



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΕ
ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ "**

υπό

ΑΝΤΩΝΙΑ ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2025

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. . Α. Μαυροφόρου Καθηγήτρια Βιοηθικής και Δεοντολογίας Σχολή Επιστημών Υγείας Παν/μίου Θεσσαλίας*
- 3. Σ. Σωτηρίου Αναπλ. Καθηγητής Εμβρυολογίας & Εμβρυομητρικής Ιατρικής πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: Medically Assisted Reproduction in HIV-Positive Patients

Πίνακας περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : HIV ΚΑΙ AIDS.....	9
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ HIV ΚΑΙ ΤΟΥ AIDS.....	9
2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	11
2.3 ΠΡΟΛΗΨΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	14
3.1 ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΤΟΥ AIDS ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	14
3.2 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	15
3.3 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ HIV	17
4.1 ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ.....	17
4.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ.....	20
4.3 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ (MAR).....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ HIV: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΩΝ.....	21
5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	21
5.2 ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ (IUI).....	22
5.3 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (IVF).....	23
5.4 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΜΗ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΑΣΦΑΛΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗ ΓΙΑ ΟΡΟΘΕΤΙΚΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ: ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ	24
6.1 ΑΣΦΑΛΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗ ΜΕΣΩ ΕΤΕΡΟΦΥΛΟΦΙΛΟΥ ΣΕΞ.....	24
6.2 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ.....	26
6.3 ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ.....	26

6.4 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΓΕΙΡΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟ ΡΙΣΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ HIV	31
6.5 ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΕ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΑ ΣΤΟΝ HIV ΜΗ ΜΟΛΥΣΜΕΝΑ ΤΕΚΝΑ ...	31
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	34
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	37

Πρόλογος – Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον καθηγητή μου, κ. Κωνσταντίνο Νταφόπουλο, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεση αυτής της εργασίας. Η καθοδήγησή του υπήρξε εξαιρετικά πολύτιμη και συνέβαλε καθοριστικά στην επιτυχή ολοκλήρωσή της.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου, Χρήστο Βούζα και τον γιο μου Δημήτριο, για τη συνεχή στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, τόσο των προπτυχιακών όσο και των μεταπτυχιακών.

Περίληψη

Η μόλυνση από τον ιό HIV προκαλεί το AIDS, ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας που έχει οδηγήσει σε εκατομμύρια θανάτους. Ωστόσο, με την αυξημένη πρόσβαση σε πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα, το AIDS έχει μετατραπεί σε διαχειρίσιμη χρόνια κατάσταση, επιτρέποντας στα οροθετικά άτομα να ζουν μακροχρόνια και υγιή. Όταν ζευγάρια με HIV επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, συνιστάται να ζητούν φροντίδα σε εξειδικευμένα ιδρύματα. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με τους κατάλληλους πόρους και την τεχνογνωσία πρέπει να προσφέρει υπηρεσίες σε οροθετικά άτομα και ζευγάρια που ακολουθούν τις συνιστώμενες θεραπείες. Τα άτομα με HIV αντιμετωπίζουν συχνά διακρίσεις στην πρόσβαση σε θεραπείες γονιμότητας, όπως η ενδομήτρια σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Εφόσον τα άτομα με αποτελεσματική θεραπεία δεν μεταδίδουν τον ιό, συστήνεται η σύλληψη μέσω ετεροφυλόφιλου σεξ. Ωστόσο, η MAR είναι απαραίτητη για τη θεραπεία υπογονιμότητας και για την υποβοήθηση ετερόφυλων ή ομόφυλων ζευγαριών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις προκλήσεις και τις ηθικές διαστάσεις που αντιμετωπίζουν τα οροθετικά ζευγάρια στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν παιδί μέσω της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Λέξεις κλειδιά

HIV, Θεραπεία, Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (MAR), Υπογονιμότητα, Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)

Abstract

HIV infection causes AIDS, a significant global public health issue that has led to millions of deaths. However, with increased access to prevention, diagnosis, treatment, and care, AIDS has become a manageable chronic condition, allowing people living with HIV to live long and healthy lives. When couples with HIV wish to have a child, it is recommended that they seek care at specialized institutions. Medically assisted reproduction, with the appropriate resources and expertise, should provide services to people living with HIV and couples undergoing recommended treatments. People with HIV often face discrimination in accessing fertility treatments, such as intrauterine insemination and in vitro fertilization. Since individuals with effective treatment do not transmit the virus, conception through heterosexual sex is recommended. However, MAR is essential for treating infertility and assisting heterosexual or same-sex couples. The aim of this work is to investigate the challenges and ethical dimensions faced by seropositive couples in their efforts to conceive a child through medically assisted reproduction.

Keywords

HIV, Treatment, Medically Assisted Reproduction (MAR), Infertility, In vitro Fertilization (IVF)

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

Η χρήση της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (MAR) αυξάνεται διαρκώς παγκοσμίως για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών παραγόντων, άλλων παθήσεων υγείας, καθώς και της καθυστερημένης τεκνοποίησης και της απώλειας γονιμότητας που σχετίζεται με την ηλικία. Οι Τεχνολογίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Assisted Reproduction Technology, ART) είναι τεχνολογίες που υποστηρίζουν άτομα και ζευγάρια στην σύλληψη παιδιού σε περίπτωση υπογονιμότητας ή γενετικής προδιάθεσης. Παραδείγματα της ART περιλαμβάνουν την Εξωσωματική Γονιμοποίηση (IVF) ή την Ενδοκυτταροπλασματική Έγχυση Σπερματοζωαρίου (ICSI), διαδικασίες κατά τις οποίες τα ωάρια γονιμοποιούνται με σπερματοζωάρια έξω από το ανθρώπινο σώμα [1].

Αν και τα αναμφισβήτητα οφέλη της ART είναι προφανή, η χρήση της ενέχει και ορισμένους κινδύνους. Το πιο συχνό αρνητικό αποτέλεσμα σχετιζόμενο με τη θεραπεία είναι η πολύδυμη εγκυμοσύνη, η οποία οφείλεται κυρίως στη μεταφορά πολλών εμβρύων. Η εγκυμοσύνη συνδέεται με αυξημένους κινδύνους για το νεογέννητο και τη μητέρα, και έρευνες δείχνουν ότι ο πρόωρος τοκετός και η περιορισμένη ανάπτυξη του εμβρύου είναι κοινές επιπλοκές της εγκυμοσύνης.

Οι λόγοι για την αύξηση του πρόωρου τοκετού και άλλων αρνητικών αποτελεσμάτων στην ART δεν έχουν ακόμα αποσαφηνιστεί πλήρως. Μελέτες δείχνουν ότι ένας λόγος μπορεί να είναι ο χειρισμός του εμβρύου, δηλαδή η καλλιέργεια και οι διαδικασίες κατάψυξης/απόψυξης και η τοποθέτηση στο ενδομήτριο, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε ανώμαλη ανάπτυξη του πλακούντα. Οι σχετιζόμενες επιπλοκές θα μπορούσαν επίσης να αντικατοπτρίζουν τον υποκείμενο λόγο για τον οποίο απαιτήθηκε η ART για να επιτευχθεί η εγκυμοσύνη εξ αρχής, π.χ. ένα ιστορικό υπογονιμότητας με ή χωρίς υποβοηθούμενη σύλληψη. Τέλος, η θεραπεία υπογονιμότητας μπορεί να ενέχει ψυχολογικούς κινδύνους για τα άτομα που εμπλέκονται, ειδικά όσον αφορά τη διαδικασία αυτή καθαυτή και επίσης σε σχέση με την αντιμετώπιση των αρνητικών αποτελεσμάτων της θεραπείας.

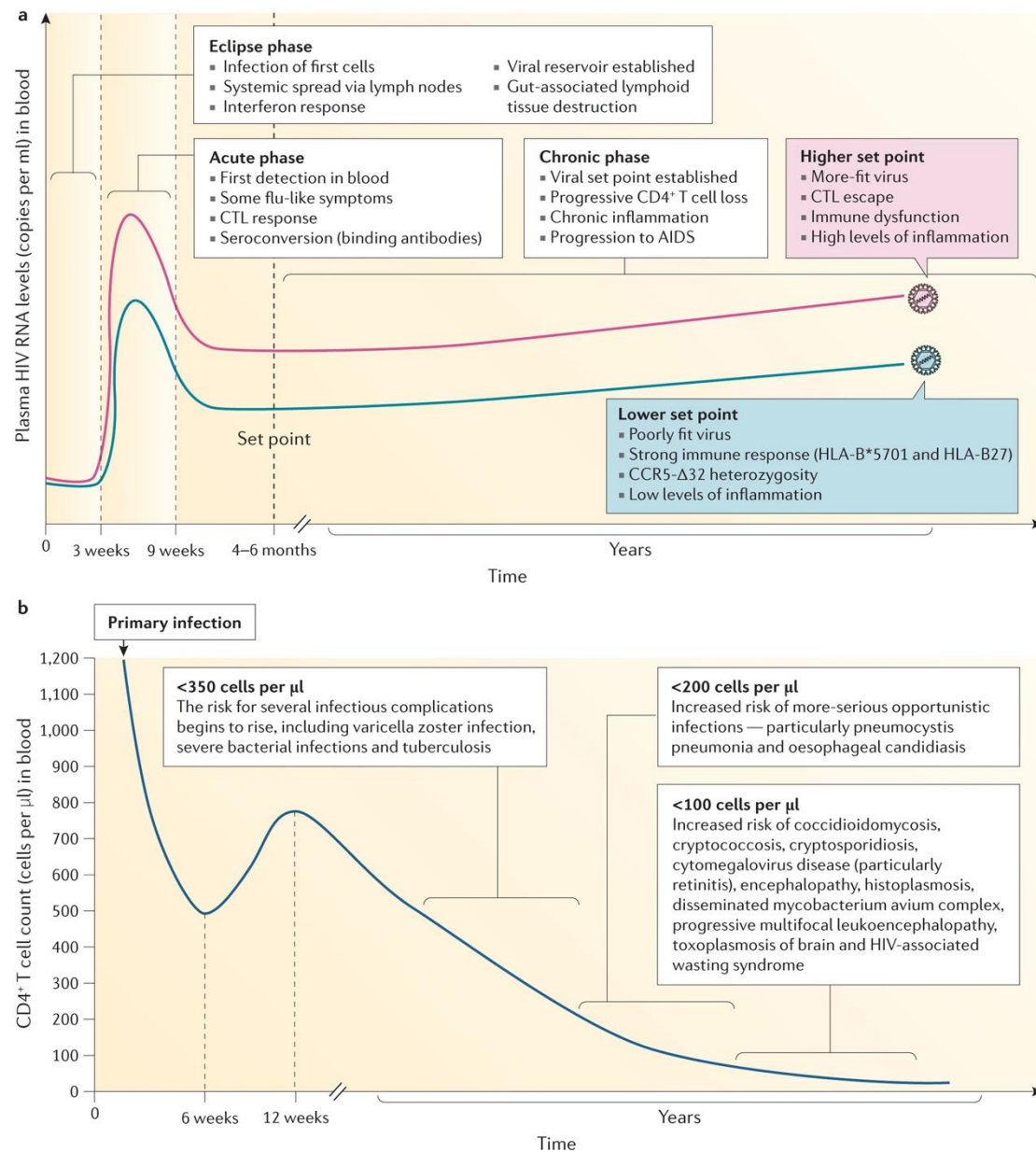
Ο ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) είναι ένας ιός που στοχεύει το ανοσοποιητικό σύστημα, ελαττώνοντας τη δυνατότητα του οργανισμού να καταπολεμά λοιμώξεις και ασθένειες. Επομένως, τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV

διατρέχουν τον κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών λοιμώξεων, τις οποίες ένας υγιής οργανισμός θα μπορούσε συνήθως να αντιμετωπίσει. Όταν τα άτομα με HIV εμφανίζουν ασθένειες εξαιτίας της ανοσοκαταστολής που προκαλεί ο ιός, θεωρούνται ότι πάσχουν από το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS). Το AIDS αντιπροσωπεύει το τελικό στάδιο της λοίμωξης από HIV, κατά το οποίο ο οργανισμός δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει σε σοβαρές λοιμώξεις χωρίς τη χρήση θεραπευτικών μέτρων. Αν και δεν υπάρχει πλήρης θεραπεία για την λοίμωξη από HIV, οι αντιρετροϊκές θεραπείες προσφέρουν τη δυνατότητα επιβράδυνσης της εξάπλωσης του ιού και ενισχύουν τη μακροχρόνια επιβίωση και την ποιότητα ζωής των ατόμων που έχουν μολυνθεί.

Κεφάλαιο 2^ο: HIV και AIDS

2.1 Ορισμός του HIV και του AIDS

Ο HIV πιθανώς μεταδόθηκε από μη ανθρώπινα πρωτεύοντα θηλαστικά σε ανθρώπους σποραδικά καθ' όλη τη διάρκεια του 20ού αιώνα. Ωστόσο, κατά τη δεκαετία του 1980 ο ιός ήρθε στο προσκήνιο, όταν ομοφυλόφιλοι άνδρες σε αστικά κέντρα άρχισαν να παρουσιάζουν προχωρημένη και ανεξήγητη ανοσοανεπάρκεια. Μέσα σε δύο χρόνια από την πρώτη αναφορά αυτού που τελικά έγινε γνωστό ως σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (AIDS), οι επιστήμονες ανακάλυψαν τον αιτιολογικό ιό: τον HIV. Ο HIV έχει μολύνει περισσότερα από 80 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως και υπολογίζεται ότι περίπου 40 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν σήμερα με τον ιό. Η μόλυνση από τον HIV είναι μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση της νόσου να βρίσκεται στην υποσαχάρια Αφρική. Καθώς η λοίμωξη συχνά πλήττει ενήλικες που βρίσκονται στην ακμή της οικονομικής τους παραγωγικότητας, η μόλυνση από τον HIV έχει αλλάξει δραματικά τις οικονομίες πολλών χωρών [2].



Nature Reviews | Disease Primers

Εικόνα 1: a) Κατά τη διάρκεια μιας πρωτότυπης μόλυνσης από HIV, ο μεταδιδόμενος ιός μολύνει αρχικά κύτταρα-στόχους στους βλεννογόνους ιστούς και στη συνέχεια εξαπλώνεται μέσω του λεμφικού συστήματος (φάση απόκρυψης). Τα επίπεδα του RNA του HIV γίνονται ανιχνεύσιμα μετά από αρκετές ημέρες και στη συνέχεια αυξάνονται εκθετικά, φτάνοντας στο μέγιστο επίπεδο λίγες εβδομάδες αργότερα, σημείο στο οποίο η προσαρμοστική ανοσοαπόκριση οδηγεί σε μερικό έλεγχο. Οι αντισωματικές αποκρίσεις έναντι του HIV είναι σε μεγάλο βαθμό αναποτελεσματικές λόγω της ταχείας απόδρασης του ιού. Ένα επίπεδο σταθερής κατάστασης (σημείο ρύθμισης) της ιαμίας, το οποίο αντικατοπτρίζει πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιού και ξενιστή, καθιερώνεται στη συνέχεια. Η καταστροφή των CD4⁺ T κυττάρων από τον HIV οδηγεί σε ανοσοανεπάρκεια και χρόνια φλεγμονή. **b)** Ο τυπικός αριθμός των CD4⁺ T κυττάρων σε έναν ενήλικα κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 500 και 1.200 κυττάρων ανά µl. Καθώς ο αριθμός των CD4⁺ T κυττάρων μειώνεται σε λιγότερα από 350 κύτταρα ανά µl, ο κίνδυνος για πολλές μολυσματικές επιπλοκές αρχίζει να αυξάνεται, οδηγώντας σε πιο προχωρημένη

νόσο (αριθμός CD4+ T κυττάρων κάτω από 100 κύτταρα ανά μl). Πράγματι, η ανοσοανεπάρκεια που σχετίζεται με τον HIV αυξάνει τον κίνδυνο για σάρκωμα Kaposi, ορισμένα λεμφώματα και διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ ορίζουν το AIDS με βάση την παρουσία μόλυνσης από HIV και είτε έναν αριθμό CD4+ T κυττάρων κάτω από 200 κύτταρα ανά μl είτε μια επιπλοκή που ορίζει το AIDS.

Πηγή: Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A., & Buchbinder, S. (2015). HIV infection. *Nature Reviews Disease Primers* 2015 1:1, 1(1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.35>

2.2 Στατιστικά στοιχεία και επιπτώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο

Από την αρχή της επιδημίας, έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV 88,4 εκατομμύρια άτομα και περίπου 42,3 εκατομμύρια άτομα έχουν πεθάνει από τον HIV. Παγκοσμίως, 39,9 εκατομμύρια άτομα ζούσαν με τον HIV στο τέλος του 2023. Εκτιμάται ότι το 0,6% των ενηλίκων ηλικίας 15–49 ετών παγκοσμίως ζουν με τον HIV, αν και το μέγεθος της επιδημίας συνεχίζει να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών και των περιοχών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η περιοχή της Αφρικής παραμένει η πιο σοβαρά επηρεασμένη, με ένα στα 30 ενήλικα άτομα (3,4%) να ζει με τον HIV και να αντιπροσωπεύει πάνω από τα δύο τρίτα των ατόμων που ζουν με τον ιό παγκοσμίως [3].

2.3 Πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα

Ο HIV μεταδίδεται μέσω της επαφής των μολυσμένων σωματικών υγρών με τους βλεννογόνους ιστούς, το αίμα ή το δέρμα που έχει τραυματιστεί. Οι παράγοντες που αυξάνουν τη μολυσματικότητα ενός ατόμου που έχει μολυνθεί με τον HIV περιλαμβάνουν τα υψηλότερα επίπεδα του ιού στο πλάσμα ή τις γεννητικές εκκρίσεις, καθώς και άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις. Τα χαρακτηριστικά του ιού, όπως το υψηλότερο περιεχόμενο του περιβλήματος, η αυξημένη μολυσματικότητα έναντι των κυττάρων, η αυξημένη αλληλεπίδραση με τα δενδριτικά κύτταρα και η ανθεκτικότητα στην ιντερφερόνη άλφα (IFNα), έχουν συσχετιστεί με την αυξημένη μολυσματικότητα [4]. Άτομα αρνητικά στον HIV μπορεί να είναι πιο ευάλωτα στη μόλυνση αν έχουν μεγαλύτερο αριθμό πιθανών κυττάρων-στόχων (δηλαδή ενεργοποιημένα CD4⁺ T κύτταρα) στο σημείο της έκθεσης, κάτι που μπορεί να συμβεί εάν έχουν μολυνθεί από άλλους σεξουαλικά μεταδιδόμενους λοιμώδεις παράγοντες ή

μετά από τραύμα. Αυτή η ιδέα επεκτείνεται στη συσχέτιση της περιτομής στους άνδρες με μειωμένο κίνδυνο απόκτησης HIV. Έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί για τον ρόλο της ακροποσθίας στην απόκτηση HIV, όπως η ύπαρξη μεγάλης επιφάνειας πλούσιας σε ενεργοποιημένα κύτταρα-στόχους, η αργή επούλωση μικροεκδορών από τη σεξουαλική δραστηριότητα σε άνδρες που δεν έχουν κάνει περιτομή και η απόκτηση προστατευτικών αλλαγών στη μικροχλωρίδα του πέους μετά την περιτομή [5]. Η μακροχρόνια ενέσιμη ορμονική αντισύλληψη έχει επίσης συνδεθεί με αυξημένη απόκτηση HIV, πιθανώς ως αποτέλεσμα της λείπτυνσης του κολπικού επιθηλίου, του αυξημένου αριθμού ενεργοποιημένων CD4⁺ T κυττάρων και της μειωμένης χρήσης προφυλακτικών σε αυτές τις γυναίκες. Η ενδοφλέβια, μέσω άμεσης παρεντερικής έκθεσης, και η μη ενδοφλέβια χρήση, ναρκωτικών αυξάνει επίσης τον κίνδυνο απόκτησης HIV [2].

Ο γρήγορος έλεγχος για HIV, χρησιμοποιώντας αίμα μέσω τρυπήματος του δακτύλου ή συλλογή στοματικού υγρού, μπορεί να δώσει αποτελέσματα για τη μόλυνση από HIV-1 εντός 30 λεπτών και είναι χρήσιμος σε περιβάλλοντα όπου η φροντίδα παρακολούθησης των ασθενών είναι δύσκολη. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις αδειοδοτημένες γρήγορες δοκιμές έχουν περιορισμένη ευαισθησία για την ανίχνευση της οξείας λοίμωξης από HIV. Η μειωμένη ευαισθησία των δοκιμών σε εκκρίσεις στοματικού υγρού προσθέτει περίπου 6 εβδομάδες επιπλέον για την ανίχνευση της ίδιας δοκιμής που πραγματοποιείται σε δείγματα αίματος [6]. Οι ανοσοδοκιμασίες για τον HIV μπορούν να μετατραπούν σε μη αντιδραστικές μετά από μακροχρόνια κατασταλτική θεραπεία σε ορισμένα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον HIV. Επομένως, ο έλεγχος για τον ιό δεν πρέπει να διεξάγεται σε άτομα που έχουν ήδη επιβεβαιωθεί ως θετικά και λαμβάνουν θεραπεία [2].

Η χρήση προφυλακτικού στους άνδρες αποτελεί βασικό πυλώνα της πρόληψης του HIV, καθώς η σωστή χρήση θα πρέπει να αποτρέπει εντελώς τη μετάδοση του HIV, καθώς και τη μετάδοση πολλών άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα του προφυλακτικού έχει εκτιμηθεί ότι είναι περίπου 80% έναντι της ετεροφυλόφιλης μετάδοσης της λοίμωξης και 70% έναντι της σεξουαλικής μετάδοσης από άνδρα σε άνδρα [7]. Η υπερεκτίμηση της χρήσης προφυλακτικών πιθανώς συμβάλλει σε αυτές τις χαμηλότερες από τις αναμενόμενες εκτιμήσεις αποτελεσματικότητας, αν και η ακατάλληλη χρήση και η αποτυχία του

προφυλακτικού παίζουν επίσης ρόλο [8]. Παρομοίως, η παροχή καθαρού εξοπλισμού ένεσης μπορεί να μειώσει σημαντικά τη μετάδοση του HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών [9].

Ελλείπει αντιρετροϊκής θεραπείας, τα ποσοστά μετάδοσης του HIV από μητέρα σε νεογνό είναι 15–25% και σχεδόν διπλασιάζονται με τον θηλασμό (περίπου 35–40%)[10]. Η μετάδοση του ιού μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή μέσω του θηλασμού. Ωστόσο, η αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση της μεταδοτικότητας στη μητέρα μειώνοντας το ιικό της φορτίο και ως προφύλαξη για το βρέφος για να αποτραπεί η εγκατάσταση του εισερχόμενου ιού. Πράγματι, η αντιρετροϊκή θεραπεία που χορηγείται σε έγκυες γυναίκες με λοίμωξη από τον HIV και συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της περιόδου θηλασμού, μειώνει τα ποσοστά μετάδοσης του ιού σε λιγότερο από 5% [11]. Ο τοκετός με καισαρική τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν οι γυναίκες έχουν διαγνωστεί σε μεταγενέστερο στάδιο για να επιτευχθεί πλήρης καταστολή του ιού [12]. Ο ΠΟΥ συνιστά σε όλες τις έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες με HIV να λαμβάνουν αντιρετροϊκές θεραπείες που διατηρούν την καταστολή του ιού και να διατηρούνται αυτές οι θεραπείες τουλάχιστον κατά τη διάρκεια του κινδύνου μετάδοσης. Συνιστάται επίσης τα βρέφη να λαμβάνουν βραχυπρόθεσμη αντιρετροϊκή θεραπεία για προφύλαξη μετά τη γέννηση. Επιπλέον, ο Π.Ο.Υ συνιστά η θεραπεία να συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της οροθετικής γυναίκας, καθώς η αντιρετροϊκή θεραπεία παρέχει οφέλη για την υγεία, μειώνει τη σεξουαλική μετάδοση και προλαμβάνει τη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί κατά τη διάρκεια μελλοντικών κύσεων [2].

Τρεις μεγάλες ελεγχόμενες δοκιμές της ιατρικής περιτομής σε οροαρνητικούς άνδρες στην υποσαχάρια Αφρική έδειξαν μείωση της απόκτησης του HIV κατά 50–60% σε σύγκριση με τους μη περιτομημένους άνδρες [13], [14]. Η περιτομή στους οροθετικούς άνδρες δεν φαίνεται να μειώνει τη μετάδοση του ιού στις γυναίκες συντρόφους τους και ο κίνδυνος μετάδοσης αυξάνεται όταν οι άνδρες επαναλαμβάνουν τη σεξουαλική δραστηριότητα πριν από την πλήρη επούλωση του τραύματος της περιτομής [15]. Η περιτομή έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο άλλων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων. Ο ΠΟΥ συνιστά η ανδρική περιτομή να θεωρείται σημαντικό συστατικό της ολοκληρωμένης πρόληψης του HIV. Ωστόσο, υπάρχουν ανεπαρκή δεδομένα σχετικά με τον πιθανό ρόλο της περιτομής στην

πρόληψη της απόκτησης του ιού σε περιτομημένους άνδρες που κάνουν πρωκτικό σεξ με άνδρες [16].

Κεφάλαιο 3^ο: Η Μετάβαση του AIDS σε Χρόνια

Κατάσταση: Πολιτικές, Ποιότητα Ζωής και Σύγχρονες Θεραπευτικές Μέθοδοι

3.1 Μετάβαση του AIDS σε Χρόνια Κατάσταση

Σε διεθνές επίπεδο, η ανισότητα στον πλούτο μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών έχει δημιουργήσει δύο διαφορετικούς τύπους AIDS. Στις ανεπτυγμένες χώρες, το AIDS θεωρείται μια χρόνια κατάσταση λόγω της διαθεσιμότητας πόρων για θεραπεία, όπως η ζιδοβουδίνη και άλλα φάρμακα. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες, το AIDS παραμένει μια σοβαρή κρίση επειδή δεν υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι για τέτοιες θεραπείες [17].

Σε εθνικό επίπεδο, η κατηγοριοποίηση του AIDS ως χρόνιας ασθένειας έχει μεταβάλει την προτεραιότητά του στην πολιτική της υγείας και έχει δημιουργήσει αυξανόμενες ανισότητες στην κατανομή των πόρων για τη θεραπεία του στον πληθυσμό. Αρχικά, θεωρήθηκε ότι το AIDS αφορά μόνο τους ομοφυλόφιλους άνδρες. Ωστόσο, μόλις διαπιστώθηκε ότι μεταδίδεται σε γυναίκες, παιδιά και ετεροφυλόφιλους άνδρες, έγινε υψηλή προτεραιότητα για τους υπεύθυνους της δημόσιας υγείας και τις κυβερνητικές υπηρεσίες. Η πολιτική δραστηριότητα, ιδιαίτερα από ομοφυλόφιλους άνδρες εξασφάλισε την κυβερνητική υποστήριξη για έρευνα και θεραπεία [17].

Οι υποστηρικτές της έρευνας και της χρηματοδότησης για το AIDS συχνά βρίσκονται σε ανταγωνισμό με τους υποστηρικτές των ανθρώπων που πάσχουν από άλλες χρόνιες, απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης και η υπέρταση. Η αναγνώριση ότι οι περισσότερες νέες περιπτώσεις AIDS εμφανίζονται μεταξύ των ετεροφυλόφιλων έχει αλλάξει τις αντιλήψεις και τις πολιτικές του κοινού με διάφορους τρόπους. Πρώτον, το AIDS έχει «κανονικοποιηθεί», καθώς ένα μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού θεωρείται πλέον ευάλωτο σε μόλυνση. Ενώ αυτή η αλλαγή έχει μειώσει το στίγμα που συνδέεται με την ασθένεια και έχει ανακουφίσει κάπως την πίεση στην ομοφυλοφιλική κοινότητα, έχει επίσης αποδυναμώσει ορισμένες

από τις πολιτικές συμμαχίες που ήταν κρίσιμες για τις προσπάθειες υποστήριξης τη δεκαετία του 1980. Δεύτερον, η συχνότητα του AIDS είναι σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των Αφροαμερικανών και των Ισπανόφωνων ανδρών, γυναικών και παιδιών[17].

Οι χρόνιες ασθένειες, λόγω της απρόβλεπτης πορείας τους και της πολυπλοκότητας της θεραπείας τους, απαιτούν τη συνεργασία ενός δικτύου οικογένειας, φίλων, επαγγελματιών υγείας και διαφόρων υποστηρικτικών υπηρεσιών. Οι οργανισμοί που δημιουργήθηκαν αρχικά για να βοηθήσουν όσους πέθαιναν από το AIDS, των οποίων τα κοινωνικά δίκτυα καταστράφηκαν από την επιδημία, αναγκάστηκαν να αλλάξουν το προσανατολισμό τους για να παρέχουν πιο διαλείπουσα υποστήριξη κατά τη διάρκεια οξέων κρίσεων. Για παράδειγμα, το Project Angel Heart στο Ντένβερ του Κολοράντο, προσφέρει γεύματα σε άτομα με AIDS που δεν μπορούν να προετοιμάσουν τα γεύματά τους ή χρειάζονται επιπλέον διατροφή λόγω των θεραπευτικών τους σχημάτων [17].

Το 1988, η Susan Sontag έγραψε ότι οι κοινωνίες συχνά ταυτίζουν μια ασθένεια με το κακό και επιρρίπτουν την ευθύνη στα θύματά της. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, το AIDS εξυπηρέτησε αυτόν τον σκοπό λόγω της σοβαρότητάς του, της ταχείας εξάπλωσής του, των καταστροφικών σωματικών επιπτώσεων και της σύνδεσής του με τη σεξουαλική μετάδοση. Ωστόσο, τώρα που το AIDS θεωρείται μια χρόνια, απειλητική για τη ζωή αλλά όχι άμεσα θανατηφόρα ασθένεια που επηρεάζει τον γενικό πληθυσμό, η ισχύς του ως μεταφορά του κακού έχει μειωθεί. Η ανάπτυξη της κατηγορίας «HIV θετικός», που προέκυψε από θεραπείες που μπορούν να καθυστερήσουν την εξέλιξη προς το AIDS, έχει επίσης βοηθήσει στη μείωση του φόβου του κοινού για την ασθένεια και για όσους την έχουν. Ενώ αυτό είναι θετικό για όσους ζουν με AIDS, η πραγματικότητα της ζωής με μια χρόνια ασθένεια φέρνει τις δικές της κοινωνικές προκλήσεις [17].

3.2 Βελτίωση της ποιότητας ζωής για τα οροθετικά άτομα

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται ευρέως για να περιγράψει την συνολική ευημερία, συμπεριλαμβάνοντας την ευτυχία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής ως τις αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, λαμβάνοντας υπόψη τα πολιτισμικά και αξιακά συστήματα στα οποία ζουν,

καθώς και τους προσωπικούς τους στόχους και ανησυχίες. Με τις πρόσφατες εξελίξεις στις κλινικές εξετάσεις και θεραπείες για το AIDS, έχουν βελτιωθεί τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών [18]. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με HIV περιλαμβάνουν κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η απασχόληση, καθώς και οι κλινικούς δείκτες όπως το ιικό φορτίο, ο αριθμός CD4⁺, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης [18].

Η κόπωση είναι ένα συχνό πρόβλημα μεταξύ των ασθενών με HIV και επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική ευημερία. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής, με τις στρατηγικές αποφυγής να συνδέονται με έντονο άγχος και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα. Οι ενεργές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η επίλυση προβλημάτων, συνδέονται με καλύτερη ποιότητα ζωής. Η άρνηση και η αποφυγή μπορεί να επιδεινώσουν την κατάθλιψη και την συνολική υγεία, καθώς τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτές τις στρατηγικές μπορεί να χρειάζονται ψυχολογική παρέμβαση [18]. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής σε περιπτώσεις HIV. Η κοινωνική υποστήριξη, που περιλαμβάνει την συναισθηματική, την υλική και τη πληροφοριακή υποστήριξη, επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής. Η πνευματικότητα συμβάλλει στην ευημερία παρέχοντας νόημα και σκοπό. Η κατάθλιψη είναι συχνή στα οροθετικά άτομα και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Η διαχείριση της κατάθλιψης είναι σημαντική καθώς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας και να ενισχύσει την συμμόρφωση με τις ιατρικές θεραπείες [18].

Η απασχόληση προσθέτει τα δικά της προβλήματα για τα άτομα με AIDS. Μπορεί να προσφέρει οικονομική σταθερότητα, δομή και κοινωνική υποστήριξη, αλλά μπορεί να περιοριστεί από ζητήματα που σχετίζονται με τον HIV, όπως επαναλαμβανόμενη ασθένεια και κόπωση. Επιπλέον, η ανεργία συνδέεται με αυξημένη κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σοβαρές ανησυχίες που συνδέονται με τη μόλυνση από τον ιό, καθώς είναι συχνά συνδεδεμένες με ταυτόχρονες ψυχιατρικές διαταραχές. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος κατά τους αρχικούς μήνες μετά τη διάγνωση ή με την εμφάνιση επιπλοκών του AIDS [18].

3.3 Σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι και αποτελεσματικότητα

Η συνδυαστική αντιρετροϊκή θεραπεία είναι μια σημαντική ιατρική επίτευξη, καθώς μειώνει αποτελεσματικά το ιικό φορτίο και προλαμβάνει την αντίσταση στα φάρμακα σε ασθενείς με HIV. Αν και η αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος, δεν είναι πάντα πλήρως αποτελεσματική λόγω της πιθανής ανθεκτικότητας στα φάρμακα, της ατελούς ανοσολογικής αποκατάστασης και των βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων τοξικοτήτων [2].

Υπάρχουν πέντε κύριες κατηγορίες αντιρετροϊκών φαρμάκων:

1. **NRTIs:** Αναστέλλουν την ανάστροφη μεταγραφάση, εμποδίζοντας τη σύνθεση του DNA του HIV.
2. **INSTIs:** Αποτρέπουν την ενσωμάτωση του HIV DNA στο γονιδίωμα του ξενιστή.
3. **NNRTIs:** Συνδέονται στην ενεργή θέση της ανάστροφης μεταγραφάσης, αναστέλλοντας το ένζυμο.
4. **PIs:** Αναστέλλουν την πρωτεάση του HIV, αποτρέποντας την ωρίμανση του ιού.
5. **Αναστολείς Είσοδου:** Αποτρέπουν την είσοδο του HIV στα κύτταρα.

Κεφάλαιο 4^ο: Αναπαραγωγικές Προκλήσεις και Στρατηγικές για Άτομα με HIV

4.1 Απόκτηση Παιδιού από Οροθετικά Ζευγάρια

Με τη βελτίωση της πρόσβασης στη φροντίδα και την πρόωπη θεραπεία, η προσδόκιμη ζωή των ατόμων που ζουν με HIV πλησιάζει εκείνη των μη μολυσμένων ατόμων. Οι εξελίξεις στη θεραπεία και στη προφύλαξη από τον HIV, καθώς και οι υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές τεχνολογίες, έχουν μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο οριζόντιας μετάδοσης σε μη μολυσμένους συντρόφους και από μολυσμένες μητέρες στα παιδιά τους. Έτσι, πολλοί άνθρωποι με AIDS επιθυμούν πλέον να αποκτήσουν

παιδιά, πιστεύοντας ότι το παιδί τους μπορεί να γεννηθεί χωρίς λοίμωξη και ότι θα μπορέσουν να το μεγαλώσουν [19].

Παρά τη σημαντική συμβολή των ανδρών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την αναπαραγωγή, η έρευνα έχει επικεντρωθεί κυρίως στις επιθυμίες αναπαραγωγής των γυναικών με HIV. Μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες με HIV, όπως και οι γυναίκες, συχνά εκφράζουν την επιθυμία να κάνουν παιδιά παρά την κατάστασή τους. Στις ΗΠΑ, έρευνες έχουν δείξει ότι ένα σημαντικό ποσοστό ανδρών και γυναικών με AIDS επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά. Για παράδειγμα, μια έρευνα του 1998 έδειξε ότι το 28% των ανδρών με HIV και το 29% των γυναικών ήθελαν παιδιά, και μια έρευνα του 2010 ανέφερε παρόμοια ποσοστά με το 39% των ανδρών και το 38% των γυναικών να εκφράζουν την ίδια επιθυμία. Μια μελέτη οροθετικών ανδρών που βρίσκονταν σε ερωτικές σχέσεις με οροαρνητικά άτομα έδειξε ότι το 72% επιθυμούσε να συλλάβει ένα παιδί με τον/την σύντροφό του/της [19].

Οι νεότεροι άνδρες με HIV, όσοι δεν έχουν παιδιά και όσοι βρίσκονται σε ετεροφυλοφιλικές σχέσεις, συχνά εκφράζουν την επιθυμία να γίνουν γονείς. Παρά τις ανησυχίες για τη μετάδοση του ιού, πολλοί δεν αποθαρρύνονται από την επιθυμία απόκτησης βιολογικών παιδιών, καθώς θεωρούν την αναπαραγωγή πολιτιστική κληρονομιά και έναν τρόπο επίτευξης κανονικότητας και πλήρους ζωής. Οι άνδρες με AIDS επηρεάζονται στις αναπαραγωγικές τους επιθυμίες από διάφορους παράγοντες όπως η οικονομική αβεβαιότητα, τα προβλήματα στις σχέσεις και η ηλικία. Έρευνες, ιδιαίτερα στην Αφρική, δείχνουν ότι οι αναπαραγωγικές τους επιλογές επηρεάζονται από προσωπικές στάσεις και δομικές προκλήσεις, όπως η φτώχεια και τα έμφυλα πρότυπα [19].

Με τη διαδεδομένη χρήση της υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκής θεραπείας (HAART), τα άτομα που ζουν με HIV στη νότια Σαχάρα βιώνουν πλέον μεγαλύτερη και υγιέστερη ζωή. Αυτή η θετική εξέλιξη αλλάζει τις συνθήκες αναπαραγωγής μεταξύ των ζευγαριών που επηρεάζονται από τον HIV, με πολλούς να επιθυμούν τώρα να αποκτήσουν παιδιά. Ενώ οι δημόσιες υγειονομικές πρωτοβουλίες έχουν κάνει σημαντικά βήματα προόδου στην πρόληψη της μετάδοσης από μητέρα σε παιδί, πρόσφατα έχει στραφεί η προσοχή στην πρόληψη της οριζόντιας μετάδοσης μεταξύ ζευγαριών με HIV που προσπαθούν να συλλάβουν παιδί [20].

Η μειωμένη γονιμότητα στο πλαίσιο του HIV μπορεί να επηρεάζεται από μια σειρά συμπεριφορικών, περιβαλλοντικών και βιολογικών παραγόντων. Η ηλικία είναι ένας σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας, με την επίδρασή της στη γονιμότητα να είναι πιο έντονη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Συμπεριφορικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η καφεΐνη, η διατροφή και τα επίπεδα άγχους, καθώς και επαγγελματικές και περιβαλλοντικές εκθέσεις, παίζουν επίσης ρόλο στη γονιμότητα [20]. Η ακριβής επίδραση των βιολογικών και συμπεριφορικών παραγόντων στη γονιμότητα ατόμων με AIDS δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ιστορικά δεδομένα, πριν και στην πρώιμη εποχή της HAART, έδειξαν μειωμένη γονιμότητα λόγω καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος, ταυτόχρονων λοιμώξεων με άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μειωμένης κινητικότητας και όγκου σπέρματος στους άνδρες, καθώς και διαταραχών του έμμηνου κύκλου στις γυναίκες. Στη νότια Σαχάρα, η υπογονιμότητα μπορεί να εντείνει την πιθανότητα μόλυνσης από HIV λόγω αυξημένων επαφών χωρίς προφυλακτικό και πολλών σεξουαλικών συντρόφων, επηρεαζόμενη από προσωπικές, πολιτισμικές και κοινωνικές πιέσεις [20].

Μεταξύ των ζευγαριών με HIV, που αποτελούν περίπου το 30% των σταθερών ετεροφυλοφιλικών ζευγαριών στη Νότια Αφρική, το 20-50% αναφέρει ότι η επιθυμία τους να συλλάβουν παιδί είναι ο κύριος λόγος για την ενασχόλησή τους με σεξ χωρίς προφυλακτικό. Η κατανόηση της επικράτησης και των παραγόντων που επηρεάζουν την υπογονιμότητα μεταξύ των ζευγαριών που επηρεάζονται από τον HIV είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση της μετάδοσης του ιού και τη βελτιστοποίηση των υπηρεσιών ασφαλέστερης σύλληψης [20].

4.2 Συμβουλευτική και φροντίδα σε εξειδικευμένα ιδρύματα

Τα ζευγάρια με οροδιαφορετικότητα (όπου ο ένας σύντροφος είναι HIV-θετικός και ο άλλος HIV-αρνητικός) αποτελούν σημαντικό στόχο για την πρόληψη του HIV, ιδιαίτερα στην Αφρική, όπου ευθύνονται για έως και το 50% των νέων λοιμώξεων. Η αντιρετροϊκή θεραπεία και η προφύλαξη πριν την έκθεση (PrEP) είναι κρίσιμα εργαλεία για την πρόληψη της μετάδοσης. Η προσήλωση στη θεραπεία είναι καθοριστική για την αποτελεσματικότητά τους. Μελέτες δείχνουν ότι η ενσωμάτωση της PrEP και της αντιρετροϊκής θεραπείας μειώνει τη μετάδοση κατά 96%, ενώ η καθοδήγηση παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και στην υποστήριξη της προσήλωσης [21].

4.3 Σημασία της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (MAR)

Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART), σύμφωνα με το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), περιλαμβάνουν θεραπείες γονιμότητας όπως η μεταχείριση ωαρίων ή εμβρύων, εξαιρώντας τις διαδικασίες που εμπλέκουν μόνο την επεξεργασία σπέρματος ή την ωοθηκική διέγερση χωρίς λήψη ωαρίων. Η πρώτη επιτυχημένη εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) έγινε το 1978 στην Αγγλία και από τότε η τεχνολογία έχει εξελιχθεί σημαντικά. Αυτή η ανασκόπηση καλύπτει σύγχρονες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART), περιλαμβάνουν την εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) και την ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (ICSI). Στην ART, σημαντικά όργανα της γυναικείας ανατομίας είναι οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες και η μήτρα. Οι ωοθήκες παράγουν ωάρια και ορμόνες, ενώ οι σάλπιγγες μεταφέρουν το γονιμοποιημένο ωάριο στη μήτρα, όπου το ενδομήτριο προετοιμάζεται για εμφύτευση [22].

Κεφάλαιο 5ο: Θεραπείες Γονιμότητας για Άτομα με HIV:

Επισκόπηση Θεραπευτικών Προσεγγίσεων και Προκλήσεων

5.1 Θεραπείες Γονιμότητας για Οροθετικά Άτομα

Δεν υπάρχουν καθιερωμένες κατευθυντήριες γραμμές για τη φροντίδα γονιμότητας σε άτομα με HIV. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, πολλές μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης αρνούνται τη θεραπεία σε ζευγάρια με HIV λόγω ανησυχιών για την προσδόκιμη ζωή του μολυσμένου γονέα και τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Ωστόσο, οι εξελίξεις στη θεραπεία έχουν βελτιώσει την προσδόκιμη ζωή και την ποιότητα ζωής των ατόμων με HIV, κάνοντάς τους να ζήσουν τουλάχιστον 20 χρόνια μετά τη διάγνωση. Η μετάδοση του HIV από μητέρες με HIV μπορεί να μειωθεί κάτω από 2% με κατάλληλα μέτρα, όπως η αντιρετροϊκή θεραπεία και η καισαρική τομή. Επιπλέον, τεχνικές όπως το "πλύσιμο σπέρματος" έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές για την πρόληψη της μετάδοσης, αν και η πρόληψη από γυναίκες με HIV σε μη μολυσμένους άνδρες είναι λιγότερο εξελιγμένη. Με τη βελτιωμένη θεραπεία και προσδόκιμη ζωή, τα ζευγάρια με HIV πρέπει να έχουν πρόσβαση σε συμβουλές και θεραπείες γονιμότητας ισότιμα με τα μη μολυσμένα άτομα. Συνιστάται να εξετάζονται όλα τα ζευγάρια με προβλήματα τεκνοποίησης για HIV, ώστε να προσφέρονται συμβουλές και θεραπείες που μειώνουν τους κινδύνους, καθώς και προγεννητική φροντίδα [23].

Στην Ελλάδα, η ασφαλής σύλληψη για άτομα με HIV ή άλλες οροθετικές καταστάσεις αντιμετωπίζεται με σύγχρονες ιατρικές κατευθυντήριες γραμμές που περιλαμβάνουν τη χρήση αντιρετροϊκής θεραπείας για τη διατήρηση μη ανιχνεύσιμου ιικού φορτίου και τη χρήση προχωρημένων μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι στρατηγικές αυτές εφαρμόζονται μέσω συνεργασίας μεταξύ κλινικών αντιρετροϊκής θεραπείας και λοιμωξιολόγων, με στόχο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου μετάδοσης του ιού στο έμβρυο ή στον αρνητικό ορολογικά σύντροφο. Παρά τις σημαντικές προόδους, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις, όπως το κοινωνικό στίγμα που αποθαρρύνει ορισμένα ζευγάρια από το να αναζητήσουν θεραπεία, καθώς και περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένα κέντρα αναπαραγωγής εκτός μεγάλων αστικών κέντρων. Συνεπώς, απαιτούνται περαιτέρω προσπάθειες για την εκπαίδευση του κοινού και τη βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών για τη διαχείριση αυτών των ευάλωτων πληθυσμών [24], [25].

5.2 Ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI)

Η ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI) είναι μια διαδικασία θεραπείας γονιμότητας που περιλαμβάνει την τοποθέτηση επεξεργασμένου σπέρματος απευθείας στη μήτρα κατά την περίοδο της ωορρηξίας, με σκοπό την αύξηση των πιθανοτήτων εγκυμοσύνης. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπως το αδύναμο σπέρμα του δότη, η ανεξήγητη στειρότητα, η ενδομητρίωση, η ελαφρά ανδρική στειρότητα, ο τραχηλικός παράγοντας και η ωοθυλακική δυσλειτουργία [26].

Οι κίνδυνοι της ενδομήτριας σπερματέγχυσης (IUI) περιλαμβάνουν μικρή πιθανότητα λοίμωξης, κολπική αιμορραγία και αυξημένο κίνδυνο πολύδυμης εγκυμοσύνης αν χρησιμοποιηθούν φάρμακα. Η διαδικασία περιλαμβάνει παρακολούθηση της ωορρηξίας και τοποθέτηση επεξεργασμένου σπέρματος στη μήτρα. Το σπέρμα προετοιμάζεται με πλύσιμο για απομάκρυνση των μη υγιών σπερματοζωαρίων, και η εγκυμοσύνη ελέγχεται μετά από δύο εβδομάδες. Αν δεν επιτευχθεί εγκυμοσύνη, η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί για 3-6 κύκλους. Οι σύγχρονες μέθοδοι επεξεργασίας σπέρματος περιλαμβάνουν διαδικασία δύο σταδίων που μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης HIV, αλλά μπορεί να παραμείνει υπολειμματικό ιικό σωματίο HIV σε 1,3%–7,7% των δειγμάτων και τα θετικά δείγματα απορρίπτονται [26].

Οι νέες μέθοδοι επεξεργασίας σπέρματος έχουν μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης HIV με σχεδόν μηδενικές μεταδόσεις στους απογόνους. Η χρήση HAART από τον μολυσμένο σύντροφο και PrEP από τον μη μολυσμένο μπορεί να μειώσει περαιτέρω τον κίνδυνο. Παρόλο που έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μετάδοσης HIV μετά από IUI, αυτές συνδέονται συνήθως με επαφή χωρίς προφυλακτικό. Η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) μπορεί να μειώσει τον σωματικό κίνδυνο λόγω μικρότερου αριθμού εκθέσεων στο σπέρμα του μολυσμένου συντρόφου, αλλά η σύγκριση με την IUI δεν είναι πλήρως σαφής. Η ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (ICSI) μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο, αλλά η επίδρασή της δεν είναι πλήρως κατανοητή. Και στις δύο περιπτώσεις, η χρήση επεξεργασίας σπέρματος, HAART και PrEP είναι κρίσιμη για την πρόληψη της μετάδοσης HIV [26].

5.3 Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) είναι μια μέθοδος που περιλαμβάνει τη γονιμοποίηση ωαρίων εκτός του σώματος, με τη διαδικασία να διαρκεί 4-6 εβδομάδες και να περιλαμβάνει τη συλλογή, γονιμοποίηση και μεταφορά του εμβρύου στη μήτρα. Χρησιμοποιείται όταν άλλες θεραπείες αποτύχουν ή σε περιπτώσεις όπως οι φραγμένες σάλπιγγες, η ενδομητρίωση, ο χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων, και η αδιευκρίνιστη υπογονιμότητα και αποτελεί μια συχνή επιλογή για ζευγάρια του ίδιου φύλου ή άτομα χωρίς σύντροφο. Σε αντίθεση με την ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI), όπου το σπέρμα εισάγεται απευθείας στη μήτρα, στην IVF η γονιμοποίηση γίνεται σε εργαστήριο και το έμβρυο μεταφέρεται στη μήτρα. Η IUI είναι λιγότερο δαπανηρή και επεμβατική αλλά έχει χαμηλότερο ποσοστό επιτυχίας. Η επιλογή μεταξύ IVF και IUI εξαρτάται από την αιτία της υπογονιμότητας και τις προτιμήσεις του ζευγαριού [27].

Η υπογονιμότητα σε άτομα με HIV δείχνει διαφοροποιήσεις ανά φύλο. Οι γυναίκες με HIV έχουν μειωμένες πιθανότητες σύλληψης σε σχέση με τις οροαρνητικές γυναίκες, ενώ οι άνδρες με HIV παρουσιάζουν προβλήματα στις παραμέτρους του σπέρματος λόγω της μόλυνσης και των αντιρετροϊκών θεραπειών. Η έρευνα για την αποτελεσματικότητα της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε ζευγάρια με AIDS είναι περιορισμένη και τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Κάποιες μελέτες δείχνουν ποσοστά εγκυμοσύνης ανά κύκλο από 9,2% έως 45%, ενώ άλλες καταγράφουν χαμηλότερα ποσοστά κλινικής εγκυμοσύνης ή εμφύτευσης. Μελέτη του 2016 στη Γαλλία ανέφερε 21 εγκυμοσύνες και 24 ζώντα νεογνά σε 209 κύκλους IVF, επισημαίνοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και βελτίωση της διαχείρισης αυτών των ζευγαριών [28]. Τα δεδομένα σχετικά με τα ποσοστά εγκυμοσύνης στις θεραπείες IVF/ICSI που πραγματοποιούνται σε ζευγάρια με γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον HIV είναι ασυνεπή και δεν είναι σαφές εάν αυτές οι ασθενείς παρουσιάζουν χειρότερα κλινικά αποτελέσματα ανά κύκλο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η ίδια αβεβαιότητα ισχύει και στην ανταπόκριση των ωοθηκών στη διέγερση, αν και φαίνεται να υπάρχει τάση για υψηλότερα ποσοστά ακύρωσης σε αυτές τις περιπτώσεις [29].

Η δυσκολία στην εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων σχετικά με την επίδραση της λοίμωξης από HIV στα αποτελέσματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) στις γυναίκες οφείλεται κυρίως στο μικρό μέγεθος των δειγμάτων των διεξαχθέντων

μελετών και την ετερογένεια στον σχεδιασμό και τη μεθοδολογία των μελετών. Αυτοί οι περιορισμοί, σε συνδυασμό με τον ελλιπή έλεγχο διάφορων παραγόντων όπως η ηλικία, η φυλή, η εθνικότητα, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), η κατανάλωση καπνού, η παρουσία κάποιας νόσου, το ιστορικό φλεγμονώδους νόσου της πύελου, η διάρκεια της υπογονιμότητας και ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται, είναι ιδιαίτερα ανησυχητικοί. Αυτά τα ζητήματα παρεμποδίζουν τη δυνατότητα εκτέλεσης και επίτευξης μιας πιο ολοκληρωμένης κατανόησης των αποτελεσμάτων [29].

5.4 Διαφορές και προκλήσεις σε σχέση με τα μη οροθετικά άτομα

Ερευνητικά μοντέλα για μια συγκεκριμένη περιοχή της Νότιας Αφρικής (KwaZulu-Natal) δείχνουν ότι χρειάζονται κατά μέσο όρο 4,9 χρόνια για να συσχετιστεί το 50% των οροθετικών ατόμων με τις διαδικασίες της φροντίδας. Πολλά άτομα είτε δεν γνωρίζουν την κατάστασή τους είτε δεν λαμβάνουν φροντίδα, αν και αναφέρουν πως είναι υγιείς. Εάν το 90% των ατόμων που δεν έχουν θεραπευτεί αρχίσουν αντιρετροϊκή θεραπεία, θα μπορούσαν να κερδηθούν σχεδόν 100 εκατομμύρια ποιοτικά προσαρμοσμένα χρόνια ζωής (QALYs), κυρίως λόγω της παράτασης της διάρκειας ζωής. Η μεγαλύτερη μελέτη για την ποιότητα ζωής σε χώρες όπως η Ν.Αφρική, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την ποιότητα ζωής σε διάφορα στάδια φροντίδας του HIV, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μελλοντικές μελέτες και πολιτικές υγειονομικής φροντίδας [30].

Κεφάλαιο 6^ο: Ασφαλής Σύλληψη για Οροθετικά Ζευγάρια: Ηθικές Αξιολογήσεις και Στρατηγικές Προκλήσεις

6.1 Ασφαλής Σύλληψη μέσω Ετεροφυλόφιλου Σεξ

Για ζευγάρια με ασυμβατότητα HIV (ένας σύντροφος θετικός στον HIV και ο άλλος αρνητικός), υπάρχουν διάφορες μέθοδοι για ασφαλή σύλληψη:

1. **Αντιρετροϊκή Θεραπεία:** Η αντιρετροϊκή θεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV. Ένα αδιάγνωστο ιικό φορτίο στο

αίμα δεν εγγυάται ότι δεν υπάρχει ιικό φορτίο στις γεννητικές εκκρίσεις. Επομένως, είναι σημαντική η συμβουλευτική.

2. **Ανδρική Περιτομή:** Μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV στον αρσενικό σύντροφο κατά 38–66% μέσα σε 24 μήνες.
3. **Χρονολογημένη Απροστάτευτη Σεξουαλική Επαφή:** Περιλαμβάνει τον προγραμματισμό της επαφής κατά την γόνιμη περίοδο της γυναίκας. Τα στοιχεία δείχνουν ποικιλία κινδύνου μετάδοσης ανάλογα με την τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων.
4. **Προφύλαξη πριν από την Έκθεση (PrEP):** Ο μη μολυσμένος σύντροφος λαμβάνει PrEP πριν από τις προσπάθειες σύλληψης, το οποίο έχει δείξει υποσχόμενα αποτελέσματα στη μείωση της μετάδοσης του HIV. Ωστόσο, ζητήματα όπως η τήρηση και το κόστος μπορεί να περιορίσουν τη χρήση του.
5. **Τεχνολογίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής:** Οι υπηρεσίες είναι περιορισμένες για τα άτομα με HIV και μπορεί να μην είναι πάντα απαραίτητες εκτός αν υπάρχει ιστορικό στειρότητας. Τεχνικές όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση μπορούν να βοηθήσουν.
6. **Κολπική Εισαγωγή Σπέρματος:** Μπορεί να είναι μια ασφαλής επιλογή, ειδικά όταν συνδυάζεται με συνεπή χρήση προφυλακτικών. Το σπέρμα συλλέγεται και εισάγεται στον κόλπο κατά την γόνιμη περίοδο. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητά της και η ασφάλεια.

Η κολπική εισαγωγή σπέρματος θεωρείται ασφαλέστερη για σύλληψη σε ζευγάρια με θετική ορολογικά γυναίκα και οροαρνητικό άνδρα, καθώς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV. Η διαδικασία περιλαμβάνει την παρακολούθηση του γεννητικού κύκλου για τον προσδιορισμό των γόνιμων ημερών, τη συλλογή του σπέρματος με προφυλακτικό χωρίς σπερματοκτόνο ή σε καθαρό δοχείο, και την τοποθέτηση του σπέρματος στον κόλπο της γυναίκας με χρήση σύριγγας ή πιπέτας. Οι διαθέσιμες μέθοδοι για ασφαλή σύλληψη σε ζευγάρια με HIV περιλαμβάνουν την αντιρετροϊκή θεραπεία, την ανδρική περιτομή, τη χρονομετρημένη απροστάτευτη σεξουαλική επαφή, την PrEP και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Παρόλο που η κολπική εισαγωγή σπέρματος έχει τεράστια υποστήριξη ως οικονομική και πρακτική επιλογή, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά της. Μια μελέτη σε περιβάλλον περιορισμένων πόρων στοχεύει

να αξιολογήσει την κολπική εισαγωγή και τις πολιτιστικές και τεχνικές προκλήσεις που σχετίζονται με αυτή τη μέθοδο. Τα ευρήματα αναμένονται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για τη χρήση της σε ζευγάρια με HIV και ενδέχεται να οδηγήσουν σε ευρύτερη αποδοχή της μεθόδου σε συνδυασμό με τη συνεπή χρήση προφυλακτικού κατά την περίοδο της ωορρηξίας [31].

6.2 Αρχές της Βιοηθικής

Οι «γενικές ηθικές αρχές» αποτελούν θεμελιώδη κριτήρια που υποστηρίζουν τη διαμόρφωση και αιτιολόγηση των κανόνων ορθής πρακτικής στην ιατρική, ενώ λειτουργούν και ως κατευθυντήριες γραμμές για τους νομοθέτες. Είναι σημαντικό να προσαρμόζονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας. Οι βασικές αρχές περιλαμβάνουν την ευεργεσία, δηλαδή την υποχρέωση να προάγεται η ευημερία του ασθενούς, με στόχο τη μεγιστοποίηση του οφέλους και την ελαχιστοποίηση της βλάβης, όπως αποτυπώνεται στη φράση «πρώτον, μη βλάπτεις». Εξίσου σημαντική είναι η αυτονομία, η οποία απαιτεί από τους ιατρούς να σέβονται τις αξίες και τις πεποιθήσεις των ασθενών, εξασφαλίζοντας την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους, ενώ σε περιπτώσεις ασθενών με περιορισμένη νομική ικανότητα, διασφαλίζεται η προστασία των δικαιωμάτων τους. Επιπλέον, η δικαιοσύνη εγγυάται ίση πρόσβαση στην καλύτερη δυνατή θεραπεία, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ατόμου, ενώ η αρχή της αποφυγής βλάβης και πόνου εστιάζει στην αποτροπή κάθε είδους βλάβης, αποτελώντας κεντρικό άξονα της ιατρικής δεοντολογίας. Οι αρχές αυτές όχι μόνο υποστηρίζουν τη λήψη ηθικών αποφάσεων στην ιατρική αλλά και προάγουν την προστασία και τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας [32].

6.3 Ηθικές Διαστάσεις και Προκλήσεις

Όταν πρόκειται για τη θεραπεία οροθετικών ανδρών και γυναικών που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, δύο βασικές ηθικές αρχές συχνά έρχονται σε σύγκρουση: ο σεβασμός στην αυτονομία των ασθενών, δηλαδή να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγή τους και η αρχή της ευεργεσίας, που δίνει έμφαση στην ευημερία του παιδιού. Το ζήτημα της παροχής αναπαραγωγικών υπηρεσιών σε οροθετικά άτομα περιλαμβάνει την εξισορρόπηση αυτών των αρχών, ιδιαίτερα όταν εξετάζονται οι κίνδυνοι που συνδέονται με τη σύλληψη σε αυτό το πλαίσιο [33].

Η αυτονομία είναι θεμελιώδης αρχή στην ιατρική ηθική, όπου το δικαίωμα των ατόμων να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις για τη ζωή τους, συμπεριλαμβανομένων των αναπαραγωγικών επιλογών τους, γίνεται σεβαστό. Ωστόσο, η ευεργεσία περιλαμβάνει τη διασφάλιση της ευημερίας των άλλων – στην προκειμένη περίπτωση, του μελλοντικού παιδιού. Όταν η αυτονομία των οροθετικών ασθενών σταθμίζεται έναντι των πιθανών κινδύνων για τους απογόνους τους, προκύπτει ένα περίπλοκο ηθικό δίλημμα [33].

Η παροχή ακριβούς και τρέχουσας πληροφόρησης είναι κρίσιμη για την υποστήριξη της αυτονομίας των ασθενών. Αυτό είναι σημαντικό διότι η κατανόηση των κινδύνων του HIV, της εξέλιξης της νόσου και της αποτελεσματικότητας των θεραπειών εξελίσσεται συνεχώς. Η σωστή πληροφόρηση επιτρέπει στους ασθενείς να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις και συμβάλλει επίσης στη μείωση της εξάπλωσης του HIV μέσω της εκπαίδευσης του κοινού. Έτσι, η διαφάνεια και η λεπτομερής επικοινωνία σχετικά με τους κινδύνους και τις επιλογές θεραπείας αποτελούν ουσιώδη στοιχεία για την υποστήριξη της αυτονομίας των ασθενών και της δημόσιας υγείας[33].

Η ευθύνη παίζει σημαντικό ρόλο στη δεοντολογική διαχείριση των αναπαραγωγικών αποφάσεων για τα οροθετικά άτομα. Οι ασθενείς έχουν την υποχρέωση να αποκαλύπτουν την οροθετική τους κατάσταση στους φορείς υγειονομικής περίθαλψης ώστε να διασφαλίζεται ότι λαμβάνονται οι αναγκαίες προφυλάξεις. Επιπλέον, θα πρέπει να ακολουθούν τα πιο αποτελεσματικά πρωτόκολλα θεραπείας για να προστατεύσουν τόσο τον σύντροφό τους όσο και το πιθανό μελλοντικό τους παιδί. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη να εξηγούν πλήρως τους ειδικούς κινδύνους που ενέχουν οι αναπαραγωγικές θεραπείες και να διασφαλίζουν την ευημερία τόσο του ζευγαριού όσο και του μελλοντικού παιδιού. Συνεπώς, η ευημερία του παιδιού καθίσταται κοινή ευθύνη μεταξύ της ιατρικής ομάδας και των υποψήφιων γονέων [33].

Οι ανάγκες και οι ηθικές εκτιμήσεις διαφέρουν για τα ζευγάρια που μπορούν ή δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν. Για τα ζευγάρια που μπορούν να τεκνοποιήσουν, ο κύριος στόχος είναι η ελαχιστοποίηση της βλάβης στον μη μολυσμένο σύντροφο και, εμμέσως, στο μελλοντικό παιδί. Αυτά τα ζευγάρια είναι ικανά να συλλάβουν φυσικά, οπότε ο ρόλος του γιατρού είναι να μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV και όχι να βοηθήσει στη σύλληψη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει διάφορους μεθόδους όπως η

σπερματέγχυση με πλυμένο σπέρμα όταν ο άνδρας σύντροφος είναι οροθετικός ή η σπερματέγχυση όταν η γυναίκα σύντροφος είναι οροθετική, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος μετάδοσης κατά τη διάρκεια μη προστατευμένης σεξουαλικής επαφής. Εάν μια γυναίκα είναι οροθετική και μείνει έγκυος, θα πρέπει να συμφωνήσει στη θεραπεία με αντιρετροϊκά φάρμακα, να δεχτεί την καισαρική τομή εάν κριθεί απαραίτητο και να επιλέξει τον θηλασμό με μπιμπερό για να αποτρέψει τη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί [33].

Στις περιπτώσεις που το ζευγάρι είναι και οροθετικό και δεν μπορεί να τεκνοποιήσει, οι ευθύνες του γιατρού αυξάνονται. Εδώ, οι στόχοι της βοήθειας στη σύλληψη και στη μείωση του κινδύνου μετάδοσης είναι αλληλένδετοι. Η προσφορά θεραπείας σε αυτές τις καταστάσεις περιλαμβάνει ειδική ευθύνη για την ευημερία του μελλοντικού παιδιού, καθώς αυτό το παιδί δεν θα συλληφθεί χωρίς ιατρική παρέμβαση. Κατά τον καθορισμό της αποδεκτότητας οποιωνδήποτε κινδύνων, η σοβαρότητα και η πιθανότητα των συνεπειών για τους γονείς και το παιδί θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προσεκτικά. Οι τρέχουσες ηθικές κατευθυντήριες γραμμές υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να αποκλειστούν τα οροθετικά ζευγάρια από τη λήψη των ίδιων θεραπειών υπογονιμότητας που προσφέρονται σε άλλα ζευγάρια. Ο επιπλέον κίνδυνος μετάδοσης του HIV στο παιδί θεωρείται πλέον σχετικά χαμηλός και συγκρίσιμος με άλλους κινδύνους που γίνονται αποδεκτοί στην αναπαραγωγική ιατρική, όπως αυτοί που σχετίζονται με μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, άτομα με χρωμοσωμικές ανωμαλίες ή περιπτώσεις πολλαπλών κυήσεων. Αυτός ο κίνδυνος θεωρείται αποδεκτός, ακόμα και όταν εξετάζεται παράλληλα με άλλους πιθανούς κινδύνους [33].

Συμπερασματικά, όταν πρόκειται για οροθετικά άτομα ή ζευγάρια που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, οι ηθικές εκτιμήσεις περιστρέφονται γύρω από την εξισορρόπηση των αρχών της αυτονομίας και της ευεργεσίας, την παροχή σαφών και ακριβών πληροφοριών και την κατάλληλη διαχείριση των ευθυνών. Αυτές οι εκτιμήσεις διασφαλίζουν ότι τα δικαιώματα των γονέων και η ευημερία του μελλοντικού παιδιού γίνονται σεβαστά και προστατεύονται, επιτρέποντας την ηθική και ενημερωμένη λήψη αποφάσεων σε περίπλοκα αναπαραγωγικά σενάρια [33].

Η ευημερία του παιδιού δεν περιορίζεται μόνο στη σωματική διάσταση, αλλά περιλαμβάνει επίσης και μια ψυχοκοινωνική διάσταση, όπως ο κίνδυνος να μείνει ορφανό σε μια εύαλπη ηλικία και να μεγαλώσει σε μια οικογένεια που αντιμετωπίζει

σοβαρή ασθένεια. Γενικά, ο θάνατος ενός γονέα αποτελεί ένα από τα πιο καταστροφικά τραύματα που μπορεί να βιώσει ένα παιδί. Ωστόσο, το προσδόκιμο ζωής ενός οροθετικού γονέα μπορεί να είναι συγκρίσιμο με εκείνο ενός γονέα που πάσχει από καρκίνο ή από μια γενετική ασθένεια, όπως η κυστική ίνωση. Παρόλα αυτά, προτείνεται ότι η ιατρική βοήθεια στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή θα πρέπει προς το παρόν να εξετάζεται μόνο για ζευγάρια με διαφορετική ορολογική κατάσταση (ένα οροθετικό και ένα οροαρνητικό μέλος), ώστε τουλάχιστον ο ένας γονέας να είναι πιθανό να μπορέσει να αναθρέψει το παιδί μέχρι την ενηλικίωσή του. Αυτή η πρόταση μπορεί να αναθεωρηθεί όταν μακροχρόνιες μελέτες δείξουν ότι το προσδόκιμο ζωής των συμπτωματικών ασθενών με τις νέες θεραπείες έχει βελτιωθεί σημαντικά [33].

Η συμμετοχή σε θεραπεία γονιμότητας προϋποθέτει τη συμφωνία για την αποκάλυψη της οροθετικής κατάστασης στον αναπαραγωγικό σύντροφο. Η εμπιστευτικότητα που αφορά τις ιδιωτικές ιατρικές πληροφορίες δεν μπορεί να διασφαλιστεί σε αυτό το πλαίσιο. Λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους για το μελλοντικό παιδί, τον σύντροφο, τους άλλους ασθενείς γονιμότητας και την ομάδα φροντίδας, συνιστάται όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπείες υπογονιμότητας να υποβάλλονται σε έλεγχο για HIV. Πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για να πειστούν οι ασθενείς για τα οφέλη της γνώσης της οροθετικής τους κατάστασης. Οι ασθενείς που αρνούνται να υποβληθούν σε έλεγχο μετά από πλήρη ενημέρωση θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τις ίδιες προφυλάξεις όπως αν ήταν οροθετικοί. Σε περιπτώσεις συγκεκριμένων κινδύνων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, ο ιατρός έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη συνεργασία σε περιπτώσεις που μπορεί να υπονομεύσουν την ικανότητα των γονέων ή να θέσουν σε κίνδυνο την ευημερία του παιδιού, όπως η μη συμμόρφωση με τη θεραπεία για τον HIV, η κατάχρηση ουσιών κ.λπ. Τέτοιες καταστάσεις πρέπει να αξιολογούνται κατά περίπτωση [33].

Συνιστάται οι οροθετικοί ασθενείς να αντιμετωπίζονται σε εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς με καθιερωμένα πρωτόκολλα, ειδικά δεδομένου ότι συχνά υπάρχουν και άλλοι συν-ιοί που απαιτούν ειδική φροντίδα (π.χ. ηπατίτιδα Β και C). Είναι αναγκαία η προσεκτική αξιολόγηση τόσο του κλινικού μέρους του προγράμματος (όπως η λήψη ωαρίων) όσο και των εργαστηριακών συνθηκών για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια. Προτείνεται ένα ξεχωριστό, προσαρμοσμένο εργαστήριο καθώς και ξεχωριστές δεξαμενές για την αποθήκευση μολυσμένου υλικού. Όλα τα νέα πρωτόκολλα πρέπει

να αξιολογούνται αυστηρά. Το κέντρο θα πρέπει να παρέχει φροντίδα από μια πολυεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει κλινικούς γιατρούς (ειδικούς σε θέματα γονιμότητας, ειδικούς για τον HIV), μαιευτήρες, βιολόγους και εμβρυολόγους. Αυτά τα κέντρα πρέπει επίσης να έχουν πρόσβαση σε συμβούλους/ψυχολόγους με εμπειρία στη φροντίδα οροθετικών ασθενών [33].

Οι ηθικές διαστάσεις που αφορούν τους οροθετικούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα σύνθετες και περιλαμβάνουν σημαντικά ζητήματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Η αυτονομία και το δικαίωμα στην επιλογή είναι θεμελιώδη, καθώς τα άτομα αυτά πρέπει να έχουν την ελευθερία να αποφασίζουν για τις θεραπείες και τις προσωπικές τους επιλογές χωρίς να υφίστανται εξαναγκασμό ή κοινωνικό στιγματισμό. Η ενημέρωση και η συναίνεση για τις θεραπείες και τις διαδικασίες είναι επίσης βασικές ηθικές αξίες, καθώς απαιτείται πλήρης κατανόηση των κινδύνων και των επιπτώσεων της κατάστασης του ατόμου, ενώ η προστασία της προσωπικής του πληροφορίας μέσω της εχεμύθειας είναι αναγκαία για την αποφυγή διακρίσεων. Η κοινωνική αποδοχή και η καταπολέμηση του στιγματισμού είναι επίσης κρίσιμες, δεδομένου ότι οι οροθετικοί ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν διακρίσεις που μπορούν να επηρεάσουν την κοινωνική τους ζωή και την ψυχική τους υγεία. Επιπλέον, οι οροθετικοί ασθενείς έχουν ηθική υποχρέωση να προστατεύουν τους άλλους από τη μετάδοση του ιού, ακολουθώντας τις οδηγίες για προφυλάξεις και ενημερώνοντας τους σεξουαλικούς τους συντρόφους. Στην περίπτωση της εγκυμοσύνης, η ηθική διάσταση περιλαμβάνει την υπευθυνότητα για την πρόληψη μετάδοσης του HIV στο παιδί, ενώ η σύγχρονη ιατρική παρέχει τη δυνατότητα ασφαλούς εγκυμοσύνης με κατάλληλη θεραπεία. Η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη χωρίς διακρίσεις είναι απαραίτητη για την ευημερία των ασθενών, ενώ η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μειώσει την απομόνωση και να ενισχύσει την ψυχική υγεία τους. Εξίσου σημαντική είναι η ηθική διάσταση της έρευνας και των πειραματικών θεραπειών, όπου η διασφάλιση της εθελοντικής συμμετοχής και η προστασία από εκμετάλλευση είναι κρίσιμες. Συνολικά, οι ηθικές αξίες που διέπουν τη διαχείριση του HIV στοχεύουν στη διασφάλιση της αξιοπρέπειας, της ίσης μεταχείρισης και της ευημερίας των οροθετικών ατόμων [34], [35].

6.4 Ηθικά ζητήματα που εγείρονται με το συνειδητό ρίσκο γέννησης ενός παιδιού με HIV

Η επιθυμία ενός ζευγαριού να έχει γενετικά συγγενείς απογόνους δικαιολογεί τον κίνδυνο μετάδοσης μιας σοβαρής ασθένειας στο παιδί του; Τα μέχρι στιγμής δεδομένα δείχνουν πως ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης μπορεί να μειωθεί σημαντικά με τη χρήση IUI ή εξωσωματικής γονιμοποίησης με ICSI. Ωστόσο, δεν μπορεί να εξαλειφθεί πλήρως. Η αξιολόγηση της ηθικής της παροχής βοήθειας σε ασθενείς που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του ερωτήματος εάν οι απόγονοι που θα γεννηθούν με AIDS θα εμφανίσουν επιπλοκές παρά τη λήψη προληπτικών μέτρων. Σε περιπτώσεις όπου ένα παιδί μπορεί να γεννηθεί με μια σοβαρή ασθένεια, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι τα άτομα δεν ενεργούν ανήθικα στη διαδικασία αναπαραγωγής εάν έχουν λάβει όλες τις εύλογες προφυλάξεις για την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου και είναι διατεθειμένα να αγαπήσουν και να υποστηρίξουν το παιδί, ανεξάρτητα από την ιατρική κατάστασή του. Ομοίως, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης δεν ενεργούν ανήθικα εάν έχουν λάβει όλες τις εύλογες προφυλάξεις για να περιορίσουν τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού στους απογόνους ή σε έναν μη μολυσμένο σύντροφο. Ωστόσο, δεν θα ήταν δεοντολογικά αποδεκτό για έναν γιατρό, μια κλινική ή ένα ίδρυμα να προχωρήσει σε αναπαραγωγική βοήθεια, εάν δεν είχε τους κλινικούς και εργαστηριακούς πόρους και την τεχνογνωσία που απαιτούνται για την αποτελεσματική φροντίδα των οροθετικών ζευγαριών που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο φορέας ιατρικής περίθαλψης θα πρέπει να παραπέμπει αυτά τα ζευγάρια σε ένα εξειδικευμένο κέντρο, όπου είναι διαθέσιμοι αυτοί οι πόροι και η τεχνογνωσία [36].

6.5 Μελέτες περιπτώσεων σε εκτεθειμένα στον HIV μη μολυσμένα τέκνα

Η Μαρτίνα, μια 40χρονη οροθετική μητέρα, έχει έναν εντεκάχρονο γιο, τον Χουάν, ο οποίος παραμένει μη μολυσμένος αλλά είχε εκτεθεί στη ζιδοβουδίνη κατά τη διάρκεια της κύησης και αμέσως μετά τη γέννηση. Η Μαρτίνα, πιθανόν να προσβλήθηκε από τον ιό από τον πατέρα του Χουάν, πρώην χρήστη ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Η οικογένεια ζούσε προηγουμένως σε μια συντηρητική κοινότητα στο Τέξας, όπου το στίγμα γύρω από τον HIV και τη χρήση ναρκωτικών ήταν έντονο,

ιδιαίτερα στις λατινοαμερικανικές κοινότητες. Έχοντας υπάρξει μάρτυρας διακρίσεων και εγκλημάτων μίσους, η Μαρτίνα δεν έχει αποκαλύψει την κατάστασή της σε κανέναν, συμπεριλαμβανομένου του Χουάν, ο οποίος υποβάλλεται σε τακτικούς ιατρικούς ελέγχους από τη γέννησή του. Μετά τη μετακόμισή της σε μια μεγαλύτερη πόλη για επαγγελματικούς λόγους, η Μαρτίνα βρήκε νέο γιατρό για τον Χουάν. Κατά την ανασκόπηση του ιατρικού του ιστορικού, ο γιατρός αναρωτήθηκε εάν ο Χουάν γνωρίζει την κατάσταση της μητέρας του και πρότεινε να εξεταστεί το ενδεχόμενο αποκάλυψης στο μέλλον. Η Μαρτίνα, ωστόσο, αντιτίθεται, φοβούμενη ότι η αποκάλυψη μπορεί να αναστατώσει τον Χουάν, να εγείρει άβολες ερωτήσεις ή να οδηγήσει σε ακούσιες αποκαλύψεις [37].

Η υπόθεση αυτή αναδεικνύει ηθικά ζητήματα που αφορούν την αυτονομία, την ευεργεσία, τη μη βλάβη και τη δικαιοσύνη. Η αυτονομία υποστηρίζει το δικαίωμα της Μαρτίνας στην ιδιωτικότητα και τη γονική μέριμνα, αναγνωρίζοντας παράλληλα την αυτονομία του Χουάν και το δικαίωμά του να αποκτήσει πρόσβαση στο ιατρικό του ιστορικό όταν ενηλικιωθεί. Η ευεργεσία επιτάσσει ενέργειες που προάγουν την ευημερία, λαμβάνοντας υπόψη την επιθυμία της Μαρτίνας να προστατεύσει τον Χουάν από το στίγμα, ενώ αναγνωρίζει τα πιθανά οφέλη της διαφάνειας για συναισθηματική σαφήνεια και οικογενειακή υποστήριξη. Η μη βλάβη υπογραμμίζει τον κίνδυνο που μπορεί να προκύψει είτε από την αποκάλυψη είτε από την απόκρυψη της πληροφορίας, ειδικά εάν ο Χουάν μάθει την αλήθεια απροσδόκητα ή εάν μελλοντική έρευνα αποκαλύψει κινδύνους για την υγεία από την έκθεση στα αντιρετροϊκά φάρμακα. Η δικαιοσύνη απαιτεί ευαισθησία προς την οικογένεια, αντιμετωπίζοντας παράλληλα τους κινδύνους που σχετίζονται με το στίγμα και την ακούσια έκθεση του ιατρικού ιστορικού του Χουάν. Ενώ η υποστήριξη της μη αποκάλυψης μπορεί αρχικά να φαίνεται δικαιολογημένη, λαμβάνοντας υπόψη την αυτονομία της Μαρτίνας και την απουσία άμεσων ανησυχιών για την υγεία, ο γιατρός θα πρέπει να επανεξετάζει την κατάσταση καθώς ο Χουάν μεγαλώνει, προετοιμάζοντας τη Μαρτίνα για μια αποκάλυψη που θα ενισχύσει την εμπιστοσύνη και θα διασφαλίσει τη συμμετοχή του Χουάν στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του [37].

Η Ρεβέκκα, μια 16χρονη Αφροαμερικανίδα μαθήτρια λυκείου, βρίσκεται υπό την ιατρική φροντίδα του ίδιου γιατρού από τη γέννησή της. Παρόλο που δεν έχει μολυνθεί, εκτέθηκε στον HIV και σε αντιρετροϊκά φάρμακα κατά την κύηση. Η μητέρα της, που

απεβίωσε από HIV όταν η Ρεβέκκα ήταν πέντε ετών, δεν είχε αποκαλύψει την κατάσταση της. Η Ρεβέκκα ζει τώρα με τον αρνητικό ορολογικά πατέρα της και τη μητριά της και συχνά ρωτά για τη μητέρα της και τα αίτια του θανάτου της. Πρόσφατα, μετά από ένα μάθημα υγείας στο σχολείο όπου έμαθε για τις επιπτώσεις της προγεννητικής έκθεσης, ρώτησε τον πατέρα της αν είχε εκτεθεί σε κάτι κατά την κύηση. Ο πατέρας της, απρόθυμος να αποκαλύψει ευαίσθητες λεπτομέρειες για την κατάσταση της μητέρας της, μοιράστηκε το ζήτημα με τον γιατρό της, αποφεύγοντας ωστόσο να το συζητήσει απευθείας με τη Ρεβέκκα [37].

Η ηλικία, η ωριμότητα και οι ξεκάθαρες ερωτήσεις της Ρεβέκκας εγείρουν σοβαρά ηθικά ζητήματα. Στα 16 της, είναι πιθανό να κατανοεί το ιατρικό της ιστορικό, και η απόκρυψη αυτών των πληροφοριών κινδυνεύει να υπονομεύσει την αυτονομία της και να διαβρώσει την εμπιστοσύνη, ειδικά δεδομένου ότι οι ώριμοι ανήλικοι συχνά έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε πληροφορίες για την υγεία τους. Η αποκάλυψη μπορεί να προσφέρει σαφήνεια και συναισθηματική ολοκλήρωση, ιδίως αν μελλοντική έρευνα εντοπίσει κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με την προγεννητική έκθεση στα αντιρετροϊκά φάρμακα. Η απόκρυψη, από την άλλη, μπορεί προσωρινά να την προστατεύσει από το στίγμα, αλλά κινδυνεύει να προκαλέσει αισθήματα προδοσίας όταν μάθει την αλήθεια αργότερα, ιδιαίτερα μόλις αποκτήσει πρόσβαση στο ιατρικό της ιστορικό στα 18. Από την άποψη της ευεργεσίας, η αποκάλυψη υποστηρίζει την ικανότητα της Ρεβέκκας να λαμβάνει ενημερωμένες αποφάσεις για την υγεία της, ιδιαίτερα σε αναπαραγωγικά ζητήματα. Η μη βλάβη προειδοποιεί για την ψυχολογική ζημιά και την απώλεια εμπιστοσύνης που μπορεί να προκύψει από την απόκρυψη της αλήθειας. Οι αρχές της δικαιοσύνης επιτάσσουν να εξισορροπηθούν οι κίνδυνοι του στίγματος με το δικαίωμα της Ρεβέκκας στην πληροφόρηση για την υγεία της. Δεδομένης της αναπτυξιακής της φάσης και του έντονου ενδιαφέροντος της, η αποκάλυψη θεωρείται ηθικά δικαιολογημένη. Μια σταδιακή και ευαίσθητη προσέγγιση, με τη στήριξη του γιατρού της, μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες του πατέρα της, ενώ ταυτόχρονα ενδυναμώνει τη Ρεβέκκα να διαχειριστεί αποτελεσματικά την υγεία και το μέλλον της [37].

Συμπεράσματα

Η χρήση Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (MAR) έχει σημειώσει σημαντική αύξηση παγκοσμίως, κυρίως λόγω γενετικών παραγόντων, υπογονιμότητας και καθυστερημένης τεκνοποίησης. Οι Τεχνολογίες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ART), όπως η Εξωσωματική Γονιμοποίηση (IVF) και η Ενδοκυτταροπλασματική Έγχυση Σπερματοζωαρίου (ICSI), προσφέρουν λύσεις σε ζευγάρια με υπογονιμότητα, αλλά συνεπάγονται κινδύνους, με την πολλαπλή εγκυμοσύνη και τις επιπλοκές της εγκυμοσύνης να είναι οι πιο συχνές.

Οι ψυχολογικοί κίνδυνοι που σχετίζονται με τη διαδικασία υπογονιμότητας είναι επίσης σημαντικοί, καθώς η θεραπεία μπορεί να προκαλέσει άγχος και συναισθηματική πίεση. Η χρήση αντιρετροϊκών θεραπειών έχει επιβραδύνει την εξάπλωση του HIV και έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων που ζουν με τον ιό, ωστόσο η μετάδοση του HIV μέσω αναπαραγωγικών διαδικασιών απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή.

Οι γρήγορες εξετάσεις HIV και οι στρατηγικές όπως η χρήση προφυλακτικών και η παροχή καθαρού εξοπλισμού ένεσης μπορούν να μειώσουν τη μετάδοση, ενώ η έγκαιρη ανίχνευση και η άμεση έναρξη της αντιρετροϊκής θεραπείας είναι κρίσιμες για την πρόληψη. Η αντιρετροϊκή θεραπεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού μπορεί να μειώσει δραστικά τη μετάδοση του HIV από τη μητέρα στο βρέφος. Η αναπαραγωγική βοήθεια για άτομα με HIV, όπως η επεξεργασία σπέρματος και η εξωσωματική γονιμοποίηση, μπορεί να μειώσει τη μετάδοση του ιού. Ωστόσο, η έλλειψη καθιερωμένων κατευθυντήριων γραμμών δημιουργεί προκλήσεις για την παροχή φροντίδας γονιμότητας σε ζευγάρια με HIV.

Η εφαρμογή ηθικών αρχών στη σύλληψη και αναπαραγωγή των οροθετικών ζευγαριών βασίζεται στις γενικές ηθικές αξίες της ευεργεσίας, της αυτονομίας, της δικαιοσύνης και της αποφυγής βλάβης. Η ευεργεσία απαιτεί από τους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας να προάγουν το καλό των ασθενών, μεγιστοποιώντας τα οφέλη και μειώνοντας τους κινδύνους. Η αυτονομία, που αφορά το δικαίωμα των ατόμων να λαμβάνουν ελεύθερες και ενημερωμένες αποφάσεις για τη ζωή τους, είναι μια βασική αρχή στην ιατρική δεοντολογία. Σε περίπτωση που τα άτομα έχουν περιορισμένη ικανότητα να κατανοήσουν ή να συναινέσουν σε διαδικασίες, η προστασία των δικαιωμάτων τους είναι πρωταρχικής σημασίας.

Η ηθική διάσταση της δικαιοσύνης αναφέρεται στην ίση πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και στη θεραπεία, και οι ηθικές εκτιμήσεις επικεντρώνονται στη διασφάλιση ότι τα ζευγάρια έχουν την ίδια πρόσβαση σε θεραπευτικές επιλογές που διατίθενται σε άλλα ζευγάρια. Όταν εξετάζεται η σύλληψη για οροθετικά ζευγάρια, δύο βασικές αρχές συχνά συγκρούονται: η αυτονομία των ασθενών, που απαιτεί να κάνουν οι ίδιοι τις επιλογές για την αναπαραγωγή τους, και η ευεργεσία, που απαιτεί να προστατευθεί η υγεία του παιδιού που θα γεννηθεί, με την αποφυγή κινδύνων.

Η προώθηση της ενημέρωσης είναι κρίσιμη για την υποστήριξη της αυτονομίας των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παρέχουν πλήρη και σαφή πληροφορία σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές, τους κινδύνους μετάδοσης του HIV και τις πρόσφατες εξελίξεις στην αντιρετροϊκή θεραπεία. Η ευθύνη για την προστασία της υγείας του παιδιού και του μελλοντικού συντρόφου είναι επίσης θεμελιώδης και απαιτεί αμοιβαία συνεργασία μεταξύ ιατρικών επαγγελματιών και ασθενών.

Η ηθική διάσταση της υπογονιμότητας και της αναπαραγωγής για τα οροθετικά ζευγάρια είναι ιδιαίτερα περίπλοκη. Όταν το ζευγάρι είναι και οι δύο θετικοί, η προσφορά θεραπείας και η βοήθεια για τη σύλληψη πρέπει να συνδυαστούν με την ελαχιστοποίηση των κινδύνων για το μελλοντικό παιδί. Η ευημερία του παιδιού πρέπει να εξασφαλίζεται όχι μόνο από την πλευρά των γονέων, αλλά και από την πλευρά της ιατρικής ομάδας, η οποία έχει την ευθύνη να εξετάσει τους κινδύνους και να διασφαλίσει την υγεία του παιδιού σε κάθε στάδιο.

Η ηθική διαχείριση της αναπαραγωγικής διαδικασίας για οροθετικά ζευγάρια πρέπει να διασφαλίζει ότι οι κίνδυνοι για το μελλοντικό παιδί, τον σύντροφο και την ευρύτερη κοινωνία μειώνονται στο ελάχιστο, ενώ παράλληλα διατηρείται η ελευθερία επιλογής των ασθενών. Η ιατρική φροντίδα θα πρέπει να συνδυάζεται με την ενδεδειγμένη εκπαίδευση για τους κινδύνους και τα οφέλη των θεραπευτικών μεθόδων, ενώ η υποστήριξη της κοινωνικής αποδοχής και η καταπολέμηση του στιγματισμού είναι κρίσιμα στοιχεία για την ψυχική ευημερία των ασθενών.

Επιπλέον, η εχεμύθεια και ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής των ασθενών είναι θεμελιώδη, ενώ οι ιατρικές ομάδες πρέπει να είναι σε θέση να καθοδηγήσουν τα ζευγάρια με σκοπό την καλύτερη δυνατή φροντίδα και τη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας του μελλοντικού παιδιού. Συνολικά, η πρόοδος στις αντιρετροϊκές

θεραπείες και η εξέλιξη των τεχνολογιών ART έχουν βελτιώσει τις δυνατότητες αναπαραγωγής για άτομα με HIV, ωστόσο απαιτείται συνεχής έρευνα και προσαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών για την ασφαλή και αποτελεσματική παροχή αυτών των θεραπειών.

Βιβλιογραφία

- [1] B. W. Mol *et al.*, “FIGO good practice recommendations on reduction of preterm birth in pregnancies conceived by assisted reproductive technologies,” *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 155, no. 1, pp. 13–15, Oct. 2021, doi: 10.1002/IJGO.13834.
- [2] S. G. Deeks, J. Overbaugh, A. Phillips, and S. Buchbinder, “HIV infection,” *Nature Reviews Disease Primers 2015 1:1*, vol. 1, no. 1, pp. 1–22, Oct. 2015, doi: 10.1038/nrdp.2015.35.
- [3] L. de la Mora, J. Mallolas, and J. Ambrosioni, “Epidemiology, treatment and prognosis of HIV infection in 2024: A practical review,” *Med Clin (Barc)*, vol. 162, no. 11, pp. 535–541, Jun. 2024, doi: 10.1016/J.MEDCLI.2023.12.007.
- [4] N. F. Parrish *et al.*, “Phenotypic properties of transmitted founder HIV-1,” *Proc Natl Acad Sci U S A*, vol. 110, no. 17, pp. 6626–6633, Apr. 2013, doi: 10.1073/PNAS.1304288110.
- [5] M. P. Lemos *et al.*, “The inner foreskin of healthy males at risk of HIV infection harbors epithelial CD4+ CCR5+ cells and has features of an inflamed epidermal barrier,” *PLoS One*, vol. 9, no. 9, Sep. 2014, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0108954.
- [6] C. D. Pilcher *et al.*, “Performance of rapid point-of-care and laboratory tests for acute and established HIV infection in San Francisco,” *PLoS One*, vol. 8, no. 12, Dec. 2013, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0080629.
- [7] D. K. Smith, J. H. Herbst, X. Zhang, and C. E. Rose, “Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States,” *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 68, no. 3, pp. 337–344, Mar. 2015, doi: 10.1097/QAI.0000000000000461.
- [8] R. S. Remis, M. Alary, J. Liu, R. Kaul, and R. W. H. Palmer, “HIV Transmission among Men Who Have Sex with Men due to Condom Failure,” *PLoS One*, vol. 9, no. 9, p. e107540, Sep. 2014, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0107540.
- [9] E. J. Aspinall *et al.*, “Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis,” *Int J Epidemiol*, vol. 43, no. 1, pp. 235–248, 2014, doi: 10.1093/IJE/DYT243.

- [10] R. Nduati *et al.*, “Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women: A randomised trial,” *Lancet*, vol. 357, no. 9269, pp. 1651–1655, May 2001, doi: 10.1016/S0140-6736(00)04820-0.
- [11] de V. I., “Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (Kesho Bora study): a randomised controlled trial,” *Lancet Infect Dis*, vol. 11, no. 3, pp. 171–180, Mar. 2011, doi: 10.1016/S1473-3099(10)70288-7.
- [12] L. M. Mofenson, “Prevention in neglected subpopulations: prevention of mother-to-child transmission of HIV infection,” *Clin Infect Dis*, vol. 50 Suppl 3, no. SUPPL. 3, May 2010, doi: 10.1086/651484.
- [13] B. Auvert, D. Taljaard, E. Lagarde, J. Sobngwi-Tambekou, R. Sitta, and A. Puren, “Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial,” *PLoS Med*, vol. 2, no. 11, pp. 1112–1122, 2005, doi: 10.1371/JOURNAL.PMED.0020298.
- [14] R. Gray *et al.*, “The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a post-trial follow up study in Rakai, Uganda,” *AIDS*, vol. 26, no. 5, p. 609, Mar. 2012, doi: 10.1097/QAD.0B013E3283504A3F.
- [15] M. J. Wawer *et al.*, “Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial,” *Lancet*, vol. 374, no. 9685, pp. 229–237, 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60998-3.
- [16] S. M. Goodreau *et al.*, “Can Male Circumcision Have an Impact on the HIV Epidemic in Men Who Have Sex with Men?,” *PLoS One*, vol. 9, no. 7, p. e102960, Jul. 2014, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0102960.
- [17] J. Scandlyn, “When AIDS became a chronic disease,” *Western Journal of Medicine*, vol. 172, no. 2, p. 130, 2000, doi: 10.1136/EWJM.172.2.130.
- [18] K. H. Basavaraj, M. A. Navya, and R. Rashmi, “Quality of life in HIV/AIDS,” *Indian J Sex Transm Dis AIDS*, vol. 31, no. 2, p. 75, Dec. 2010, doi: 10.4103/2589-0557.74971.
- [19] K. Siegel, É. Meunier, J. U. Tocco, and H. M. Lekas, “Reproductive Desires and Considerations of HIV-Positive Men in Heterosexual Relationships in New York City,” *AIDS Behav*, vol. 22, no. 6, p. 1736, Jun. 2018, doi: 10.1007/S10461-017-1864-9.

- [20] J. R. Iyer *et al.*, “Subfertility among HIV-Affected Couples in a Safer Conception Cohort in South Africa,” *Am J Obstet Gynecol*, vol. 221, no. 1, p. 48.e1, Jul. 2019, doi: 10.1016/J.AJOG.2019.02.040.
- [21] J. F. Morton *et al.*, “Counseling Framework for HIV-Serodiscordant Couples on the Integrated Use of Antiretroviral Therapy and Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention,” *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 74, no. Suppl 1, p. S15, Jan. 2017, doi: 10.1097/QAI.0000000000001210.
- [22] M. Jain and M. Singh, “Assisted Reproductive Technology (ART) Techniques,” *StatPearls*, Jun. 2023, Accessed: Sep. 10, 2024. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576409/>
- [23] C. Gilling-Smith, J. R. Smith, and A. E. Semprini, “HIV and infertility: time to treat : There’s no justification for denying treatment to parents who are HIV positive,” *BMJ : British Medical Journal*, vol. 322, no. 7286, p. 566, Mar. 2001, doi: 10.1136/BMJ.322.7286.566.
- [24] K. Athanasakis, V. Naoum, P. Naoum, N. Nomikos, D. Theodoratou, and J. Kyriopoulos, “A 10-year economic analysis of HIV management in Greece: evidence of efficient resource allocation,” *Curr Med Res Opin*, vol. 38, no. 2, pp. 265–271, 2022, doi: 10.1080/03007995.2021.2015158.
- [25] N. Vrontaras *et al.*, “An exploration of the quality of life of people living with HIV in Greece: Challenges and opportunities,” *PLoS One*, vol. 17, no. 4, p. e0266962, Apr. 2022, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0266962.
- [26] J. F. Kawwass *et al.*, “Strategies for Preventing HIV Infection Among HIV-Uninfected Women Attempting Conception with HIV-Infected Men — United States,” *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 66, no. 21, pp. 554–557, Jun. 2023, doi: 10.15585/MMWR.MM6621A2.
- [27] “IVF (In Vitro Fertilization): Procedure & How It Works.” Accessed: Sep. 11, 2024. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/22457-ivf>
- [28] C. A. Vianna, C. Dupont, L. Selleret, A. Canestri, R. Levy, and R. H. Hamid, “Comparison of in vitro fertilization cycles in couples with human immunodeficiency virus type 1 infection versus noninfected couples through a retrospective matched case-control study,” *F S Rep*, vol. 2, no. 4, p. 376, Dec. 2021, doi: 10.1016/J.XFRE.2021.04.008.

- [29] C. Marques, C. Guerreiro, and S. R. Soares, “Lights and Shadows about the Effectiveness of IVF in HIV Infected Women: A Systematic Review,” *Infect Dis Obstet Gynecol*, vol. 2015, 2015, doi: 10.1155/2015/517208.
- [30] R. Thomas *et al.*, “Differences in health-related quality of life between HIV-positive and HIV-negative people in Zambia and South Africa: a cross-sectional baseline survey of the HPTN 071 (PopART) trial,” *Lancet Glob Health*, vol. 5, no. 11, p. e1133, Nov. 2017, doi: 10.1016/S2214-109X(17)30367-4.
- [31] O. Mmeje, C. R. Cohen, and D. Cohan, “Evaluating Safer Conception Options for HIV-Serodiscordant Couples (HIV-Infected Female/HIV-Uninfected Male): A Closer Look at Vaginal Insemination,” *Infect Dis Obstet Gynecol*, vol. 2012, no. 1, p. 587651, Jan. 2012, doi: 10.1155/2012/587651.
- [32] J. M. Carrera, “Ethics and Law in Congenital Defects”.
- [33] F. Shenfield, G. Pennings, J. Cohen, P. Devroey, B. Tarlatzis, and C. Sureau, “Taskforce 8: ethics of medically assisted fertility treatment for HIV positive men and women,” *Hum Reprod*, vol. 19, no. 11, pp. 2454–2456, 2004, doi: 10.1093/HUMREP/DEH467.
- [34] R. Klitzman, S. Marhefka, C. Mellins, and L. Wiener, “Ethical Issues Concerning Disclosures of HIV Diagnoses to Perinatally Infected Children and Adolescents,” *J Clin Ethics*, vol. 19, no. 1, p. 31, Mar. 2008, doi: 10.1086/jce200819106.
- [35] Z. Singh and A. Banerjee, “HIV / AIDS : Social and Ethical Issues,” *Med J Armed Forces India*, vol. 60, no. 2, p. 107, 2011, doi: 10.1016/S0377-1237(04)80096-0.
- [36] “Human immunodeficiency virus and infertility treatment: an Ethics Committee opinion,” *Fertil Steril*, vol. 115, no. 4, pp. 860–869, Apr. 2021, doi: 10.1016/J.FERTNSTERT.2021.01.024.
- [37] R. Klitzman, C. A. Mellins, M. M. Philbin, E. J. Abrams, and R. H. Remien, “Ethical and Psychosocial Considerations in Informing HIV-Exposed Uninfected Children That They Were Exposed to HIV and Antiretroviral Medications In Utero,” *Am J Public Health*, vol. 106, no. 8, p. 1390, Aug. 2016, doi: 10.2105/AJPH.2016.303257.