δικαιώματα όποιας επιλογής του ατόμου να τεκνοποιήσει (Ekberg, 2014). Παράλληλα, ο Edwards αποθαρρύνει την ηθική στάση των ιατρών, υποστηρίζοντας ότι οι γιατροί θα πρέπει να έχουν την ευθύνη της αξιολόγησης της υγείας της μητέρας και του εμβρύου, ενώ οι ηθικολόγοι να παρέχουν περαιτέρω καθοδήγηση σχετικά με τη σκοπιμότητά της και την ηλικία που θα πρέπει να εφαρμόζεται, δεδομένων των κοινωνικοπολιτισμικών περιστάσεων του ασθενούς (Shufaro and Schenker, 2012).

Η αυτονομία των ασθενών δεν εγείρει μόνο ηθικές σημαίες σχετικά με αποφάσεις ηλικιακής καταλληλότητας για τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τρόπων ρύθμισης της διαδικασίας, αλλά θέτει επίσης την πρόκληση της στάθμισης της αυτονομίας των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών έναντι της ευημερίας του προκύπτοντος παιδιού. Ο Braverman (2017) προσφέρει μια συνοπτική συζήτηση των πιθανών επιπτώσεων της ενθάρρυνσης της γονεϊκότητας μεταξύ ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών. Αυτές περιλαμβάνουν την πρόκληση άγχους στο παιδί για την επικείμενη απώλεια ενός γονέα και της επιβάρυνσης του φροντιστή ενός γονέα από νεαρή ηλικία (Braverman, 2017). Υπάρχουν παραδείγματα για τέτοιες δυσμενείς εκβάσεις. Για παράδειγμα, σε μία Σουηδική μελέτη

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

862.554 παιδιών βρέθηκε ότι η απώλεια ενός γονέα από φυσικά αίτια συνδέθηκε με μικρή αύξηση του κινδύνου ψυχικών – ψυχολογικών προβλημάτων στην ενήλικη ζωή. Στον αντίποδα διαπιστώθηκε ότι, η απώλεια ενός γονέα σε νεαρή ηλικία συσχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο νοσηλείας και φροντίδας της ψυχικής υγείας σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών (Berg, Rostila and Hjern, 2016). Επομένως, ενώ οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται να προωθούν την αυτονομία των γυναικών, πρέπει να ληφθεί υπόψη και να αξιολογηθεί εάν παραβιάζουν ταυτόχρονα την αυτονομία του παιδιού (Harrison et al., 2017).

2.4 Κατανομή των πόρων

Το ζήτημα της κατανομής των πόρων είναι ένα σημείο διαφωνίας σε συζητήσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης, η οποία διαδικασία βασίζεται συνήθως στη δωρεά γαμετών. Οι επικριτές της εξωσωματικής γονιμοποίησης για μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες υποστηρίζουν ότι πρέπει να υπάρχει ένας τρόπος ιεράρχησης των ληπτών ωαρίων (Parks, 1996). Επίσης υποστηρίζουν ότι, οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνουν ωοκύτταρα εάν είναι άτεκνες λόγω των δικών τους ελεύθερων επιλογών νωρίτερα στη ζωή τους (όπως για παράδειγμα, καθυστέρηση της κύησης έως την εδραίωση της σταδιοδρομίας – καριέρας τους) (Benshushan and Schenker, 1993). Άλλοι υποστηρίζουν ότι τα ωοκύτταρα είναι ένας σπάνιος πόρος και, ως εκ τούτου, οι λήπτες πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στις κλινικές ανάγκες. Με άλλα λόγια, πρέπει να υπάρχουν κριτήρια προτεραιότητας στις γυναίκες που αναζητούν θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Για παράδειγμα, η εμμηνόπαυση είναι φυσικό αποτέλεσμα της γήρανσης, η υπογονιμότητα δεν είναι. Επομένως, βάσει των παραπάνω μία νέα / υπογόνιμη γυναίκα έχει μεγαλύτερη κλινική ανάγκη από μία μετεμμηνοπαυσιακή / υπογόνιμη γυναίκα (Benshushan and Schenker, 1993; Parks, 1996). Οι Eisenberg και Schenker (1997) επισήμαναν ότι τα ωάρια τείνουν να κατανέμονται σε γυναίκες που είναι σε θέση να πληρώσουν και όχι σε γυναίκες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Υποστηρίζουν ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε γυναίκες που έχουν στερηθεί την τεκνοποίηση λόγω υπογονιμότητας στα αναπαραγωγικά τους χρόνια (Eisenberg and Schenker, 1997).

Βάσει του ζητήματος της κλινικής ανάγκης, ενώ κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι νεαρές υπογόνιμες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη κλινική ανάγκη για θεραπεία, σε σύγκριση με τις

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, μπορεί να αντιπαρατεθεί ότι καμία από τις δύο ομάδες δεν έχει πραγματική κλινική ανάγκη, αφού και στις δύο ομάδες, η θεραπεία δεν θεραπεύει μία νόσο ούτε παρατείνει τη ζωή. Δεδομένου ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορούν να φέρουν και να γεννήσουν με επιτυχία ένα παιδί, έχουν πολλά να κερδίσουν από τη θεραπεία όπως και οι νεότερες γυναίκες (Benshushan and Schenker, 1993). Η άρνηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες των οποίων τα παιδιά έχουν πεθάνει, θέλουν παιδιά από νέο γάμο ή ήταν στείρες κατά τη διάρκεια της προεμμηνοπαυσιακής τους περιόδου, είναι άδικη (Parks, 1996). Βάσει της «κλινικής ανάγκης», όταν δίνεται προτεραιότητα σε έναν πεπερασμένο πόρο (δωρεά ωοκυττάρων) για μια διαδικασία υψηλού κόστους / χαμηλής επιτυχίας, κάθε περίπτωση θα πρέπει να αξιολογείται μεμονωμένα βάσει της αξίας της (Paulson et al., 2002).

Ο Smajdor (2008) παρουσίασε πολυάριθμα αντεπιχειρήματα για την απεριόριστη ελευθερία επιλογής. Για παράδειγμα, υποστήριξε ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είχαν πολυάριθμες ευκαιρίες να συλλάβουν φυσικά αλλά επέλεξαν να μην το κάνουν. Αυτή η δήλωση τροφοδοτεί την στάση ότι οι γυναίκες έχουν καθήκον να αναπαράγονται στον «κατάλληλο χρόνο» και μπορεί να καταδικαστούν κοινωνικά αν δεν το κάνουν. Μπορεί να υποτεθεί ότι οι φιλοδοξίες σταδιοδρομίας και η επιθυμία για κοινωνική / οικονομική θέση βρίσκονται στη ρίζα της «αδυναμίας» των γυναικών να κάνουν τις κατάλληλες αναπαραγωγικές επιλογές (Smajdor, 2008). Η ελευθερία να επιλέξεις να φέρεις στον κόσμο ένα παιδί συχνά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η οικογενειακή, η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση. Γυναίκες που επιλέγουν να αποκτήσουν παιδιά όταν δεν έχουν σταθερότητα σε αυτούς τους τομείς υπόκεινται σε κριτική (Benshushan and Schenker, 1993). Ο Smajdor (2008) συνεχίζει με την ερώτηση· «*αν μια γυναίκα είχε ελεύθερα την επιλογή να μην κάνει παιδί παρά το γεγονός ότι ήταν πλήρως ικανή και στις κατάλληλες συνθήκες σε μικρότερη ηλικία, θα ήταν τότε σωστό και δίκαιο να της αρνηθεί θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης;*», υποστηρίζοντας ότι οι επιλογές μιας γυναίκας νωρίς στη ζωή της δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως λόγος και αιτία για τον περιορισμό των επιλογών της αργότερα στη ζωή (Smajdor, 2008).

2.5 Πολιτιστικές εκτιμήσεις

Η ηθική της απαγόρευσης της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης προκειμένου να διατηρηθούν οι πολιτιστικές παραδόσεις είναι περίπλοκη. Η τεχνολογία υποβοηθούμενης

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

αναπαραγωγής απειλεί την παραδοσιακή έννοια της οικογένειας και τις μητέρες φυσικής αναπαραγωγικής ηλικίας (Eisenberg and Schenker, 1997). Και ενώ άλλοι τομείς της δομής της γονεϊκότητας παρεκκλίνουν από την πολιτισμική παράδοση, προτείνεται να παραχωρούνται ελευθερίες σε άλλες ομάδες γονεϊκότητας. Αυτές οι δομές και «ελευθερίες» θα πρέπει να διερευνηθούν στο πλαίσιο της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Έτσι, είναι δύσκολο να απορριφθεί η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθαρά στη βάση της πολιτιστικής παράδοσης (Harrison et al., 2017).

Δίνει πραγματικά η μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση τη δυνατότητα στις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερο έλεγχο της ηλικίας στην οποία μπορούν να μείνουν έγκυες; Αυτή η ερώτηση είναι ένα ζήτημα αυτονομίας, αλλά έχει επίσης βαθιές πολιτιστικές προεκτάσεις. Παρόλο που φαίνεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί μόνο να αυξήσει την αναπαραγωγική αυτονομία με την παράταση της γονιμότητας, η πραγματικότητα έγκειται όμως στο γεγονός ότι η μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση δεν είναι πάντα επιτυχημένη, αλλά ενέχει εξαιρετικό σωματικό, ψυχολογικό και οικονομικό κόστος. Πολλές γυναίκες θα παραμείνουν υπογόνιμες· έτσι από αυτή την άποψη, ο πλήρης έλεγχος είναι ψευδής (Schimmel et al., 2015).

Είναι χρήσιμο να αναγνωριστεί ο ρόλος της οικογένειας στην υγεία και την ανατροφή ενός παιδιού. Πολλοί πολιτισμοί εκτιμούν ιδιαίτερα τους παππούδες, με τη φροντίδα του παιδιού, σε ορισμένες χώρες, όπως η Ρουμανία και η Κίνα, να ανατίθεται σχεδόν εξ ολοκλήρου σε αυτούς (De Wert, 1998; Smajdor, 2008). Άλλες μελέτες που εξέτασαν τους παππούδες ως πρωτεύοντες φροντιστές αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει προφανές μειονέκτημα όσον αφορά την υγεία ή την ευημερία του παιδιού (Ekberg, 2014; Paulson and Sauer, 1994). Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την αντίληψη ότι τα παιδιά που μεγαλώνουν από μεγαλύτερους γονείς έχουν ίσες ευκαιρίες στην τροχιά της φυσιολογικής ανάπτυξης. Άλλοι, όπως ο Smith και οι συνεργάτες του (2002) υποστηρίζουν ότι αν και τα παιδιά που μεγαλώνουν από μεγαλύτερους γονείς δεν υφίστανται προφανές μειονέκτημα, αυτό από μόνο του δεν τοποθετεί αυτές τις νέες τεχνολογίες ως ηθικά δικαιολογημένες (Smith, Mineau and Bean, 2002).

Ένα ενδιαφέρον αντεπιχείρημα στη μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση είναι ότι η παράταση της γονιμότητας μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης θα μπορούσε να προκαλέσει άγχος και πίεση για άτεκνες γυναίκες να μείνουν έγκυες. Στο Ισραήλ, για παράδειγμα, υπάρχουν τεράστιες κοινωνικές πιέσεις στην τεκνοποίηση των γυναικών, και η επιλογή

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

ατοκίας αποτελεί κοινωνικό στίγμα (Landau, 2005). Σε ένα σύστημα όπου η μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση είναι αποδεκτή και η κυρίαρχη κουλτούρα κάνει διακρίσεις έναντι της ατοκίας, οι γυναίκες μπορεί να εξαναγκαστούν να εξετάσουν την μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση ακόμα και όταν δεν το θέλουν. Σε αυτό το σημείο, η παράταση της γονιμότητας μπορεί στην πραγματικότητα να καταστείλει τη γυναικεία αυτονομία. Έτσι, μεταξύ και εντός των διαφόρων πολιτισμών αναδύονται μοναδικοί παράγοντες που είναι κρίσιμα συστατικά της λήψης αποφάσεων για τη μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση (Harrison et al., 2017).

2.6 Θρησκευτικά και νομικά ζητήματα

Υπάρχουν θρησκευτικές ενστάσεις για την εξωσωματική γονιμοποίηση και τη δωρεά ωαρίων, αλλά δεν είναι ειδικές για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Εν συντομία, η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν συνιστάται υπό ορισμένες αυστηρές ερμηνείες του Ρωμαιοκαθολικού, Ανατολικού Ορθόδοξου ή Προτεσταντικού Χριστιανικού Δόγματος. Ορισμένοι θρησκευόμενοι μελετητές υποστηρίζουν επίσης ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση με χρήση δωρεών γαμετών θα έπρεπε να αποθαρρύνεται μεταξύ των ισλαμικών ή των εβραϊκών κοινοτήτων αν ο δωρητής είναι παντρεμένη γυναίκα. Το τι επιτρέπεται σύμφωνα με το θρησκευτικό νόμο περιπλέκεται περαιτέρω από τη δυνατότητα χρήσης μίας παρένθετης μητέρας. Αντίθετα, στο Βουδισμό και τον Ινδουισμό δεν υπάρχουν περιορισμοί στη χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Tower, 2009).

Εκτός από τις θρησκευτικές ανησυχίες, υπάρχουν αρκετές νομικές επιπτώσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψη σχετικά με την μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση. Ο αναπαραγωγικός τουρισμός είναι ήδη ένα ζήτημα για την εξωσωματική γονιμοποίηση (Landau, 2005) και φαίνεται να ταιριάζει σε όσους αναζητούν μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση, ειδικά εάν περιλαμβάνει την αναζήτηση οικονομικά προσιτών παρένθετων μητέρων. Η νομοθεσία για την αποτροπή της εκμετάλλευσης των δοτών ωαρίων είναι κάτι που πολλές δικαιοδοσίες επιθυμούν να εξετάσουν (Harrison et al., 2017).

Ενώ η μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση ειδικά, και η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γενικά, επηρεάζουν ένα σχετικά μικρό ποσοστό του πληθυσμού, τίθενται ζητήματα ζωής, θανάτου, ταυτότητας και ορισμών της οικογένειας. Επομένως, ο τρόπος με τον οποίο μια κοινωνία αντιλαμβάνεται τις απαντήσεις στις ηθικές προκλήσεις που θέτουν αυτές οι τεχνολογίες αντικατοπτρίζει τις βασικές αξίες αυτής της κοινωνίας. Υπό αυτό το

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

πρίσμα, ζητήματα που σχετίζονται με την μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση και την τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι επείγουσας σημασίας. Ηθικά επιχειρήματα μπορούν να παρουσιαστούν τόσο υπέρ όσο και κατά της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης, αν και η τρέχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει γενικά την έννοια της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης ως ηθικά δίκαιη. Μεταξύ των επιχειρημάτων κατά της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης, ως μη – ηθική, είναι η αύξηση της πιθανότητας του πόνου και της οδύνης μετά από αποτυχημένη μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση, δεδομένου ότι στην πραγματικότητα είναι μια διαδικασία υψηλού κόστους και χαμηλής επιτυχίας, που συχνά περιπλέκεται από θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιστάσεις (Landau, 2005).

Πολλοί θεωρούν επίσης ότι η μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση είναι μια περιττή ιατρικοποίηση της φυσικής διαδικασίας της ζωής (Edwards, 1993), δεδομένου ότι η στειρότητα που οφείλεται στην εμμηνόπαυση δεν είναι ασθένεια. Αντίθετα, οι υπέρμαχοι της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης υποστηρίζουν ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην ατομική επιλογή και την αυτονομία, όντας κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για την αιτιολόγηση της μετά – εμμηνοπαυσιακής κύησης. Επιπλέον, ενώ ορισμένοι θεωρούν τη μετά – εμμηνοπαυσιακή κύηση ηθικά επιτρεπτή, πιστεύουν ότι τα ωοκύτταρα αποτελούν έναν σπάνιο πόρο που θα πρέπει να κατανέμεται με βάση την κλινική ανάγκη, επιβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο ένα δυνητικό όριο ηλικίας (Harrison et al., 2017).

2.7 Ιατρικές εκτιμήσεις γυναικών προχωρημένης μητρικής ηλικίας

Όσον αφορά τη δωρεά ωαρίων, υπάρχει κοινή συναίνεση ότι το περιβάλλον της μήτρας μιας μετεμμηνοπαυσιακής γυναίκας είναι παρόμοια με αυτή των νεότερων ομολόγων της. Το 1993, ο Sauer και οι συνεργάτες του εξέτασαν τα αποτελέσματα κυήσεων με δωρεά ωαρίων σε γυναίκες άνω των 50 ετών που χρησιμοποίησαν ωάρια από δωρεά νεότερων γυναικών. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ηλικιακά σχετιζόμενη έκπτωση της γυναικείας γονιμότητας μπορεί να αντιστραφεί χρησιμοποιώντας ωάρια από νεότερες γυναίκες και ότι το ποσοστό επιτυχίας αυτών των κυήσεων είναι ίσο με αυτό των νεότερων ομολόγων τους (Sauer et al., 1993). Η δεκτικότητα και το γόνιμο περιβάλλον της μήτρας παραμένει επαρκής στον ηλικιωμένο πληθυσμό και μπορεί να διατηρηθεί για την εμφύτευση ενός εμβρύου όταν οι ωοθήκες δεν είναι σε θέση να παρέχουν φυσιολογικούς γαμέτες για αναπαραγωγή (Berg, Rostila and Hjern, 2016; Braverman, 2017). Επομένως, οι ηλικιωμένες γυναίκες που ελέγχονται τόσο ιατρικά όσο και ψυχολογικά μπορεί να έχουν μία επιτυχή

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

κύηση κατά τη χρήση δωρεών ωαρίων. Αυτό το συμπέρασμα έχει απήχηση στην εργασία του Ameratunga και των συνεργατών του (2009), όπου οι ερευνητές συνέκριναν γυναίκες με πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια (μέση ηλικία 28,3) έως μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (μέση ηλικία 45,6). Από κοινού και οι δύο ομάδες υποβλήθηκαν σε κύηση με δωρεά ωοκυττάρων και διαπιστώθηκε ότι οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είχαν υψηλότερο κίνδυνο υπέρτασης κύησης, σακχαρώδη διαβήτη, και πρόωρης ρήξης μεμβρανών (Ameratunga et al., 2009).

Ο Paulson και οι συνεργάτες του (2002) μελέτησαν 77 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες χωρίς χρόνιες ιατρικές καταστάσεις που υποβλήθηκαν σε διαδικασίες δωρεάς ωαρίων και εξέτασαν τα αποτελέσματα – εκβάσεις της μητέρας και του εμβρύου. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι γυναίκες άνω των 50 ετών διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο για προεκλαμψία, σακχαρώδη διαβήτη κύησης και η πλειοψηφία τους πραγματοποίησε τοκετό με καισαρική τομή (Paulson et al., 2002). Τα ποσοστά αυτόματων αποβολών και πολλαπλής κύησης, ωστόσο ήταν τα ίδια, σε σύγκριση με τους νεότερους ομολόγους τους (Ekberg, 2014). Αυτές οι μελέτες, καθώς και άλλες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας θα πρέπει να διερευνηθούν επιμελώς και να συμβουλευτούν για προγεννητικές και ενδογεννητικές καταστάσεις που δυνητικά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν (Harrison et al., 2017).

Σε αντίθεση με τα προαναφερθέντα συμπεράσματα, ο Krieg και οι συνεργάτες του (2008) πραγματοποίησαν μια αναδρομική ανάλυση κοόρτης δεκτών ωαρίων, η οποία συνέκρινε γυναίκες άνω των 38 ετών με άλλες γυναίκες σε πολλά κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η ομάδα του κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση με δωρεά ωοκυττάρων δε διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για άμεσες νεογνικές και μητρικές επιπλοκές (Krieg, Henne and Westphal, 2008). Επιπλέον, ο Antinori και οι συνεργάτες του (1995) διερεύνησαν τα προγεννητικά και μαιευτικά αποτελέσματα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών που συμπεριλήφθηκαν σε ένα πρόγραμμα ωοκυττάρων από δότες. Η μελέτη περιλάμβανε 1.150 ασθενείς που είχαν στρωματοποιηθεί ανά ηλικία (45 – 50 και 50 – 60). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό κύησης, ο αριθμός πρόωρων γεννήσεων και οι περιπτώσεις υπέρτασης κύησης δε διέφεραν μεταξύ των ομάδων. Στον αντίποδα, παρατηρήθηκε ένας ελαφρώς υψηλότερος αριθμός αμβλώσεων στην ηλικιωμένη ομάδα (Antinori et al., 1995).

Αντίθετα, ο Schimmel και οι συνεργάτες του (2015) καθώς και ο Tower (2009) δηλώνουν ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο υπέρτασης,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

σακχαρώδη διαβήτη κύησης, χρωμοσωμικών ανωμαλιών και μεγάλων βρεφών για την ηλικία κύησης (Large for Gestational Age, LGA), γεγονός που αυξάνει τους κινδύνους κατά τον τοκετό (για παράδειγμα, αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών) (Schimmel et al., 2015;Tower, 2009). Πρόσθετα, η μεγάλη αναδρομική ανάλυση του Braverman (2015), η οποία εξέτασε μητρικά και περιγεννητικά αποτελέσματα κυήσεων έπειτα από αυθόρμητη σύλληψη σε γυναίκες με προχωρημένη μητρική ηλικία έναντι γυναικών 24 – 27 ετών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας ενείχαν πιο σημαντικούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη, της υπέρτασης, των μωρών LGA και της επείγουσας καισαρικής τομής (Braverman, 2015). Πρόσθετα, οι αυθόρμητες κυήσεις σε γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας έφεραν πρόσθετους κινδύνους για χρωμοσωμικές ανωμαλίες, καθώς και ιατρικούς κινδύνους που σχετίζονται με την κύηση (Harrison et al., 2017).

Ως εκ τούτου, διερευνώνται οι πρόοδοι στον τομέα της ιατρικής που θα δώσουν τη δυνατότητα σε μετεμμηνοπαυσιακες γυναίκες να επιτύχουν και να διατηρήσουν μία υγιή κύηση. Οι κυήσεις σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες θεωρούνται ασφαλείς απουσία προϋπαρχόντων ιατρικών παθήσεων. Ο προγεννητικός έλεγχος μπορεί να χρειαστεί να επεκταθεί σε αυτόν τον πληθυσμό προκειμένου να εντοπιστούν περαιτέρω ιατρικές προκλήσεις πριν από την έναρξη της κύησης. Οι κυήσεις σε γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας όπου δεν χρησιμοποιείται δότρια ωαρίων συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυθόρμητης αποβολής και χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Ο προγεννητικός έλεγχος, όπως η γενετική συμβουλευτική, η αμνιοπαρακέντηση και τα σειριακά υπερηχογραφήματα έχουν προταθεί ως δυνητικές αναγκαιότητες για κυήσεις γυναικών προχωρημένης μητρικής ηλικίας. Καθώς η καθυστερημένη τεκνοποίηση καθίσταται ολοένα και πιο συνήθης, οι ιατροί που συντονίζουν την ιατρική φροντίδα για αυτές τις γυναίκες κατά την περιγεννητική περίοδο θα πρέπει να προσέχουν τους μοναδικούς κινδύνους που μπορεί να έχει η προχωρημένη ηλικία τόσο στη μητέρα όσο και στο παιδί (Harrison et al., 2017).

2.8. Νομοθεσία

Στην Ελλάδα, μία από τις πιο αξιοσημείωτες αλλαγές που εισήγαγε ο τελευταίος ο Νόμος 4958/07/2022 είναι η αύξηση του ορίου ηλικίας για τις γυναίκες που επιθυμούν να προχωρήσουν στη λύση της τεχνητής γονιμοποίησης από τα 50 στα 54 έτη. Αυτή η τροπολογία αντικατοπτρίζει μια αλλαγή στα κοινωνικά πρότυπα, όπου οι γυναίκες επιλέγουν όλο και περισσότερο να κάνουν οικογένειες αργότερα στη ζωή τους. Αυτή η αλλαγή αναγνωρίζει επίσης τις εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη που έχουν καταστήσει ασφαλέστερο

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

για τις μεγαλύτερες γυναίκες να συλλάβουν και να τεκνοποιήσουν. Ωστόσο, εγείρει ορισμένες ηθικές ανησυχίες σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους για την υγεία τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί, καθώς και για τις κοινωνικές επιπτώσεις της καθυστερημένης γονεϊκότητας (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2023).

Επίσης, μέσω της νομοθεσίας εισάγονται διατάξεις για την κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού, ζυγωτών και γονιμοποιημένων ωαρίων για τη διατήρηση της γονιμότητας («κρυοσυντήρηση για κοινωνικούς λόγους»). Καταργεί το προηγούμενο όριο των 20 ετών στη διάρκεια της κρυοσυντήρησης, επιτρέποντας την απεριόριστη διατήρηση. Αυτή η διάταξη του νόμου απευθύνεται σε άτομα που μπορεί να επιθυμούν να καθυστερήσουν τη γονεϊκότητα για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματικών εκτιμήσεων ή για την εύρεση κατάλληλου συντρόφου αργότερα στη ζωή τους. Από ηθικής άποψης, αυτό εγείρει ερωτήματα σχετικά με τα δικαιώματα των ατόμων να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις σχετικά με το αναπαραγωγικό τους μέλλον και τις πιθανές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα παιδιά που γεννιούνται από πολύ μεγαλύτερους ηλικιακά γονείς (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2023).

Μία ακόμα κρίσιμη πτυχή της νομοθεσίας είναι η διάταξη ότι η κρυοσυντήρηση μη γονιμοποιημένου γενετικού υλικού υπόκειται στη γραπτή συγκατάθεση του ατόμου που το παρέχει. Ο κανονισμός αυτός ενδυναμώνει τα άτομα, διασφαλίζοντας την αυτονομία τους έναντι του γενετικού τους υλικού. Σε περιπτώσεις διαζυγίου, ακύρωσης ή χωρισμού, το άτομο από το οποίο προήλθε το γενετικό υλικό διατηρεί το δικαίωμα να το χρησιμοποιήσει. Αυτή η διάταξη αντιμετωπίζει την ηθική ανάγκη για σαφή συναίνεση και δικαιώματα ιδιοκτησίας στο γενετικό υλικό, η οποία είναι ιδιαίτερα σημαντική σε περιπτώσεις διάλυσης της σχέσης (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2023).

Ακόμη, μέσω των διατάξεων του νόμου, καλύπτεται η ανωνυμία των δοτών γαμετών. Επιτρέπει στους δότες να επιλέξουν εάν η ταυτότητά τους παραμένει ανώνυμη ή μπορεί να αποκαλυφθεί στους απογόνους μόλις ενηλικιωθούν. Αυτή η αλλαγή ευθυγραμμίζεται με μια αυξανόμενη παγκόσμια τάση προς μεγαλύτερη διαφάνεια στη σύλληψη του δότη, εξισορροπώντας τα δικαιώματα του παιδιού να γνωρίζει τη γενετική του προέλευση με τα δικαιώματα ιδιωτικότητας του δότη. Μια ακόμα σημαντική πτυχή του νόμου είναι η θέσπιση νομικού πλαισίου για την προστασία των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων των διαφυλικών ατόμων. Η προσέγγιση αυτή αφορά στη διασφάλιση της ομαλής ανάπτυξής τους ως προς το φύλο και την προσωπική τους ταυτότητα. Αυτή η διάταξη συνιστά μια

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

προοδευτική προσέγγιση για την αναγνώριση και την προστασία των δικαιωμάτων των διαφυλικών ατόμων, μιας ομάδας που συχνά περιθωριοποιείται στις συζητήσεις για την αναπαραγωγική τεχνολογία (Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, 2023).

Ο Νόμος 4958/07/2022 αποτελεί ένα προοδευτικό βήμα στην ελληνική νομοθεσία, ευθυγραμμιζόμενο με τις σύγχρονες τάσεις της κοινωνίας και τις ιατρικές εξελίξεις στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αυξάνοντας το όριο ηλικίας για τις γυναίκες που επιθυμούν να προχωρήσουν στη λύση της τεχνητής γονιμοποίησης, διευθετώντας την κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού για αόριστο χρονικό διάστημα και αντιμετωπίζοντας τα δικαιώματα των διαφυλικών ατόμων, ο νόμος αντικατοπτρίζει το εξελισσόμενο τοπίο της αναπαραγωγικής υγείας και δικαιωμάτων. Ωστόσο, αυτές οι αλλαγές προκαλούν επίσης ηθικούς προβληματισμούς σχετικά με τις επιπτώσεις στην υγεία για τις μεγαλύτερες μητέρες και τα παιδιά τους, τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της καθυστερημένης γονεϊκότητας και τα δικαιώματα των παιδιών που γεννήθηκαν μέσω της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να γνωρίζουν την προέλευσή τους. Καθώς ο τομέας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συνεχίζει να προοδεύει, είναι επιτακτική ανάγκη οι ηθικοί προβληματισμοί να παραμένουν στην πρώτη γραμμή των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Συζήτηση

Οι εξελίξεις στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επεκτείνουν τα όρια της βιολογικής αναπαραγωγής. Με τη βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης και της δωρεάς ωαρίων, ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών 40, 50 και 60 ετών κυοφορούν και γεννούν παιδιά. Η κύηση σε προχωρημένη μητρική ηλικία είναι αμφιλεγόμενη. Εντούτοις, η αυξανόμενη τάση προς την τεκνοποίηση ηλικιωμένων γυναικών έχει ωθήσει άτομα και επαγγελματικούς ιατρικούς συλλόγους να εξετάσουν εάν υπάρχει «ανάγκη» για ένα ανώτατο όριο ηλικίας για την πρόσβαση των γυναικών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και, εάν ναι, ποιο θα πρέπει να είναι αυτό το όριο ηλικίας.

Η Αμερικανική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής συνιστά ανώτατο όριο ηλικίας για την πρόσβαση των γυναικών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή τα 55 έτη. Οι επαγγελματικοί ιατρικοί σύλλογοι του Καναδά αποσιωπούν όσον αφορά τα ανώτατα όρια ηλικίας και την πρόσβαση των γυναικών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, και γενικά το αφήνουν στη διακριτική ευχέρεια των μεμονωμένων κλινικών γονιμότητας. Το Κεμπέκ πρότεινε πρόσφατα ένα νομοσχέδιο που στοχεύει στην απαγόρευση γυναικών άνω των 42 ετών να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αυτή η πρόταση επικρίθηκε επειδή είναι πατερναλιστική, παραβιάζει τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών και θέτει πολύ χαμηλά όρια ηλικίας. Η οργή που προέκυψε από αυτό το προτεινόμενο όριο ηλικίας έκανε τον Υπουργό Υγείας να επανεξετάσει τον ηλικιακό περιορισμό της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Εάν υπάρχει ανάγκη για ανώτατο όριο ηλικίας, η επιβολή του απαιτεί ισχυρή αιτιολόγηση. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα επειδή ζούμε σε μια κοινωνία που θεωρεί την υπογονιμότητα ιατρικό ζήτημα, προωθεί την αναπαραγωγική αυτονομία και δίνει μεγάλη αξία στην απόκτηση παιδιών.

Οι αιτιολογήσεις για τα ανώτατα όρια ηλικίας για την πρόσβαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχουν μερικές φορές τη μορφή ιατρικών αιτιολογήσεων και κάνουν έκκληση σε μη – αποδεικτό κίνδυνο για τη μητέρα και το παιδί (Αυτό συνέβη με την πρόταση του Κεμπέκ). Ενώ τα δεδομένα κυήσεων γυναικών άνω των 55 ετών είναι περιορισμένα, τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι περιγεννητικοί κίνδυνοι αυξάνονται με την ηλικία της μητέρας. Πράγματι, μπορεί να υπάρχει ένα όριο ηλικίας, κατά το οποίο η κύηση καθίσταται πολύ επικίνδυνη για τις γυναίκες ή τα μελλοντικά παιδιά. Ωστόσο, η

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

διαμάχη για την προχωρημένη ηλικία της μητέρας είναι πολύ βαθύτερη από την ιατρική διαφωνία σχετικά με τους περιγεννητικούς κινδύνους.

Η βαθύτερη διαφωνία σχετικά με την προχωρημένη ηλικία της μητέρας φαίνεται να έχει να κάνει με το αν η ηλικία είναι ηθικά σχετική με την ικανότητα μιας γυναίκας να είναι «καλή» μητέρα. Οι επικριτές έχουν περιγράψει την κύηση και την ανατροφή των παιδιών από γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ως αφύσικη και εγωιστική. Φοβούνται επίσης ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες δεν θα έχουν αρκετή ενέργεια για να φροντίσουν τους νεαρούς απογόνους τους και ότι τα παιδιά που γεννιούνται από μεγαλύτερες γυναίκες θα μείνουν ορφανά σε νεαρή ηλικία. Οι ηλικιωμένες γυναίκες θεωρούνται γενικά ως ακατάλληλοι κύριοι φροντιστές για μικρά παιδιά. Εν ολίγοις, οι επικριτές της προχωρημένης μητρικής ηλικίας χαρακτηρίζουν τις μεγαλύτερες μητέρες ως «κακές» μητέρες. Στην πραγματικότητα, η κύηση σε προχωρημένη μητρική ηλικία θεωρείται ως παραβίαση των κοινωνικών κανόνων που περιβάλλουν τη μητρότητα – όπου η καλή μητέρα ερμηνεύεται ως νέα, όμορφη, ενεργητική και ανιδιοτελής.

Ωστόσο, τέτοιες ηθικές επικρίσεις βασίζονται σε μια συγκεκριμένη αντίληψη της μητρότητας που είναι, αναμφισβήτητα, ηλικιακή, σεξιστική και βασίζεται σε παραδοσιακές (αλλά απαράδεκτες) έννοιες της οικογένειας. Ορισμένοι λόγοι για την απόρριψη ενός ανώτατου ορίου ηλικίας συνδέονται με αυτήν την κριτική της μητρότητας. Για παράδειγμα, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι η ηλικία είναι άσχετη με την ανατροφή των παιδιών και πολλές από τις ανησυχίες που εγείρουν οι επικριτές θα μπορούσαν να ισχύουν και για νεότερες γυναίκες. Επίσης, τα όρια ηλικίας είναι σεξιστικά επειδή δεν υπάρχουν συγκρίσιμα όρια ηλικίας για τους άνδρες και η υπέρβαση των βιολογικών ορίων στην αναπαραγωγή μπορεί να διευκολύνει μια πιο ισότιμη κοινωνία. Επιπλέον, οι γυναίκες δεν χρειάζεται να είναι οι μοναδικοί κύριοι φροντιστές για τα παιδιά και η καλή ανατροφή των παιδιών μπορεί επίσης να συμβεί σε εκτεταμένες και μη – παραδοσιακές οικογενειακές μονάδες.

Τόσο ιατρικές όσο και ηθικές αιτιολογήσεις μπορούν να δοθούν για την υποστήριξη των ανώτατων ορίων ηλικίας για την πρόσβαση των γυναικών σε τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ωστόσο, οι ηθικοί προβληματισμοί συχνά εισάγονται πλαγίως στα ιατρικά δεδομένα της προχωρημένης ηλικίας της μητέρας. Για παράδειγμα, οι εκκλήσεις για τους αναμενόμενους κινδύνους για την υγεία μετά τον τοκετό και τη μακροζωία είναι συχνά συνυφασμένες με την ιδέα ότι μια «καλή» μητέρα πρέπει να είναι ο

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

κύριος (ή ο μοναδικός) φροντιστής των παιδιών. Αυτή η άποψη είναι προβληματική και συμβάλλει στη διαιώνιση μεροληπτικών και άδικων αντιλήψεων για τη μητρότητα.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφία παρουσιάζει μια συνολική θετική στάση απέναντι στην κυήσεις γυναικών προχωρημένης μητρικής ηλικίας. Από ηθική και κοινωνικοδυναμική προοπτική, η πλειοψηφία των μελετών επιτρέπει την εξωσωματική γονιμοποίηση με δωρεά ωαρίων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Όσον αφορά τις ιατρικές επιπλοκές που σχετίζονται με τις γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας και τον κίνδυνο δυσμενών μητρικών και εμβρυϊκών εκβάσεων, η συναίνεση έγκειται στο ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος επιπλοκών όταν η μέλλουσα μητέρα είναι γυναίκα προχωρημένης μητρικής ηλικίας. Ωστόσο, αυτός ο κίνδυνος μπορεί να μετριαστεί με προσεκτικό ιατρικό έλεγχο της μητέρας και τη διασφάλιση της βέλτιστης κατάστασης της υγείας της πριν από τη σύλληψη. Η χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η δωρεά ωοκυττάρων, είναι μια πολύτιμη θεραπεία για γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας, δίνοντας τη δυνατότητα στη γυναίκα να βιώσει μια κύηση με παρόμοιο προφίλ κινδύνου σε σχέση με αυτό των νεότερων ομολόγων της. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι επιπλοκές δεν μεταφράζονται πάντα σε κακή έκβαση· για παράδειγμα, υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν μεταφράζονται σε αυξημένη θνησιμότητα, πιθανόν λόγω της προόδου στην ιατρική θεραπεία, τις χειρουργικές δεξιότητες και την προηγμένη παρακολούθηση (Harrison et al., 2017).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Βιβλιογραφία

Ameratunga D, Weston G, Osianlis T, et al. In vitro fertilisation (IVF) with donor eggs in post-menopausal women: are there differences in pregnancy outcomes in women with premature ovarian failure (POF) compared with women with physiological age-related menopause? J Assist Reprod Genet. 2009;26(9–10):511–514

Antinori S, Versaci C, Panci C, et al. Fetal and maternal morbidity and mortality in menopausal women aged 45–63 years. Hum Reprod. 1995;10(2):464–469.

Benshushan A & Schenker JG. Age limitation in human reproduction: is it justified? J Assist Reprod Genet. 1993;10(5):321–331.

Berg L, Rostila M, Hjern A. Parental death during childhood and depression in young adults – a national cohort study. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(9):1092–1098

Braverman AM. Old, older and too old: age limits for medically assisted fatherhood? Fertil Steril. 2017;107(2):329–333.

Brodzinsky D, Lang R, Smith DW. Parenting adopted children. In: Bornstein MH, editor, Status and social conditions of parenting, Handbook of parenting, vol. 3, Hove, UK: Lawrence Erlbaum, 1995.

Bryan EM. The consequences to the family of triplets or more. J Perinat Med 1991;19:24–8

Congregation for the Doctrine of the Faith. (1987) Donum Vitae.

Daniels KR & Taylor K. Secrecy and openness in donor insemination. Politics Life Sci 1993;12:200–3

De Wert G. The Post-Menopause: Playground for Reproductive Technology? Some Ethical Reflections. In: Harris J, Holm S, editors. The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice, and Regulation. Oxford: Clarendon Press; 1998:221–237

Delhanty JDA & Handyside AH. The origin of genetic defects in the human and their detection in the preimplantation embryo. Hum Reprod Reprod Update 1995;1:201–15.

Edwards RG. Fertilization of human eggs in vitro: moral, ethics and the law. Q Rev Biol 1974;49:3-26

Edwards RG. Pregnancies are acceptable in post-menopausal women. Hum Reprod. 1993;8(10):1542–1544.

Eisenberg VH & Schenker JG. Preembryo research: medical aspects and ethical considerations. Obstet Gynecol Surv 1997;9:565–74

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Eisenberg VH & Schenker JG. Pregnancy in the older woman: scientific and ethical aspects. Int J Gynecol Obstet. 1997;56(2):163–169

Eisenberg VH & Schenker JG. The ethical, legal and religious aspects of preembryo research. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;1:11–24

Ekberg ME. Assisted reproduction for postmenopausal women. Hum Fertil (Camb). 2014;17(3):223–230.

Elias S & Annas GJ. In: Reproductive genetics and the law, Chicago: Year Book, 1987, pp. 123–30

Evans D & Evans M. Fertility, infertility and human embryo: ethics, law and practice of human artificial procreation. Hum Reprod Update 1996;2:208–24.

Evans MI, Drugan A, Bottoms SF, et al. Attitudes on the ethics of abortion, sex selection and selective pregnancy termination among health care professionals, ethicists, and clergy likely to encounter such situations. Am J Obstet Gynecol 1991;164:1092–9.

Evans MI, Fletcher JC, Zador IE, et al. Selective first-trimester termination in octuplet and quadruplet pregnancies: clinical and ethical issues. Obstet Gynecol 1988;71:289–96

Fasouliotis SJ & Schenker JG. Cryopreservation of embryos: medical, ethical and legal issues. J Assist Reprod Genet 1996;10:756–61.

Fasoulios SJ & Schenker JG. Ethics and assisted reproduction. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2000;90:171-180

FIGO. FIGO deliberation. Int J Gynecol Obstet 1997;57:95–9

Golombok S, Brewaeys A, Cook R, et al. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. Hum Reprod 1996;10:2324–31

Haimes EV. Do clinicians benefit from gamete donor anonymity? Hum Reprod 1993;9:1518–20

Harrison BI, Hilton TN, Riviere RN, et al. Advanced maternal age: ethical and medical considerations for assisted reproductive technology. International Journal of Women's Health 2017;9:561-570

Human Fertilization and Embryology Authority. Statutory storage period for embryos. In: Report by the HFEA to the Health Ministries of the United Kingdom, 1995, July

Kendal E. Equal Opportunity and the Case for State Sponsored Ectogenesis. London: Palgrave Macmillan.

Kluge EH. Reproductive technology and postmenopausal motherhood. CMAJ. 1994;151(3):353, 355

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Krieg SA, Henne MB, Westphal LM. Obstetric outcomes in donor oocyte pregnancies compared with advanced maternal age in in vitro fertilization pregnancies. Fertil Steril. 2008;90(1):65–70.

Landau R. The promise of post-menopausal pregnancy (PMP). Social Work in Health Care. 2005;40(1):53–69

Lissens W, Sermon K, Staessen C, et al. Review: preimplantation diagnosis of inherited disease. J Inherit Metab Dis 1996;19:709–23

Marshall J. Kantian ethics. In Encyclopedia of Ethics: Second Edition. (Vol. 2 pp. 939- 943). New York, NY: Routledge

Najera O. Ethical Concerns for Assisted Reproductive Technologies. Dialogue & Nexus 2016;3:1-7

Parks JA. A closer look at reproductive technology and postmenopausal motherhood. CMAJ. 1996;154(8):1189–1191

Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, et al. Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. JAMA. 2002;288(18):2320–2323.

Paulson RJ & Sauer MV. Pregnancies in post-menopausal women: Oocyte donation to women of advanced reproductive age: 'How old is too old?'. Hum Reprod. 1994;9(4):571–572

Pennings G. Age and assisted reproduction. Med Law 1995;14:531– 41

Pennings G. Family balancing as a morally acceptable application of sex selection. Hum Reprod 1996;11:2339–45.

Raeburn JA. Preimplantation diagnosis raises a philosophical dilemma. Br Med J 1995;311:540

Robie GF, Payne GG, Morgan MA. Selective delivery of an acardiac, acephalic twin. N Engl J Med 1988;320:512–3.

Saunders DM, Bowman MC, Grierson A, Gamer F. Frozen embryos: too cold to touch? The dilemma ten years on. Hum Reprod 1995;10:3081–2.

Saccone, G., Ferrara, C., Ferrara, C., Marrone, V., Strina, I., Venturella, R., Berghella, V., & Zullo, F. (2022). Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *159*(1), 43–55. https://doi.org/10.1002/ijgo.14100

Schaffer J & Diamond R. Infertility: private pain and secret stigma. In: Imber-Black E, editor, Secrets in families and family therapy, Oxford, UK: Oxford University Press, 1993, pp. 220–5

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Schenker JG. Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. Hum Reprod Update 1997;2:173–84

Schenker JG. Assisted reproduction: formation of laws and regulations. In: Boutaleb Y, Gzouli A, editors, New concepts in reproduction, Lancaster: Parthenon, 1991, pp. 149–55.

Schenker JG. Genetic material donation: sperm, oocyte, preembryo. Int J Gynecol Obstet 1993;43:247-55

Schenker JG. Health care politics around the world: religious views regarding treatment of infertility by assisted reproductive technologies. J Assist Reprod Genet 1992;9:1-8

Schenker JG. Ovum donation. The state of the art. Ann NY Acad Sci 1988;541:742–9.

Schenker JG. Ovum donation: ethical and legal aspects. J Assist Reprod Genet 1992;9:411–8

Schenker JG. Pre-embryo: therapeutic approaches. Ann Med 1993;25:265–70

Schenker JG. Research on human embryos. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990;36:265–82

Schenker JG. Sperm, oocyte and pre-embryo donation. J Assist Reprod Genet 1995;12:499–50

Schenker JG. The surrogate mother. Harefuah 1992;123:330–3

Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C, et al. The effects of maternal age and parity on maternal and neonatal outcome. Arch Gynecol Obstet. 2015;291(4):793–798.

Shenfield F. Privacy and disclosure in gamete donation: a clash of interest, of duties, or an exercise in responsibility? J Assist Reprod Reprod Genet 1997;14:371–3

Shufaro Y & Schenker JG. Pregnancies beyond the human biological fecundity. Womens Health (Lond). 2012;8(1):49–55.

Sifferlin A. IVF Linked to More Birth Defects. Retrieved from http://www.healthland.time.com/2012/10/22/ivf-linked-to-more-birth-defects Last Updated 2012

Singer P & Wells D. In vitro fertilisation: the major issues. Journal of Medical Ethics, 9, 192-195. Retrieved from http://jme.bmj.com/. Last Updated 1983

Smajdor A. The ethics of egg donation in the over fifties. Menopause Int. 2008;14(4):173–177

Smith KR, Mineau GP, Bean LL. Fertility and post-reproductive longevity. Soc Biol. 2002;49(3–4):185–205.

Snowden R. The family and artificial reproduction. In: Bromham DR et al., editor, Philosophical ethics in reproductive medicine, Manchester, UK: Manchester University Press, 1990

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38

Steptoe PC & Edwards RG. Birth after reimplantation of a human embryo. Lancet 1978;2:336

Sunderam S, Kissin DM, Flowers L, et al. Assisted Reproductive TechnologySurveillance- United States, 2009.

Templeton A. Gamete donation and anonymity. Br J Obstet Gynaecol 1991;98:343–50

The Surrogacy Experience. U.S. Surrogacy Law By State. Retrieved from http://www.thesurrogacy experience.com/surrogate-mothers/the-law/u-s-surrogacylawby-state Last Updated 2010

Tower C. Pregnancy in peri- and postmenopausal women: challenges in management. Menopause Int. 2009;15(4):165–168.

Trounson A & Mohr L. Human pregnancy following cryopreservation, thawing and transfer of an eight-cell embryo. Nature 1983;305:707– 9

Voluntary Licensing Authority for Human In Vitro Fertilization and Embryology. The sixth report, London: The Voluntary Licensing Authority, 1992

Zaner RM, Boehm FH, Hill GA. Selective termination in multiple pregnancies: ethical considerations. Fertil Steril 1990;54:203–5

Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. (2023). Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. https://eaiya.gov.gr/

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
03/05/2026 06:12:22 EEST - 216.73.217.38