



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ"

υπό

ΣΙΔΕΡΗΣ ΜΑΡΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

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

Λάρισα, 2024

Επιβλέπουσα:

*Ιωάννα Παπαθανασίου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

*1. Ιωάννα Παπαθανασίου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (επιβλέπουσα)*

*2. Μαρία Μαλλιαρού, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

*3. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας- Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Medically Assisted Reproduction in the mentally ill

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Παπαθανασίου Ιωάννα για την υποστήριξη και καθοδήγηση στην διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες προς την οικογένειά μου για την αγάπη και την στήριξη σε όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	2
Περίληψη.....	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
Σκοπός	10
Μεθοδολογία	10
Κεφάλαιο 1° Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	11
1.1 Διερεύνηση προβλημάτων γονιμότητας.....	11
1.2 Ενημέρωση και συμβουλευτική	12
1.3 Ενδείξεις	12
1.4 Πρόκληση ωορρηξίας.....	13
1.5 Ενδομήτρια σπερματέγχυση.....	14
1.6 Κρυοσυντήρηση	15
1.7 Επιπλοκές	16
Κεφάλαιο 2° Αρχές ηθικής στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	17
2.1 Γενικές αρχές ηθικής.....	17
2.2 Η θεραπευτική σχέση στη θεραπεία της γονιμότητας.....	18
2.3 Αρχή της ευεργεσίας και της μη βλάβης.....	18
2.4 Αυτονομία και υπευθυνότητα.....	20
2.5 Ισότητα πρόσβασης.....	21
Κεφάλαιο 3° Η ευημερία του παιδιού στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	23
3.1 Αξιολόγηση κινδύνων	23
3.2 Πρότυπα	24
3.3 Διαδικασίες συλλογής πληροφοριών και δεδομένων των γονέων	25
3.4 Διαδικαστικές λύσεις όταν υπάρχει σύγκρουση μεταξύ ασθενή-ιατρού.....	27
Κεφάλαιο 4° Ψυχική νόσος και γονιμότητα.....	27
Κεφάλαιο 5° Ζητήματα ηθικής στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε ψυχικά πάσχοντες	30

5.1 Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή.....	30
5.2 Αξιολόγηση γονικής ικανότητας.....	33
5.3 Προβλήματα επικοινωνίας και ενημερωμένης συγκατάθεσης.....	35
5.4 Κλινικά ζητήματα και ζητήματα ασφάλειας	37
5.5 Άρνηση ή αναστολή της θεραπείας.....	38
Συζήτηση.....	40
Βιβλιογραφικές αναφορές	43

Περίληψη

Ο επιπολασμός της υπογονιμότητας είναι αυξημένος και αυξάνεται συνεχώς. Ταυτόχρονα αυξάνεται και η χρήση της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ΙΥΑ) που συνοδεύεται από ηθικές προεκτάσεις. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εφαρμογή της ΙΥΑ σε άτομα με ψυχική νόσο. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed, για τα έτη 2000-2024, στην Αγγλική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: medically assisted reproduction, assisted reproductive techniques, reproductive health, mentally ill, mentally disabled, mental disabilities. Η προϋπάρχουσα ψυχική νόσος επιδρά στη πρόκληση υπογονιμότητας αλλά και αντίστροφα η υπογονιμότητα επιδρά αρνητικά στην ψυχοπαθολογία των ατόμων, προκαλώντας ή και εντείνοντας μια ψυχική νόσο. Οι γυναίκες με ψυχική νόσο συχνά αναζητούν ΙΥΑ λόγω υπογονιμότητας που μπορεί να προκαλείται τόσο από την ίδια τη νόσο όσο και από παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Η επιλογή του ασθενούς για χρήση ΙΥΑ θα πρέπει να προκύπτει μετά από ενημερωμένη συναίνεση και από μια τεκμηριωμένη ανάλυση των παραγόντων κινδύνου και τα οφέλη που προκύπτουν από το κλινικό ιστορικό. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την παρουσία διαταραχής διάθεσης ή ψυχωτικής διαταραχής, το βαθμό σοβαρότητας, τη διέγερση των ωοθηκών και την έξαρση των συμπτωμάτων. Η αναπαραγωγή είναι ανθρώπινο δικαίωμα και τα άτομα με ψυχική νόσο δεν θα πρέπει να βρίσκονται σε μειονεκτική θέση όσον αφορά την πρόσβαση σε ΙΥΑ. Ωστόσο, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ευημερία των μελλοντικών παιδιών. Η ευημερία των απογόνων είναι μια κυρίαρχη ηθική ανησυχία, αλλά μια απόφαση άρνησης θεραπείας σε ψυχικά ασθενείς απαιτεί προσεκτική έρευνα και θα πρέπει να εξαρτάται από στοιχεία. Το παιδί του οποίου η ευημερία είναι υπό αμφισβήτηση δεν υπάρχει επί του παρόντος και αυτό που διακυβεύεται είναι η σύλληψή του. Επομένως, χρειάζεται βελτιστοποίηση των περιστάσεων γύρω από τη σύλληψη για να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανοί κίνδυνοι για το παιδί αντί να αποτραπεί εξαρχής η δημιουργία του. Αυτό περιλαμβάνει την εφαρμογή τεκμηριωμένης διαχείρισης φαρμάκων και ψυχοθεραπείας, για να διασφαλιστεί η σταθερότητα της ψυχικής

νόσου πριν από τη σύλληψη και συνεπώς να μειωθούν πιθανοί κίνδυνοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό.

Λέξεις κλειδιά: ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εξωσωματική γονιμοποίηση, ψυχική νόσος, ψυχικά ασθενείς

Abstract

The prevalence of infertility is high and increasing. At the same time, the use of medically assisted reproduction (MAR) is increasing and is accompanied by ethical implications. The purpose of this study is to review the literature on the application of MAR to people with mental illness. A literature review was performed in the databases Google Scholar and PubMed, for the years 2004-2024, in the English language. The key-words used were: medically assisted reproduction, assisted reproductive techniques, reproductive health, mentally ill, mentally disabled, mental disabilities. Pre-existing mental illness has an effect on causing infertility, but conversely infertility has a negative effect on the psychopathology of individuals, causing or intensifying a mental illness. Women with mental illness often seek MAR because of infertility that can be caused both by the illness itself and by side effects of medication. The patient's choice of MAR use should be made after informed consent and an informed analysis of the risk factors and benefits derived from the clinical history. Risk factors include the presence of a mood or psychotic disorder, degree of severity, ovarian stimulation, and exacerbation of symptoms. Reproduction is a human right and people with mental illness should not be disadvantaged when it comes to accessing MAR. However, the welfare of future children must be considered. The welfare of offspring's is an overriding ethical concern, but a decision to deny treatment to the mentally ill requires careful research and should be evidence-based. The child whose welfare is in question does not currently exist and what is at stake is its conception. Therefore, there is a need to optimize the circumstances surrounding conception to minimize potential risks to the child rather than preventing its creation in the first place. This includes the implementation of evidence-based medication management and psychotherapy to ensure the stability of mental illness

prior to conception and thereby reduce potential risks during pregnancy and postpartum.

Key words: medically assisted reproduction, assisted reproductive techniques, in vitro fertilization, mental illness, mentally ill

Εισαγωγή

Η γονιμότητα είναι η ικανότητα δημιουργίας κλινικής εγκυμοσύνης. Η υπογονιμότητα είναι νόσος που χαρακτηρίζεται από την αποτυχία καθιέρωσης κλινικής εγκυμοσύνης μετά από 12 μήνες τακτικής, απροστάτευτης σεξουαλικής επαφής ή λόγω έκπτωσης της ικανότητας αναπαραγωγής ενός ατόμου είτε ως άτομο είτε με τον/την σύντροφό του. Οι παρεμβάσεις γονιμότητας μπορούν να ξεκινήσουν σε λιγότερο από 1 χρόνο με βάση το ιατρικό, σεξουαλικό και αναπαραγωγικό ιστορικό, την ηλικία, τα φυσικά ευρήματα και τις διαγνωστικές εξετάσεις. Η υπογονιμότητα είναι μια ασθένεια που προκαλεί αναπηρία ως διαταραχή της λειτουργίας του ατόμου [1].

Η υπογονιμότητα αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό και αυξανόμενο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει έως και το 16% των ζευγαριών παγκοσμίως. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μπορεί να εντοπιστεί στον άνδρα ή στη γυναίκα ή συνδυασμένος παράγοντας και διαφορετικές αιτίες ή παράγοντες κινδύνου έχουν συσχετιστεί με αυτήν την κατάσταση. Ωστόσο, δεν υπάρχουν τυποποιημένες κατευθυντήριες γραμμές για την κλινικο-διαγνωστική προσέγγιση των υπογόνιμων ζευγαριών και οι συστάσεις σχετικά με τη στειρότητα μερικές φορές λείπουν εντελώς, είναι ελλιπείς ή είναι προβληματικές να εφαρμοστούν [2].

Ο επιπολασμός της υπογονιμότητας αυξάνεται στον ανεπτυγμένο κόσμο. Η αναβολή της εγκυμοσύνης, ο μεγαλύτερος επιπολασμός χρόνιων νοσημάτων και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις συμβάλλουν στην ένταση του προβλήματος. Αυτή η τάση έχει αναγνωριστεί από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το οποίο τον Φεβρουάριο του 2008 κάλεσε τα κράτη μέλη «να διασφαλίσουν το δικαίωμα των ζευγαριών στην καθολική πρόσβαση στη θεραπεία υπογονιμότητας». Ως αποτέλεσμα, υπάρχει

προοδευτική ανάγκη για ιατρική βοήθεια για την επίλυση των αναπαραγωγικών διαταραχών [3].

Έχει αποδειχθεί ότι το 84% των ζευγαριών που δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη και έχουν τακτική σεξουαλική επαφή θα συλλάβουν εντός ενός έτους. Ένα άλλο 8% θα συλλάβει στο δεύτερο έτος της προσπάθειάς του. Έτσι, ο πρώτος στόχος μιας ειδικής έρευνας γονιμότητας θα πρέπει να είναι ο εντοπισμός εκείνων των ζευγαριών που πιθανότατα θα χρειαστούν ιατρική βοήθεια. Καθώς η ακούσια έλλειψη τέκνων οδηγεί σε ψυχολογική επιβάρυνση, οπότε και χρήζει κατάλληλης συμβουλευτικής για όλα τα σχετικά ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα, παρέχοντάς τους εύκολα κατανοητά τεκμηριωμένα στοιχεία [3].

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (medically assisted reproduction, MAR) είναι αναπαραγωγή που επιτυγχάνεται μέσω διαφόρων παρεμβάσεων, διαδικασιών, χειρουργικών επεμβάσεων και τεχνολογιών για τη θεραπεία διαφορετικών μορφών διαταραχής της γονιμότητας και της υπογονιμότητας. Αυτές περιλαμβάνουν πρόκληση ωορρηξίας, διέγερση ωοθηκών, ενεργοποίηση ωορρηξίας, όλες τις επεμβάσεις υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μεταμόσχευση μήτρας και ενδομήτρια, ενδοτραχηλική και ενδοκολπική σπερματέγχυση με σπέρμα συζύγου/συντρόφου ή δότη [1].

Στον όρο τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (assisted reproductive techniques, ART) περικλείονται όλες οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν τον in vitro χειρισμό ανθρώπινων ωαρίων και σπερματοζωαρίων ή εμβρύων με σκοπό την αναπαραγωγή. Οι ART περιλαμβάνουν θεραπείες γονιμότητας, οι οποίες περιλαμβάνουν χειρισμούς τόσο στο ωοκύτταρο όσο και σπέρμα in vitro. Αυτό περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται σε, εξωσωματική γονιμοποίηση (in vitro fertilization, IVF) και μεταφορά εμβρύου (embryo transfer, ET), ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (intracytoplasmic sperm injection, ICSI,) βιοψία εμβρύου, προεμφυτευτικό γενετικό έλεγχο, υποβοηθούμενη εκκόλαψη, ενδοφαλλοπιανής μεταφοράς γαμετών (gamete intrafallopian transfer, GIFT), μεταφορά ζυγωτού εντός της σάλπιγγας, κρυοσυντήρηση γαμετών και εμβρύων, σπέρμα, δωρεά ωαρίων και εμβρύων και κύκλοι φορέα κύησης. Από τις πρώτες αναφορές κύησης και γεννήσεων που ακολούθησαν την εξωσωματική γονιμοποίηση από τους Steptoe και Edwards τα έτη 1976-1978, τα λεγόμενα «μωρά του

δοκιμαστικού σωλήνα» υπήρξαν τεράστιες βελτιώσεις στον τομέα των ART. Σήμερα, πολλά εκατομμύρια μωρά έχουν γεννηθεί με χρήση ART με την IVF, να είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική [1,4].

Στην Ελλάδα, ο Νόμος 3305/2005, στο άρθρο τρία, παράγραφος ένα, ορίζει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (IYA) ως «η κάθε περίπτωση κυοφορίας και τεκνοποίησης που επιτυγχάνεται με μεθόδους άλλες, πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΜΙΥΑ). Οι μέθοδοι της IYA εφαρμόζονται με τρόπο που εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής» [5].

Με βάση την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) η θεραπεία της υπογονιμότητας πρέπει να βασίζεται σε μια ισορροπημένη επιλογή από τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία, όσον αφορά τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και την ασφάλεια. Τα άτεκνα ζευγάρια πρέπει να έχουν την καλύτερη δυνατή διαχείριση των προβλημάτων γονιμότητάς τους, διασφαλίζοντας ταυτόχρονα ότι δεν εκτίθενται σε περιττούς κινδύνους ή αναποτελεσματικές θεραπείες. Η προσβασιμότητα είναι βασικό χαρακτηριστικό της καλής κλινικής φροντίδας. Οι θεραπείες αποδεδειγμένου οφέλους θα πρέπει να διατίθενται εύκολα σε όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από το εισόδημα ή τον τρόπο διαμονής του ασθενούς. Οι πολιτικές αποζημίωσης έχουν αντίκτυπο στη χρήση της φροντίδας αναπαραγωγικής υγείας. Η έλλειψη αποζημίωσης αποτελεί εμπόδιο για όσους αναζητούν θεραπεία. Επιπλέον, οι πληροφορίες που δίδονται από τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσφέρουν στα ζευγάρια την ευκαιρία να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με το αναπαραγωγικό τους μέλλον και τη φροντίδα που επιθυμούν να λάβουν. Σε ζευγάρια στα οποία ο προληπτικός έλεγχος αποκαλύπτει πρόβλημα, δεν δικαιολογείται περαιτέρω καθυστέρηση και θα πρέπει να προσφερθεί θεραπεία. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συμβουλές για αλλαγές στον τρόπο ζωής, διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα και διαχείριση του άγχους. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει ιατρική θεραπεία με φάρμακα, πρόκληση ωορρηξίας, χειρουργική επέμβαση, εξωσωματική γονιμοποίηση, σπερματέγχυση και δωρεά ωαρίων ή σπέρματος (μερικές φορές μετά

από κρυοσυντήρηση). Οι σύγχρονες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξελίχθηκαν αλλά συνοδεύονται και από κινδύνους όπως το σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών, τη θρομβοεμβολή, τις πολύδυμες κυήσεις και τις χειρουργικές επιπλοκές [3].

Η ψυχική νόσος αναφέρεται σε καταστάσεις που επηρεάζουν τη γνώση, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά (π.χ. σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, αυτισμός). Η ψυχική υγεία και οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να προκαλέσουν και να επηρεαστούν από θετικούς ή αρνητικούς κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας που ορίζονται ως «τα ειδικά χαρακτηριστικά και οι οδοί μέσω των οποίων οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία και που δυνητικά μπορούν να αλλάξουν με ενημερωμένη δράση». Η προαγωγή της ψυχικής υγείας πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους κοινωνικούς παράγοντες ευρείας κλίμακας που μπορούν να αλληλεπιδράσουν με βιολογικούς καθοριστικούς παράγοντες των ψυχικών νόσων [6].

Το παιδί δεν θεωρούνταν πάντα από τους γονείς και την κοινωνία όπως είναι σήμερα στη δυτική κοινωνία. Στο μεσαίωνα, τον 17ο και τον 18ο αιώνα, τα παιδιά συχνά εγκαταλείπονταν μόλις αποκτούσαν ελάχιστη αυτονομία. Μόνο όταν το παιδί έγινε αντικείμενο σκόπιμης επιλογής και όχι αποτέλεσμα τύχης, προέκυψε η ιδέα του σεβασμού προς το παιδί ως μελλοντικό αυτόνομο άτομο με τα δικά του συμφέροντα. Η ευημερία του παιδιού ως ηθικό μέλημα είναι μια σχετικά νέα έννοια. Η ανάλυση της ευημερίας του παιδιού στο πλαίσιο της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αντιμετωπίζει επίσης τους κινδύνους που σχετίζονται με τους επίδοξους γονείς [7]. Υπάρχουν πολλοί γονικοί παράγοντες που μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ευημερία του παιδιού. Μία από αυτές είναι οι ιατρικές παθήσεις όπως οι ψυχικές νόσοι.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα ηθικά ζητήματα εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε άτομα με ψυχική νόσο.

Μεθοδολογία

Η μελέτη είναι μία βιβλιογραφική ανασκόπηση με αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed, για τα έτη 2000-2024, στην Αγγλική γλώσσα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν (μόνες τους ή σε συνδυασμό) ήταν : medically assisted reproduction (MAR), assisted reproductive techniques (ART), reproductive health, mentally ill, mentally disabled, mental disabilities. Επιπλέον από την επιλεγμένη βιβλιογραφία, ελέγχθηκαν περαιτέρω οι αναφορές για ανεύρεση περισσότερων σημαντικών άρθρων για το θέμα.

Κεφάλαιο 1^ο Ιατρικός υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

1.1 Διερεύνηση προβλημάτων γονιμότητας

Τα άτομα που ανησυχούν για τη γονιμότητά τους θα πρέπει να ενημερώνονται ότι περίπου το 84% των ζευγαριών του γενικού πληθυσμού θα συλλάβουν εντός ενός έτους εάν δεν χρησιμοποιούν αντισύλληψη και έχουν τακτική σεξουαλική επαφή. Επιπλέον, θα πρέπει να ενημερωθούν ότι η γυναικεία γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία. Οι γυναίκες και οι άνδρες θα πρέπει επίσης να ενημερώνονται για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του αλκοόλ, του καπνίσματος και του σωματικού βάρους (υπέρβαρο και λιποβαρές) στη γονιμότητα και η προκαταρκτική φροντίδα θα πρέπει να επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των κινδύνων της θεραπείας και της εγκυμοσύνης σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Στα ζευγάρια που δεν έχουν συλλάβει μετά από ένα χρόνο τακτικής σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία θα πρέπει να προσφερθεί περαιτέρω κλινική έρευνα, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης του σπέρματος και της αξιολόγησης της ωορρηξίας [1,8].

Συγκεκριμένα, θα πρέπει να προσφέρεται κατάλληλη ορμονική έρευνα όταν υπάρχουν ενδείξεις διαταραχών της ωορρηξίας και η ανάλυση του σπέρματος θα πρέπει να γίνεται με βάση τις ισχύουσες συστάσεις. Περαιτέρω εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης της κλινικής ανδρολογικής έρευνας, συνιστώνται σε περιπτώσεις όπου ανιχνεύονται ανωμαλίες. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του σπέρματος και της αξιολόγησης της ωορρηξίας θα πρέπει να είναι γνωστά πριν από τη διενέργεια δοκιμής βατότητας των σαλπίγγων. Στις γυναίκες που έχουν συννοσηρότητες θα πρέπει να προσφέρεται λαπαροσκόπηση, έτσι ώστε οποιαδήποτε παθολογία των σαλπίγγων και άλλη πυελική παθολογία να μπορεί να διερευνηθεί και

να αντιμετωπιστεί ταυτόχρονα. Οι ωθήκες μπορούν να εκτιμηθούν με κολπικό υπερηχογράφημα και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ενδείκνυται υστεροσκόπηση. Με βάση το αποτέλεσμα της κλινικής αξιολόγησης, κάθε ζευγάρι θα πρέπει να λάβει πληροφορίες που περιλαμβάνουν εκτίμηση της πιθανότητας αυτόματης εγκυμοσύνης και της πιθανότητας εγκυμοσύνης μετά από διαφορετικές επιλογές θεραπείας. Αυτές οι πληροφορίες θα πρέπει να παρέχονται με μια μορφή που να είναι προσβάσιμη σε άτομα με πρόσθετες ανάγκες, όπως άτομα με σωματικές, γνωστικές, ψυχικές, αισθητηριακές ή λοιπές αναπηρίες [1,8].

1.2 Ενημέρωση και συμβουλευτική

Οι ασθενείς με υπογονιμότητα θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα και τη θεραπεία τους με βάση πληροφορίες που βασίζονται σε σύγχρονα επιστημονικά στοιχεία. Αυτές οι αποφάσεις θα πρέπει να αναγνωρίζονται ως αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Οι προφορικές πληροφορίες θα πρέπει να συμπληρώνονται από γραπτό ή/και οπτικοακουστικό υλικό, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών σχετικά με άλλες επιλογές, όπως η υιοθεσία. Καθώς η ακούσια έλλειψη παιδιών μπορεί να είναι μεγάλο ψυχολογικό βάρος, θα πρέπει να προσφέρεται συμβουλευτική που θέτει όλα τα σχετικά ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα. Η συμβουλευτική πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του προγράμματος κάθε κέντρου αναπαραγωγής και γονιμότητας και θα πρέπει να εκτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές ή/και επαγγελματίες συμβούλους. Θα πρέπει να παρέχεται συμβουλευτική πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη διερεύνηση και τη θεραπεία, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα αυτών των διαδικασιών, και οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι το άγχος στον άνδρα και/ή τη γυναίκα μπορεί να επηρεάσει τις σχέσεις και να έχει αρνητική επίδραση στη σεξουαλικότητα [1].

1.3 Ενδείξεις

Η IVF αναφέρθηκε για πρώτη φορά ως θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με σοβαρή μορφής ασθένειας των σαλπίγγων. Η εφαρμογή της ενδοκυτταροπλασματικής έγχυσης σπέρματος (intracytoplasmic sperm injection, ICSI) βελτίωσε την

αποτελεσματικότητα και οι ενδείξεις πλέον έχουν επεκταθεί και περιλαμβάνουν υπογονιμότητα λόγω σοβαρού ανδρικού παράγοντα, σοβαρή ενδομητρίωση, δυσλειτουργία της ωορρηξίας, μειωμένη ωοθηκική εφεδρεία και ανεξήγητη υπογονιμότητα, ειδικά όπου οι συμβατικές θεραπείες έχουν αποτύχει. Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι επίσης η καλύτερη επιλογή θεραπείας για ζευγάρια με πολυπαραγοντικά προβλήματα υπογονιμότητας [4,9].

Η αμφίπλευρη έλλειψη διαπερατότητας των σαλπίγγων αποτελεί απόλυτη ένδειξη για την πραγματοποίηση IVF. Άλλες ενδείξεις περιλαμβάνουν αμφίβολη βατότητα των σαλπίγγων, ενδομητρίωση, μέτριες αλλαγές στα χαρακτηριστικά του σπέρματος, ανεξήγητη υπογονιμότητα ή αποτυχία αρκετών προηγούμενων κύκλων πρόκλησης ωορρηξίας ή ενδομήτριας σπερματέγχυσης. Η εξωσωματική γονιμοποίηση πρέπει να προσφέρεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής σε γυναίκες προχωρημένης μητρικής ηλικίας, ανεξάρτητα από την αιτία της υπογονιμότητας. Η συμβατική εξωσωματική γονιμοποίηση δεν πρέπει να προτείνεται παρουσία σοβαρών ανωμαλιών του σπέρματος ή μετά από αρκετές αποτυχίες γονιμοποίησης σε προηγούμενες προσπάθειες [4,9].

Η ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (ICSI) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη παρουσία σοβαρών ανωμαλιών του σπέρματος ή ιστορικού αποτυχίας γονιμοποίησης σε συμβατικές προσπάθειες IVF. Πρέπει να τονιστεί ότι η ICSI δεν αντιπροσωπεύει την καταλληλότερη θεραπεία σε γυναικείες παθολογίες όπως κακή απόκριση των ωοθηκών ή προηγούμενες αποτυχίες εμφύτευσης [10].

1.4 Πρόκληση ωορρηξίας

Η πρόκληση ωορρηξίας στοχεύει στην αποκατάσταση της γονιμότητας σε γυναίκες με ανωορρηξία. Θα πρέπει να προσφέρεται λαμβάνοντας υπόψη άλλους παράγοντες, όπως ανδρικούς ή πυελικούς παράγοντες, βάρος ή διατροφικές διαταραχές, άγχος ή υπερβολική άσκηση. Έτσι, τουλάχιστον μία ανάλυση σπέρματος από τον άνδρα/ σύντροφο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί προτού προσφερθεί πρόκληση ωορρηξίας και έλεγχος σαλπιγγικής βατότητας. Εάν δεν υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την υγεία της πύελου ή των σαλπίγγων, μπορεί να είναι σκόπιμο να πραγματοποιηθούν τρεις κύκλοι πρόκλησης ωορρηξίας πριν από τον έλεγχο της βατότητας των

σαλπίγγων. Όταν υπάρχει διαταραχή ωορρηξίας, προσφέρεται θεραπεία σύμφωνα με την αιτιολογία:

1. Οι γυναίκες με χαμηλό ή υψηλό δείκτη μάζας σώματος θα πρέπει πρώτα να λάβουν συμβουλές σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες ή το άγχος. Αυτό είναι επίσης σημαντικό για όσες πάσχουν από σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, οι οποίες μπορεί να επαναλάβουν την ωορρηξία με απώλεια βάρους.
2. Η κιτρική κλομιφαίνη παραμένει η πρώτη γραμμής ιατρική θεραπεία και μπορεί να χορηγηθεί για έως και 12 μήνες. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τον μικρό κίνδυνο πολύδυμης κύησης. Γυναίκες με ανωορρηξία με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και δείκτη μάζας σώματος >25 , που δεν έχουν ανταποκριθεί μόνο στην κλομιφαίνη, μπορεί να τους χορηγηθεί μετοφορμίνη
3. Η θεραπεία με γοναδοτροπίνες είναι κατάλληλη για γυναίκες που αποτυγχάνουν να έχουν ωορρηξία ή να συλλάβουν με θεραπεία με αντι-οιστρογόνα (κιτρική κλομιφαίνη) ή έχουν υποθαλαμική ανεπάρκεια ή δυσλειτουργία. Για την τελευταία ομάδα, η θεραπεία με Αγωνιστές της ορμόνης απελευθέρωσης της ωχρινोटρόπου ορμόνης (Luteinizing hormone-releasing hormone, LHRH).είναι επίσης κατάλληλη και γενικά παρουσιάζει χαμηλότερο κίνδυνο πολύδυμης εγκυμοσύνης. Ωστόσο, κάθε κέντρο που διενεργεί πρόκληση ωορρηξίας με γοναδοτροπίνες θα πρέπει να διαθέτει εγκαταστάσεις τακτικής παρακολούθησης με υπερήχους και τεχνογνωσία στην παρακολούθηση τέτοιων κύκλων.
4. Σε γυναίκες με υπερπρολακτιναιμία θα πρέπει να προσφέρεται θεραπεία με αγωνιστές ντοπαμίνης όπως βρωμοκρυπτίνη ή καρβεγολίνη μετά από έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδούς και διόρθωση τυχόν ανωμαλιών [1,8,9].

1.5 Ενδομήτρια σπερματέγχυση

Αν και η ενδομήτρια σπερματέγχυση (intrauterine insemination, IUI) αντιπροσωπεύει μια σχετικά «ήπια» διαδικασία ART, πρέπει να εκτελείται με προσοχή, σύμφωνα με αυστηρά κριτήρια. Η IUI πραγματοποιείται με έγχυση απευθείας στη μήτρα του σπέρματος του ανδρός/συντρόφου και προτείνεται στη περίπτωση της τραχηλικής υπογονιμότητας, της μέτριας ανδρικής υπογονιμότητας, της δυσωορρηξίας, της ήπιας

ή μέτριας βαρύτητας ενδομητρίωσης ή της ανεξήγητης υπογονιμότητας. Στις τρεις τελευταίες ενδείξεις η διέγερση των ωοθηκών είναι απαραίτητη [11,12].

Τα δημογραφικά κριτήρια του ζευγαριού (ηλικία και των δύο συντρόφων, τρόπος ζωής, διάρκεια υπογονιμότητας) και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της υπογονιμότητας (αποθεματικό ωοθηκών, μήτρα, σπερμογράφημα-σπερμοκυτταρογράφημα) αυξάνουν τις πιθανότητες εγκυμοσύνης με ενδομήτρια σπερματέγχυση με το σπέρμα του συζύγου και μειώνουν τον κίνδυνο πολλαπλής εγκυμοσύνης. Τα ποσοστά εγκυμοσύνης που παρατηρήθηκαν κυμαίνονταν από 8 έως 20% ανά κύκλο σύμφωνα με τις ενδείξεις [11,12].

Η βατότητα των σαλπίγγων καθώς και η ποιότητα του σπέρματος πρέπει να ελέγχονται πριν από την εκτέλεση IUI. Υπάρχει γενική συμφωνία στη βιβλιογραφία ότι οι πιθανότητες επιτυχίας είναι καλύτερες μετά από ήπια διέγερση των ωοθηκών και την ωρίμανση το πολύ δύο ή τριών ωοθυλακίων. Ωστόσο, ο κύκλος πρέπει να παρακολουθείται με υπερηχογράφημα και ορμονική ανάλυση και εάν υπάρχουν περισσότερα από τρία ώριμα ωοθυλάκια, η προσπάθεια θα πρέπει να ακυρωθεί. Η ταυτόχρονη χρήση διέγερσης των ωοθηκών μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά εγκυμοσύνης, μπορεί όμως να οδηγήσει σε πολύδυμη εγκυμοσύνη. Η πλειοψηφία των κήσεων συμβαίνουν κατά τους πρώτους έξι κύκλους. Σε κάθε περίπτωση, ο αριθμός των προσπαθειών δεν πρέπει υπερβαίνει τους εννέα κύκλους. Κατά την αξιολόγηση της διάρκειας ενός προγράμματος IUI, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία της γυναίκας, για να διασφαλιστεί η έγκαιρη μεταφορά σε πιο σύνθετες θεραπείες, εάν ενδείκνυται [11,12].

1.6 Κρυοσυντήρηση

Δεδομένου ότι η περίσσεια εμβρύων λαμβάνεται συνήθως κατά τη διάρκεια θεραπειών IVF/ICSI, η κρυοσυντήρηση εμβρύων θα πρέπει να είναι τακτικά διαθέσιμη ως αναπόσπαστο μέρος των υπηρεσιών υπογονιμότητας. Η καθιέρωση ενός επιτυχημένου προγράμματος κρυοσυντήρησης θα αυξήσει τα σωρευτικά ποσοστά ζώντων γεννήσεων και επίσης θα καταστήσει τη μεταφορά μεμονωμένου εμβρύου μια ολοένα πιο αποτελεσματική επιλογή. Με μεγαλύτερο αριθμό επιλεκτικών κύκλων μεμονωμένης εμβρυομεταφοράς, περισσότερα έμβρυα καλής ποιότητας είναι διαθέσιμα για κρυοσυντήρηση. Η κρυοσυντήρηση όχι μόνο καθιστά

αυτά τα έμβρυα διαθέσιμα για μελλοντική χρήση από το ζευγάρι, αλλά μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την αποφυγή των κινδύνων υπερδιέγερσης των ωοθηκών [1].

1.7 Επιπλοκές

Η ART σχετίζεται με τρεις αξιοσημείωτες επιπλοκές: με σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών, πολύδυμη κύηση και έκτοπη κύηση [4].

Οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι της ART μπορεί να σχετίζονται με τη χρήση διέγερσης με γοναδοτροπίνη ή τις πραγματικές διαδικασίες ανάκτησης. Οι παρενέργειες των γοναδοτροπινών περιλαμβάνουν φούσκωμα, αύξηση βάρους, ναυτία, εναλλαγές διάθεσης και ευαισθησία στο στήθος. Η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών και ήσσονος σημασίας επιπλοκών που αντιμετωπίζουν γυναίκες που υποβάλλονται σε ελεγχόμενη υπερδιέγερση των ωοθηκών (controlled ovarian hyperstimulation, COH) και λήψη ωαρίων (oocyte pick-up, OPU) είναι γενικά σπάνιες [13].

Πιθανόν να συμβεί συστροφή της ωοθήκης όπου υπάρχει συστροφή της ίδιας και μερικές φορές της σάλπιγγας, διακόπτοντας την αρτηριακή παροχή και προκαλώντας ισχαιμία. Είναι μια σπάνια επιπλοκή που σχετίζεται με την ελεγχόμενη υπερδιέγερση των ωοθηκών. Σε μια σειρά περιπτώσεων 2.495 κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης, υπήρξαν δύο περιπτώσεις συστροφής. Η συχνότητα εμφάνισης μπορεί να είναι υψηλότερη μεταξύ των ασθενών με σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS) [4].

Οι επιπλοκές που σχετίζονται με την ανάκτηση ωαρίων περιλαμβάνουν αιμορραγία, μόλυνση, ωοθηκικό απόστημα, ουρητηροκολπικό συρίγγιο και ψευδοανεύρυσμα της λαγόνιας αρτηρίας [14]. Σε μια ανασκόπηση όπου 587 δότες υποβλήθηκαν σε 973 κύκλους COH και 886 OPU υπήρξαν δύο περιπτώσεις στρέψης των ωοθηκών (0,2 %), δύο σημαντικές λοιμώξεις (0,2 %) και ένα περιστατικό ρήξης κύστης ωοθηκών που απαιτούσε νοσηλεία (0,1 %) [13]. Μια αναφορά πρότεινε ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε COH για εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν αυξημένο επιπολασμό της θρομβοεμβολικής νόσου σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό [15].

Η πιο συχνή επιπλοκή της ART είναι η πολύδυμη κύηση. Η μητρική νοσηρότητα και η θνησιμότητα σε πολύδυμες κύσεις είναι σημαντικά αυξημένες σε σύγκριση με τις

μονήρεις κήσεις. Τα δίδυμα συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά περιγεννητικών επιπλοκών. Ο κίνδυνος νευρολογικών προβλημάτων στα νεογνά, συμπεριλαμβανομένης της εγκεφαλικής παράλυσης, είναι υψηλότερος από ότι στα μονά έμβρυα. Οι δίδυμες κήσεις γίνονται όλο και περισσότερο αποδεκτές ως σοβαρή επιπλοκή της ART για το ζευγάρι, το νεογνό και την κοινωνία. Η μείωση του αριθμού των πολύδυμων γεννήσεων μπορεί να ρυθμιστεί μόνο με μείωση του αριθμού των μεταφερόμενων εμβρύων. Αυτή η περιοριστική πολιτική εμβρυομεταφοράς θα μπορούσε να γίνει αποδεκτή ως το μόνο μέσο για την εξάλειψη των πολύδυμων κήσεων υψηλής τάξης. Αν και η μεταφορά δύο εμβρύων έχει αποτρέψει την τρίδυμη κήση, οι δίδυμες κήσεις εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν περισσότερο από περίπου το 25% των τοκετών μετά τη μεταφορά δύο εμβρύων πρώιμου σταδίου ή περισσότερο από το 35% όταν μεταφέρονται δύο βλαστοκύστες [1,8].

Κεφάλαιο 2^ο Αρχές ηθικής στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

2.1 Γενικές αρχές ηθικής

Υπάρχει ταχεία διάδοση νέων τεχνολογιών στον τομέα της ΙΥΑ. Οι εξελίξεις αυτές έχουν διαφορετικούς στόχους όπως πρόληψη της γέννησης παιδιών με δυσπλασίες, ενίσχυση της γονιμότητας, αύξηση της αποτελεσματικότητας της τεχνολογίας, μείωση των ηθικών προβλημάτων, αύξηση της αυτονομίας, μείωση του κόστους θεραπείας, απλοποίηση πρωτοκόλλων κ.λπ. Ωστόσο, η ευρεία υιοθέτηση νέων τεχνικών συχνά συμβαίνει χωρίς την απαραίτητη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες των μεθόδων. Η εφαρμογή νέων μεθόδων χωρίς διασφαλίσεις για την υγεία των παιδιών που προκύπτουν μοιάζει με την πρόωρη εισαγωγή νέων φαρμάκων χωρίς την κατάλληλη έρευνα [7].

Η τεχνολογία και η έρευνα πρέπει πάντα να εξαρτώνται από την ευημερία των μελλοντικών απογόνων. Με άλλα λόγια, τα συμφέροντα των μελλοντικών απογόνων πρέπει να υπερισχύουν στην ανάπτυξη και την πρόοδο της επιστήμης. Απαιτείται η πιθανή βλάβη στα άτομα που εμπλέκονται (συμπεριλαμβανομένου του μελλοντικού παιδιού) να αντισταθμίζεται από τα πιθανά οφέλη. Η επαρκής έρευνα εξυπηρετεί

τόσο την ευημερία του παιδιού όσο και τη δημόσια υγεία (δηλαδή την πρόληψη των πολύδυμων κυήσεων) και δίνει τη δυνατότητα στους υποψήφιους γονείς να λαμβάνουν καλύτερα τεκμηριωμένες αποφάσεις [7].

2.2 Η θεραπευτική σχέση στη θεραπεία της γονιμότητας

Η θεραπεία γονιμότητας λαμβάνει χώρα στο ηθικό πλαίσιο της σχέσης ασθενή-ιατρού. Ο ασθενής εδώ είναι συνήθως (αλλά όχι απαραίτητα) ζευγάρι. Όπως πάντα, η σχέση ασθενούς-γιατρού δημιουργείται κατόπιν αμοιβαίας συμφωνίας και συνεπάγεται ευθύνες και για τα δύο μέρη. Στο πλαίσιο αυτής της σχέσης, ο ιατρός έχει υποχρέωση να παρέχει ιατρική βοήθεια. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες, συμβουλευτική, διάγνωση, θεραπεία ή παραπομπή. Ευθύνη του ασθενούς είναι να παρέχει στον γιατρό τις απαραίτητες πληροφορίες για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων, να τηρεί τα ραντεβού και να συμβάλλει στην επιτυχή έκβαση ακολουθώντας ιατρικές οδηγίες και συμβουλές [16].

Η θεραπεία γονιμότητας είναι ιδιαίτερη στο ότι δεν ασχολείται μόνο με την επίλυση ή τη διαχείριση ενός ιατρικού προβλήματος στην ασθενή, αλλά στοχεύει στη γέννηση ενός υγιούς παιδιού. Αυτό έχει επιπτώσεις στον ηθικό ιστό της θεραπείας γονιμότητας: τα συμφέροντα του μελλοντικού παιδιού θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο από το ζευγάρι που ζητά ιατρική βοήθεια, αλλά και από τον ιατρό του οποίου ζητείται η βοήθεια. Όπως αναφέρει και η ESHRE, η αιτιολογική και σκόπιμη συνεισφορά του γιατρού γονιμότητας στο γονικό έργο τον καθιστά συνυπεύθυνο για την ευημερία του μελλοντικού παιδιού. Οι ιατροί γονιμότητας, λοιπόν, έχουν διπλή ευθύνη: απέναντι στον ασθενή και στο παιδί [7,16].

2.3 Αρχή της ευεργεσίας και της μη βλάβης

Η αναπαραγωγική βοήθεια, ως μορφή ιατρικής βοήθειας, μπορεί να λογιστικοποιηθεί με βάση την αρχή της ευεργεσίας. Ωστόσο, η ιατρική βοήθεια έχει συχνά ένα τίμημα: συνήθως υπάρχουν κίνδυνοι που πρέπει να αντισταθμιστούν από τα οφέλη της θεραπείας, προκειμένου η παρέμβαση να είναι ανάλογη. Θεραπεία με αρνητική αναλογία αναμενόμενων οφελών και βλαβών («ώφελέειν ἢ μὴ βλάπτειν» κατά Ιπποκράτη) για τον ασθενή παραβιάζει την αρχή της μη κακόβουλης συμπεριφοράς και ως εκ τούτου δεν πρέπει να προσφέρεται. Αν υπάρχει μια αναμενόμενη θετική

αναλογία οφέλους προς βλάβη σημαίνει ότι η προσφορά θεραπείας είναι ηθικά αποδεκτή [7,16].

Στον τομέα αυτό, δεδομένης της διπλής ευθύνης των ιατρών γονιμότητας, η αρχή της μη βλάβης αναφέρεται επίσης στην ευημερία του παιδιού. Οι ιατροί γονιμότητας θα πρέπει να αρνούνται να παρέχουν αναπαραγωγική βοήθεια «αν κρίνει ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος σοβαρής βλάβης στο μελλοντικό παιδί». Ακόμη και όταν η θεραπεία γονιμότητας είναι ηθικά αποδεκτή, τόσο λόγω των μητρικών κινδύνων όσο και της ευημερίας του παιδιού, οι ιατροί εξακολουθούν να βρίσκονται υπό εκ πρώτης όψεως υποχρέωση μείωσης των αναπαραγωγικών κινδύνων στο βαθμό που κάτι τέτοιο είναι εύλογα δυνατό και αναλογικό [7,16].

Στην περίπτωση των ART, η αναλογικότητα της αναπαραγωγικής βοήθειας μπορεί να επηρεάζεται από πτυχές που σχετίζονται με τη διαδικασία, όπως η επιλογή του καθεστώτος διέγερσης ωοθηκών ή ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται, αλλά και από χαρακτηριστικά του ασθενούς που συνεπάγονται σημαντικά χαμηλότερη αποτελεσματικότητα από τη διαδικασία, υψηλότερους μητρικούς κινδύνους ή/και κινδύνους για το μέλλον παιδί. Η ηλικία της μητέρας, φυσικά, είναι ένα πολύ γνωστό παράδειγμα αναλογικότητας που επηρεάζει χαρακτηριστικά αυτού του είδους, ζητώντας ένα όριο ηλικίας για εξωσωματική γονιμοποίηση με τα (φρέσκα) ωάρια μιας γυναίκας κάπου μεταξύ 41 και 44 ετών [7,16].

Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοόλ διαφέρουν από την ηλικία, καθώς ο αντίκτυπος που έχουν στο αποτέλεσμα τόσο της φυσικής όσο και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί κατ' αρχήν να αποφευχθεί ή να μετριαστεί με την τροποποίηση του τρόπου ζωής. Αν και το ερώτημα του πού να τραβήξει ο ιατρός μια γραμμή και να αρνηθεί την εξωσωματική γονιμοποίηση ή άλλες μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορεί τελικά να προκύψει επίσης σε αυτό το πλαίσιο, το πρωταρχικό ζήτημα εδώ είναι σε ποιο βαθμό οι ιατροί γονιμότητας πρέπει να επιμένουν στην προηγούμενη τροποποίηση του τρόπου ζωής από τη γυναίκα (και τον σύντροφό της), που μπορεί είτε να προλάβει την ανάγκη για ιατρική βοήθεια είτε να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ή/και μείωση των αναπαραγωγικών κινδύνων [7,16].

2.4 Αυτονομία και υπευθυνότητα

Ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών είναι μια άλλη κεντρική αρχή της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης. Σε ποιο βαθμό πρέπει να αφεθεί στον ασθενή να αποφασίσει την αποδοχή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Σαφώς, η αυτονομία του ασθενούς δεν μπορεί να είναι λόγος για τους ιατρούς να παρέχουν μάταιη θεραπεία. Η αναφορά στην αυτονομία του ασθενούς δεν απαλλάσσει τους ιατρούς από τη δική τους ευθύνη για παροχή φροντίδας καλής ποιότητας. Ως επαγγελματίες, αυτοί δεν μπορούν να αγνοήσουν το γεγονός ότι μερικές φορές θα μπορούσε να επιτευχθεί καλύτερο αναμενόμενο αποτέλεσμα μέσω για παράδειγμα μιας προηγούμενης αλλαγής τρόπου ζωής εκ μέρους του ασθενούς ή μια αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής για μια κατάσταση. Για παράδειγμα, σε πολλούς ασθενείς με ανωορρηκτική υπογονιμότητα, η αλλαγή συμπεριφορών υγείας μπορεί ακόμη και να οδηγήσει στην αποκατάσταση των φυσικών αναπαραγωγικών δυνατοτήτων, εξαιρώντας έτσι την ανάγκη για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η επισημάνση αυτού κατά την παροχή συμβουλών σε ασθενείς στους οποίους ισχύει αυτό δεν παραβιάζει την αυτονομία του ασθενούς. Καλύτερα είναι για να τους επιτρέψει να λαμβάνουν καλύτερα τεκμηριωμένες αναπαραγωγικές αποφάσεις και έτσι να τις λαμβάνουν σοβαρά ως αυτόνομοι άνθρωποι. Αποτυχία για παροχή αυτών των πληροφοριών έρχεται σε αντίθεση με την επαγγελματική ευθύνη [7,16,17].

Όσον αφορά τους εξαρτημένους ασθενείς, μπορεί κάλλιστα να τεθεί σε κίνδυνο το μελλοντικό παιδί. Ο ιατρός επιμένοντας σχετικά με τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος ή του ποτού ή των ουσιών και την παραπομπή αυτών των ασθενών σε επαγγελματική βοήθεια, θεωρείται ότι στοχεύει στην αποκατάσταση του μελλοντικού γονέα παρά στον περιορισμό της αυτονομίας του [16].

Ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών πρέπει να εξισορροπείται με το ηθικό βάρος των συμφερόντων άλλων τρίτων όπως της κοινωνίας και του μελλοντικού παιδιού. Τα συμφέροντα της κοινωνίας διακυβεύονται όταν διακυβεύεται η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συλλογική χρηματοδότηση και (είτε αυτό συμβαίνει είτε όχι) όταν το κόστος υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζεται με μητρικές και νεογνικές επιπλοκές (συμπεριλαμβανομένων πιθανών μακροπρόθεσμων αρνητικών

επιπτώσεων στην υγεία) βαρύνει τη δημόσια ασφάλιση υγείας. Ενόψει αυτού, οι ασθενείς δεν μπορούν να ισχυριστούν ότι πρέπει να αφεθεί σε αυτούς να αποφασίσουν για την αναλογικότητα της θεραπείας [7,16,17].

Επιπλέον, η έκκληση για σεβασμό της αυτονομίας αγνοεί πώς η θεραπεία ασθενών που συνεχίζουν να καπνίζουν ή να καταναλώνουν αλκοόλ και ουσίες, μπορεί επίσης να επηρεάσει την ευημερία του μελλοντικού παιδιού. Ακόμη και όταν αυτό παραμένει κάτω από το όριο του «υψηλού κινδύνου σοβαρής βλάβης» οδηγούν στο να γίνει η ART ηθικά μη αποδεκτή. Ορισμένοι αναπαραγωγικοί κίνδυνοι μπορούν να αποφευχθούν μέσω προκαταρκτικών αλλαγών στον τρόπο ζωής και αυτό είναι ηθικά σημαντικό. Αυτό δίνει στους ιατρούς γονιμότητας έναν (επιπλέον) λόγο να επιμένουν ότι η πραγματοποίηση τέτοιων αλλαγών και θα πρέπει τουλάχιστον να επιχειρείται σοβαρά πριν εξεταστεί η ζητούμενη θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο, λαμβάνουμε σοβαρά υπόψη τους ασθενείς ως μελλοντικούς γονείς και αντιμετωπίζουμε τους ασθενείς από την προοπτική μιας κοινής (γονικής και επαγγελματικής) ευθύνης για την ευημερία του παιδιού [7,16,17].

2.5 Ισότητα πρόσβασης

Ισότητα στην υγειονομική περίθαλψη σημαίνει ίση πρόσβαση στη βασική υγειονομική περίθαλψη χωρίς υπερβολικά οικονομικά βάρη. Η φροντίδα της υγείας είναι σημαντική γιατί διασφαλίζει και προστατεύει την πρόσβαση των ανθρώπων σε ευκαιρίες και επιτρέπει στους ανθρώπους να ζήσουν αξιοπρεπώς. Δεδομένης της σημασίας της υγείας για τη γενική ευημερία του άτομου, κάθε άτομο, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή τα οικονομικά του σημαίνει, θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μια αξιοπρεπή ελάχιστη φροντίδα υγείας [18].

Το πρώτο θέμα είναι εάν θα έπρεπε η MAR και οι ART να συμπεριληφθούν στη βασική υγειονομική περίθαλψη και επομένως να είναι επιλέξιμες για οικονομική κρατική ή μη αποζημίωση. Αναλύοντας αυτό το θέμα, η επιθυμία για αναπαραγωγή θεωρείται ότι περιλαμβάνει όχι μόνο άτομα που πάσχουν από υπογονιμότητα, αλλά και άτομα που χρειάζονται ART προκειμένου να αποτραπεί η γέννηση παιδιού με συγκεκριμένη γενετική διαταραχή. Άτομα με υψηλό κίνδυνο να έχουν προσβεβλημένο παιδί μπορεί να χρειάζονται IVF σε συνδυασμό με προεμφυτευτική

γενετική διάγνωση για να πραγματοποιήσουν την επιθυμία τους για ένα παιδί. Ενώ οι ART συμπεριλαμβάνουν πολλές τεχνικές συμπεριλαμβανομένης της πρόκλησης ωορρηξίας, της IVF κ.λπ., στις περισσότερες χώρες, υπάρχουν διαφορές στη χρήση ART και προκύπτουν ανισότητες. Ωστόσο, αυτές οι ανισότητες δεν αποδεικνύονται απαραίτητα να σχετίζονται με αδικία αφού για παράδειγμα, μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα δεν θέλει να χρησιμοποιήσει ART για θρησκευτικούς λόγους και αυτό δεν σημαίνει ανισότητα [18].

Οι ανισότητες στη χρήση καταδεικνύουν ανισότητα όταν οι παράγοντες που την προκαλούν επηρεάζουν τη πρόσβαση στη θεραπεία. Ο πιο γνωστός παράγοντας ανισότητας στην υγειονομική περίθαλψη είναι η ικανότητα πληρωμής. Εάν η αναπαραγωγική φροντίδας υγείας θεωρείται μέρος της βασικής φροντίδας υγείας, αυτός ο παράγοντας είναι σαφώς απαράδεκτος. Η απόφαση των ατόμων να τεκνοποιήσουν ή μη, δεν πρέπει να εξαρτάται από το εισόδημα τους. Δυστυχώς, το μεγάλο οικονομικό κόστος των ART, σημαίνει ότι συχνά οι άνθρωποι αποκλείονται από τις θεραπείες για οικονομικούς λόγους, πραγματοποιούνται σαφώς μεγάλες διακρίσεις, και εάν τελικά επωμιστούν το οικονομικό βάρος, επηρεάζεται αρνητικά το εισόδημα της οικογένειας [18].

Ωστόσο, η χρηματοδότηση της θεραπείας υπογονιμότητας δεν επαρκεί για την εξάλειψη της ανισότητας. Μπορεί να υπάρχουν σημαντικοί μη χρηματοοικονομικοί φραγμοί. Ακόμη και σε χώρες με υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη ή πλήρης αποζημίωση από το δημόσιο σύστημα, ομάδες με χαμηλό εισόδημα και με χαμηλή εκπαίδευση κάνουν σημαντικά μικρότερη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, προκειμένου να δημιουργηθούν πραγματικά ίδια κεφάλαια, αποζημίωση της θεραπείας θα πρέπει να συνοδεύεται από εκστρατείες για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα και την τη διαθεσιμότητα των θεραπευτικών επιλογών και τη βελτιωμένη εκπαίδευση γενικότερα. Οι ιατρικές παρεμβάσεις, τόσο για την απόκτηση παιδιού όσο και για αποφυγή γενετικών προβλημάτων θα πρέπει να χρηματοδοτούνται τουλάχιστον εν μέρει σε σχετικά εύπορες κοινωνίες [18].

Συνολικά, η χρηματοδότηση της MAR θα πρέπει να εξετάζεται με δομημένο τρόπο συμπεριλαμβανομένης της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ισότητας για την αποφυγή αδικαιολόγητων διακρίσεων. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν ηθική

υποχρέωση απέναντί τους ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για τη μείωση του κόστους θεραπείας όσο το δυνατόν περισσότερο. Αυτή η μείωση δίνει τη δυνατότητα στα κέντρα γονιμότητας να προσφέρουν περισσότερους κύκλους/θεραπείες για το ίδιο χρηματικό ποσό. Προκειμένου να γίνει αυτό με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να ανακαλύψει και να αναπτύξει φθηνότερη και πιο αποτελεσματική θεραπεία υπογονιμότητας [18].

Κεφάλαιο 3^ο Η ευημερία του παιδιού στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

3.1 Αξιολόγηση κινδύνων

Αρχικά, ας σημειώσουμε την αξιολόγηση των κινδύνων που σχετίζονται με τους επίδοξους γονείς.

Στη φυσική σύλληψη, υπεύθυνοι είναι οι σκόπιμοι γονείς για την υγεία και την ευημερία του παιδιού. Οφείλουν να παρέχουν εύλογη φροντίδα μέχρι την ηλικία που φτάνει το παιδί στην ενηλικίωση. Επιπλέον, δεδομένου του γεγονότος ότι ξεκινούν το έργο με το οποίο δημιουργείται το παιδί, θα πρέπει να μπορούν να χειριστούν τη φροντίδα του χωρίς συνεχή υποστήριξη από άλλους. Από τη στιγμή που το άτομο ή το ζευγάρι συναντά δυσκολίες στην σύλληψη, μπορούν να προσφύγουν σε μια ΜΙΥΑ. Μερικοί άνθρωποι αμφισβητούν την ευθύνη του επαγγελματία για τη μελλοντική ευημερία των παιδιών που προκύπτει από οποιαδήποτε θεραπεία υπογονιμότητας. Συχνά διατυπώνονται δύο σημαντικές ενστάσεις για την απόδοση ευθύνης για την ευημερία του παιδιού στον γιατρό:

1. τα γόνιμα ζευγάρια δεν επιλέγονται ή δεν έχουν άδεια να τεκνοποιήσουν και η επιλογή υπογόνιμων ζευγαριών με βάση την προβλεπόμενη χαμηλότερη κατάσταση ευημερίας τους καταλήγει σε διακρίσεις.
2. η εικαζόμενη ευθύνη του ιατρού εκφράζει συχνά προκατάληψη και αυθαιρεσία [7].

Η ευθύνη του ιατρού-ειδικού γονιμότητας οφείλεται στην ιδιαιτερότητα της θεραπείας της υπογονιμότητας. Η ιδιαιτερότητά έγκειται στο γεγονός ότι η θεραπεία

δεν περιορίζεται στη διαχείριση μιας ιατρικής ή σωματικής ανεπάρκειας, αλλά ότι οδηγεί ιδανικά στη σύλληψη ενός άλλου ατόμου. Ο ιατρός φέρει κοινή ευθύνη για την ευημερία του παιδιού λόγω της αιτιολογικής και σκόπιμης συνεισφοράς του/της στο γονικό έργο. Ο ιατρός πρέπει να λαμβάνει λοιπόν υπόψη τους προς το παρόν γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την ευημερία του μελλοντικού παιδιού. Για να αποφευχθούν οι προκαταλήψεις, οι αυθαιρεσίες και οι διακρίσεις, πρέπει να αναζητηθούν αντικειμενικά αποδεικτικά στοιχεία που να μπορούν να προσφέρουν καλούς λόγους σε περίπτωση άρνηση παροχής βοήθειας. Αυτή η απαίτηση δεν ισχύει μόνο για την IVF αλλά για όλες τις ιατρικές παρεμβάσεις που επιτρέπουν την τεκνοποίηση [7].

Στα μεγάλα κέντρα, το αίτημα των ατόμων για MAR εξετάζεται από ομάδα ειδικών, καθένας από τους οποίους έχει τον δικό του υπεύθυνο επαγγελματία. Αυτό συνεπάγεται ότι όλοι οι συνεργαζόμενοι επαγγελματίες μοιράζονται την ευθύνη για την απόφαση. Ωστόσο, αναφέρεται ότι ο ειδικός στη γονιμότητα είναι το άτομο που παίρνει την τελική απόφαση για συνέχιση των διαδικασιών MAR [7].

Υπάρχουν διαφορετικές κατηγορίες παραγόντων γονικών κινδύνων. Ορισμένες καταστάσεις ποσοτικοποιούνται και επαληθεύονται πιο εύκολα από ότι άλλες. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να έχουν συνέπειες για την ευημερία του παιδιού όπως:

1. Ιατρικές παθήσεις των επίδοξων γονέων που περιλαμβάνουν μεταδοτικές, γενετικές και μολυσματικές διαταραχές (HIV, Ηπατίτιδα Β και C), καθώς και ιατρικές παθήσεις των επίδοξων γονέων που μπορεί να εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία του παιδιού όπως σοβαρή σωματική αναπηρία που εμποδίζει τη λειτουργικότητα ή/και μειώνει το προσδόκιμο ζωής και την κατάχρηση ουσιών.
2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: κακοποίηση παιδιών, βία στην οικογένεια, εθισμός, νοητική υστέρηση, ψυχιατρικές διαταραχές, φτώχεια, ανύπαντρες γυναίκες και χηρεία [7].

3.2 Πρότυπα

Ακόμη και όταν υπάρχουν διαθέσιμες αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις ορισμένων καταστάσεων ή χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής του παιδιού, θα πρέπει να αποφασίσει κανείς εάν θα λάβει ή όχι το ζευγάρι θεραπεία

γονιμότητας. Για να γίνει αυτό, απαιτείται ένα πρότυπο για την αξιολόγηση των πιθανών δυσμενών συνεπειών. Μπορούν να διακριθούν τρία διαφορετικά πρότυπα:

1. Το αυστηρότερο πρότυπο είναι το πρότυπο «μέγιστης ευημερίας». Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, δεν πρέπει να παρέχεται ιατρική βοήθεια όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι συνθήκες ζωής του μελλοντικού παιδιού δεν θα είναι βέλτιστες.
2. Το αντίθετο πρότυπο είναι το «ελάχιστο όριο». Η ιατρική βοήθεια για την αναπαραγωγή είναι μη αποδεκτή μόνο εάν η ποιότητα ζωής του μελλοντικού παιδιού είναι τόσο χαμηλή που θα ήταν καλύτερα να μην είχε γεννηθεί.
3. Το ενδιάμεσο πρότυπο είναι η «εύλογη ευημερία». Ακολουθώντας αυτό το πρότυπο, η βοήθεια είναι αποδεκτή εάν το μελλοντικό άτομο έχει τις ικανότητες και τις ευκαιρίες να πραγματοποιήσει εκείνες τις διαστάσεις και τους στόχους που γενικά κάνουν μια ανθρώπινη ζωή πολύτιμη [17].

Η ηθική θέση του ιατρού συνδέεται με την υποχρέωση φροντίδας του/της, η οποία περιλαμβάνει ευθύνη τόσο προς τους επίδοξους γονείς όσο και προς το μελλοντικό παιδί. Όταν το προβλεπόμενο επίπεδο ευεξίας του μελλοντικού παιδιού εκτιμάται ότι πέφτει κάτω από το πρότυπο της εύλογης ευημερίας (π.χ. όταν υπάρχει υψηλός κίνδυνος σοβαρής βλάβης), ο ιατρός έχει υποχρέωση να αρνηθεί τη συμμετοχή σε διαδικασίες MAR. Υπάρχει μια γκρίζα ζώνη γύρω από το εύλογο επίπεδο ευημερίας στο οποίο μπορεί να συμμετέχει ο ιατρός αλλά η συνεργασία δεν είναι υποχρεωτική. Πάνω από το επίπεδο της εύλογης ευημερίας, ο γιατρός θα πρέπει να βοηθάει με βάση την επαγγελματική του θέση. Ο ιατρός-ειδικός στη γονιμότητα θα πρέπει να αρνηθεί να συνεργαστεί στο γονικό έργο των επίδοξων γονέων εάν κρίνει ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος σοβαρής βλάβης στο μελλοντικό παιδί. Θα πρέπει να λάβει υπόψη του τους επί του παρόντος γνωστούς παράγοντες κινδύνου [7,17].

3.3 Διαδικασίες συλλογής πληροφοριών και δεδομένων των γονέων

Για να πραγματοποιηθεί η εκτίμηση κινδύνου απαιτούνται μια καλά ενημερωμένη απόφαση, σαφή και σχετικά στοιχεία. Η απόκτηση αυτών των πληροφοριών ενδέχεται να έρχεται σε αντίθεση με δύο στοιχεία, το απόρρητο του ασθενούς και της οικογένειάς του και τους πρακτικούς περιορισμούς, συμπεριλαμβανομένου του φόρτου εργασίας του ιατρού. Μερικές πληροφορίες μπορεί ακόμη και να μην υπάρχουν, μπορεί να είναι δύσκολο και δαπανηρό να αποκτηθούν (από άποψη

χρόνου, προσπάθειας) και μπορεί επίσης να είναι δύσκολο να ερμηνευθούν. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη πρέπει να παραμείνει βασική αξία στη σχέση ασθενούς-ιατρού. Ο ιατρός επιτρέπεται να αποδεχτεί ορισμένες δηλώσεις του ασθενούς ως αληθείς χωρίς να τα επαληθεύει. Η υποχρέωση επαλήθευσης υπάρχει μόνο όταν ο ιατρός έχει βάσιμους λόγους να αμφισβητεί είτε τις πληροφορίες που παρέχονται από τον επίδοξο γονέα ή τη γονική ικανότητα των ασθενών. Σε συμφωνία με τη γενική στάση της κοινωνίας προς την αναπαραγωγή, υπάρχει το τεκμήριο ότι η υπάρχει ελάχιστη ικανότητα ανατροφής παιδιών. Γιατί ο ιατρός αναμένεται να λάβει υπόψη τα συμφέροντα των μελλοντικών παιδιών, οπότε και πρέπει σε περίπτωση αμφιβολίας, να χρησιμοποιεί μέσα ελέγχου των πληροφοριών που παρέχονται από τους επίδοξους γονείς [7].

Εκτός από πληροφορίες σχετικά με πιθανούς παράγοντες κινδύνου για μεμονωμένους επίδοξους γονείς, απαιτούνται επίσης εμπειρικά στοιχεία για τους παράγοντες κινδύνου σε συγκεκριμένα δείγματα πληθυσμού (π.χ. γυναίκες μετά την εμμηνοπαυση). Ενώ η θεραπεία σε ορισμένες καταστάσεις ή η θεραπεία ατόμων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι αποδεκτή δεδομένης της αβεβαιότητας σχετικά με τις συνέπειες για το μελλοντικό παιδί, αυτή η θεραπεία θα πρέπει να ακολουθείται από μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης προκειμένου να μειωθεί η αβεβαιότητα. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τις αβεβαιότητες και θα πρέπει να ζητείται η συμμετοχή τους στην έρευνα παρακολούθησης. Λόγω της πολυπλοκότητας του προσδιορισμού της ποιότητας ζωής ενός μελλοντικού παιδιού και λόγω της έλλειψης σαφώς οριοθετημένων προτύπων για την αξιολόγηση της ευημερίας του παιδιού, ο ασθενής και ο γιατρός μπορεί να διαφωνούν σχετικά με την ερμηνεία των διαθέσιμων στοιχείων [7].

Όσον αφορά τις γενετικές ασθένειες, δεν είναι ούτε σκόπιμο ούτε εφικτό να γίνεται προκαταρκτικός έλεγχος των επίδοξων γονέων για κάθε ανιχνεύσιμη γενετική ασθένεια. Μπορούν να παραγγελθούν ειδικές εξετάσεις για μέλη συγκεκριμένων οικογενειών ή υποπληθυσμών. Δεν πρέπει κανείς να αγωνίζεται για μηδενικό κίνδυνο. Παρόλα αυτά, εάν ο ιατρός είναι αβέβαιος για την αξιολόγηση ιατρικής, ψυχολογικής, σχεσιακής ή κοινωνικής κατάστασης του ασθενούς, η απόφαση για εφαρμογή MAR, πρέπει να ληφθεί μετά από διαβούλευση με ειδικούς από άλλους σχετικούς κλάδους όπως η ψυχολογία, η ψυχιατρική, η συμβουλευτική, η γενετική και η παιδιατρική [7].

3.4 Διαδικαστικές λύσεις όταν υπάρχει σύγκρουση μεταξύ ασθενή-ιατρού

Η αυτονομία του ασθενούς δεν είναι απόλυτη. Ακριβώς επειδή στη συνεργασία του ιατρού, εμπλέκεται και η αυτονομία του/της. Δύο στρατηγικές μπορούν να εφαρμοστούν κάθε φορά που υπάρχει σύγκρουση μεταξύ ασθενούς και ιατρού:

-Θεραπεία υπό όρους. Εάν ο γιατρός θεωρεί μια συγκεκριμένη κατάσταση ως πολύ επικίνδυνη, μπορεί να αποφασίσει να συνεργαστεί μόνο εάν ο κίνδυνος για το μελλοντικό παιδί μπορεί να μειωθεί. Ο τύπος της πάθησης εξαρτάται από τον παράγοντα κινδύνου. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν πρόσθετες εξετάσεις (όπως προεμφυτευτική γενετική διάγνωση σε περίπτωση υψηλού γενετικού κινδύνου), αναβολή, αλλαγή των συνθηκών (όπως αποσαφήνιση της σχέσης), ψυχολογική υποστήριξη, χρήση γαμετών δότη κ.λπ. Επιπλέον, αυτές οι καταστάσεις θα πρέπει να συνδέονται με λογικό πρότυπο ευημερίας και καλή κλινική πρακτική.

- Άρνηση θεραπείας. Εκτός από λόγους που σχετίζονται με την ευημερία του παιδιού, ο ιατρός μπορεί να έχει και άλλους λόγους (δεοντολογικούς, θρησκευτικούς) για να αρνηθεί τη θεραπεία. Ως εκ τούτου, ορισμένοι ιατροί μπορεί να έχουν φιλοσοφικές, ιδεολογικές ή θρησκευτικές αντιρρήσεις κατά ορισμένων τύπων θεραπείας που δεν σχετίζονται με την ευημερία του παιδιού. Τέτοιες αντιρρήσεις συνείδησης πρέπει να γίνονται σεβαστές. Ο ασθενής μπορεί να παραπεμφθεί σε έναν άλλον συνάδελφο ή σε κέντρο γονιμότητας. Εφόσον η παραπομπή μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μια μορφή συνενοχής, θα πρέπει να καθιερωθούν εναλλακτικά συστήματα διασποράς πληροφοριών στους ασθενείς, πλήρως ανεξάρτητα από τον μεμονωμένο ιατρό που αρνείται να βοηθήσει στην ΜΑΡ. Έτσι, όταν ένας γιατρός διαφωνεί με το αίτημα των επίδοξων γονέων, μπορεί να προσπαθήσει να λύσει τη σύγκρουση προσφέροντας θεραπεία υπό όρους ή μπορεί να παραπέμψει τους επίδοξους γονείς σε έναν συνάδελφο [17].

Κεφάλαιο 4^ο Ψυχική νόσος και γονιμότητα

Η προϋπάρχουσα ψυχική νόσος επιδρά στη πρόκληση υπογονιμότητας αλλά και αντίστροφα η υπογονιμότητα επιδρά αρνητικά στην ψυχοπαθολογία των ατόμων, προκαλώντας ή και εντείνοντας μια ψυχική νόσο.

Η γονιμότητα σε γυναίκες με διάγνωση συναισθηματικής νόσου ή σχιζοφρένειας έχει μελετηθεί ήδη από τον Baron το 1982 και τον Jonsson το 1991, που πρότειναν ότι αυτή μειώνεται σημαντικά. Σε γυναίκες και σε άνδρες με διπολική νόσο διαπίστωσαν ότι η γονιμότητα μειώθηκε και στα δύο φύλα ακόμη και πριν από την έναρξη της νόσου. Μετά την έναρξη της νόσου, η συνολική μείωση παρέμεινε η ίδια στις γυναίκες, αλλά αυξήθηκε περαιτέρω στους άνδρες. Οι Calzeroni και συν, (1990) μελέτησαν τα ποσοστά γονιμότητας σε γυναίκες με διάγνωση μείζονος κατάθλιψης με ψυχωσικά χαρακτηριστικά και σε γυναίκες με αυτοκτονικές συμπεριφορές. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσοι είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είχαν σημαντικά λιγότερα παιδιά από εκείνους που δεν είχαν κάνει [19]. Οι γυναίκες που λαμβάνουν σταθεροποιητές της διάθεσης για διπολική διαταραχή παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό υποτροπής στη διάρκεια των θεραπειών MAR [20].

Οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν υποτροπή κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Είναι πιο πιθανό να αναγνωρίσουν τη θεραπεία υπογονιμότητας ως το πιο οδυνηρό γεγονός στη ζωή τους, ακόμη πιο αναστατωμένο από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή το διαζύγιο. Η κατάθλιψη μεταξύ των υπογόνιμων γυναικών βρέθηκε να είναι συγκρίσιμη με τα επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς που είχαν άλλες χρόνιες παθήσεις (π.χ. καρκίνο) [20]. Επιπλέον, οι γυναίκες με μείζονα κατάθλιψη είχαν χαμηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης μετά από IVF από μη καταθλιπτικές γυναίκες. Επίσης, η διάγνωση κατάθλιψης είχε μια ανεξάρτητη και σημαντική συσχέτιση με χαμηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης. Το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίστηκαν ισχυρά με χαμηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου σε άτομα που πραγματοποιούν θεραπείες γονιμότητας [21].

Αρκετά ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν τη γονιμότητα. Σε μια αναδρομική μελέτη ανασκόπησης, οι γυναίκες που λάμβαναν ως αντικαταθλιπτικά εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) συγκρίθηκαν με μια αντίστοιχη ομάδα για να προσδιοριστεί εάν υπήρχαν διαφορές στις μεταβλητές που σχετίζονται με την έκβαση της IVF. Το 40% των γυναικών που λάμβαναν SSRIs είχαν συνεχιζόμενες ατελείς εγκυμοσύνες σε σύγκριση με το 51% των γυναικών που δεν τους λάμβαναν [22]. Έχει προταθεί επίσης ότι το βαλπροϊκό οξύ μπορεί να μειώσει τη γονιμότητα μέσω επίδρασης στον υπερανδρογονισμό, την υπερινσουλιναιμία, τη δυσλιπιδαιμία και τις προκαλούμενες

ανωμαλίες εμμήνου ρύσεως [23]. Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα (ιδίως η ρισπεριδόνη) έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα προλακτίνης ακόμη και σε χαμηλές δόσεις, και ως εκ τούτου επηρεάζουν ανεξάρτητα τη γονιμότητα. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα ενέχουν κινδύνους για τα έμβρυα και τα νεογνά και ιδιαίτερα όσα νεογνά εκτέθηκαν τελευταία εβδομάδα κύησης διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μεταγεννητικών διαταραχών [24].

Η προγεστερόνη χρησιμοποιείται συχνά κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας για τη βελτίωση της επένδυσης του ενδομητρίου της ωχρινικής φάσης κατά τη διάρκεια των κύκλων θεραπείας, της πρόκλησης ωορρηξίας και των κύκλων θεραπείας IVF. Η προγεστερόνη στο από του στόματος αντισυλληπτικό χάπι έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση κατάθλιψης στις γυναίκες. Ωστόσο, ορισμένες γυναίκες αναφέρουν βελτίωση των συμπτωμάτων άγχους ενώ λαμβάνουν προγεστερόνη λόγω των ηρεμιστικών ιδιοτήτων των μεταβολιτών της. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που λαμβάνουν κιτρική κλομιφαίνη, το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο γονιμότητας, για τη βελτίωση της ωορρηξίας στις γυναίκες εμφανίζουν παρενέργειες όπως έντονο άγχος, διαταραχές ύπνου, πονοκεφάλους, διαταραχές της όρασης, ίλιγγο, εξάψεις, εναλλαγές διάθεσης, ευερεθιστότητα, συναισθηματικότητα και συμπτώματα παρόμοια με το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο [20].

Οι ασθενείς που κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν σοβαρή ψυχωσική συμπτωματολογία στην MAR φαίνεται να είναι γυναίκες με προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, επειδή είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν αλλαγές στη διάθεση ως απάντηση σε φυσιολογικές ορμονικές αλλαγές. Ωστόσο, ψυχωτικά επεισόδια έχουν επίσης αναφερθεί σε γυναίκες χωρίς προϋπάρχον ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών. Οξεία ψυχιατρικά επεισόδια κατά τη διάρκεια διαφόρων σταδίων θεραπείας IVF έχουν επίσης αναφερθεί. Ένας ιατρός που κάνει IVF σε ασθενή που έχει ψυχιατρικές διαταραχές πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην ψυχική του κατάσταση και η ασθενής και ο σύντροφός της θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις πιθανές ψυχικές επιπτώσεις της θεραπείας, ιδιαίτερα εάν έχει ιστορικό προϋπάρχοντος ψυχιατρικές διαγνώσεις. Δεν έχουν αναφερθεί ψυχωσικά επεισόδια σε άνδρες που υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας [20].

Γενικά, οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερο άγχος και συναισθηματική δυσφορία που σχετίζεται με την υπογονιμότητα και τις συνεπαγόμενες θεραπείες MAR, από ότι οι

άνδρες [25]. Οι παράγοντες κινδύνου για υψηλή δυσφορία θα πρέπει επίσης να αξιολογούνται. Αυτοί περιλαμβάνουν:

1. προσωπικούς παράγοντες: προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία, πρωτοπαθής υπογονιμότητα, γυναικείο φύλο, να βλέπεις τη γονεϊκότητα ως κεντρικό στόχο στη ζωή, ένα στυλ αποφυγής στρεσογόνων καταστάσεων.
2. κοινωνικοί παράγοντες: κακή συζυγική σχέση, ελλειπές κοινωνικό δίκτυο, συχνές.
3. Παράγοντες που συνδέονται με τη θεραπεία: παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής, αποβολές, αποτυχία προηγούμενης θεραπείας [19].

Έτσι, η σχέση μεταξύ ψυχικών νόσων και γονιμότητας είναι πολύ περίπλοκη και χρήζει βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. Οι ψυχικές διαταραχές (όπως το άγχος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου, οι διατροφικές διαταραχές και οι εθισμοί) τροποποιούν τη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων και του ανοσοποιητικού συστήματος τόσο σε ιστικό όσο και σε κυτταρικό επίπεδο και συνδέονται αρνητικά με τη γυναικεία και ανδρική γονιμότητα. Οι γυναίκες με ψυχική νόσο συχνά αναζητούν MAR λόγω υπογονιμότητας που μπορεί να προκαλείται τόσο από την ίδια τη νόσο όσο και από παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής [26]. Και αυτό το ζήτημα έχει πολλές ηθικές προεκτάσεις...

Κεφάλαιο 5ο Ζητήματα ηθικής στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε ψυχικά πάσχοντες

5.1 Το δικαίωμα στην αναπαραγωγή

Σύμφωνα, με την υπ' αριθμόν 73/24-01-2017 απόφαση της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής περί «Κώδικα Δεοντολογίας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής», όπως αυτή δημοσιεύθηκε στο υπ' αριθμόν 293/07-02-2017 του Δεύτερου Τεύχους του Φύλλου της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο σεβασμό των δικαιωμάτων, στα όρια που σχετίζονται με την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή και στο ο ζήτημα της ενημέρωσης και της συναίνεσης. Τα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, δεν αποκλείονται, με βάση το νομικό καθεστώς, από την προσφυγή στις

μεθόδους και τις τεχνικές της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές σημειώνει ότι «το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή έχει τα ίδια δικαιώματα και χρήζει της ίδιας αντιμετώπισης με σεβασμό, ισονομία και επιστημονική ορθότητα, όπως κάθε άλλος ασθενής» [27].

Τα δικαιώματα αναπαραγωγής, με την ευρεία έννοια, περιλαμβάνουν τα δικαιώματα σε ένα ευρύ φάσμα της αναπαραγωγικής υγείας, όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός και η σεξουαλική υγεία. Αυτά τα δικαιώματα μπορούν να οριστούν ως η ελευθερία να κάνει κανείς ουσιαστικές επιλογές που επηρεάζουν την αναπαραγωγική του ζωή. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν εάν θα αναπαραχθούν ή όχι, κάτι που, στην περίπτωση καταφατικών απαντήσεων, συνεπάγεται αποφάσεις σχετικά με το ποιον, πότε και υπό ποιες συνθήκες. Ως εκ τούτου, τα δικαιώματα αναπαραγωγής θα πρέπει να περιλαμβάνουν το δικαίωμα αναπαραγωγής καθώς και το δικαίωμα μη αναπαραγωγής. Οι αρχικές συζητήσεις σχετικά με τα δικαιώματα αναπαραγωγής επικεντρώθηκαν στα δικαιώματα των γυναικών να μην αναπαράγονται, όπως τα δικαιώματα για ασφαλή έκτρωση και αντισύλληψη. Οι πρόσφατες ιατρικές εξελίξεις και οι ανακαλύψεις στη γονιδιωματική έρευνα έχουν αναδείξει πολλές νέες αναπαραγωγικές δυνατότητες που επιτρέπουν τόσο σε γόνιμα όσο και σε υπογόνιμα ζευγάρια να αναπαράγονται μη συναινετικά, προκαλώντας έτσι συζητήσεις για ηθικά ζητήματα και τα δικαιώματα των ατόμων να αποκτήσουν αυτές τις θεραπείες [28,29].

Απαιτούνται τόσο αρνητικά όσο και θετικά δικαιώματα για την εκπλήρωση των δικαιωμάτων αναπαραγωγής και δημιουργίας οικογένειας. Τα αρνητικά δικαιώματα συνίστανται στην ελευθερία να μένεις μόνος, ενώ τα θετικά δικαιώματα απαιτούν την παροχή πόρων, συνήθως από κρατικούς φορείς, με μέσα για την εκπλήρωση τέτοιων δικαιωμάτων. Η αναπαραγωγική ελευθερία περιγράφεται συχνότερα ως αρνητικό δικαίωμα, ένα εγγυημένο δικαίωμα να είναι απαλλαγμένο από κρατικές παρεμβάσεις. Ενώ το αρνητικό δικαίωμα στη φυσική αναπαραγωγή είναι αποδεκτό για τις περισσότερες χώρες και πολιτισμούς, το αρνητικό δικαίωμα πρόσβασης σε τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι πιο αμφισβητήσιμο. Αυτό το αρνητικό δικαίωμα αναφέρεται στο δικαίωμα των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση με δικούς τους πόρους και απαιτεί από το κράτος και άλλους φορείς να αυτοπεριορίζονται ή να περιορίζονται με δικαστικά ή άλλα νόμιμα μέσα από την

αθέμιτη παρέμβαση δημιουργώντας φραγμούς ή εμπόδια στη δίκαιη πρόσβαση [28,29].

Αναφορικά με τα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο, υπάρχουν προκαταλήψεις σχετικά με την γονική ακαταλληλότητα και την ακαταλληλότητα για πρόσβαση σε ART. Μια σημαντική διάταξη για τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι η απαγόρευση των διακρίσεων λόγω σωματικής και ψυχικής αναπηρίας. Συνεπώς, τα υπογόνιμα άτομα με ψυχική ή διανοητική αναπηρία δεν θα πρέπει να βρίσκονται σε μειονεκτική θέση σε σύγκριση με «φυσιολογικά» υπογόνιμα ζευγάρια όσον αφορά την πρόσβαση σε ART. Αυτή η διάταξη, ωστόσο, πρέπει να είναι ισορροπημένη στο βέλτιστο συμφέρον και την ευημερία των μελλοντικών παιδιών. Ως εκ τούτου, μπορεί να είναι ηθικά δικαιολογημένη η απαγόρευση της πρόσβασης σε ART ατόμων των οποίων το ιστορικό παρέχει αξιόπιστη αντίληψη ότι, ακόμη και ακούσια και παρά την καλή θέλησή τους, τυχόν παιδιά που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους θα κινδυνεύσουν από σοβαρό μειονέκτημα ή παραμέληση. Μια αναλογία είναι η νόμιμη απομάκρυνση από τη φροντίδα των γονέων των παιδιών που εκτίθενται ή διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο κακοποίησης ή παραμέλησης. Τα δικαιώματα της αυτονομίας των ατόμων πρέπει να εξισορροπούνται έναντι της ηθικής ευθύνης για την προστασία των ευάλωτων ατόμων, δηλαδή των νέων, εξαρτώμενων παιδιών σε αυτήν την περίπτωση. Μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, ακόμα και αν δεν απαιτεί νοσηλεία, μπορεί να δικαιολογήσει την έλλειψη επιλεξιμότητας για έναν ρόλο ανατροφής παιδιών με το σκεπτικό ότι τα συμφέροντα των παιδιών πρέπει να προστατεύονται. Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι παροδικές, διαφορετικών επιπέδων βαρύτητας και συνήθως επιδέχονται θεραπείας. Η ισότητα απαιτεί τα άτομα που αποκτούν πρόσβαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή να αξιολογούνται κλινικά με βάση τα δικά τους πλεονεκτήματα, και να μην τους αρνούνται τα δικαιώματα πρόσβασης για λόγους απρόσωπους, συλλογικούς, στιγματισμό και διακρίσεις [29].

Εάν κάποιο συμφέρον είναι αρκετά ισχυρό για να θεμελιώσει ένα δικαίωμα αναπαραγωγής, τότε θα έπρεπε να είναι το συμφέρον για την πραγματική ανατροφή του παιδιού του. Η αναπαραγωγή εκτιμάται όχι ως ένας μηχανισμός για τη μετάδοση των γονιδίων του ατόμου, αλλά για τη βιωματική σημασία της διαδικασίας ανατροφής των παιδιών. Αναγνωρίζει ότι η απόκτηση και η ανατροφή παιδιών είναι μέρος του ορισμού μιας καλής ζωής για πολλούς ανθρώπους. Αυτό είναι το κλειδί για τον Steinbock, ο οποίος υποστηρίζει ότι «το δικαίωμα στην αναπαραγωγή είναι

μάλλον το δικαίωμα να έχει κανείς τα δικά του παιδιά για να μεγαλώσει». Ωστόσο, υπάρχει ένα σημαντικό προσόν σε αυτό. Υποστηρίζει ότι κάθε δικαίωμα αναπαραγωγής περιορίζεται σε εκείνους που έχουν ενδιαφέρον και έχουν την ικανότητα να αναθρέψουν το παιδί. Το δικαίωμα αναπαραγωγής, συνδέεται στενά με την ικανότητα ανατροφής ενός παιδιού. Προφανώς, επομένως, μόνο όσοι διαθέτουν τις απαραίτητες δυνατότητες μπορούν να έχουν το δικαίωμα αυτό. Ωστόσο, εάν συμβαίνει αυτό, πώς μπορούμε να αξιολογήσουμε αυτή την ικανότητα; Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η Αρχή Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας (Human Fertilization and Embryology Authority, HFEA) φαίνεται να πιστεύει ότι μια τέτοια αξιολόγηση δεν είναι μόνο δυνατή αλλά και ηθική και έχει δημιουργήσει ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών για την αξιολόγηση της ευημερίας του μελλοντικού παιδιού. Συγκεκριμένα, το Άρθρο 13(5) αναφέρει: Δεν πρέπει να παρέχονται υπηρεσίες θεραπείας σε γυναίκα εκτός εάν έχει ληφθεί υπόψη η ευημερία οποιουδήποτε παιδιού που μπορεί να γεννηθεί ως αποτέλεσμα της θεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της ανάγκης αυτού του παιδιού για πατέρα) και οποιουδήποτε άλλου παιδιού που μπορεί να επηρεαστεί από τη γέννηση. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ηθικά να αξιολογούνται οι μελλοντικοί γονείς αλλά στην πραγματικότητα, μια τέτοια αξιολόγηση δεν είναι εύκολα ποσοτικοποιήσιμη ή αναλύσιμη...[30].

Τα άτομα με ψυχικές νόσους και αναπηρίες μπορεί να αντιμετωπίσουν προκλήσεις όσον αφορά την ανατροφή των παιδιών, αλλά έχουν σαφώς αναπαραγωγικά δικαιώματα [31]. Οι γυναίκες με ψυχική αναπηρία απαιτούν φροντίδα αναπαραγωγικής υγείας όχι λιγότερο από τις γυναίκες χωρίς αναπηρία. Ωστόσο, η πρόσβαση σε εξειδικευμένη και πολιτιστικά επαρκής φροντίδα, όπου οι ειδικές ανάγκες αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται, παραμένει εμπόδιο [32].

5.2 Αξιολόγηση γονικής ικανότητας

Αιτήματα για αξιολογήσεις μελλοντικών γονικών ικανοτήτων έχουν προκύψει εδώ και καιρό σε νομικά και ψυχιατρικά πλαίσια (π.χ. όταν τα δικαστήρια επιδιώκουν να καθορίσουν την επιμέλεια του παιδιού). Οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν μελετήσει τη μελλοντική γονική ικανότητα σε άλλα πλαίσια, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης και της ελάχιστα ικανής γονικής μέριμνας, και βρήκαν εξαιρετικά

δύσκολο να ορίσουν, να αξιολογήσουν και να προβλέψουν αυτές τις ικανότητες, λόγω πολλών μεθοδολογικών και λογιστικών εμποδίων και περιορισμών [33].

Ορισμένες συμπεριφορές του παρελθόντος, ιδίως η εγκληματικότητα, η βία και το προηγούμενο ιστορικό παιδικής κακοποίησης, έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζονται με μελλοντική κακομεταχείριση – σε αντίθεση με την ελάχιστη γονική ικανότητα – αλλά όχι αρκετά ώστε να προβλέψει εάν ένα συγκεκριμένο άτομο θα κακομεταχειριστεί ένα παιδί. Μπορεί επίσης να εμπλέκονται ποικίλοι παράγοντες και οι προσπάθειες για την πρόβλεψη χρειάζονται περαιτέρω έρευνα [34].

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις μπορεί να επηρεάζουν πολλούς κοινωνικούς ρόλους, αλλά τα αποτελέσματα αυτών των διαγνώσεων στη γονική μέριμνα, παρά η παρουσία μιας διάγνωσης από μόνη της, φαίνεται να είναι βασικά, καθώς και η χρονιότητα και άλλες πτυχές της ασθένειας. Κοινωνικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας ανεργίας και της κοινωνικής απομόνωσης, μπορούν επίσης να συμβάλουν. Επιπλέον, η ίδια η σοβαρή κακομεταχείριση είναι σχετικά σπάνια και μπορεί να είναι ακόμη πιο σπάνια μεταξύ των ασθενών που συμβουλευονται ειδικούς γονιμότητας. Για την ελάχιστη γονική ικανότητα, λείπουν επίσης πρότυπα και οι αξιολογήσεις αντιμετωπίζουν προκλήσεις εγκυρότητας και αξιοπιστίας [35].

Οι κλίμακες προσωπικότητας έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες, αλλά δεν σχεδιάστηκαν για την αξιολόγηση της γονικής ικανότητας. Τα μέτρα αυτοαναφοράς μπορεί να είναι κάπως χρήσιμα, αν και έχουν περιορισμένους ρόλους. Παραμένουν κρίσιμα μεθοδολογικά ερωτήματα σχετικά με το τι πραγματικά αξιολογούν αυτά τα διάφορα μέσα και πόσο καλά το κάνουν, πώς να ερμηνεύσουν αυτά τα δεδομένα, καθώς και πώς ακριβώς ορίζουν και μετρούν τα αποτελέσματα (π.χ. πιθανούς κινδύνους για την ελάχιστη γονική ικανότητα). Ο Robertson (2004) προτείνει ότι ακόμη και όταν το κοινωνικό περιβάλλον ενός μελλοντικού παιδιού μπορεί να είναι κατώτερο του βέλτιστου, η απόφαση των γονέων να έχουν το παιδί «συνήθως δεν βλάπτει το παιδί που δεν έχει άλλο τρόπο να γεννηθεί, και συνήθως εμπίπτει στην αναπαραγωγική ελευθερία των γονέων». Υποστηρίζει δε ότι τα ψυχικά νοσήματα δεν θα έπρεπε να παρεμποδίσουν τις γονικές ικανότητες με «πραγματικά ασυνήθιστους» τρόπους για να δικαιολογήσουν την αναστολή της θεραπείας από τους κλινικούς ιατρούς, καθώς η έλλειψη τέκνου θα αποτελούσε «σημαντική επιβάρυνση για τους ασθενείς χωρίς κανένα όφελος» για το παιδί [36]. Ωστόσο, παραμένουν κρίσιμα

ερωτήματα σχετικά με το πώς στην πραγματικότητα οι ιατροί γονιμότητας βλέπουν και λαμβάνουν αυτές τις αποφάσεις – εάν αντιμετωπίζουν αυτά τα ζητήματα, και αν ναι, πότε και πώς τα βλέπουν, τι αποφασίζουν να κάνουν και γιατί [31].

Ηθικά ζητήματα εγείρονται επίσης, σχετικά με την εξασφάλιση της ομαλότητας ή μη όλης της περιόδου εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας των γυναικών με ψυχική νόσο, όσο και με την ικανότητα του ζευγαριού να εκπληρώσει ικανοποιητικά τους νέους γονικούς ρόλους. Εάν ένας ή δύο γονείς με κάποιο σοβαρό ψυχολογικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα, είναι σε θέση τελικά να διαμορφώσουν ένα κοινωνικά, οικονομικά και συναισθηματικά ισορροπημένο και ασφαλές περιβάλλον στο παιδί που επιθυμούν να αποκτήσουν και εάν, γενικότερα, μπορούν και να διεκπεραιώσουν επιτυχώς τα καθήκοντα ενός ιδιαίτερα απαιτητικού ρόλου, όπως είναι ο γονεϊκός [31].

5.3 Προβλήματα επικοινωνίας και ενημερωμένης συγκατάθεσης

Όσον αφορά τα άτομα με γνωστικά ή διανοητικά προβλήματα και αναπηρία, διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τα αποτελέσματα και τις εμπειρίες φροντίδας της αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών. Στην αρχή, ο ορισμός αυτού του πληθυσμού γυναικών με γνωστική ή διανοητική αναπηρία είναι περίπλοκος. Ωστόσο, αυτοί οι ορισμοί επηρεάζουν τις αντιλήψεις της κοινωνίας για την εγκυρότητα των αναπαραγωγικών τους δικαιωμάτων. Αρχικά, οι ιατροί εκφράζουν γενικές προκλήσεις στην επικοινωνία τους με ασθενείς με διανοητικά προβλήματα και αναπηρία, κυρίως επιλέγοντας να αλληλεπιδράσουν με τους φροντιστές και καταβάλλοντας ελάχιστες προσπάθειες για άμεση επικοινωνία με τους ασθενείς [37]. Οι επίμονες στιγματισμένες κοινωνικές στάσεις σχετικά με τα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών με διανοητικά προβλήματα και αναπηρία μπορεί να επηρεάσουν τις σχέσεις ιατρού-ασθενούς, προκαλώντας ενδεχομένως την αγνόηση ή την απόρριψη των επιθυμιών των ασθενών [38]. Κατά την επικοινωνία με ασθενείς με γνωστικά ή διανοητικά προβλήματα, ειδικά για ευαίσθητα θέματα όπως η σεξουαλική και η αναπαραγωγική υγεία, είναι σημαντικό να υποθέσουμε ότι ένα άτομο μπορεί να παράσχει ενημερωμένη συγκατάθεση εκτός εάν αποδεικνύεται το αντίθετο. Οι στάσεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας είναι ένας

κρίσιμος παράγοντας για τον καθορισμό του εάν η ενημερωμένη συγκατάθεση αντιπροσωπεύει πραγματικά συμφέροντα των ασθενών [39].

Σύμφωνα με τις αντιλήψεις της κοινωνίας, υπάρχει ανησυχία για την ικανότητα των γυναικών με γνωστικά ή διανοητικά προβλήματα να εκπληρώσουν τους γονικούς ρόλους. Ενώ οι γονείς με νοητική αναπηρία υπερεκπροσωπούνται σε περιπτώσεις παραμέλησης παιδιών, αυτό είναι συχνά προϊόν φτώχειας, προκατάληψης και έλλειψης πόρων και όχι αναπηρίας. Εκτός από τα άτομα με δείκτη νοημοσύνης μικρότερο από 50, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ψυχικής, γνωστικής ή διανοητικής αναπηρίας και της γονικής ικανότητας [40]. Με κατάλληλους πόρους, τα άτομα με γνωστική ή διανοητική αναπηρία μπορούν να εκπληρώσουν με επιτυχία τους ρόλους του γονέα [37].

Επιπλέον, τι καθιστά ορισμένους ψυχικά ασθενείς ανίκανους να συναινέσουν κατόπιν ενημέρωσης σε ιατρικές παρεμβάσεις; Υποστηρίζεται ότι ένας ασθενής είναι ανίκανος να δώσει ενημερωμένη συγκατάθεση λόγω ψυχικής διαταραχής, εάν μια ψυχική διαταραχή εμποδίζει τον ασθενή να καταλάβει σε τι συναινεί, εάν μια ψυχική διαταραχή εμποδίζει έναν ασθενή να επιλέξει αποφασιστικά, εάν μια ψυχική διαταραχή εμποδίζει έναν ασθενή να γνωστοποιήσει τη συγκατάθεσή του/της, ή εάν μια ψυχική διαταραχή εμποδίζει έναν ασθενή να αποδεχτεί την ανάγκη για ιατρική παρέμβαση. Η αποδοχή από τον ασθενή της ανάγκης για ιατρική παρέμβαση δεν πρέπει να εμποδίζεται από την ψυχική του διαταραχή, και είναι απαραίτητη προϋπόθεση για ενημερωμένη συναίνεση. Η ικανότητα ενός ασθενούς να δίνει ενημερωμένη συγκατάθεση θα πρέπει να αξιολογείται κλινικά χρησιμοποιώντας αυτές τις προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ενημερωμένη συναίνεση και θα πρέπει να αξιολογείται ειδικά για κάθε παρέμβαση και συγκεκριμένα τη στιγμή που πρέπει να δοθεί η συγκατάθεση. Είναι σημαντικό να οριστούν με σαφήνεια αυτές τις απαραίτητες προϋποθέσεις, διότι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται τακτικά για την διανοητική και γνωστική ικανότητα του ψυχικά ασθενή και να δίνει ενημερωμένη συγκατάθεση [41].

Οι ιατρικές παρεμβάσεις για τις οποίες θεωρείται απαραίτητη η ενημερωμένη συγκατάθεση είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, η συμμετοχή σε κλινική έρευνα καθώς και, σπάνια στη βιβλιογραφία, οι ψυχικές και σωματικές κλινικές εξετάσεις. Θεωρείται ότι απαιτείται η συγκατάθεση του ασθενούς για οποιαδήποτε ιατρική

παρέμβαση, εκτός εάν αυτός/αυτή δεν είναι σε θέση να συναινέσει, ή εκτός εάν ο νόμος απαιτεί από ιατρό να παρέμβει ακόμη και αν είναι εναντίον των επιθυμιών του ασθενή. Αλλά ακόμη και όταν η παρέμβαση ενός ιατρού απαιτείται από το νόμο, παραμένει καλή ηθική και κλινική πρακτική να λαμβάνετε η συγκατάθεση του ασθενούς εάν είναι δυνατόν [42].

5.4 Κλινικά ζητήματα και ζητήματα ασφάλειας

Η επιλογή του ασθενούς για χρήση ART θα πρέπει να προκύπτει μετά από ενημερωμένη συναίνεση και από μια τεκμηριωμένη ανάλυση των παραγόντων κινδύνου και τα οφέλη που προκύπτουν από το κλινικό ιστορικό. Οι σχετικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την παρουσία διαταραχής διάθεσης ή ψυχωτικής διαταραχής, το βαθμό σοβαρότητας, τη διέγερση των ωοθηκών χρησιμοποιώντας θεραπεία με αγωνιστή GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone, Ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης), τη πολύδυμη κύηση και την έξαρση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια συμβάντων προηγούμενου αναπαραγωγικού κύκλου. Η διαθεσιμότητα αποτελεσματικών ψυχοτρόπων φαρμάκων και ψυχοθεραπείας, η προηγούμενη ανταπόκριση και η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, και η παρουσία ενός ισχυρού δικτύου κοινωνικής υποστήριξης, μετριάζουν τον κίνδυνο περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε μητέρα, έμβρυο και μελλοντικούς απογόνους [43].

Ειδικότερα, η κατάθλιψη και το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης, η οποία όταν αφεθεί χωρίς θεραπεία, σχετίζεται με εξασθενημένη προσκόλληση στο βρέφος, καθώς και με μειωμένη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού [44]. Ακόμη, υψηλά ποσοστά υποτροπής διαταραχών διάθεσης και ψυχωσικών επεισοδίων εμφανίζονται μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό διπολικής διαταραχής και σε εκείνες που διακόπτουν την προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή. Η παρουσία σοβαρής ψυχικής ασθένειας μετά τον τοκετό έχει συσχετιστεί με εξασθενημένη αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους, παραμέληση του παιδιού, και πολύ σπάνια βρεφοκτονία, ιδιαίτερα στο πλαίσιο ψυχωσικών συμπτωμάτων με παραληρηματικό περιεχόμενο που αφορά το παιδί [45].

Επιπρόσθετα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμβατική διέγερση των ωοθηκών για IVF με τη χρήση συνεχούς θεραπείας με αγωνιστή GnRH σχετίζεται με αύξηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης [46]. Η συνεχής GnRH καταστέλλει την απελευθέρωση γοναδοτροπινών και δημιουργεί μια κατάσταση υπο-οιστρογόνου παρόμοια με αυτή που εμφανίζεται κατά την εμμηνόπαυση, η οποία συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους. Η διέγερση των ωοθηκών και οι ART συσχετίζονται επίσης με πολύδυμες κύσεις, οι οποίες φαίνεται να αποτελούν παράγοντα κινδύνου για συμπτώματα κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Αναμφισβήτητα, για τις γυναίκες με ιστορικό σοβαρής διαταραχής διάθεσης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η χρήση ηπιότερων μορφών διέγερσης των ωοθηκών με προτίμηση για μεταφορά μονήρους έναντι πολλαπλών εμβρύων για περιορισμό του κινδύνου πολύδυμης κύησης και γέννησης [43,47].

Να σημειωθεί επίσης ότι υπάρχει η πιθανότητα βιολογικής μεταβίβασης των ψυχικών διαταραχών. Έχει υποστηριχθεί η γενετική βάση των διαταραχών διάθεσης, της σχιζοφρένειας και των σχιζοσυναισθηματικών διαταραχών. Εφόσον δύναται να μεταφερθεί το νόσημα στους απογόνους, υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Από την άλλη στην ανάπτυξη των ψυχιατρικών διαταραχών σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το περιβάλλον που θα γεννηθεί και θα αναπτυχθεί το παιδί [48]. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι απόγονοι γονέων με οποιαδήποτε σοβαρή ψυχική ασθένεια (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή ή μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές) είχαν περισσότερες πιθανότητες από τους ελέγχους (δηλαδή παιδιά γονέων χωρίς διαταραχή) να εμφανίσουν διαταραχές στη σκέψη, την αντίληψη και άλλες ψυχικές διεργασίες που σχετίζονται με την ψύχωση και αυτή η πιθανότητα δεν διέφερε μεταξύ των διαταραχών [49].

5.5 Άρνηση ή αναστολή της θεραπείας

Σύμφωνα με την Έκθεση της Επιτροπής Δεοντολογίας της Αμερικανικής Εταιρείας Αναπαραγωγικής Ιατρικής, οι ιατροί γονιμότητας μπορεί να αρνηθούν να θεραπεύσουν έναν ασθενή με υπογονιμότητα με τεκμηριωμένα συμπεράσματα ότι ο πιθανός γονέας δεν θα ή δεν μπορεί να φροντίσει με ασφάλεια ένα παιδί. Η Αμερικανική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής συνιστά οι κλινικές υπογονιμότητας να διαθέτουν σαφείς, γραπτές πολιτικές και κριτήρια αποκλεισμού και να χρησιμοποιείται μια προσέγγιση της ομάδας θεραπείας στη λήψη αποφάσεων

σχετικά με την άρνηση ή την αναβολή της θεραπείας. Τα άτομα με ψυχική αναπηρία δεν πρέπει να στερούνται θεραπείας, εκτός εάν εμπίπτουν στις στενά καθορισμένες παραμέτρους που περιγράφονται στις συστάσεις, οι οποίες θα πρέπει να εφαρμόζονται καθολικά σε όλους τους ασθενείς.

Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο στόχος είναι η ευημερία του μελλοντικού απογόνου. Η ευημερία των απογόνων είναι μια κυρίαρχη ηθική ανησυχία που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον καθορισμό του εάν θα παρέχονται υπηρεσίες υπογονιμότητας. Ωστόσο, ο σεβασμός των συμφερόντων των παιδιών στο πλαίσιο της υπογονιμότητας θέτει ένα ηθικό παράδοξο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι αποφάσεις σχετικά με το εάν θα παρασχεθεί θεραπεία θα καθορίσουν εάν ένα παιδί θα γεννηθεί, όχι εάν το παιδί θα γεννηθεί σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο μόνος τρόπος για να προστατευθεί το παιδί από τους κινδύνους θα ήταν να αποφευχθεί εντελώς τη γέννησή του [50,51].

Μια απόφαση άρνησης θεραπείας σε ασθενείς που εγείρουν ανησυχίες για την προστασία των παιδιών απαιτεί προσεκτική έρευνα και θα πρέπει να εξαρτάται από στοιχεία. Για να βοηθήσουν στη διαδικασία, τα προγράμματα γονιμότητας θα πρέπει να αναπτύξουν ρητές πολιτικές ή διαδικασίες για τον χειρισμό τέτοιων καταστάσεων. Οι γραπτές πολιτικές ενδέχεται να αντιμετωπίζουν θέματα όπως οι πληροφορίες και η αξιολόγηση που θα απαιτούνται από πιθανούς ασθενείς και ποιες συνθήκες θα απέκλειαν την MAR, για παράδειγμα, ανεξέλεγκτη ή μη θεραπευμένη ψυχιατρική ασθένεια, κατάχρηση ουσιών, ιστορικό ή συνεχιζόμενη σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση, ή ιστορικό διάπραξης σωματικής ή συναισθηματικής κακοποίησης. Τα προγράμματα θα πρέπει επίσης να καθιερώσουν μια διαδικασία για την πραγματοποίηση και τεκμηρίωση τέτοιων αξιολογήσεων όταν προκύπτουν ερωτήματα σχετικά με την επάρκεια ανατροφής των παιδιών από πιθανούς γονείς. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αξιολόγηση από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας και διαβούλευση με άλλους ειδικούς που καταλήγουν σε ομαδική αξιολόγηση ή επανεξέταση πριν από τον τελικό προσδιορισμό [50,51].

Ωστόσο, οι κλινικοί ιατροί μπορεί να αισθάνονται άβολα να αναλάβουν την ευθύνη για τέτοιες αποφάσεις, συχνά βασίζονται στο προαίσθημά τους ή απλώς ελπίζουν ότι οι ασθενείς θα αποθαρρυνθούν και θα εγκαταλείψουν τη θεραπεία γονιμότητας πριν από την επιτυχή εγκυμοσύνη. Επιπλέον, υπάρχει μεγάλη ποικιλία μεταξύ των

κλινικών και των επαγγελματιών υγείας στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν αυτές τις αποφάσεις. Χωρίς μια τυπική προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων, τόσο η εγκυρότητα όσο και η αξιοπιστία των αποφάσεων που περιορίζουν την πρόσβαση στην ART βάσει ψυχικής ασθένειας διακυβεύεται [52].

Συζήτηση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1994 επιβεβαίωσε ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα περιλαμβάνουν δικαιώματα αναπαραγωγής. Αναγνώρισε επίσης ότι τα άτομα με οποιοδήποτε είδος αναπηρίας αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους, υποστηρίζοντας ότι «θα πρέπει να παρέχεται βοήθεια στα άτομα με αναπηρία κατά την άσκηση των οικογενειακών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων τους» [53].

Η διάγνωση και η θεραπεία της υπογονιμότητας επιβαρύνουν ψυχολογικά τους περισσότερους ασθενείς, γυναίκες και άνδρες. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ζευγάρια που παρουσιάζονται για θεραπεία υπογονιμότητας είναι σημαντικά υψηλότερη από ότι σε συγκρίσιμα γόνιμα ζευγάρια. Το άγχος είναι σημαντικά υψηλότερο στα υπογόνιμα ζευγάρια από ότι στο γενικό πληθυσμό. Και όταν κάποιοι έχουν ήδη κάποιο ιστορικό ψυχικής νόσου, αυτά εντείνονται. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν επίγνωση της σημασίας της παροχής εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των φόβων και των ανησυχιών των ασθενών και για την καλύτερη προετοιμασία των ασθενών για τις απαιτήσεις της θεραπείας υπογονιμότητας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ακολουθούν μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή για να καλύπτουν τις συγκεκριμένες ανάγκες του ζευγαριού. Οι γυναίκες γενικά έχουν πιο θετική στάση στην αναζήτηση ψυχολογικής βοήθειας με τη μορφή γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας, συμβουλευτική ζευγαριών και συμβουλευτική υπογονιμότητας [19].

Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) επιτρέπουν σε αυξανόμενους αριθμούς ενηλίκων να εξετάσουν και να επιδιώξουν μη συμβατικούς συνδυασμούς αναπαραγωγής και ρόλους που συχνά θέτουν ηθικές προκλήσεις για τους κλινικούς ιατρούς. Από την αρχή, η χρήση τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) συνοδεύτηκε από ηθικές, νομικές και κοινωνικές διαμάχες.

Η ανάλυση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της παρούσας ανασκόπησης υπογραμμίζει τον αρνητικό αντίκτυπο των ψυχικών διαταραχών, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου, οι διατροφικές διαταραχές και οι εθισμοί στη γονιμότητα των γυναικών και των ανδρών. Αυτές οι διαταραχές τροποποιούν τη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων και του ανοσοποιητικού συστήματος τόσο σε επίπεδο ιστού όσο και σε κυτταρικό επίπεδο, τα οποία μπορούν όλα να οδηγήσουν σε μειωμένη γονιμότητα. Παρά αυτές τις συσχετίσεις, δεν είναι απολύτως σαφές σε ποιο βαθμό οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν τη γονιμότητα και σε ποιο βαθμό η υπογονιμότητα επηρεάζει την ψυχική υγεία. Ασφαλώς απαιτούνται περαιτέρω μελέτες προκειμένου να εξηγηθεί ο ακριβής ρόλος των ψυχικών διαταραχών στη γονιμότητα και η συμβολή τους στην υπογονιμότητα. Επιπλέον, απαιτείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη διάγνωση και τη θεραπεία της υπογονιμότητας, που περιλαμβάνει ανάλυση της ψυχικής κατάστασης του ζευγαριού που επιθυμεί ένα παιδί, προκειμένου να μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των διαγνώσεων ιδιοπαθούς υπογονιμότητας [26].

Η ανάλυση της ευημερίας του παιδιού στο πλαίσιο της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος ασχολείται με τους κινδύνους που σχετίζονται με τους επίδοξους γονείς, το δεύτερο μέρος εστιάζει σε πιθανούς εγγενείς κινδύνους στις ίδιες τις τεχνολογίες και τις θεραπείες. Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τους επιδιωκόμενους γονείς μπορεί να είναι ιατρικοί και ψυχοκοινωνικοί. Εδώ τίθενται δύο σημαντικά ζητήματα, η ανάγκη αποφυγής των διακρίσεων και ο σεβασμός της ιδιωτικότητας των ασθενών. Το δεύτερο μέρος αφορά τα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την ταχεία διάδοση των νέων τεχνολογιών σε υποβοηθούμενη σύλληψη. Η τεχνολογία και η έρευνα πρέπει πάντα να εξαρτώνται από την ευημερία των μελλοντικών απογόνων. Το ερώτημα είναι εάν ο ειδικός γονιμότητας έχει ευθύνη προς το μελλοντικό παιδί και αν ναι, ποιες είναι οι συνέπειες μιας τέτοιας ευθύνης [7].

Υπάρχει ανησυχία ότι, αν δεν ελέγχεται, ο στόχος της προστασίας της σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευημερίας των υποψήφιων παιδιών θα μπορούσε να οδηγήσει σε βίαιες διακρίσεις των γυναικών που θεωρούνται «ακατάλληλες» για γονείς. Οι κλινικοί ιατροί μπορεί να βρεθούν να προσπαθούν να δικαιολογήσουν ένα όριο γονικής ικανότητας κάτω από το οποίο δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στα άτομα να αναπαραχθούν. Όταν εξετάζεται ο κίνδυνος για τους μελλοντικούς απογόνους που

δημιουργούνται μέσω της ART, θα πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη μόνο εκείνους τους παράγοντες για τους οποίους υπάρχουν ποιοτικές ενδείξεις για επίδραση σε μετρήσιμα αποτελέσματα υγείας. Αυτό θα χρησίμευε για να αποφευχθεί μια ολισθηρή κάθοδος σε διακρίσεις με βάση παράγοντες όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η φυλή, η σωματική ή ψυχική αναπηρία, μια πρακτική που θυμίζει σκοτεινά κεφάλαια ευγονικής στην ιστορία της ανθρωπότητας [43].

Μια άλλη εννοιολογική πρόκληση αφορά το γεγονός ότι στο πλαίσιο της ART, το έμβρυο/παιδί του οποίου η ευημερία είναι υπό αμφισβήτηση δεν υπάρχει επί του παρόντος. Αντίθετα, είναι ακριβώς η σύλληψή του που διακυβεύεται. Εδώ, η αρχή της μη βλάβης στηρίζεται σε «κινούμενο» εδάφους όταν χρησιμοποιείται για να δικαιολογήσει την άρνηση ART. Πώς μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι ενεργούμε προς το συμφέρον του εμβρύου, ενώ στην πραγματικότητα εμποδίζουμε την ύπαρξή του; Επομένως, η αρχή της μη βλάβης, θα αναγκάσει τη βελτιστοποίηση των περιστάσεων γύρω από τη σύλληψη για να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανοί κίνδυνοι για το έμβρυο/παιδί αντί να αποτραπεί εξαρχής η δημιουργία του. Αυτό θα περιλαμβάνει την εφαρμογή τεκμηριωμένης διαχείρισης φαρμάκων και ψυχοθεραπείας, όταν ενδείκνυται, για να διασφαλιστεί η σταθερότητα της διάθεσης και λοιπών ψυχικών νοσημάτων, πριν από τη σύλληψη και συνεπώς να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ή υποτροπής ψυχικής νόσου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό [43].

Όλα αυτά τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται αποτελούν θέμα μείζονος σημασίας το οποίο θα μπορούσαν να το ερευνήσουν περαιτέρω μελλοντικές έρευνες. Η ποιοτική ανάλυση της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων με ψυχική νόσο που χρησιμοποίησαν ART θα «φωτίσει» ενδεχομένως άγνωστες μέχρι τώρα πτυχές. Τα μεγάλα κέντρα γονιμότητας θα μπορούσαν επίσης να ερευνήσουν τα ψυχικά προφίλ των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και το πώς επηρέασαν την διαδικασία και τα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έδωσε επαρκείς απαντήσεις στα εγείρομενα ηθικά διλήμματα στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε ψυχικά ασθενείς. Η εξατομικευμένη προσέγγιση του ζευγαριού και η ορθή αξιολόγηση του ψυχικού, κοινωνικού ιστορικού τους, και η εκτίμηση των στοιχείων

της προσωπικότητάς τους, θα συμβάλλει αποτελεσματικά στην επίλυση τυχόν ηθικών ζητημάτων στην εφαρμογή MAR. Σε κάθε περίπτωση ηθικού διλήμματος, οι επαγγελματίες υγείας γονιμότητας που εμπλέκονται πρέπει να δρουν βάσει τις θεμελιώδης αρχές βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας, τους διεθνείς κανονισμούς, χωρίς όμως να παραμερίζουν τον προσωπικό κώδικα αξιών τους. Η αναπαραγωγή έχει κοινωνικές συνέπειες και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή είναι καθιερωμένο και αναφαίρετο. Πως θα επιτευχθούν οι ισορροπίες είναι το πιο δύσκολο έργο...

Βιβλιογραφικές αναφορές

- [1]. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID, Simpson JL, van der Poel S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertil Steril. 2017 Sep;108(3):393-406.
- [2]. Garolla A, Pizzol D, Carosso AR, Borini A, Ubaldi FM, Calogero AE, Ferlin A, Lanzone A, Tomei F, Engl B, Rienzi L, De Santis L, Coticchio G, Smith L, Cannarella R, Anastasi A, Menegazzo M, Stuppia L, Corsini C, Foresta C. Practical Clinical and Diagnostic Pathway for the Investigation of the Infertile Couple. Front Endocrinol (Lausanne). 2021 Jan 19;11:591837.
- [3]. European Society of Human Reproduction and Embryology. Good Clinical Treatment in Assisted Reproduction - An ESHRE position paper. June 2008. <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Position-statements>
- [4]. Huang JY, Rosenwaks Z. Assisted reproductive techniques. Methods Mol Biol. 2014;1154:171-231.
- [5]. Νόμος 3305 / 2005, Άρθρο 3. Παράγραφος 1. Φ.Ε.Κ.. Τεύχος Α' 17 / 27-01-2005. Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. <https://eaiya.gov.gr/>
- [6]. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Evolving definitions of mental illness and wellness. Prev Chronic Dis. 2010 Jan;7(1):A19. Epub 2009 Dec 15.

- [7]. ESHRE Task Force on Ethics and Law including; Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 13: the welfare of the child in medically assisted reproduction. *Hum Reprod.* 2007 Oct;22(10):2585-8.
- [8]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fertility problems: assessment and treatment. September 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>
- [9]. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology, de Mouzon J, Lancaster P, Nygren KG, Sullivan E, Zegers Hochschild F et al. World collaborative report on assisted reproductive technology. *Hum Reprod.* 2009; 24(9):2310–2320.
- [10]. Franasiak JM, Polyzos NP, Neves AR, Yovich JL, Ho TM, Vuong LN, Norman RJ. Intracytoplasmic sperm injection for all or for a few? *Fertil Steril.* 2022 Feb;117(2):270-284.
- [11]. Merviel P, Cabry R, Lourdel E, Barbier F, Scheffler F, Mansouri N, Devaux A, Benkhalifa M, Copin H. Une étape nécessaire dans la prise en charge du couple infertile: Inséminations intra-utérines [Intrauterine insemination]. *Rev Prat.* 2014 Jan;64(1):87-91.
- [12]. Girsh E, Meltzer S, Saar-Ryss B, Liberty G, Rabinson J, Friedler S. Clinical Aspects Of Intrauterine Insemination. *Harefuah.* 2016 Aug;155(8):498-500.
- [13]. Maxwell KN, Cholst IN, Rosenwaks Z. The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. *Fertil Steril.* 2008 Dec;90(6):2165-71.
- [14]. Aragona C, Mohamed MA, Espinola MS, Linari A, Pecorini F, Micara G, Sbracia M. Clinical complications after transvaginal oocyte retrieval in 7,098 IVF cycles. *Fertil Steril.* 2011 Jan;95(1):293-4.
- [15]. Henriksson P, Westerlund E, Wallén H, Brandt L, Hovatta O, Ekblom A. Incidence of pulmonary and venous thromboembolism in pregnancies after in vitro fertilisation: cross sectional study. *BMJ.* 2013 Jan 15;346:e8632.

- [16]. ESHRE Task Force on Ethics and Law, including; Dondorp W, de Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, Barri P. Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction. *Hum Reprod.* 2010 Mar;25(3):578-83.
- [17]. Tarlatzis BC, Milapidou M. Challenges in medically assisted reproduction - Ethics, law and society: An invited scientific review by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023 Jun;285:50-55.
- [18]. ESHRE Task Force on Ethics and Law; Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P. ESHRE Task Force on Ethics and Law 14: equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod.* 2008 Apr;23(4):772-4.
- [19]. Doyle M, Carballedo A. Infertility and mental health. *Advances in psychiatric treatment*, 2014;20(5), 297-303.
- [20]. Burns LH. Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatr Clin North Am.* 2007 Dec;30(4):689-716.
- [21]. Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod.* 2001 Jul;16(7):1420-3.
- [22]. Klock SC, Sheinin S, Kazer R, Zhang X. A pilot study of the relationship between selective serotonin reuptake inhibitors and in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril.* 2004 Oct;82(4):968-9.
- [23]. Rasgon N. The relationship between polycystic ovary syndrome and antiepileptic drugs: a review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol.* 2004 Jun;24(3):322-34.
- [24]. Habermann F, Fritzsche J, Fuhlbrück F, Wacker E, Allignol A, Weber-Schoendorfer C, Meister R, Schaefer C. Atypical antipsychotic drugs and pregnancy outcome: a prospective, cohort study. *J Clin Psychopharmacol.* 2013 Aug;33(4):453-62.
- [25]. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010 Jan;32(1):140-62

- [26]. Szkodziak F, Krzyżanowski J, Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J Int Med Res.* 2020 Jun;48(6):300060520932403.
- [27]. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. 2013 – 2016. Αρχεία. «Παραβίαση Δικαιωμάτων Ασθενούς με Ψυχική Διαταραχή». 411 / 06 – 09 – 2016. www.moh.gov.gr.
- [28]. Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynaecology by the FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. London: FIGO; 2003.
- [29]. Chan CC, Ho PC. Infertility, assisted reproduction and rights. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006 Jun;20(3):369-80.
- [30]. Quigley M. A right to reproduce? *Bioethics.* 2010 Oct;24(8):403-11.
- [31]. Klitzman R. "Will they be good enough parents?": Ethical dilemmas, views, and decisions among assisted reproductive technology (ART) providers. *AJOB Empir Bioeth.* 2017 Oct-Dec;8(4):253-265.
- [32]. Taouk LH, Fialkow MF, Schulkin JA. Provision of Reproductive Healthcare to Women with Disabilities: A Survey of Obstetrician-Gynecologists' Training, Practices, and Perceived Barriers. *Health Equity.* 2018 Aug 1;2(1):207-215.
- [33]. Eve, P. M., M. K. Byrne, and C. R. Gagliardi. 2014. What is good parenting? The perspectives of different professionals. *Family Court Journal* 52(1): 114–127.
- [34]. Rodriquez, C. M., and M. J. Richardson. 2007. Stress and anger as contextual factors and preexisting cognitive schemas: predicting parental child maltreatment risk. *Child Maltreatment* 12(4): 325-337.
- [35]. Clark, L. A., G. Kochanska, and R. Ready. 2000. Mothers' personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 79(2): 274-285.
- [36]. Robertson, J. A. 2004. Procreative liberty and harm to offspring in assisted reproduction. *American Journal of Law and Medicine* 30(1): 7-40.

- [37]. Agaronnik N, Pendo E, Lagu T, DeJong C, Perez-Caraballo A, Iezzoni LI. Ensuring the Reproductive Rights of Women with Intellectual Disability. *J Intellect Dev Disabil*. 2020;45(4):365-376.
- [38]. Wu J, Braunschweig Y, Harris LH, Horner-Johnson W, Ernst SD, Stevens B. Looking back while moving forward: a justice-based, intersectional approach to research on contraception and disability. *Contraception*. 2019 May;99(5):267-271.
- [39]. Goldsmith L, Skirton H, Webb C. Informed consent to healthcare interventions in people with learning disabilities--an integrative review. *J Adv Nurs*. 2008 Dec;64(6):549-63.
- [40]. Benjet C, Azar ST, Kuersten-Hogan R. Evaluating the parental fitness of psychiatrically diagnosed individuals: advocating a functional-contextual analysis of parenting. *J Fam Psychol*. 2003 Jun;17(2):238-51.
- [41]. Van Staden CW, Krüger C. Incapacity to give informed consent owing to mental disorder. *J Med Ethics*. 2003 Feb;29(1):41-3.
- [42]. Davies T. Informed consent in psychiatric research. *Br J Psychiatry*. 2001 May;178:397-8.
- [43]. Siegel AM, Ravitsky V. Women With Mental Illness Seeking Assisted Reproduction Considerations in Ethical Candidate Selection. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Aug 9;20(9):70.
- [44]. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384(9956):1800–19.
- [45]. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, Heron J, Jones L, Craddock N, et al. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(2):168–75.
- [46]. de Klerk C, Heijnen E, Macklon N, Duivenvoorden H, Fauser B, Passchier J, et al. The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. *Hum Reprod*. 2005;21(3):721–7.

- [47]. Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics*. 2009;123(4):1147–54.
- [48]. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):252–257.
- [49]. Zwicker A, MacKenzie LE, Drobinin V, Howes Vallis E, Patterson VC, Stephens M, Cumby J, Propper L, Abidi S, Bagnell A, Schultze-Lutter F, Pavlova B, Alda M, Uher R. Basic symptoms in offspring of parents with mood and psychotic disorders. *BJPsych Open*. 2019;5(4):54.
- [50]. American Society for Reproductive Medicine. Child-Rearing Ability And The Provision Of Fertility Services: An Ethics Committee Opinion. 2017. <https://www.asrm.org/practice-guidance/ethics-opinions/child-rearing-ability-and-the-provision-of-fertility-services-an-ethics-committee-opinion-2017/>
- [51]. The Ethics Committee of the American Society of Reproductive Medicine. Child-rearing and the provision of services. *Fertil Steril* 2004;82:564–7.
- [52]. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490–8.
- [53]. World Health Organization. Programme of Action--Adopted at the International Conference on Population and Development. Cairo: United Nations Population Fund. 1994.