



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
σε συνεργασία με το  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



*Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία*

**"ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ  
ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ "**

***"Medically Assisted Reproduction and Ethical Dilemmas"***

υπό

**ΣΟΦΙΑΣ Γ. ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΟΥ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ**

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

Λάρισα, 2023

**Επιβλέπων :**

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

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

1. Κωνσταντίνος Νταφόπουλος, Καθηγητής Γυναικολογίας-Μαιευτικής, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

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

3. Γεώργιος-Σπυρίδων Ανυφαντής, Αναπληρωτής Καθηγητής Εμβρυολογίας, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ .....	7
1. Σκοπός .....	7
2. Μεθοδολογία .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ .....	11
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση βασικών όρων της βιοηθικής και της ιατρικής ηθικής .....	11
1.2 Κεντρικές αρχές της Βιοηθικής .....	12
1.3 Ιατρικό δίκαιο: Η Σύμβαση Οβιέδο.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ .....	14
2.1 Ορισμός ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και βασικά σημεία νομοθετικού πλαισίου.....	15
2.2 Στάση και κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή .....	16
2.3 Μέθοδοι, τεχνικές και ορολογία Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής .....	18
2.4 Ανάλυση σπέρματος .....	19
2.5 Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας - Διέγερση ωοθηκών .....	21
2.6 Ενδομητρική σπερματέγχυση .....	22
2.7 Εξωσωματική γονιμοποίηση.....	24
2.7.1 Κλασική μέθοδος (IVF- in Vitro Fertilization) .....	24
2.7.2 Μικρογονιμοποίηση ή ICSI.....	25
2.7.3 Υποβοηθούμενη εκκόλαψη.....	26
2.8 Κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού.....	27
2.9 Παρένθετη μητρότητα .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ .....	30
3.1 Το ζήτημα της ηλικίας της μητέρας .....	31
3.2 Η παρένθετη μητρότητα .....	33
3.3 Δωρεά ή πώληση γενετικού υλικού.....	36
3.4 Γονιμοποίηση άγαμης γυναίκας- Γονιμοποίηση μετά θάνατον .....	37
3.5 Ευγονική: επιλογή υγιέστερων εμβρύων, επιλογή φύλου εμβρύου και διαχείριση πλεοναζόντων εμβρύων .....	39
3.6 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και Εκκλήσια.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	44
4.1. Συμπεράσματα .....	44
4.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	48
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	55

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Πρώτα από όλα, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Κωνσταντίνο Νταφόπουλο, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την ανάθεση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Θερμές ευχαριστίες απευθύνω σε όλους τους καθηγητές που είχα κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, για τις χρήσιμες γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν.

Ένα μεγάλο και εγκάρδιο «ευχαριστώ» οφείλω στους ανθρώπους της καρδιάς μου, τους φίλους μου για τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόηση τους όπως, επίσης, σε όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην επιτυχή εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας. Τέλος, ένα τεράστιο «ευχαριστώ» αξίζουν ο σύζυγος μου και η μητέρα μου, που μου έδωσαν κουράγιο να προχωρήσω και να επιτύχω τους στόχους μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διπλωματική εργασία εστιάζει στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (στο εξής ΙΥΑ) ως μια εν δυνάμει και υπάρχουσα πηγή ηθικών προβληματισμών. Το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πεδίο δεν είναι νέο, η χρονική περίοδος όμως στην οποία βρισκόμαστε κάθε φορά λειτουργεί ως μεταβλητή του· οι κοινωνικές ζυμώσεις και διαφοροποιήσεις καθώς και άλλοτε παγιωμένοι κοινωνικοί πυλώνες, όπως η Εκκλησία, μπορούν να επηρεάσουν σε τεράστιο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο εκλαμβάνεται η ΙΥΑ από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο αλλά και τους επαγγελματίες - παρόχους των υπηρεσιών, οι οποίοι για πολλούς θεωρούνται συνυπεύθυνοι οποιασδήποτε σχετικής απόφασης.

Μεθοδολογικά, ανασκοπήθηκε η όσον το δυνατόν πιο πρόσφατη σχετική βιβλιογραφία που περιλαμβάνει συγγράμματα, μελέτες, επιστημονικά άρθρα και διδακτορικές διατριβές, δημοσιευμένα σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή. Αφού οριστούν η βιοηθική και ιατρική ηθική και παρουσιαστούν επιγραμματικά οι κεντρικές αρχές τους, γίνεται μια λεπτομερής περιγραφή των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η οποία ακολουθείται από τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται με την εφαρμογή τους. Η προσοχή εστιάζεται τόσο στα άτομα που προχωρούν σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή όσο και στις μεθόδους καθαυτές, παράμετροι που μπορεί να προκαλέσουν ποικίλες κοινωνικές αντιδράσεις. Οι συμπερασματικές διαπιστώσεις λειτουργούν ανακεφαλαιωτικά, παρουσιάζοντας μια σύγχρονη εικόνα του τρόπου με τον οποίο αντιμετωπίζονται ηθικά οι τεχνικές της ΙΥΑ και οι υποψήφιοι γονείς μέσω αυτής.

Λέξεις κλειδιά: βιοηθική, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

## **ABSTRACT**

The thesis focuses on Medically Assisted Reproduction (MAR) as a potential and existing source of ethical concerns. Interest in this particular field is not new, but the time period in which we find ourselves each time acts as its variable; social ferments and differentiations as well as once consolidated social pillars, such as the Church, can greatly influence the way in which MAR is perceived by the wider society as well as the professionals - service providers, who for many are considered co-responsible for any relevant decision.

Methodologically, the most recent relevant literature was reviewed, including books, studies, scientific articles and doctoral theses, published in print and electronic format. After defining bioethics and medical ethics and presenting their central principles epigrammatically, a detailed description of the methods of medically assisted reproduction is given, followed by the ethical issues raised by their application. Attention is focused both on the individuals who proceed with assisted reproduction and on the methods themselves, parameters that can cause a variety of social reactions. The concluding findings act as recapitulations, presenting a contemporary picture of how medically assisted reproductive techniques and prospective parents are treated ethically.

Key words: bioethics, medically assisted reproduction

# ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

## 1. Σκοπός

Η ανικανότητα ή η μειωμένη ικανότητα για αναπαραγωγή είναι μια συνθήκη που φαίνεται να απασχολεί ολοένα και περισσότερα ζευγάρια ή μεμονωμένα άτομα τις τελευταίες δεκαετίες, αλλά και ιστορικά πολλοί άνθρωποι έχουν υποφέρει από αυτή [1]. Ένας από τους μάλλον σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην υπογονιμότητα σε ό,τι αφορά τη σύγχρονη εποχή είναι η καθυστέρηση της απόφασης τεκνοποίησης για διάφορους λόγους, όπως η επιθυμία δημιουργίας καριέρας, η συνέχιση των σπουδών ή η οικονομική δυσπραγία, κάτι που εκ των πραγμάτων αποτελεί τροχοπέδη στη δημιουργία οικογένειας με καλή ποιότητα ζωής. Παρόλα αυτά, δύναται και είθισται να συντρέχουν ιατρικοί λόγοι για τους οποίους συχνά δεν μπορεί ένα ζευγάρι να τεκνοποιήσει, όπως το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή φλεγμονές και άλλες παθήσεις των αναπαραγωγικών οργάνων [2], οι οποίοι δεν σχετίζονται απαραίτητα με την ηλικία του οργανισμού.

Γενικά, η υπογονιμότητα και η ανικανότητα αναπαραγωγής είναι δύο όροι που δεν ταυτίζονται. Η υπογονιμότητα περιγράφει αδρομερώς την κατάσταση της μειωμένης γονιμότητας (οποιασδήποτε μορφής) η οποία συνοδεύεται από παρατεταμένη ανεπιθύμητη χρονική περίοδο που δεν πραγματοποιήθηκε σύλληψη και γονιμοποίηση εμβρύου με τρόπο φυσιολογικό. Η ανικανότητα αναπαραγωγής, πρακτικά, ως όρος, ταυτίζεται με τη στειρότητα με λίγες μόνο, σποραδικά αναφερόμενες, αυθόρμητες εγκυμοσύνες [3]. Η *πρωτοπαθής υπογονιμότητα* διαγιγνώσκεται όταν παρά την ενεργή σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς αντισυλληπτική προφύλαξη επί ένα έτος δεν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη. Η *δευτεροπαθής υπογονιμότητα* αφορά στα ζευγάρια που αποδεδειγμένα πέτυχαν κύηση στο παρελθόν αλλά στη συνέχεια, για διάστημα δύο και παραπάνω ετών ή από τη στιγμή που ολοκληρώθηκε η περίοδος του θηλασμού για το πρώτο παιδί κι έπειτα, δεν κατάφεραν να ξανασυλλάβουν [4,5].

Στατιστικά, η υπογονιμότητα αφορά περί τα 13-18% των ζευγαριών παγκοσμίως [5,6]. Γενικά, οι περιπτώσεις που καταγράφονται δείχνουν είτε να υπάρχει πρόβλημα γονιμότητας στον άνδρα, είτε στη γυναίκα είτε και στους δυο, ενώ σε μικρότερο

ποσοστό είναι τα ζευγάρια που εμφανίζουν ιδιοπαθή υπογονιμότητα, δηλαδή δεν εντοπίζεται συγκεκριμένος παράγοντας που ευθύνεται γι' αυτή. Για τη διάγνωση της ιδιοπαθούς υπογονιμότητας ορίζεται ένα διάστημα δύο ετών ελεύθερης σεξουαλικής συνεύρεσης μέσα στο οποίο δεν επετεύχθη εγκυμοσύνη [5,7].



Εικόνα 1. Αίτια υπογονιμότητας [5, σ.20]

Η υπογονιμότητα έχει πολύ σοβαρό αντίκτυπο στους άνδρες και τις γυναίκες που πάσχουν αλλά επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά πολλούς από τους τομείς της ζωής τους. Οι ερευνητές βρίσκουν ότι η κατάσταση της υπογονιμότητας δημιουργεί ανθρώπους με στρες, κατάθλιψη, άγχος, σύνδρομο χαμηλής αυτοπεποίθησης, σε κίνδυνο να έρθουν αντιμέτωποι με το κοινωνικό στίγμα [7] και συνακόλουθα τη ντροπή. Κατ' επέκταση επηρεάζονται οι διαπροσωπικές σχέσεις τους (οικογενειακές, φιλικές, ερωτικές), κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη να κρατηθεί κρυφή η συγκεκριμένη κατάσταση, να απέχουν από κοινωνικές εκδηλώσεις συγγενών και φίλων που περιλαμβάνουν γεννήσεις κι ό,τι σχετίζεται με τον ερχομό ενός παιδιού στον κόσμο. Αν και σε τελική ανάλυση, η όλη δυσκολία μπορεί να ενδυναμώσει τη σχέση μεταξύ των συντρόφων, δεν παύει να αποτελεί μια ανεπιθύμητη προοπτική [1].

Η ΙΥΑ συνιστά έναν αποτελεσματικό και καινοτόμο τρόπο τόσο για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας όσο και για την τεκνοποίηση γενικά. Με τον ερχομό της, βρήκε



έδαφος η αποτελεσματική διαχείριση διαφόρων σχετικών προβλημάτων, ενώ τράβηξε την προσοχή του κοινού ήδη από το 1978, οπότε γεννήθηκε το πρώτο παιδί μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης στο Ηνωμένο Βασίλειο [1]. Ταυτόχρονα όμως, καθώς ως προϊόν τεχνολογικής εξέλιξης άπτεται των ζητημάτων ζωής, εγείρονται σημαντικά βιοηθικά διλήμματα τα οποία σχετίζονται με όλα τα στάδια των εφαρμογών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, από την λήψη των γαμετών, την προεμφυτευτική διάγνωση ως και την τελική επιλογή των κατάλληλων εμβρύων. Τα ηθικά διλήμματα περιλαμβάνουν την ανάδειξη της ευγονικής στα πλαίσια επιλογής των υγιέστερων εμβρύων, τη διαχείριση των πλεοναζόντων εμβρύων, την διαταραχή της κλασικής οικογενειακής δομής με την ανάδειξη εναλλακτικών μορφών οικογένειας (γονιμοποίηση σε άγαμες γυναίκες και γυναίκες μεγάλης ηλικίας, γονιμοποίηση μετά θάνατον) και την παρένθετη μητρότητα.

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση και παρουσίαση, μέσω της ενδεδειγμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης, των βιοηθικών διλημάτων και ζητημάτων που προκύπτουν από τη χρήση των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αρχικά προσδιορίζονται η βιοηθική και η ιατρική ηθική με όλες τις αρχές και παραμέτρους από τις οποίες διέπονται, δημιουργώντας τη βάση για τις συμπερασματικές διαπιστώσεις μας. Ακολούθως παρουσιάζονται οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τρόπο όσο τον δυνατόν αναλυτικότερο, ώστε να δοθούν σαφέστερα οι διαδικασίες που ενδεχομένως εγείρουν ζητήματα προς συζήτηση σε ηθικό πλαίσιο και δευτερευόντως σε ψυχολογικό αλλά και κοινωνικό. Τέλος, σκιαγραφούνται τα σπουδαιότερα και πιο επίκαιρα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από τις εφαρμογές όλων των προαναφερθέντων μεθόδων και τεχνικών, με κύριο σκοπό την τοποθέτησή τους στον δημόσιο διάλογο και την εξαγωγή συμπερασματικών διαπιστώσεων ως προς την ηθική πλευρά των εφαρμογών της τεχνολογίας στον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής.

## **2. Μεθοδολογία**

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας συγκεντρώθηκαν πρόσφατες επιστημονικές μελέτες και άρθρα, στο μεγαλύτερο μέρος τους όχι παλιότερα των δέκα ετών, τα οποία μελετήθηκαν και ανασκοπήθηκαν διεξοδικά. Σε ό,τι αφορά τη διάρθρωση της εργασίας, το πρώτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην εννοιολογική

προσέγγιση βασικών όρων της βιοηθικής και της ιατρικής ηθικής, ενώ περιγράφονται και οι κεντρικές αρχές της βιοηθικής. Ξεχωριστό υποκεφάλαιο αφιερώνεται στη συνθήκη του Οβιέδο αναφορικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα στο πλαίσιο του ιατρικού δικαίου, ενώ το πλήρες κείμενο όπως δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως παρατίθεται στο Παράρτημα. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται οι διάφορες μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως είναι, ενδεικτικά, η τεχνητή σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση, η κρυοσυντήρηση των εμβρύων και η παρένθετη μητρότητα. Το τρίτο κεφάλαιο, αναλύονται εκτενέστερα τα ποικίλα βιοηθικά διλήμματα που προκύπτουν από την εφαρμογή των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενώ ακολουθούν και ολοκληρώνουν την παρούσα εργασία οι συμπερασματικές διαπιστώσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση βασικών όρων της βιοηθικής και της ιατρικής ηθικής

Η έννοια της βιοηθικής πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '70, ως ο «διεπιστημονικός κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής» [8] ο οποίος σχετίζεται στενά τόσο με την ηθική φιλοσοφία όσο και με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Είναι διεπιστημονικός, καθώς είναι αδύνατον να λειτουργήσει, δηλαδή να διαχειριστεί τα θέματα που προκύπτουν καθώς η τεχνολογία, και κυρίως η ιατρική τεχνολογία, εξελίσσονται, χωρίς να βοηθηθεί από άλλες επιστήμες. Η ίδια η σφαίρα των θεματικών με τις οποίες καταπιάνεται είναι ποικίλη και μέσω της διερεύνησης διαφόρων επιστημονικών τομέων και των εφαρμογών τους, καταρτίζεται ένα πλαίσιο κανονιστικού ή μη χαρακτήρα που διέπει στο εξής όλο το φάσμα των ιατρικών και επιστημονικών πρακτικών πάνω στον άνθρωπο. Οι επιστήμες πάνω στις οποίες στηρίζεται η βιοηθική είναι η Ιστορία, η Κοινωνιολογία, η Νομική, η Θεολογία, η Φιλοσοφία και, βέβαια, η Ιατρική και η Βιολογία. Με τρόπο αντικειμενικό προσδιορίζονται τα διλήμματα που προκύπτουν ή δύναται να προκύψουν από την εφαρμογή της γενετικής, για παράδειγμα, ή της βιοτεχνολογίας, δημιουργώντας ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο, και μετά από γόνιμες αντιπαραθέσεις, διατυπώνονται επιστημονικές υποθέσεις, λαμβάνονται αποφάσεις και προτείνονται νομικές ρυθμίσεις κι έτσι τελικά η Βιοηθική είναι ένας ευρύτερος όρος που έχει ως άξονα τις εφαρμογές της Ιατρικής και της Βιολογίας [9].

Η ιατρική ηθική, ως έννοια που αφορά τη διαμόρφωση κανονιστικών αρχών μέσω της εμπειρίας, τοποθετείται ιστορικά προ Ιπποκράτη και Γαληνού. Αρχικά, προσανατολίστηκε στη σχέση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς και παρέμεινε σε αυτό το στάδιο περισσότερο ή λιγότερο, ως το σημείο που άρχισαν να γίνονται εμφανέστερα τα διλήμματα που προέκυπταν με την εκτεταμένη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας της εποχής (κυρίως τα σκευάσματα που συνιστούσαν τη φαρμακευτική αγωγή, όπως, για παράδειγμα, τα αντισυλληπτικά χάπια). Ήδη από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα έγιναν προσπάθειες και προτάσεις διατύπωσης κανονιστικών αρχών που ίσχυαν και ισχύουν ως σήμερα, με σημαντικότερες αυτές της προτεραιότητας της μη πρόκλησης βλάβης και του γεγονότος ότι το συμφέρον και η ευημερία του ασθενούς θα πρέπει να έρχονται πρώτα σε κάθε είδους ιατρική πρακτική κι εφαρμογή [9, 10, 11].

Περιλαμβάνει τις κατηγορίες της κλινικής ιατρικής ηθικής, η οποία πραγματεύεται τα θέματα και τη σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, τη θεσμική μορφή ιατρικής ηθικής που ασχολείται με τις διάφορες πολιτικές που ακολουθούνται από κάποια ιδρύματα υγείας και την ηθική της ιατρικής φροντίδας που αφορά την υγειονομική ασφάλεια και την υγεία γενικότερα [9]. Πάντως, οι δεοντολογικοί κανόνες που αφορούν συγκεκριμένα στο επάγγελμα του ιατρού (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας) ερείδονται περισσότερο στον σεβασμό που θα πρέπει να αποτίνεται στις αρχές της εντιμότητας και της αξιοπρέπειας και λιγότερο στην ηθική καθαυτή και τη χρηστότητα [10], ενώ ως απαρχές της δεοντολογίας γενικά τίθενται βάσεις όπως διαμορφώθηκαν στο συνολικό έργο του Emmanuel Kant [12].

Η σχέση της ιατρικής ηθικής με τη βιοηθική, η οποία είναι ένας κλάδος νεοσύστατος, εντοπίζεται στα όρια των δύο και στην ταυτότητά τους. Η δεύτερη υπερβαίνει την πρώτη ως προς τα όρια και, δεδομένης της διεπιστημονικής της φύσης, εδράζεται σε πολλά πεδία με κύριο άξονα και θεμέλιο τον πειραματισμό πάνω στον άνθρωπο. Πρόκειται για δύο κανονιστικά πλαίσια που είναι συγγενή αλλά διακριτά: η βιοηθική θεσπίζει κανόνες οι οποίοι ηθικοποιούν την επιστήμη καθολικά, ενώ η ιατρική ηθική αφορά περισσότερο την ηθικοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος [10, 13].

## 1.2 Κεντρικές αρχές της Βιοηθικής

Η ηθική, ως έννοια, διέπεται γενικά από αρχές οι οποίες, τηρουμένων των αναλογιών, είναι κοινές για κάθε είδους ηθικό πλαίσιο. Ειδικά για τη Βιοηθική λειτουργούν περισσότερο ως κατευθυντήριες γραμμές, πάνω στις οποίες «χτίζονται» οι κανόνες και οι υποχρεώσεις όσων εμπλέκονται σε ιατρικές πρακτικές με τη χρήση τεχνολογιών. Από νωρίς γίνεται κατανοητό ότι πρόκειται για άξονες οι οποίοι τίθενται και είναι ανά πάσα στιγμή σε καθεστώς συζήτησης, δεν είναι υπεράνω αμφιβολιών, ενώ θα μπορούσε να παρακαμφθεί κάποιος από αυτούς εάν εμποδίζεται ένας άλλος. Πρωταρχικός σκοπός αυτού του συστήματος ηθικών αξόνων είναι η ισορροπία και, παρόλο που ο χαρακτήρας τους είναι εκ πυρήνος δεσμευτικός, δύναται να υπάρξει περίπτωση αντιδιαστολής μεταξύ κάποιων κι ως εκ τούτου υπεροχή μερικών, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση [9].

Βασικές αρχές της βιοηθικής είναι, πρώτον, η αρχή της *μη πρόκλησης βλάβης*, η οποία αναφέρθηκε νωρίτερα και ισχύει από την εποχή του Ιπποκράτη. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, βλάβη μπορεί να είναι είτε σωματική είτε ηθική είτε και τα δυο και προσανατολίζεται κυρίως στην ευθανασία και την έκτρωση. Ακολουθεί η αρχή της *αγαθοεργίας*, η οποία αφορά την υποχρέωση να προσανατολίζεται κάθε ιατρική προσπάθεια στη βελτίωση της κατάστασης τους ασθενούς και μόνο. Ουσιαστικά, διέπεται από το αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου στη σωματική και ψυχική ακεραιότητα οι οποίες, με βάση αυτήν την αρχή, θα πρέπει να θεραπεύονται αν πάσχουν και κάθε πρακτική που χρησιμοποιείται να οδεύει προς αυτό το αποτέλεσμα. Τρίτη αρχή είναι αυτή της *αυτονομίας*, που αναφέρεται στον σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή αλλά και στον ελεύθερο προσωπικό αυτοκαθορισμό. Βάσει αυτής της αρχής, η έννοια της επιβολής αυτομάτως καταργείται. Τέλος, υπάρχει η αρχή της *δικαιοσύνης*, βάσει της οποίας επιτυγχάνονται τόσο η ισότητα όσο και η ακριβοδικία, σε ατομικό αλλά και σε θεσμικό πλαίσιο [9, 11].

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Βιοηθικής όπως παρατίθεται από τη Μυρτώ Δραγώνα- Μονάχου [14], οι βασικές αρχές της βιοηθικής (ηθικές και διαδικαστικές) αναλύονται σε δεκαέξι σημεία και αφορούν, επιγραμματικά, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την αγαθοποιΐα, την αυτονομία και την ατομική ευθύνη, την προστασία των δικαιωμάτων όσων δεν δύνανται να την ασκήσουν, την υποχρέωση συναίνεσης για θεραπευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς και το δικαίωμα ανάκλησής της, τον σεβασμό για την ακεραιότητα του ανθρώπου, την ιδιωτική του ζωή, τα προσωπικά του δεδομένα, τις αρχές της ισότητας, της δικαιοσύνης και της ευθυδικίας. Επιπρόσθετα, υπογραμμίζονται ως σημαντικές οι αρχές της μη διάκρισης και του μη στιγματισμού ατόμων, ο σεβασμός στην πολιτισμική ποικιλία, η αδελφοσύνη, η διεθνής συνεργασία, η κοινωνική ευθύνη, η προστασία των μελλοντικών γενεών, του περιβάλλοντος, της βιόσφαιρας και της βιοποικιλότητας.

### **1.3 Ιατρικό δίκαιο: Η Σύμβαση Οβιέδο**

Η Σύμβαση του Οβιέδο αποτελεί τη γραπτή κατοχύρωση των ανθρώπινων δικαιωμάτων σε ό,τι έχει να κάνει με την ατομική αξιοπρέπεια και τη δυνητική απειλή και κατά συνέπεια προστασία αυτής από εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής. Υπογράφηκε στο Οβιέδο της Ισπανίας το 1997 από όλα τα κράτη-μέλη του

Συμβουλίου της Ευρώπης και της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και μεταφράστηκε στην ελληνική με σκοπό τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή της ως Νόμου του Κράτους [15] (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ).

Σύμφωνα με το προοίμιο, οι βιολογικές εφαρμογές και η κατάχρηση αυτών δύναται να αποτελέσουν πηγή επιζήμιων συνεπειών για τον άνθρωπο ως άτομο και ως ον (είδος), ως εκ τούτου κρίνεται αναγκαίο να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα προς την προάσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και ελευθερίας. Τα τέσσερα πρώτα άρθρα (Κεφάλαιο Ι) αφορούν αφενός, στην κατοχύρωση και πρόταξη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας έναντι οποιασδήποτε βιολογικής εφαρμογής, κοινωνικού συμφέροντος και επιστημονικής πρακτικής και αφετέρου, στην ισότητα αναφορικά με τις ευκαιρίες περίθαλψης. Τονίζεται η σπουδαιότητα των προτύπων τόσο κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος όσο και κατά τη διεξαγωγή ιατρικής έρευνας. Στα επόμενα κεφάλαια, θίγεται το θέμα της συναίνεσης σε σχέση με τα άτομα που αδυνατούν να συναινέσουν σε ιατρικές πρακτικές με οδηγό πάντα το όφελος της υγείας του ατόμου, η προσωπική ζωή του ατόμου και το δικαίωμά του στην ενημέρωση, η στάση έναντι διακρίσεων βάσει γενετικού υλικού (ανθρώπινο γονιδίωμα), διάφορες διατάξεις σχετικά με την επιστημονική έρευνα, τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών από ζώντες δότες και τα οικονομικά συμφέροντα που μπορεί να εγείρονται από αυτές τις πρακτικές, την πολιτική που θα ακολουθείται σε περίπτωση παραβίασης των διατάξεων, όπως ορίζονται στην παρούσα αλλά σε σχετικές με αυτήν λοιπές διατάξεις, καθώς και όλες οι τροποποιήσεις που έλαβαν χώρα ως την υπογραφή της.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**

## 2.1 Ορισμός ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και βασικά σημεία νομοθετικού πλαισίου

Το 2002 ήταν η χρονιά που θεσπίστηκε για πρώτη φορά νομοθεσία για την ΙΥΑ (ν. 3089/2002) [16]. Με τον πρώτο αυτόν νόμο θίχτηκαν, εκτός των άλλων, θέματα που αφορούσαν διάφορες μορφές της τεχνητής γονιμοποίησης, όπως η μεταθανάτια. Το 2005 (ν. 3305/2005) [17] ο πρότερος νόμος συμπληρώνεται με όλες τις διατάξεις που αφορούσαν στις προϋποθέσεις επιτυχίας μιας ΙΥΑ, το πλαίσιο ερευνών στο γενετικό υλικό, τις προϋποθέσεις δημιουργίας ΜΙΥΑ, Τραπεζών Κρυοσυντήρησης γενετικού υλικού και της ΕΑΙΥΑ· της Αρχής που θα επιφορτιζόταν με τον ρόλο του ελέγχου εφαρμογής των παραπάνω νόμων [18]. Το 2017, η απόφαση της ΕΑΙΥΑ (στο εξής Κώδικας Δεοντολογίας της ΙΥΑ) δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και θέτει αναλυτικά τα ηθικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και νομικά προβλήματα που προκύπτουν κατά την εξέλιξη και την πρακτική εφαρμογή της ΙΥΑ, με στόχο την ανταπόκριση σε αυτά τόσο από τους υποβαλλόμενους σε ΙΥΑ όσο και τους παρόχους των σχετικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΕΑΙΥΑ) [19], η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή περιλαμβάνει όλες τις μεθόδους *«με τις οποίες επιτυγχάνεται κυοφορία με άλλο τρόπο πλην της φυσιολογικής ένωσης άνδρα και γυναίκας και οι οποίες εφαρμόζονται σε ειδικά οργανωμένες μονάδες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.). Οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Ι.Υ.Α.) 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»*, όπως αυτά παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας.

Ο Κώδικας Δεοντολογίας της ΙΥΑ είναι ρητός σε ό,τι αφορά τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να εφαρμόζονται όλες οι μέθοδοι της ΙΥΑ: διεπόμενες από τον σεβασμό της ελευθερίας, της προσωπικότητας, της ιδιωτικότητας και της αξιοπρέπειας του ατόμου, θα πρέπει κατά προτεραιότητα να θέτουν το συμφέρον του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί. Θα πρέπει ακόμα να προβλέπεται και να πραγματοποιείται πλήρης ενημέρωση των ατόμων που πρόκειται να υποβληθούν σε ΙΥΑ σε ό,τι αφορά τις συνέπειες της εν λόγω διαδικασίας σε επίπεδο κοινωνικό, ηθικό, νομικό,

ψυχοκοινωνικό και οικονομικό, προτού αυτά παράσχουν συναίνεση εγγράφως. Από την άλλη πλευρά, αναφέρονται αναλυτικά οι υποχρεώσεις και οι περιορισμοί ως προς συγκεκριμένες πρακτικές της ΙΥΑ, όπως η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, η δωρεά γενετικού υλικού, η παρένθετη μητρότητα. Θίγονται ιδιαίτερα τα ζητήματα ψυχολογικής φύσης για την εποπτεία και τη διαχείριση των οποίων συστήνεται η υποστηρικτική συμβουλευτική που θα παρέχουν έμπειροι και εξειδικευμένοι επιστήμονες. Τέλος, η εμπορευματοποίηση της ΙΥΑ, θέμα ιδιαίτερα λεπτό, τίθεται ως ζήτημα στον Κώδικα Δεοντολογίας με ρητές απαγορευτικές διατάξεις σε ό,τι αφορά τη διαφήμιση γιατρών και άλλων εμπλεκόμενων στις εν λόγω ιατρικές διαδικασίες ατόμων, σύμφωνα και με τα όσα προβλέπουν οι αρχές του ιατρικού επαγγέλματος γενικότερα [20].

Στο πιο πρόσφατο σχέδιο νόμου που αφορά στις μεταρρυθμίσεις σχετικά με την ΙΥΑ και το οποίο παρατίθεται ολόκληρο στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, αναφέρονται μεταξύ άλλων, το ηλικιακό όριο των γυναικών που δύνανται να επιλέξουν την ΙΥΑ ως τρόπο τεκνοποίησης, η δυνατότητα του ατόμου να αιτηθεί κρυσυντήρησης γενετικού υλικού και διάθεσης του γενετικού υλικού για σύσταση Τράπεζας κρυσυντήρησης, τα δικαιώματα του ατόμου όσον αφορά τη διάθεση του γενετικού του υλικού, του σωματικού του αυτοκαθορισμού, με ρητές διατάξεις σε ό,τι αφορά τόσο στον σεβασμό της προσωπικότητας των ιντερσεξουαλικών ατόμων<sup>1</sup> όσο και στις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες θα μπορεί να επιτευχθεί παρέμβαση στα χαρακτηριστικά φύλου αυτών, όντων ανηλίκων (ν. 4958/2022) [22].

## **2.2 Στάση και κοινωνικές αντιλήψεις σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

Αρχικά και σε γενικές γραμμές, η επικρατούσα αντίληψη σχετικά με την υπογονιμότητα είναι ότι αυτή δεν αποτελεί ανικανότητα. Σε ό,τι αφορά την

---

<sup>1</sup> «Η ιντερσεξουαλικότητα ορίζεται τεχνικά ως μια ομάδα ιατρικών καταστάσεων που περιλαμβάνουν συγγενή ανωμαλία του αναπαραγωγικού και σεξουαλικού συστήματος. Με άλλα λόγια, τα ιντερσεξουαλικά άτομα είναι εκείνα που γεννιούνται με σωματικές παθήσεις, που έχουν ως αποτέλεσμα άτυπες εσωτερικές ή εξωτερικές αναπαραγωγικές ανατομίες ή χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Επομένως, η ιντερσεξουαλικότητα δεν είναι μια ενιαία διαγνωστική κατηγορία, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων και συνδρόμων, όπως η συγγενής υπερπλασία των επινεφριδίων (ανεπάρκεια ενζύμων που οδηγεί σε υπερπαραγωγή ανδρογόνων και αρρενωποποίηση σε γενετικά θηλυκά) και το σύνδρομο έλλειψης ευαισθησίας στα αδρόγona (αδυναμία του σώματος να ανταποκριθεί στα ανδρογόνα στη γενετική αρσενικά, συχνά με αποτέλεσμα γυναικεία εμφάνιση)» [21]



υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αυτή επικροτείται, αν όχι συνιστάται, αφού τα οφέλη της μάλλον υπερτερούν σε σχέση με τους κινδύνους που μπορεί να ελλοχεύουν, σωματικά, ψυχικά και ηθικά. Το επιχείρημα δε, περί παραβίασης της φύσης με τη χρήση μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής απορρίπτεται σε μεγάλο βαθμό και από μεγάλη μερίδα ερωτηθέντων γυναικών που συμμετείχαν σε σχετικές έρευνες [23].

Σε ό,τι αφορά τις μεθόδους της ΙΥΑ ξεχωριστά και ενδεικτικά, αποδεκτές θεωρούνται η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και η δωρεά ή λήψη γενετικού υλικού, σε αντίθεση με αυτές που χρησιμοποιούνται για την επιλογή φύλου του παιδιού ή την προσπάθεια εξασφάλισης συγκεκριμένων άλλων χαρακτηριστικών όπως η ευφυΐα, μέσω της χρήσης συγκεκριμένου γενετικού υλικού από τράπεζα σπέρματος [23]. Σε έρευνα του 2019 η οποία θεωρήθηκε η μεγαλύτερη σε ό,τι αφορά το δείγμα (συμμετείχαν πάνω από έξι χιλιάδες συμμετέχοντες από διάφορα μέρη της Ευρώπης) βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αντιδράσεις ήταν ιδιαίτερα ευνοϊκές προς τα ζευγάρια που επέλεξαν τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ακόμα κι αν είχαν διαφορετικούς τρόπους ζωής, θεωρούσαν δε, ότι θα έπρεπε να χρηματοδοτείται. Οι νεότεροι από τους ερωτηθέντες, ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι εξέφρασαν επίσης τη θετική στάση τους απέναντι στην κρατική χρηματοδότηση για εξωσωματική γονιμοποίηση με έμφαση στο γεγονός ότι θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στους δικαιούχους όλες οι κατηγορίες ατόμων αναφορικά με τη σεξουαλική ταυτότητα και την οικογενειακή κατάσταση, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που εξέφρασε αρνητική άποψη ως προς αυτό αφορούσε γυναίκες. Ειδικά στην περίπτωση που η υπογονιμότητα ή στειρότητα επηρεάζεται από παθολογικούς παράγοντες, πάνω από το μισό δείγμα θεωρεί ότι η χρηματοδότηση θα πρέπει να είναι δεδομένη [24].

Σε γενικές γραμμές, παρατηρήθηκε ισχυρή υποστήριξη από τους ερωτηθέντες πολλών χωρών αναφορικά με την άδεια πρόσβασης σε τεχνικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε άγαμες γυναίκες και σε ζευγάρια ομοφυλόφιλων γυναικών. Οι περισσότεροι υποστήριζαν τη δωρεά ωαρίων και σπέρματος έναντι της εξωσωματικής γονιμοποίησης για τους εαυτούς τους αλλά έδειξαν ως ζητούμενο την κοινωνική στήριξη για την όλη διαδικασία. Ανάλογα με τη χώρα από την οποία προέρχονταν οι ερωτηθέντες υπήρξε διάσταση απόψεων που αντανακλά τις διαφορές στις πολιτισμικές, κοινωνικές και θρησκευτικές νόρμες. Στη μελέτη του 2019 [24] αναφέρεται το

παράδειγμα της Ιταλίας, στην οποία υπάρχει έντονα η επιρροή της Καθολικής Εκκλησίας κι αυτό συνδέεται με το 38% των ερωτηθέντων οι οποίοι δεν θα σκέφτονταν την εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ δεν θα υποστήριζαν την εν λόγω μέθοδο ούτε και τη δωρεά γενετικού υλικού.

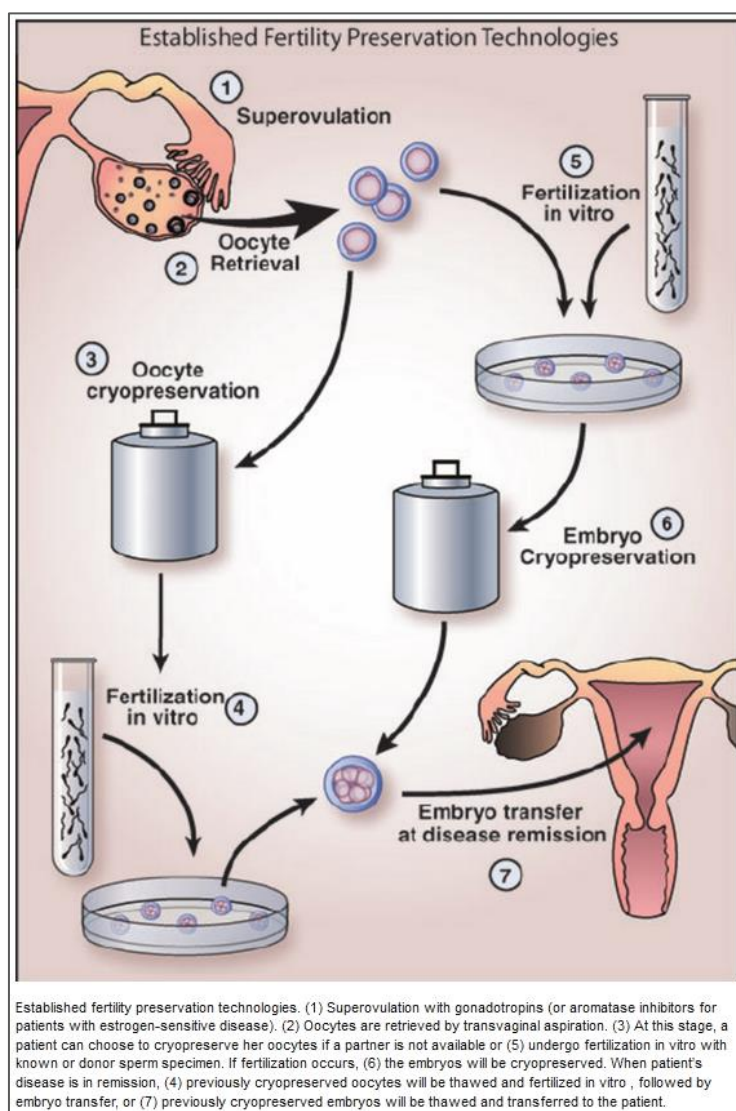
Συνολικά, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις ερωτηθέντων γυναικών σχετικά με τους δότες και τις δότριες γενετικού υλικού: η πλειοψηφία αυτών θεωρεί τη μεταμέλεια ως μάλλον αναμενόμενο συναίσθημα μιας γυναίκας που δωρίζει τα ωάρια της ενώ, σχετικά με τους άνδρες δότες, η ικανοποίηση από τις οικονομικές απολαβές που μπορεί να συνοδεύουν μια τέτοια κίνηση θεωρήθηκε δεδομένη. Διχασμό προκαλεί η αξιοποίηση των υπηρεσιών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Επικρατούσα όμως, φαίνεται να είναι ακόμα η αρνητική στάση επ' αυτού, σε αντίθεση με αυτή ως προς τις άγαμες γυναίκες και την τεκνοποίηση. Ακόμα, η θρησκεία και ο βαθμός προσήλωσης σε αυτή φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά και τις απόψεις περί ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με κύριο το συναίσθημα της επιφυλακτικότητας και για λόγους που θα περιγραφούν εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο [23].

### **2.3 Μέθοδοι, τεχνικές και ορολογία Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής**

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 του ν.3305/05 [17], οι κύριες μέθοδοι της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής είναι η τεχνητή σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Παράλληλα, υπάρχουν τεχνικές που είναι συναφείς ως προς τις παραπάνω, που είναι η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών, η ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών ή γονιμοποιημένων ωαρίων, η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου, η κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού ή γονιμοποιημένου ωαρίου, η υποβοηθούμενη εκκόλαψη και η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση.

Οι βασικοί όροι που χρησιμοποιούνται στα νομικά κι επιστημονικά κείμενα σχετικά με την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή αλλά και στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας είναι τα *γεννητικά κύτταρα*, τα οποία είναι τα αναπαραγωγικά κύτταρα (ώριμα ή ανώριμα), οι *γαμέτες*, δηλαδή τα ώριμα γεννητικά κύτταρα (ωάριο και σπερματοζωάριο), η *γονιμοποίηση*, δηλαδή η διεργασία συγχωνεύσεως των γαμετών,

η οποία αρχίζει με τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου στο ωοκύτταρο και ολοκληρώνεται με τη δημιουργία του ζυγώτη, ο *ζυγώτης*, που είναι το ωοκύτταρο από τη γονιμοποίηση ως τη σύντηξη των δύο πυρήνων και το *γονιμοποιημένο ωάριο* που είναι το ωοκύτταρο μετά τη διείσδυση ή την εισαγωγή του σπερματοζωαρίου (ν. 3305/05) [17].



Εικόνα 2. Καθιερωμένες τεχνολογίες διατήρησης της γονιμότητας [25]

## 2.4 Ανάλυση σπέρματος

Τόσο τα ωάρια όσο και τα σπερματοζώαρια διανύουν μια σειρά προπαρασκευαστικών σταδίων προς τη γονιμοποίηση. Η τελευταία πραγματοποιείται με την άφιξη, την αναγνώριση, τη διάτρηση και την είσοδο του σπερματοζωαρίου στο ωάριο. Με την ακροσωματική εξωκυττάρωση δημιουργούνται εκατοντάδες σπέρμα

μεταξύ της εξωτερικής ακροσωμικής μεμβράνης και αυτής της κεφαλής του σπέρματος, με αποτέλεσμα τα ένζυμα που παράγονται να αφομοιώνουν μέρος του διάφανου στρώματος του ωαρίου και τελικά να το τρυπούν. Το σπερματοζώαριο εισέρχεται, προσκολλάται στη μεμβράνη του ωαρίου και μεταφέρει με αυτόν τον τρόπο το πατρικό γενετικό υλικό στο μελλοντικό έμβρυο. Καθ' όλα τα στάδια, τα σπερματοζώαρια μειώνονται, παραμένοντα μόνον τα πιο βιώσιμα και ικανά. Τελικά, το ωάριο θα γονιμοποιηθεί μόνο από ένα σπερματοζώαριο [26, 27].

Πολλοί παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν ανασταλτικό ρόλο στην επιτυχή διεξαγωγή της παραπάνω διαδικασίας και κατ' επέκταση στην ανδρική υπογονιμότητα. Τέτοιοι είναι οι ασθένειες των όρχεων (κρυπορχία, ορχίτιδα, μολύνσεις στα γεννητικά όργανα, υδροκήλες/ κύστεις σπερματικού τόνου, υπογοναδισμός κ.α.), διάφορα σύνδρομα (σύνδρομο Kallmann, αζωοσπερμία, μικροαπαλοιφές χρωμοσώματος Y κ.α.), καρκίνος, ασθένειες που σχετίζονται με το κυκλοφορικό σύστημα, άλλες εν εξελίξει θεραπείες ή ενδοκρινολογικές διαταραχές. Άλλοι παράγοντες, που αφορούν τον τρόπο ζωής και εν συντομία είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, η υψηλή σε υδατάνθρακες διατροφή, η παχυσαρκία και το ψυχολογικό (οξειδωτικό) στρες, δύναται να έχουν σημαντικό αντίκτυπο την ικανότητα αναπαραγωγής στους άνδρες [28].

Από τη στιγμή που διαγιγνώσκεται η υπογονιμότητα και οι υποψήφιοι γονείς εισέρχονται στον κύκλο της θεραπείας και, τελικά, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μία από τις πρώτες εξετάσεις που λαμβάνουν χώρα είναι αυτή της ανάλυσης σπέρματος. Θεωρείται δε, η πρώτη και βασική εξέταση, η οποία θα δώσει σημαντικές πληροφορίες σε ό,τι αφορά το κατά πόσο ένας άνδρας είναι ικανός για αναπαραγωγή. Αντανακλά την κατάσταση και τη λειτουργία των όρχεων σε ό,τι αφορά την παραγωγή σπερματοζωαρίων, όπως και την ισχύ του συστήματος γενικά. Με την ανάλυση σπέρματος διαφαίνεται το ποσοστό υπογονιμότητας σε ένα ζευγάρι αναφορικά με τον άνδρα. Η ανάλυση σπέρματος, ή το σπερμοδιάγραμμα εφαρμόζεται σε δείγμα (φυσιολογικού όγκου όχι λιγότερου από 2ml) ως προς τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, την κινητικότητά τους και το ποσοστό τους αναφορικά με τη φυσιολογική μορφολογία. Για όλες αυτές τις παραμέτρους έχουν καθοριστεί φυσιολογικές τιμές, χωρίς να σημαίνει ότι η απόκλιση από αυτές αποκλείει και την επίτευξη φυσιολογικής σύλληψης από μια γόνιμη γυναίκα [28].

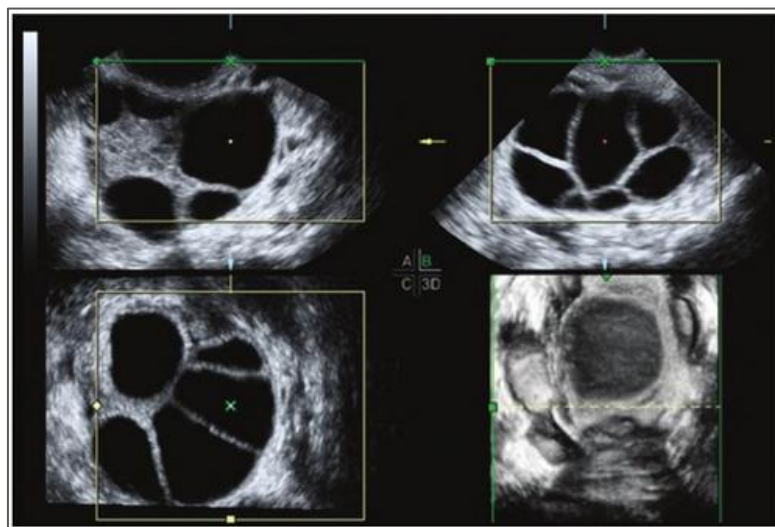
Η διαδικασία με την οποία επιτελείται η ανάλυση σπέρματος είναι η εξής: το δείγμα συλλέγεται με διάφορους τρόπους· οι δύο πιο συνήθεις διενεργούνται με αυνανισμό και εκσπερμάτιση σε ένα αποστειρωμένο δοχείο είτε με σεξουαλική επαφή και εκσπερμάτιση σε ειδικό προφυλακτικό που δεν έχει πρόσθετα ή λιπαντικά. Ιδανικά, η διαδικασία θα πρέπει να διενεργηθεί μετά από αποχή από σεξουαλική επαφή, το λιγότερο για τρεις και το περισσότερο για ημέρες. Το δείγμα θα πρέπει να βρίσκεται σε θερμοκρασία σώματος και να παραδοθεί στο εργαστήριο μέσα σε διάστημα μιας ώρας, για να μην αλλοιωθεί η ποιότητά του λόγω της έκθεσης σε διαφορετικές τιμές υγρασίας και θερμοκρασίας [29]. Εναλλακτικά, το δείγμα συλλέγεται από τον ιατρό με τη χρήση συσκευής κενού αέρος η οποία τοποθετείται στο πέος και αυξάνει τη ροή αίματος σταδιακά ώστε να επιτευχθεί η εκσπερμάτιση. Άλλη μέθοδος που μπορεί να εφαρμοστεί είναι η χρήση συσκευής δόνησης ώστε να βοηθηθεί κάποιος που υποφέρει από τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη κι ως εκ τούτου δυσκολία στην προετοιμασία του πέους για εκσπερμάτιση [30]. Στη συνέχεια, το δείγμα υποβάλλεται σε εργαστηριακές μετρήσεις που αφορούν το χρώμα, την πυκνότητα, το πάχος, και τη χημική του σύσταση συνολικά. Κατόπιν καθορίζεται ο αριθμός των σπερματοζωαρίων που βρέθηκαν και εξετάζονται η μορφολογία, το μέγεθος και η κίνησή τους. Αν κριθεί αναγκαίο από τον ιατρό, ο άνδρας υποβάλλεται σε περαιτέρω εξετάσεις (βιοψία, ορμονικές ή/και γενετικές εξετάσεις). Ενδεικτικά, τιμές που υποδηλώνουν πιθανή υπογονιμότητα είναι: α) Όγκος δείγματος ίσος ή μικρότερος του 1,5ml, β) αριθμός σπερματοζωαρίων ίσος ή μικρότερος των 39 εκατομμυρίων ανά δείγμα, γ) πυκνότητα σπέρματος ίση ή μικρότερη των 15- 16 εκατομμυρίων ανά ml, δ) κινητικότητα σπέρματος ίση ή μικρότερη του 40%, ε) φυσιολογική μορφή σπερματοζωαρίων για το 4% αυτών ή λιγότερο, στ) pH δείγματος στα 7.2 ή λιγότερο και ζ) πάνω από 1 εκατομμύριο λευκά κύτταρα [29, 31].

## **2.5 Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας - Διέγερση ωοθηκών**

Η μέθοδος της πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας, η οποία περιλαμβάνει τη διέγερση των ωοθηκών, προτείνεται σε γυναίκες οι οποίες, είτε έχουν ανωοθυλακιορρηξία λόγω του Συνδρόμου Πολυκυστικών Ωοθηκών ή υπογοναδοτροπικού υπογοναδισμού, είτε έχουν ανεξήγητη υπογονιμότητα [32]. Σε κάθε περίπτωση, είναι σημαντικό να διεγερθούν οι ωοθήκες κατάλληλα ώστε να παράγουν ένα ωάριο μηνιαίως, αν η

γυναίκα ανήκει στην πρώτη περίπτωση ή/και δύο, αν ανήκει στη δεύτερη κατηγορία. Ο κύριος σκοπός της μεθόδου είναι να αποκατασταθεί η κατάσταση της λειτουργίας των ωοθηκών, ενώ η ουσιαστική αποστολή της είναι να δώσει το σχέδιο που θα ακολουθηθεί για τη θεραπεία. Δύο είναι οι μεγαλύτερες κατηγορίες αναφορικά με την ανταπόκριση των ωοθηκών: η υψηλής και η χαμηλής ανταπόκρισης. Ενδιάμεσα υπάρχει το φυσιολογικό στάδιο [33].

Η μέθοδος διενεργείται μετά την κατάλληλη προετοιμασία της ασθενούς που περιλαμβάνει τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής που συνίσταται σε κιτρική κλομιφαίνη, λετροζόλη, ή στην ενέσιμη έγχυση μικροποσότητας γοναδοτροπινών (FSH). Οι γοναδοτροπίνες είναι πολύ σημαντικές στο πρωτόκολλο της διέγερσης των ωοθηκών, αφού η ορμόνη FSH είναι η κύρια σε ό,τι αφορά την πρόκληση ωορρηξίας. Αυτό που δυνητικά επιτυγχάνεται με τη μέθοδο είναι η παραγωγή περισσότερων του ενός ωαρίων ανά εμμηνορρυσιακό κύκλο [34]. Η μέθοδος της πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να συνδυαστεί με τη σπερματέγχυση.



**Εικόνα 3.** Ωοθυλακική διαμόρφωση στην πολυθυλακική ανάπτυξη λόγω διέγερσης των ωοθηκών [33, σ. xxxii]

## 2.6 Ενδομητρική σπερματέγχυση

Ιστορικά, η τεχνητή ή ενδομητρική σπερματέγχυση υπήρξε μία από τις πρώτες μεθόδους της τεχνητής ή ασεξουαλικής αναπαραγωγής [35], με την πρώτη γνωστή περίπτωση (για τον άνθρωπο) να λαμβάνει χώρα περί τα 1790 στο Λονδίνο ενώ από τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα η χρήση της μεθόδου σημειώνει αύξηση [36]. Ως ορολογία αναφέρεται στον νόμο ως «η εισαγωγή σπερματοζωαρίων στο γυναικείο γεννητικό

*σύστημα με οποιονδήποτε τρόπο εκτός από τη γενετήσια επαφή. Διακρίνεται σε ομόλογη, όταν χρησιμοποιούνται σπερματοζωάρια του συζύγου ή συντρόφου, και ετερόλογη, όταν χρησιμοποιούνται σπερματοζωάρια τρίτου δότη» [17, 37]. Γενικά, θεωρείται μια μέθοδος που είναι σχετικά εύκολο να πραγματοποιηθεί, δεν προκαλεί δυσφορία στην ασθενή στον ίδιο βαθμό που μπορεί να το κάνουν άλλες μέθοδοι και συνοδεύεται από καλές πιθανότητες επίτευξης εγκυμοσύνης [38].*

Οι γυναίκες που χρειάζονται την ενδομητρική σπερματέγχυση για να τεκνοποιήσουν είναι αυτές που είτε δεν δύνανται να πραγματοποιήσουν κολπική σεξουαλική επαφή, επειδή είτε έχουν κάποια σωματική ανικανότητα ή κώλυμα (για παράδειγμα, ήπια ή μέτρια ενδομητρίωση) ή κάποιο ψυχοσεξουαλικό πρόβλημα είτε πάσχουν από κάποιο σύνδρομο για το οποίο χρειάζεται ειδική βοήθεια για τη σύλληψη. Γενικά, προτείνεται ως μέθοδος ΙΥΑ στην περίπτωση της επιβεβαιωμένης ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας αλλά και ζευγάρια που βιώνουν ανεξήγητη υπογονιμότητα μπορούν να προβούν στη χρήση της μεθόδου για να τεκνοποιήσουν. Τα δημογραφικά κριτήρια του ζευγαριού (ηλικία, τρόπος ζωής, διάρκεια υπογονιμότητας) σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των σχετικών εξετάσεων (σπερμοδιάγραμμα, απόθεμα ωαρίων, εικόνα μήτρας) καθορίζουν τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου, τα οποία κυμαίνονται από 8 έως 20% ανά κύκλο [39].

Πρακτικά, κατά τη διαδικασία της *ομόλογης σπερματέγχυσης* (εφαρμογή της μεθόδου σε ζευγάρι με γενετικό υλικό που προέρχεται μόνο από αυτό), συλλέγεται το σπέρμα με αυνανισμό, τοποθετείται σε ειδικό δοχείο και υποβάλλεται σε καθαρισμό με ειδική διαδικασία έκπλυσης, ώστε να προκύψει ένα συμπυκνωμένο επαρκές δείγμα ασφαλούς σπέρματος. Αυτό μπορεί να αφορά πέντε ή ακόμα και ένα εκατομμύριο πλήρως κινητικά σπερματοζωάρια, τα οποία πρόκειται να εμφυτευτούν στη μήτρα. Με τη βοήθεια ενός ειδικού εργαλείου, του διαστολέα, κρατείται ανοιχτός ο κόλπος. Κατόπιν και με τη χρήση ειδικού αγωγού, σωλήνα ή σύριγγας τοποθετείται στη βλέννα του τραχήλου, αν, για παράδειγμα, υπάρχει ανατομικό πρόβλημα στη μήτρα, ή απευθείας στη μήτρα, στην περίπτωση που η υπογονιμότητα αφορά μόνο τον άνδρα. Η όλη διαδικασία δεν διαρκεί παραπάνω από δέκα λεπτά [36, 35]. Κατά την *ετερόλογη σπερματέγχυση*, κατεψυγμένο σπέρμα δότη μπορεί να χρησιμοποιηθεί από άγαμη ή εκτός ερωτικής σχέσης γυναίκα, ομοφυλόφιλη ή ετεροφυλόφιλη. Για τη διαδικασία ακολουθούνται τα ίδια στάδια που περιγράφηκαν παραπάνω [36].

## 2.7 Εξωσωματική γονιμοποίηση

### 2.7.1 Κλασική μέθοδος (IVF- in Vitro Fertilization)

Η εξωσωματική γονιμοποίηση ορίζεται ως «η εκτός του σώματος της γυναίκας γονιμοποίηση ωαρίων που έχουν ληφθεί από αυτήν επεμβατικά και η μεταφορά ενός ή περισσότερων γονιμοποιημένων ωαρίων στην ενδομήτρια κοιλότητα της ίδιας ή άλλης γυναίκας» (ν.3305/05) [17]. Γενικά, σε σχέση με τις άλλες μεθόδους ΙΥΑ οι οποίες είτε έχουν μερικό αντίκτυπο στους φυσιολογικούς κύκλους γονιμότητας είτε κάνουν χρήση ορμονών ώστε να βελτιώσουν την τελευταία, η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια τεχνική η οποία υποκαθιστά ολοκληρωτικά τον φυσιολογικό τρόπο αναπαραγωγής. Οι κλειστές, οι κατεστραμμένες ή οι ανύπαρκτες σάλπιγγες, η ενδομητρίωση, τα προβλήματα ωοθυλακιορρηξίας ή άλλες παράμετροι που δεν μπορούν να διαγνωσθούν κλινικά μεν, οδηγούν, δε, σε υπογονιμότητα ή στειρότητα, αποτελούν σημαντικές καταστάσεις που συνηγορούν στην επιλογή της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης στο πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής [40].

Πριν τη διαδικασία, τα ζευγάρια υποβάλλονται σε διάφορες εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης σπέρματος, υστεροσαλπιγγογραφίας ή διακολπικού υπερήχου και τεστ ωορρηξίας. Λόγω του ότι υπάρχει τεράστια διαφοροποίηση στην παραγωγή ωαρίων, η οποία σχετίζεται με τη χρονολογική ηλικία της γυναίκας, συνιστώνται επιπλέον εξετάσεις κατά περίπτωση, ενώ τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν σχεδιαστεί πολυάριθμα τεστ με τα οποία μπορούν να καθοριστούν οι αναφερόμενες ποσότητα και ποιότητα των ωαρίων. Ένα μειωμένο απόθεμα ωαρίων συνοδεύεται από μια ελαττωμένη ανταπόκριση των ωοθηκών στη φαρμακευτική αγωγή για τη διέγερσή τους και κατ' επέκταση σε λιγότερα παραχθέντα ωάρια, λιγότερα έμβρυα και λιγότερες πιθανότητες εγκυμοσύνης. Γενικά, η σχετιζόμενη με την ηλικία μείωση της επιτυχίας στην εξωσωματική γονιμοποίηση αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην προοδευτική μείωση της ποιότητας και της ποσότητας των ωαρίων των ωοθηκών [41].

Κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης οι ωοθήκες αρχικά διεγείρονται με την καθημερινή χρήση γοναδοτροπίνης (βλ. υποκεφ. 2.5) ώστε να αξιοποιηθεί με τον καλύτερο τρόπο η ανάπτυξη των θυλάκων, κάτι που ελέγχεται με διακολπικό



υπερηχογράφημα. Μετά τη διέγερση των ωοθηκών, τα ωάρια συλλέγονται με τη μέθοδο της αναρρόφησης θυλακικού υγρού μέσω της καθοδήγησης του διακολλικού υπερηχογραφήματος [42]. Στη συνέχεια, τοποθετούνται σε εργαστηριακό δίσκο, σε θερμοκρασία 37 °C με διοξείδιο του άνθρακα σε ποσοστό 6%, όπου αναμειγνύονται, προκειμένου να επιτευχθεί η τελική πυροδότηση των ωαρίων, περίπου τριάντα επτά ώρες μετά τη χορήγηση της γοναδοτροπίνης (hCG). Η επώαση των ωοκυττάρων συνεχίζεται στους ίδιους βαθμούς Κελσίου ως και τη διαδικασία της σπερματέγχυσης (περί τα 200.000 κινητά σπερματοζωάρια ανά ml) που πραγματοποιείται περίπου σαράντα ώρες μετά τη χορήγηση την hCG, ενώ ο έλεγχος της γονιμοποίησης γίνεται μετά από δεκαοκτώ με είκοσι ώρες μετά τη σπερματέγχυση. Τα γονιμοποιημένα έμβρυα (ένα ή δύο, ανάλογα με το βαθμό γονιμότητας και την επιθυμία του ασθενούς), επιθεωρούνται προσεκτικά κατά τη διάρκεια της βέλτιστης ανάπτυξης τους και προετοιμάζονται για τη μεταφορά στη μήτρα. Τα έμβρυα που απομένουν, αν είναι καλής ποιότητας δύναται να καταψυχθούν με τη μέθοδο της κρυσυντήρησης ώστε να χρησιμοποιηθούν πιθανώς σε μελλοντικές εμβρυομεταφορές [43, 44].

### **2.7.2 Μικρογονιμοποίηση ή ICSI**

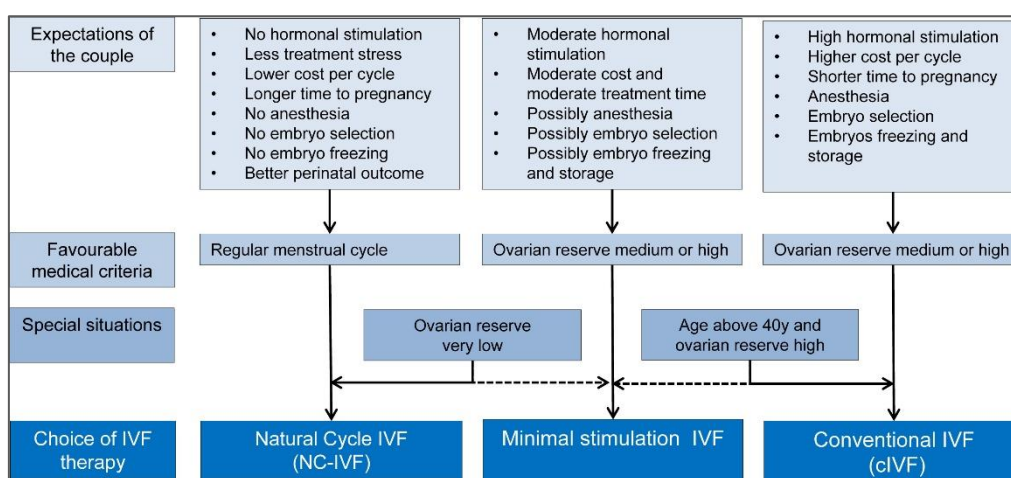
Αρκετά χρόνια μετά την πρώτη επιτυχημένη εξωσωματική γονιμοποίηση, ως επόμενη λύση για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας ήρθε η ενδοκυτταροπλασμική σπερματέγχυση ή μικρογονιμοποίηση ή μικροχειρουργική ωαρίου, που εφαρμόζεται κυρίως στις περιπτώσεις ανδρικής υπογονιμότητας και σε διάφορες συνθήκες, όπως ο μειωμένος αριθμός σπερματοζωαρίων, η χαμηλή κινητικότητα αυτών, η ακατάλληλη μορφολογία και η αδυναμία ή ανικανότητα εκσπερμάτισης. Πιο συγκεκριμένα και με κλινική ορολογία, άνδρες με βαριά ολιγοασθενοσπερμία, αζωοσπερμία (απουσία σπερματοζωαρίων εντελώς), γλοβοζωοσπερμία (η απουσία ακροσώματος σπερματοζωαρίου), συγκόλληση σπερματοζωαρίων μπορούν να επωφεληθούν από τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης και να τεκνοποιήσουν με επιτυχία. Διενεργείται σε εργαστηριακές συνθήκες, όπως και η κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση αλλά η διαφορά έγκειται στο ότι το σπερματοζωάριο, μέσω μικροχειρισμού και με ειδικό εξοπλισμό, τοποθετείται εντός του ωαρίου. Ιστορικά, αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται από τα τέλη του 20ού αιώνα και αρχικά χρησιμοποιούνταν μόνο σε περιπτώσεις σοβαρής ανδρικής στειρότητας, συμπεριλαμβανομένης της αζωοσπερμίας [45, 46].

Η μέθοδος είναι διφασική μετά το πέρας της ωοληψίας και της σπερμοληψίας. Η τελευταία διενεργείται είτε φυσιολογικά, μέσω αυνανισμού, είτε χειρουργικά, μέσω της επιδιδυμίδας ή του όρχεως, στην περίπτωση της αζωοσπερμίας. Κατόπιν, τα ωάρια υποβάλλονται σε ενζυμική κατεργασία για την αφαίρεση των κοκκιωδών στοιβάδων οι οποίες δύνανται, αν παραμείνουν, να εμποδίσουν τη διάβρωσή τους από τα σπερματοζωάρια. Εκτιμάται η κατάσταση του πυρήνα τους και ο βαθμός ωριμότητάς τους. Τα ώριμα ωάρια χρησιμοποιούνται ενώ τα μη ώριμα καταστρέφονται [45]. Σε δεύτερη φάση, γίνεται η τοποθέτηση των ωαρίων σε τρυβλία και με τη χρήση μικροχειριστηρίου και μικροσιφωνίου ακινητοποιούνται ενώ με ένα λεπτότερο μικροσιφώνιο γίνεται η συλλογή και η έγχυση ενός σπερματοζωαρίου σε κάθε ωάριο. Ο χρόνος διάρκειας της διαδικασίας ποικίλλει ανάλογα με την ποσότητα των σπερματοζωαρίων. Η έγχυση καθατή διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα. Εν τέλει, τα ωάρια τοποθετούνται σε επωαστικό κλίβανο, όπου θα συντελεστεί η γονιμοποίηση με ποσοστό επιτυχίας πάνω από 60%. Η πορεία στο εξής είναι όμοια με αυτή της κλασικής εξωσωματικής γονιμοποίησης [47, 48].

### **2.7.3 Υποβοηθούμενη εκκόλαψη**

Το ποσοστό εμφύτευσης εμβρύων που προκύπτουν από κύκλους γονιμοποίησης *in vitro* είναι γενικά μικρότερο από 20%. Η έκθεση των ωαρίων και των εμβρύων στις τεχνητές συνθήκες καλλιέργειας *in vitro* μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ικανότητα του εμβρύου να υποβληθεί σε κανονική εκκόλαψη, με αποτέλεσμα χαμηλά ποσοστά εμφύτευσης μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά. Τα ανθρώπινα έμβρυα που προκύπτουν μετά από διέγερση ωοθηκών αναπτύσσονται πιο αργά *in vitro* σε σύγκριση με τα έμβρυα *in vivo*, εκδηλώνουν σχετικά υψηλό βαθμό κυτταρογενετικών ανωμαλιών και υφίστανται κυτταρικό κατακερματισμό. Μετά την παρατήρηση ότι τα έμβρυα που διαθέτουν λεπτότερη μεμβράνη εμφυτεύονται με μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αναπτύχθηκαν διάφορες τεχνικές με σκοπό τη λέπτυνση της ζελατινώδους κάψας τους (*zona pellucida*). Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν τη μηχανική τομή της μεμβράνης, τη διάτρηση και τη λέπτυνση αυτής με την εφαρμογή τυρωδών οξέων ή πρωτεϊνών ή δονούμενων μικροχειριστών πιεζονίου ή laser [49].

Η διαδικασία υποβοηθούμενης εκκόλαψης σχετίζεται με συγκεκριμένες επιπλοκές ανεξάρτητες από την ίδια τη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης, συμπεριλαμβανομένης της θανατηφόρας βλάβης στο έμβρυο και της βλάβης σε μεμονωμένα βλαστομερή με επακόλουθη μείωση της βιωσιμότητας του εμβρύου. Ακόμα αναφέρεται ο αυξημένος κίνδυνος μονοζυγωτικής δίδυμης κύησης. Σε γενικές γραμμές, οι ενδείξεις για τα οφέλη και τους κινδύνους είναι περιορισμένες· σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς των οποίων τα έμβρυα υφίστανται υποβοηθούμενη εκκόλαψη συχνά υποβάλλονται σε θεραπεία με αντιβιοτικά και στεροειδή πριν και μετά τη διαδικασία [50].



Εικόνα 4. Βοήθημα για τη λήψη απόφασης σχετικά με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης [51, σ. 41]

## 2.8 Κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού

Ως μία από τις πρώτες και σίγουρα από τις τελευταίες χρονολογικά των μεθόδων και τεχνικών που περιγράφηκαν παραπάνω τίθεται η κρυοσυντήρηση του γενετικού υλικού, αφού εύλογα προκύπτει το ζήτημα του σχηματισμού υπεράριθμων εμβρύων και της διαχείρισής τους, με την ηθική πλευρά της τελευταίας να παρουσιάζεται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Η κρυοβιολογία συμβάλλει στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή από το 1984. Χάρη στην πρακτική αυτή μπορούν να διατηρούνται ανθρώπινα έμβρυα και γαμέτες για χρήση στο μέλλον και με αυτόν τον τρόπο να διατηρείται η γονιμότητα σε άνδρες και γυναίκες ακόμα και με το πέρασμα της ιδανικής ηλικίας τεκνοποίησης. Η κρυοσυντήρηση

ζυγωτών και εμβρύων γίνεται στα πρώτα στάδια διαίρεσης των κυττάρων. Η πρώτες μέθοδοι κρυσυντήρησης περιλάμβαναν τη χρήση γλυκερόλης που είναι διαπερατό κρυσπροστατευτικό, σουκρόζη που είναι μη διαπερατό κρυσπροστατευτικό και άλλα πιο εξελιγμένα καλλιεργητικά υλικά. Οι πρώτες εφαρμογές της κατάψυξης εμβρύων ήταν περιορισμένες αφού μικρό ποσοστό από αυτά επιβίωνε και εμφυτεύονταν. Αργότερα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της υαλοποίησης. Σε κάθε περίπτωση (βραδεία κατάψυξη ή υαλοποίηση) επιτυγχάνεται η κατάψυξη των εμβρύων, με την υαλοποίηση να παρέχει το πλεονέκτημα της αποφυγής σχηματισμού παγοκρυστάλλων ενδοκυτταρικά και εξωκυτταρικά [52].

Η υαλοποίηση ως τεχνική κρυσυντήρησης βιολογικού- γενετικού υλικού επιτυγχάνεται με τη χρήση και συγκέντρωση κρυσπροστατευτικών ουσιών οι οποίες χαρακτηρίζονται από υπερταχείς ρυθμούς κατάψυξης. Με αυτές τις ουσίες είναι δυνατές η απομάκρυνση του νερού ενδοκυτταρικά και η προστασία της κυτταρικής μεμβράνης η οποία κινδυνεύει σε περιβάλλον εξαιρετικά χαμηλής θερμοκρασίας, δεδομένου ότι το γενετικό υλικό αποθηκεύεται σε ειδικά δοχεία υγρού αζώτου με θερμοκρασία -196 βαθμών Κελσίου, με προσπάθειες επίτευξης των -200 και -205 βαθμών. Με την απομάκρυνση του νερού αποφεύγεται η δημιουργία παγοκρυστάλλων, ως εκ τούτου οι πιθανότητες επιβίωσης και συντήρησης των εμβρύων και ωαρίων είναι εξαιρετικά υψηλές [53]. Η νομοθεσία σχετικά με την τεχνική αυτή ορίζει ότι η αποθήκευση των κρυσυντηρημένων εμβρύων δεν θα πρέπει να περνά τα δέκα συνολικά έτη. Πιο συγκεκριμένα, ορίζονται πέντε έτη για την αποθήκευση με τη δυνατότητα παράτασης του χρονικού αυτού διαστήματος επί πέντε πλέον έτη (ν. 3305/2005) [17].

Πλέον, η κρυσυντήρηση -κυρίως με τη μέθοδο της υαλοποίησης που αποδείχτηκε ανώτερη της κλασικής μεθόδου σε ό,τι αφορά την τελική ποιότητα του υλικού [54] είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε ό,τι αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, συναρτήσει των κοινωνικών αλλαγών που συντελούνται και της διαρκώς αυξανόμενης ανάγκης για τη διατήρηση της γονιμότητας. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μία από τις τεχνικές της εξωσωματικής γονιμοποίησης, όταν διενεργείται για σκοπούς διαχείρισης των πλεοναζόντων εμβρύων ή για εμβρυομεταφορά σε ύστερο χρόνο αλλά και ως ξεχωριστή μέθοδος που δίνει τη δυνατότητα τεκνοποίησης σε μεταγενέστερο μη συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο με τη διατήρηση της γονιμότητας. Ως επί το πλείστον,

ακολουθείται η επιλογή της κρυσυντήρησης όλων των καλής ποιότητας ωαρίων που παράγονται κατά τον κύκλο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ώστε να χρησιμοποιηθούν σε χρόνο που θα είναι καταλληλότερος για λόγους αποτελεσματικότητας, επιθυμίας και, βέβαια, ιατρικούς [55].

## 2.9 Παρένθετη μητρότητα

Η παρένθετη μητρότητα είναι «η περίπτωση κατά την οποία μία γυναίκα κυοφορεί και γεννά (φέρουσα ή κυοφόρος), ύστερα από εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, με χρήση ωαρίου ζένου προς την ίδια, για λογαριασμό μίας άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους» (ν.3305/05) [17]. Σε πολλές μελέτες σχετικά με την παρένθετη μητρότητα γίνεται διαχωρισμός και δίδονται ορισμοί για τα «είδη μητέρας» που προκύπτουν με την επιλογή της παρένθετης μητρότητας. Η Rosalie Ber, στη μελέτη της *Ethical issues in gestational surrogacy* [56], αναφέρει -πέρα από το γεγονός ότι πλέον υφίσταται διαχωρισμός μεταξύ του σεξ (ως αναπαραγωγικής διαδικασίας) και της τεκνοποίησης, με ό,τι συνεπάγεται αυτό για τα μοντέλα της οικογένειας και του όρου «μητέρα» ειδικότερα<sup>2</sup>- τρία είδη μητέρας: α) τη γενετική, η οποία δωρίζει ο ωάριο, β) τη μητέρα κυήσεως, η οποία κυοφορεί και γεννά το παιδί και γ) την κοινωνική μητέρα, η οποία αναθρέφει το παιδί. Οι δύο πρώτες κατηγορίες αφορούν βιολογικές μητέρες. Στην τυπική πυρηνική οικογένεια, και οι τρεις κατηγορίες αφορούν μία και μόνη γυναίκα. Στην περίπτωση που η γενετική μητέρα και η μητέρα κυήσεως δεν είναι το ίδιο άτομο, προτείνεται να αναφέρεται η δεύτερη ως παρένθετη μητέρα. Για κάποια ζευγάρια, η δεύτερη κατηγορία αποτελεί και τη μοναδική τους λύση στο πρόβλημα τεκνοποίησης. Πρόκειται για τα ζευγάρια που η αδυναμία τους εντοπίζεται στον παράγοντα «μήτρα» (εκ γενετής απουσία μήτρας, πρωτοβάθμιες ή δευτεροβάθμιες ανατομικές ή παθολογικές δυσμορφίες της μήτρας, χειρουργική αφαίρεση μήτρας για διάφορους λόγους, πολλαπλές αποβολές). Από τη στιγμή που και ο άνδρας και η γυναίκα μπορούν να παράξουν υγιείς και φυσιολογικούς γαμέτες, η παρένθετη μητρότητα, δηλαδή η χρήση της μήτρας μιας άλλης γυναίκας, φαίνεται να είναι ο μόνος τρόπος αναπαραγωγής γι' αυτούς και, μάλιστα, όπως προκύπτει από σχετικές μελέτες, τα ζευγάρια θέλουν να εξασφαλίζουν τη γενετική σύνδεση με τον απόγονό τους στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό [56, 57].

<sup>2</sup> Θέματα που άπτονται και αναλύονται καλύτερα στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας.

Η παρένθετη μητέρα, όπως αναφέρθηκε, κυοφορεί και γεννά το παιδί αλλά δεν έχει καμία γενετική σύνδεση με αυτό. Την ίδια στιγμή, ένα παράδοξο προκύπτει από την όλη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας: ενώ κατά την παραδοσιακή οδό -και όπως συμβαίνει με όλα τα θηλαστικά- υπάρχει μια ασυμμετρία ανάμεσα στον άνδρα και τη γυναίκα, με τον πρώτο να επιτελεί περισσότερο παθητικό ρόλο κατά τα στάδια που ακολουθούν τη συνουσία (σύλληψη, κύηση, τοκετός), με την παρένθετη μητρότητα οι ρόλοι των μελών του ζευγαριού εξισώνονται· και οι δύο παρέχουν τους γαμέτες τους, οι οποίοι γονιμοποιούνται σε περιβάλλον εργαστηρίου και εμφυτεύονται στη μήτρα της παρένθετης μητέρας, που στο εξής αναλαμβάνει να καλύψει τα υπόλοιπα στάδια μέχρι τον τοκετό [56].

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ**

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, αναφορικά με την προτεραιότητα σε ό,τι έχει να κάνει με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αυτή είναι το έμβρυο και κατ' επέκταση το υγιές νεογνό. Σύμφωνα με την έρευνα των Harper et al. [58], οι ειδικοί που πρόκειται να προβούν σε ΙΥΑ, θα πρέπει να εξετάσουν ενδελεχώς τους κινδύνους που μπορεί να ανακύψουν για το έμβρυο και να μην προχωρήσουν αν υπάρχουν ενδείξεις για χαμηλή ποιότητα ζωής του μελλοντικού παιδιού. Πάντως, ήδη εδώ και μια δεκαετία, μελέτες αποδεικνύουν ότι το ρίσκο για τα παιδιά που γεννιούνται μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι απειροελάχιστο με λίγο πιο αυξημένο να φαίνεται αυτό που αφορά την τεχνική της μικρογονιμοποίησης (ICSI) [59, 60]. Κάτω από αυτό το πρίσμα, θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για «συνυπευθυνότητα» των ειδικών στο -οποιοδήποτε- αποτέλεσμα της πρακτικής, ως εκ

τούτου, πρόκειται για ένα σημαντικό θέμα που εγείρει και πολλαπλά ηθικά ζητήματα ταυτόχρονα.

### 3.1 Το ζήτημα της ηλικίας της μητέρας

Γενικά, προχωρημένη ηλικία για τη μητρότητα θεωρείται αυτή από τα τριάντα πέντε χρόνια και άνω, ενώ σαν συνθήκη φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια για διάφορους λόγους [61], όπως η επιθυμία συνέχισης των σπουδών, η είσοδος των γυναικών σε μέχρι πρότινος ανδροκρατούμενα επαγγελματικά πεδία, ένα αξιακό σύστημα βάσει του οποίου ένα άτομο δεν αισθάνεται «έτοιμο» να γίνει γονέας, επαγγελματική φιλοδοξία σε συνδυασμό με την έλλειψη διαθέσιμης δευτερεύουσας φροντίδας για το παιδί, ανεργία, οικονομικά προβλήματα, προβλήματα υγείας, ασταθές οικογενειακό πλαίσιο, διαζύγιο, απουσία κατάλληλου παρτενέρ. Πάντως, είναι γεγονός πως σε ό,τι αφορά την τεκνοποίηση είτε φυσιολογικά είτε μέσω της χρήσης ιατρικών τεχνολογιών και αποκλειστικά σε ό,τι αφορά την ιατρική, μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας φαίνεται να έχουν οι γυναίκες κάτω των τριάντα πέντε [62].

Η πραγματικότητα είναι ότι πλέον, με τις τεχνολογίες που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μπορεί να γίνει εφικτή η εγκυμοσύνη σε ηλικία ακόμα και μετά την εμμηνόπαυση μιας γυναίκας. Εκτός των περιπτώσεων που μια γυναίκα βιώνει σε -τηρουμένων των αναλογιών- νεαρή ή μη συνηθισμένη ηλικία τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και κατ' επέκταση της υπογονιμότητας ή της ανικανότητας για φυσιολογική τεκνοποίηση, σε ό,τι αφορά την περίπτωση της γυναίκας που επιθυμεί την αναπαραγωγή σε προχωρημένη ηλικία, τα ζητήματα που προκύπτουν μπορεί να είναι σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά [63].

Ζητήματα όπως, η απώλεια των εμβρύων κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση, η επέμβαση του ανθρώπου σε μια αμιγώς φυσική διαδικασία με τεχνικά και τεχνολογικά μέσα ανακύπτουν τόσο για τις γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν σε προχωρημένη ηλικία όσο και γι' αυτές που ανήκουν στο στάδιο μετά την εμμηνόπαυση. Αρχικά, ανακύπτει το ζήτημα του κόστους της διαδικασίας σε αντίστροφη αναλογία με το προσδοκώμενο αποτέλεσμα: πρόκειται για μια εξαιρετικά κοστοβόρα πρακτική που με τη συνύπαρξη του σκόπελου της προχωρημένης ηλικίας έχει πολύ λίγες πιθανότητες επιτυχίας. Προκύπτει συνεπώς το ηθικό ζήτημα της καλλιέργειας ελπίδων σε μια

γυναίκα με υψηλή την πιθανότητα διάψευσής τους, ειδικά αν αυτή βρίσκεται στην εμμηνόπαυση [63].

Από την άλλη πλευρά, η προσφορά της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας φαίνεται «αφύσικη», αφού είναι προδιαγεγραμμένη από τη φύση η παύση της ικανότητας τεκνοποίησης εξαιτίας της επίσης φυσιολογικής πορείας γήρανσης του ανθρωπίνου σώματος. Θεωρείται, λοιπόν ότι η ΙΥΑ στις γυναίκες που βρίσκονται σε εμμηνόπαυση επεμβαίνει στη φυσική εξέλιξη της τελευταίας [6, 57], με το αντεπιχείρημα να έγκειται στο γεγονός πως σχεδόν όλες οι ιατρικές πρακτικές επεμβαίνουν με τον έναν ή τον άλλο τρόπο στη φύση, αφού παρακωλύουν τη «φυσική» εξέλιξη μιας ασθένειας ή διαταραχής [63]. Οι Φράγκου και Γαλάνης [64] αναφορικά με το ηθικό ζήτημα του «φυσιολογικού», επισημαίνουν τη συνυπευθυνότητα και του ιατρικού προσωπικού, το οποίο καλείται να επέμβει στην ανθρώπινη φύση έχοντας γνώση του ρίσκου στο οποίο θέτουν τη ζωή της γυναίκας αλλά και του εμβρύου. Σε άλλες μελέτες [62] προσκομίζονται παραδείγματα, όπως αυτό μιας ανύπαντρης μητέρας η οποία αποφάσισε να γίνει μητέρα στα εξήντα έξι της χρόνια με τη χρήση σπέρματος δωρητή και πέθανε τρία χρόνια αργότερα αφήνοντας ορφανά τα δύο ετών δίδυμα παιδιά της, αναδεικνύοντας έτσι τη θνησιμότητα του ανθρώπου (που η ηλικία επισπεύδει) και τον αντίκτυπό της στους απογόνους του, που έχουν περισσότερες πιθανότητες να χάσουν τον ένα ή και τους δυο γονείς τους προτού φτάσουν στην ενηλικίωση και να εκτεθούν έτσι σε πιθανότητες κατάθλιψης ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Σε ό,τι αφορά την εκτέλεση των γονικών καθηκόντων, η επικρατούσα άποψη είναι ότι η προχωρημένη ηλικία αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα σε αυτή και αυτό αφορά και τους δύο γονείς. Εξαιτίας του περιορισμένου προσδόκιμου ζωής για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας<sup>3</sup>, εγείρεται το ζήτημα της «αναγκαστικής» βίωσης από την πλευρά του παιδιού μιας ζωής χωρίς τη φυσική παρουσία των γονέων από μικρή γι' αυτό ηλικία. Η ηλικία που έχει τεθεί ως ορόσημο για την τεκνοποίηση μέσω ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επίσημα είναι τα πενήντα πέντε έτη, με την επιφύλαξη ότι και πάλι, τα γόνιμα χρόνια που απομένουν τόσο για την ανατροφή και τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού όσο και για την αυτοεξυπηρέτηση και αυτοσυντήρηση

---

<sup>3</sup> Με βάση τη στατιστική που τοποθετεί τον δείκτη στα 82,6 έτη για τις γυναίκες και στα 76,7 έτη για τους άνδρες, στην Ευρώπη [64]



του ίδιου του γονέα είναι εκ των πραγμάτων λίγα σε αριθμό [6]. Παρόλα αυτά, μια υγιής γυναίκα που τεκνοποιεί στα πενήντα της χρόνια θεωρείται απολύτως ικανή να μεγαλώσει ένα παιδί ως την ενηλικίωσή του [61].

Πάντως, το ζήτημα που τελικά θα πρέπει να απασχολεί την ιατρική κι ευρύτερη κοινότητα είναι το αν το παιδί ευημερεί και ανατρέφεται μέσα σε ένα ασφαλές, αρμονικό και ισορροπημένο γονικό περιβάλλον, ανεξάρτητα από την ηλικία των γονέων, οι οποίοι, όπως νεότερες μελέτες συμπεραίνουν, όντας μεγαλύτεροι και κατ' επέκταση συναισθηματικά ωριμότεροι, φαίνεται να είναι ταυτόχρονα περισσότερο συνειδητοποιημένοι, πιο έμπειροι κατά τον χειρισμό δύσκολων καταστάσεων και οικονομικά σταθερότεροι [64]. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει, σύμφωνα με τους πολέμιους του καθορισμού ορίου ηλικίας για την αναπαραγωγή, να υπάρχει σεβασμός του δικαιώματος αναπαραγωγής σε κάθε γυναίκα. Θα πρέπει, ακόμα να αναγνωρίζονται τα -στατιστικά- τεκμηριωμένα γεγονότα ότι σε μεγαλύτερη ηλικία οι τομείς των οικονομικών και της επαγγελματικής αποκατάστασης είναι εξασφαλισμένοι, οι επιλογές και ειδικά αυτή της τεκνοποίησης γίνονται συνειδητά κι εφόσον πρακτικά -και με την παρατηρούμενη συνεχή αύξηση του προσδόκιμου ζωής- ο χρόνος της μητέρας επαρκεί για να είναι μαζί με το παιδί της τουλάχιστον ως την εφηβεία, δεν θα πρέπει να προβάλλεται καμιά αντίδραση ως προς την εφαρμογή των πρακτικών της ΙΥΑ [6].

### **3.2 Η παρένθετη μητρότητα**

Σύμφωνα με τους Φράγκου και Γαλάνη [64] κι άλλες μελέτες (βλ. 2.9), από την επιλογή της παρένθετης μητρότητας ως λύσης για την τεκνοποίηση είναι πιθανό να προκύψουν τρεις «μητέρες»: α) η πρώτη προβαίνει στη δωρεά του ωαρίου της (γενετική μητέρα), β) η δεύτερη κυοφορεί το έμβρυο και φέρνει στον κόσμο το μωρό (φυσική μητέρα ή μητέρα κύησης) και γ) η τρίτη το ανατρέφει για την υπόλοιπη ζωή του (κοινωνική μητέρα). Ταυτόχρονα, η δεύτερη είναι είτε α) φέρουσα μητέρα, η οποία παρέλαβε το γενετικό υλικό από το ίδιο το ζευγάρι και το κυοφορεί είτε β) υποκατάστατη μητέρα, η οποία παρέλαβε το ωάριο από μία εκτός του ζευγαριού γυναίκα.

Η επιλογή της κύησης του εμβρύου από μια παρένθετη μητέρα αποτελεί μια ακόμα μέθοδο της ΙΥΑ που εγείρει σημαντικά ηθικά ζητήματα. Αρχικά, με τη επιλογή αυτής της μεθόδου τεκνοποίησης προκύπτει ένα εντελώς νέο σχεσιακό οικοδόμημα: ένα παιδί, δύο κοινωνικοί γονείς και μία ή δύο βιολογικές μητέρες. Μέχρι πρότινος, δια της συμβατικής οδού οι άμεσα εμπλεκόμενοι ήταν ο πατέρας, η μητέρα και το έμβρυο-παιδί: η απόφαση για τεκνοποίηση είναι αναμφισβήτητα δική τους, η πράξη για τη σύλληψη ανήκει στην προσωπική τους ιδιωτική ζωή, ενώ οι ίδιοι είναι οι γενετικοί και κοινωνικοί γονείς του παιδιού. Διατηρείται ένας σεβασμός για την αυτονομία του ζευγαριού και κανείς δεν προσβάλλει το δικαίωμά τους για τεκνοποίηση αλλά και ανάληψη του ρόλου του γονέα. Στη διαδικασία της παρένθετης κυοφορίας εμπλέκονται τουλάχιστον πέντε άτομα. Εκτός από τα τρία που προαναφέρθηκαν, υπάρχει η γυναίκα που θα λειτουργήσει ως παρένθετη μητέρα και ο ιατρός που χωρίς τη δική του παρέμβαση και βοήθεια δεν θα επιτευχθεί καν εγκυμοσύνη. Στο πλαίσιο αυτό δεν υπάρχει ιδιωτικότητα σε μια πράξη που συνήθως κρατείται κρυφή μεταξύ των ανθρώπων, αλλά όλα επιτελούνται εντός κλινικών, νοσοκομείων και εργαστηρίων με την παρέμβαση και αρωγή πολυάριθμων ατόμων [56].

Η Μαρίνα Μαροπούλου [65] ανέδειξε το ηθικό- ανθρωπιστικό πρόσωπο της παρένθετης μητρότητας σε συνδυασμό με την πολιτική και νομική της διάσταση, οι οποίες βρίσκονται ακόμα εν μέσω σχεδιασμών και ρυθμίσεων. Η παρένθετη μητέρα αποτελεί μια ιδιαίτερη παρουσία στο δημόσιο στερέωμα, αφού πρόκειται για ένα άτομο που κυοφορεί χωρίς να συνδέεται γενετικά με το έμβρυο αλλά και δέχεται ένα ξένο σώμα ως την πλήρη ανάπτυξή του χωρίς το ανοσοποιητικό σύστημα να του επιτίθεται. Από αυτήν την άποψη έχουμε την αποδοχή της ετερότητας αλλά και τη φιλοξενία και φροντίδα αυτής. Θα πρέπει το σώμα της παρένθετης μητέρας να αντιμετωπίζεται ως χώρος προστασίας κι όχι απλά ως χώρος υποδοχής και η ίδια η πράξη της ως «χειροπιαστή δημιουργία» κι όχι ως «απλή επιτελεστική λειτουργία». Παλιότερα, μάλιστα, [66] είχε τεθεί το ηθικό θέμα της σημασιολογικής μετατροπής της γυναίκας-δóτριας μήτρας σε «περιβάλλον» ή «ανθρώπινο εκκολαπτήριο», με την επισήμανση του κινδύνου να θεωρηθεί ως αντικείμενο χρήσης κι όχι ως άτομο που αξίζει τον σεβασμό και την υπόληψη, όπως και κάθε άλλο.

Αναφορικά με τη σχέση του ζευγαριού που πρόκειται να τεκνοποιήσει καταφεύγοντας στην παρένθετη μητρότητα, αυτή δύναται να περάσει από δοκιμασία ή/και κλωνισμό.

Η παρεμβολή της παρένθετης μητέρας στη σχέση του ζευγαριού επί μήνες μπορεί να κάνει την τελευταία εύθραυστη, να διασπάσει προσωρινά τα μέλη της ή να λύσει γενικώς τον δεσμό, δεδομένου ότι η ψυχολογία τους είναι ήδη δοκιμασμένη από το γεγονός της υπογονιμότητας και της αδυναμίας τεκνοποίησης με άλλον τρόπο. Ειδικά για την περίπτωση που η παρένθετη μητέρα είναι υποκατάστατη μπορεί να φέρει τους γονείς εμπρός στο ζήτημα του «φυσικού γονέα» που με τη συγκεκριμένη συνθήκη είναι ένας και να προκαλέσει ρήξη με όλες τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει αυτό τόσο στους γονείς όσο και στη ζωή του παιδιού [64, 6]. Επιπλέον, σύνθετες σκέψεις περί «πώλησης παιδιού» ή «πώλησης γονικών δικαιωμάτων» μπορεί να προκύψουν για την παρένθετη μητέρα, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική αντίδραση εις βάρος της ή ακόμα να υποβάλει, όπως και στην περίπτωση της δωρεάς/ πώλησης γενετικού υλικού, την ίδια και άλλες γυναίκες σε καθεστώς οικονομικής εκμετάλλευσης [60, 66].

Από την άλλη πλευρά, θέματα συναισθηματικά μπορεί να ανακύψουν. Ακόμα κι αν λάβουμε ως δεδομένο ότι η παρένθετη μητέρα πριν το έμβρυο τοποθετηθεί στη μήτρα της δεν έχει καμία πρόθεση να γίνει και η κοινωνική μητέρα του μωρού [56], ο δεσμός που αναπτύσσει με αυτό αλλά και το μωρό με την παρένθετη μητέρα αφού ζει σε ένα συγκεκριμένο ειδικό περιβάλλον για εννέα μήνες, είναι συνθήκες που μπορεί να οδηγήσουν στην άρνηση παράδοσης του μωρού στους γονείς μετά τον τοκετό. Άλλα ζητήματα αφορούν τη συμπεριφορά της παρένθετης μητέρας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, οικονομικός εκβιασμός με την απειλή της άμβλωσης) οικονομικά ζητήματα, όπως η εκμετάλλευση του ζευγαριού αλλά και οικονομικά ευάλωτων ατόμων (προσφύγων, μεταναστών, φτωχών κ.α.) στους κύκλους των οποίων επικεντρώνεται η αναζήτηση της παρένθετης μητέρας. Άλλες εκ των υστέρων επιπλοκές περιλαμβάνουν την άρνηση παραλαβής του μωρού από τους γονείς, στην περίπτωση που αυτό φέρει πρόβλημα υγείας. Όλα αυτά τα θέματα φαίνεται να μπορούν να αποφευχθούν αν επιλεγεί η παρένθετη μητέρα μέσα από το άμεσα ή ευρύτερα συγγενικό περιβάλλον, χωρίς όμως να αποκλείεται η περίπτωση να προκύψει το ζήτημα της συχνής επαφής του παιδιού με τη φυσική μητέρα και τους κινδύνους που αυτό μπορεί να ελλοχεύει για την οικογενειακή ισορροπία αλλά και την ευημερία του ίδιου του παιδιού, από το οποίο είναι πιθανόν να κρατείται ένα μυστικό εφ' όρου ζωής ή να αποκαλυφθεί απότομα και ξαφνικά [64, 6].

### 3.3 Δωρεά ή πώληση γενετικού υλικού

Η δωρεά ή η πώληση γενετικού υλικού, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για τις τεχνικές της ΙΥΑ, είναι ακόμα μία περίπτωση από την οποία ανακύπτουν ηθικά ζητήματα, με πρώτο αυτό της ανωνυμίας του δότη ή των δοτών. Όπως επισημάνθηκε νωρίτερα, γενικά, πρώτο μέλημα όλων των εμπλεκόμενων στις διαδικασίες τεκνοποίησης που πρόκειται να λάβουν χώρα είναι η ευημερία και το συμφέρον του παιδιού που θα έρθει στον κόσμο. Ως εκ τούτου, λοιπόν, τίθεται το ζήτημα του αν το παιδί αυτό θα πρέπει να γνωρίζει τη γενετική του ταυτότητα. Οι υποστηρικτές της ανωνυμίας του δότη προβάλλουν το επιχείρημα ότι, αν το παιδί δεν γνωρίζει, διατηρείται ένα ισορροπημένο, αρμονικό οικογενειακό περιβάλλον χωρίς σκιερά σημεία και χωρίς αμφιβολίες και ανασφάλειες από την πλευρά του παιδιού για τη σχέση με τους γονείς του. Αποφεύγεται το κοινωνικό στίγμα και το πιθανό ψυχολογικό τραύμα που μπορεί να δημιουργηθεί, ενώ, ταυτόχρονα, αν ο δωρητής δεν εμπλέκεται πουθενά αλλού πέρα από τη διάθεση του γενετικού του υλικού, προφυλάσσεται από επιμέρους θέματα που δύναται να ταράξουν τη ζωή του, όπως αυτά της αναγνώρισης του τέκνου ή της κληρονομιάς που μπορεί να απαιτηθεί [64, 67].

Οι υποστηρικτές της επωνυμίας του δότη από την άλλη, θεωρούν ότι με τη γνωριμία του δωρητή αποφεύγονται ζητήματα όπως η άγνοια σε σχέση με γενετικές ανωμαλίες που μπορεί να κληροδοτηθούν στο παιδί. Ταυτόχρονα, δεν υπάρχει ο κίνδυνος να βρεθεί αργότερα το παιδί στην άβολη θέση να «ανακαλύψει» ότι προήλθε από δωρεά γενετικού υλικού, έχει ήδη πλήρη γνώση σχετικά με την καταγωγή του, επομένως έχει ικανοποιηθεί ένα από τα βασικά του δικαιώματα ενώ η ψυχολογική του κατάσταση σε σχέση με αυτό δεν διατρέχει αυξημένο κίνδυνο να κλονιστεί [64, 67]. Γενικά, πάνω στο θέμα αυτό, έχει προταθεί για όλες τις πρακτικές της ΙΥΑ να υπάρχει μια πολιτική που θα καθορίζει τον βαθμό ανάμειξης του δωρητή (όποτε γίνεται χρήση του υλικού του) και να γνωστοποιείται αυτή η πολιτική σε όλα τα εμπλεκόμενα άτομα [67, 60, 6].

Όπως και στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας, έτσι και αναφορικά με τη δωρεά και χρήση γενετικού υλικού, πρόκειται για ένα μέρος τεχνικών της ΙΥΑ που εμπλέκει πολλά άτομα ή πολλές ομάδες ατόμων με διαφορετικά ενδιαφέροντα κάθε φορά (δωρητές, αποδέκτες, ιατροί και άλλοι ειδικοί, απόγονοι) [67]. Στο σημείο αυτό, ίσως τίθεται το θέμα της ιδιωτικότητας του ατόμου ή του ζευγαριού που θα προβεί

στην αποδοχή ή αγορά του γενετικού υλικού, αφού το ίδιο το γεγονός εντάσσεται τόσο στο πλαίσιο των προσωπικών δεδομένων όσο και του ιατρικού απορρήτου [61].

Παρόλο που αναφέρεται ρητά στον κώδικα δεοντολογίας ότι η παροχή γενετικού υλικού δεν θα πρέπει να συνοδεύεται από χρηματική αποζημίωση, αυτό δεν αποτελεί απαραίτητα και κάτι που συμβαίνει στην πραγματικότητα, άσχετα αν χαρακτηρίζεται ως πράξη αισχροκέρδειας και ανηθικότητας [64, 6]. Ανά τα χρόνια και ανά χώρα υπήρξε συζήτηση πολλές φορές σχετικά με το αν θα πρέπει να αποζημιώνεται χρηματικά ή υλικά ο δότης, με την επιφύλαξη ότι αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε εκμετάλλευση ανδρών κι γυναικών με τη χρήση οικονομικών κινήτρων και να καταργείται η φυσική προαίρεση του να παίρνει εθελοντικά τη συγκεκριμένη απόφαση [60]. Στη βάση της η συγκεκριμένη πρακτική θα πρέπει να βασίζεται ηθικά στον αλτρουισμό, γι' αυτό και πολλές χώρες έχουν υιοθετήσει την πολιτική της «συμβολικής» αποζημίωσης του δότη για την προσφορά του [57]. Άλλο ζήτημα που ανακύπτει κατά την πρακτική αυτή είναι η κληροδότηση των όποιων γενετικών ανωμαλιών στο έμβρυο από τους δωρητές· σχετικά με αυτό η επιστημονική κοινότητα θέτει το ερώτημα του αν εξασφαλίζεται μια καλή ποιότητα ζωής του εμβρύου και το κατά πόσο μπορεί να ελεγχθεί η ποιότητα ζωής των ίδιων των δωρητών [64].

Από την άλλη πλευρά, δεν θα πρέπει να παραγνωριστεί το γεγονός πως η δωρεά γενετικού υλικού αποτελεί από μόνη της μια ιδανική λύση με ηθικό πλεονέκτημα για το θέμα της διαχείρισης των πλεοναζόντων εμβρύων, τα οποία σε άλλη περίπτωση θα αχρηστεύονταν ή θα χρησιμοποιούνταν για ερευνητικούς σκοπούς. Ακόμα, παρόλο που η χρήση γενετικού υλικού ως πρακτική διαφέρει από άλλες πρακτικές της ΙΥΑ από την άποψη ότι το παιδί που θα γεννηθεί δεν έχει απολύτως κανέναν γενετικό δεσμό με τους μέλλοντες γονείς του, ωστόσο το πιθανότερο είναι ότι πρόκειται να μεγαλώσει στα πλαίσια μιας αγαπημένης και δεμένης οικογένειας, όπως συμβαίνει, για παράδειγμα, με περιπτώσεις υιοθεσίας. Από την τελευταία η σημαντικότερη διαφορά είναι ότι το αρχικά «ξένο» υλικό, εμφυτεύεται και αναπτύσσεται ως έμβρυο μέσα στη μήτρα της μέλλουσας μητέρας και κατά περιπτώσεις με τη στήριξη του μέλλοντα πατέρα [67, 61].

### **3.4 Γονιμοποίηση άγαμης γυναίκας- Γονιμοποίηση μετά θάνατον**

Μία γυναίκα θα μπορούσε να τεκνοποιήσει μη ούσα παντρεμένη για ιδιωτικούς λόγους, κάνοντας χρήση σπέρματος δωρητή και με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης ή σπερματέγχυσης. Η γυναίκα αυτή μπορεί να φέρει στον κόσμο ένα παιδί και να είναι για πάντα η μοναδική κηδεμόνας του. Συνεπώς, προκύπτει μια τελείως διαφορετικά δομημένη οικογένεια σε σχέση με την επικρατούσα και μάλλον την κοινωνικά αποδεκτή, αφού πρόκειται για οικογενειακό μόρφωμα που δεν ακολουθεί το σχήμα: νομική ένωση γονέων → φυσική ένωση γονέων → οικογένεια [64, 68].

Παράλληλα, στη γονιμοποίηση μετά θάνατον, αναφερόμαστε στη χρήση σπέρματος με σκοπό την τεκνοποίηση, εν προκειμένω αυτό του θανόντος συζύγου ή συντρόφου. Και πάλι το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία μιας μονογονεϊκής οικογένειας και κατ' επέκταση αποκλίνουσας από το παραδοσιακό οικογενειακό μοντέλο. Πρακτικά, στην περίπτωση που ο θάνατος επήλθε λόγω ανίατης μακροχρόνιας ή βραχυχρόνιας ασθένειας, ο άνδρας συναινεί για την αποθήκευση και χρήση του σπέρματός του μετά θάνατον. Διαφορετικά, εάν ο θάνατος υπήρξε αιφνίδιος, μπορεί να συλληχθεί το γενετικό υλικό έως και τριάντα έξι ώρες μετά τον θάνατο με απόφαση της γυναίκας. Η τελευταία μπορεί αργότερα να αποφασίσει την τεκνοποίηση με κάποια μέθοδο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και χρησιμοποιώντας το συγκεκριμένο γενετικό υλικό, όχι όμως νωρίτερα από έναν χρόνο μετά τον θάνατο. Υπάρχει και η περίπτωση του να γίνει εμφύτευση γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα, αφού έχει πεθάνει ο άνδρας ή η γυναίκα (οπότε γίνεται χρήση παρένθετης μητέρας για την κυοφορία του εμβρύου) [69, 68, 64].

Το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο και η αποδοχή ή η απόρριψη που μπορεί να επιφυλάσσει για τη μητέρα είναι αυτό που δημιουργεί το ηθικό ζήτημα σε ό,τι αφορά τη γονιμοποίηση μιας άγαμης γυναίκας και τη γονιμοποίηση μετά θάνατον. Ειδικά, «η μεταθανάτια αναπαραγωγή εγείρει ένα ευρύ φάσμα νομικών και ηθικών ζητημάτων που είναι από τα πιο απαιτητικά, δύσκολα και ευαίσθητα που είναι πιθανό να συναντηθούν στον τομέα της ιατρικής, πόσο μάλλον της αναπαραγωγικής ιατρικής» [69]. Με το πέρας αυτών έχει δημιουργηθεί μια μονογονεϊκή οικογένεια, από την οποία εκ προοιμίου απουσιάζει η φυσική παρουσία του πατέρα για την πρώτη περίπτωση ή κάποιου από τους δύο γονείς για τη δεύτερη. Το κοινωνικό σύνολο θεωρεί την άγαμη γυναίκα ως ένα μη αποδεκτό κοινωνικό πρότυπο και, ως εκ τούτου, το ζήτημα που

ανακύπτει είναι το κατά πόσο μπορεί να εξασφαλιστεί ένα ισορροπημένο, αρμονικό και ήρεμο οικογενειακό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα ανατραφεί το παιδί. Από την άλλη, το παιδί που γεννιέται μετά θάνατον είναι εξ ορισμού ορφανό χωρίς να έχει την ευκαιρία να ανατραφεί από τους δύο γονείς του [64, 67, 6, 68].

Παρόλο που δεν αποδεικνύεται επιστημονικά ότι διακυβεύεται η ψυχολογία ή η φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού που μεγαλώνει σε μονογονεϊκό περιβάλλον, ωστόσο επικρατεί ένας κοινωνικός δισταγμός σε ό,τι αφορά την αποδοχή και την ομαλή ένταξή τους. Αναμφισβήτητα, ο ψυχολογικός παράγοντας -ο οποίος είναι κρίσιμος ειδικά για την περίπτωση της μεταθανάτιας τεκνοποίησης- αφορά, πέρα από τη μητέρα και το μελλοντικό παιδί, και τους συγγενείς του θανόντος, οι οποίοι ίσως επιθυμούν να αναμειχθούν ή να παρέμβουν στην απόφαση της γυναίκας να φέρει στον κόσμο το παιδί, να την επιδοκιμάσουν ή να την κατακρίνουν· σε κάθε περίπτωση να την επηρεάσουν με τον έναν ή τον άλλο τρόπο [64, 57]. Οι επικριτές της μεταθανάτιας γονιμοποίησης προβάλλουν κι άλλο ένα επιχείρημα το οποίο αφορά την ίδια την ΙΥΑ: δεδομένου ότι αυτή ουσιαστικά υπάρχει για να βοηθήσει *ιατρικά* τους ανθρώπους που για *ιατρικούς λόγους* δεν δύνανται να τεκνοποιήσουν, η αποστολή και ο σκοπός της καταργούνται, αν χρησιμοποιηθούν οι υπηρεσίες της για λόγους άλλους της στειρότητας ή της υπογονιμότητας [68].

### **3.5 Ευγονική: επιλογή υγιέστερων εμβρύων, επιλογή φύλου εμβρύου και διαχείριση πλεοναζόντων εμβρύων**

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, οι λόγοι για τους οποίους καταφεύγει κανείς στην τεχνητή γονιμοποίηση είναι διάφοροι. Ακόμα κι αν ένα ζευγάρι μπορεί να συλλάβει με φυσιολογικό τρόπο και να υποστηρίξει μια φυσιολογική και χωρίς προβλήματα κύηση, μπορεί να καταφύγει στην τεχνητή γονιμοποίηση με τη χρήση εξωγενούς γενετικού υλικού για λόγους που έχουν να κάνουν με διάφορες ανωμαλίες, όπως οι ανίατες και κληρονομικές νόσοι που οι γονείς φέρουν και επιθυμούν να μη μεταδοθούν στο παιδί. Ακόμα, κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση, μετά από έλεγχο του γενετικού υλικού και των γονιμοποιημένων ωαρίων, επιλέγονται τα υγιέστερα έμβρυα τα οποία και εμφυτεύονται στη μήτρα [64]. Τα γεγονότα αυτά εγείρουν το ζήτημα της ηθικής έναντι της ανθρώπινης ευημερίας από και προς δύο κατευθύνσεις: πρώτον, οι εν δυνάμει γονείς υποβιβάζουν τη δική τους ικανότητα και δυνατότητα

τεκνοποίησης με γνώμονα τη δημιουργία ενός όσο το δυνατόν υγιέστερου ανθρώπου για τον κόσμο. Από την άλλη πλευρά, τα λιγότερο υγιή έμβρυα σε πολλές περιπτώσεις απορρίπτονται και μαζί απορρίπτεται και το εν δυνάμει δικαίωμά τους στη ζωή. Παράλληλα με αυτά, αναφέρεται σε μελέτες και η «μόδα της ευγονικής» που αφορά στην παντοδυναμία του ανθρώπου και στην εν γένει ικανότητά του να επιλέξει ως και τα γονίδιά του· να κάνει ακριβώς ό,τι αποφασίσει και μπορεί στο πλαίσιο της γενετικής [70].

Ταυτόχρονα, ανωμαλίες, όπως κληρονομικές νόσοι οι οποίες είναι δυνατόν να μεταδοθούν αποκλειστικά σε άτομα άρρενος ή θήλεος φύλου, είναι συνήθως ένας παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη κατά τη χρήση μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τις οποίες μπορεί να επιλεγεί το φύλο του παιδιού. Το θέμα της παρέμβασης στη φύση με τόσο συγκεκριμένο τρόπο εγείρει σημαντικά ηθικά διλήμματα και συζητήσεις που αφορούν τόσο τους δυνητικούς γονείς οι οποίοι παίρνουν την απόφαση να αποκτήσουν ένα παιδί «κατά ειδική παραγγελία» όσο και τους γιατρούς και λοιπούς ειδικούς που συναινούν να συμβάλουν στην πραγμάτωση αυτής της απόφασης [64]. Ειδικά, αναφορικά με την επιλογή φύλου που δεν έχει να κάνει με ιατρικούς λόγους και επιζητείται για λόγους εξισορρόπησης της οικογένειας, στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες είναι απαγορευμένη ως πρακτική. Κι αυτό, για τον λόγο ότι έχουμε την επανάληψη στερεοτυπικών πεποιθήσεων κατά του γυναικείου φύλου που είναι ακόμα δυνατή σε κάποιες κοινωνίες· η κοινωνική απαξίωση της γυναίκας αντανακλάται μέσα από την επιλογή άρρενος φύλου για το παιδί που θα γεννηθεί [62].

Με την κρυοσυντήρηση, τα πλεονάζοντα έμβρυα κατά τις διαδικασίες της τεχνητής γονιμοποίησης που επιλέχθηκαν κάθε φορά μπορούν να αποθηκευτούν, να συντηρηθούν και να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντική προσπάθεια τεκνοποίησης με ιατρικά υποβοηθούμενο τρόπο, ώστε να παρακαμφθεί το στάδιο της διέγερσης των ωοθηκών και της ωοληψίας. Η τεχνική αυτή συνοδεύεται από την έγερση ηθικών ερωτημάτων που αφορούν πρώτον, στη χρονική διάρκεια συντήρησης των εμβρύων· δεδομένου ότι οι άνθρωποι διανύουν και βιώνουν διαφορετικές φάσεις στη ζωή, είναι πιθανό ακόμα και σε μικρό -τηρουμένων των αναλογιών- χρονικό διάστημα, οι γονείς να έχουν διαζευχθεί, να έχουν αποβιώσει ή να μην επιθυμούν πλέον την τεκνοποίηση για διάφορους λόγους. Δεύτερον, τίθεται το ζήτημα της χρήσης των



εμβρύων από άλλο ζευγάρι ή από άλλο άτομο που επιθυμεί να τεκνοποιήσει. Τρίτο θέμα που φέρει συζήτηση είναι η χρήση των πλεονάζοντων εμβρύων σε εργαστήρια με σκοπό τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών που σχετίζονται με την αναπαραγωγή και την ανθρωπολογική επιστήμη γενικότερα. Σε κάθε περίπτωση ισχύει το γεγονός ότι για την τύχη των εμβρύων αποφασίζει η μητέρα της οποίας αποτελούν αναπόσπαστο μέρος προερχόμενο από το σώμα της. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη του ότι το έμβρυο είναι ένας εν δυνάμει άνθρωπος και να απολαμβάνει τον σεβασμό ως τέτοιος σε σχέση με τη διαχείρισή του [64]. Σε πλαίσιο φιλοσοφικό και ηθικό ταυτόχρονα, τα ερωτήματα που προκύπτουν εδράζονται στο θέμα της «ιδιοκτησίας» των εμβρύων: σε ποιον ανήκουν τα αποθηκευμένα έμβρυα ή/και οι γαμέτες [57]; Μπορούν τα έμβρυα να δωριστούν ή να πωληθούν [67];

Από νομικής πλευράς, υπάρχουν τρεις σκοπιές θεώρησης του εμβρύου: πρώτον, μπορεί να θεωρηθούν μια απλή ομάδα εμβρυονικών κυττάρων, συνεπώς δεν υπάρχει κανένα ζήτημα ως προς τον τρόπο διαχείρισής τους· για την τύχη τους αποφασίζει μόνο ο δωρητής. Δεύτερον, μπορεί να θεωρηθούν ότι έχουν πλήρες προφίλ ως ένα ανθρώπινο, με τα δικά τους δικαιώματα και ο δωρητής, κατά συνέπεια είναι ο «κηδεμόνας» τους. Σε αυτήν την περίπτωση, ακόμα και η γνώμη του δωρητή θα πρέπει να υπόκειται σε έλεγχο. Τρίτον, το έμβρυο πριν τη γονιμοποίηση μπορεί να θεωρηθεί «εν δυνάμει» άνθρωπος, στον οποίο αναλογεί σεβασμός και προστασία της αξιοπρέπειας, όμως εφόσον νομικά δεν έχει υπόσταση ως τέτοιος, τα δικαιώματά του γίνονται σεβαστά όσο δεν έρχονται σε σύγκρουση με άλλα και για την τύχη τους ακολουθείται ό,τι προβλέπεται για την κρυοσυντήρηση [67, 6].

Σ' αυτό το σημείο είναι που η συνυπευθυνότητα των εμπλεκόμενων ιατρών και ειδικών έρχεται στο προσκήνιο. Θα πρέπει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, να γίνεται λελογισμένη χρήση του γενετικού υλικού, ώστε να μην υπάρχει πλεόνασμα πέρα από το επιθυμητό για να επιτευχθεί η εγκυμοσύνη και μάλιστα να αποφευχθεί η πολύδυμη κύηση που πιθανόν να επιφυλάσσει επιπλοκές για τη μέλλουσα μητέρα. Γενικά, οι απόψεις περί ηθικής αφορούν όλες και καθεμία από τις επιλογές σε σχέση με τη διαχείριση των εμβρύων· σε ό,τι αφορά την απόρριψη των εμβρύων που δεν γονιμοποιήθηκαν ή δεν αναπτύχθηκαν σωστά πριν εμφυτευτούν στη μήτρα κάποιοι διατείνονται ότι γίνεται στο εργαστήριο ό,τι θα γινόταν και με τρόπο φυσικό. Στην περίπτωση που δίνονται τα πλεονάζοντα έμβρυα σε ζευγάρια που προσπαθούν, υπάρχει

το ζήτημα των γενετικών χαρακτηριστικών ή/και ανωμαλιών, ενώ για τη δωρεά τους σε εργαστήρια με σκοπό την έρευνα οι απόψεις δίστανται: ενώ είναι σε μεγάλο βαθμό πολύτιμη η εν λόγω συμβολή στην κατανόηση των αρχικών σταδίων της ανθρώπινης αναπαραγωγής, η χρήση ενός εν δυνάμει ανθρώπου για ερευνητικούς σκοπούς θεωρείται απαράδεκτη [71].

### 3.6 Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και Εκκλησία

Για την Ορθόδοξη Εκκλησία, μοναδικός δημιουργός της ζωής είναι ο Θεός. Η διαδικασία της τεκνοποίησης και η γέννηση είναι ο ρόλος που παίζει ο άνθρωπος στο έργο του, χωρίς πλήρη αυτονομία, χωρίς να θεωρείται αυτοδημιούργητος και αφού έχει προηγηθεί το ιερό μυστήριο του γάμου. Ως εκ τούτου, η ανθρώπινη παρέμβαση στον ιερό χαρακτήρα της αναπαραγωγής είναι γενικά κατακριτέα από την Εκκλησία. Ταυτόχρονα, η Εκκλησία δέχεται τον άνθρωπο ως ον ήδη από τη στιγμή της σύλληψης, απορρίπτοντας τη θέση περί εμβρυικών κυττάρων έναντι του ανθρώπινου εμβρύου. Παρόλα αυτά, δεδομένης της εξέλιξης της επιστήμης και, ειδικότερα, κλάδων όπως η βιοϊατρική, η βιοτεχνολογία, η βιολογία, η Εκκλησία παίρνει θέση σε όλα τα θέματα που προκύπτουν και που άπτονται της δικαιοδοσίας της, μέσω της «Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής» και του «Κέντρου Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας» που ιδρύθηκαν το 1998 και το 2001 αντίστοιχα, με τρόπο διαλλακτικό, για τις περισσότερες τουλάχιστον περιπτώσεις [64, 62]. Η συμμετοχή της Εκκλησίας στις εξελίξεις, ακόμα και στα κοσμικά κράτη, δικαιολογείται από τη θεώρησή της ως θεματοφύλακα των ηθικών αξιών και αυθεντίας σε ό,τι αφορά τη δόμηση και τη λειτουργία της οικογένειας [72].

Σε γενικές γραμμές, η Εκκλησία δεν καταδικάζει την αντιμετώπιση της στειρότητας ή της υπογονιμότητας ούτε την επιθυμία ενός ζευγαριού να αποκτήσει παιδί, αν και σύμφωνα με την ορθόδοξη χριστιανική ηθική, η ατεκνία είναι θέλημα Θεού, όπως και καθετί άλλο, και ο ορθόδοξος Χριστιανός θα πρέπει να την αποδεχτεί ως τέτοια. Το θέλημα αυτό, το οποίο δεν αποτελεί αναπηρία ή ασθένεια για τον άνθρωπο, έχει ως σκοπό να προσανατολίσει το ζευγάρι στην πνευματικότητα εντός γάμου και εντός καθενός από το ανδρόγυνο ξεχωριστά. Ωστόσο, επικροτείται η αρωγή της επιστήμης στην προσπάθεια τεκνοποίησης μέχρι το σημείο της παροχής ιατρικής – φαρμακευτικής- βοήθειας και όχι της σωματικής παρέμβασης [64, 62].

Αναφορικά με τις μεθόδους της ΙΥΑ, η Εκκλησία (και οι τρεις κλάδοι του Χριστιανισμού- Καθολικισμός, Προτεσταντισμός, Ορθοδοξία) δέχεται την περίπτωση του να χρησιμοποιηθεί γενετικό υλικό που προέρχεται από τους μελλοντικούς γονείς και μόνο. Δεν δέχεται σε καμία περίπτωση την εξωσωματική γονιμοποίηση κατά την οποία χρησιμοποιείται εξωγενές γενετικό υλικό, ενώ, μάλιστα τη συγκαταλέγει στις περιπτώσεις μοιχείας. Το εργαστήριο δε, ως τόπος γονιμοποίησης των γενετικών κυττάρων με σκοπό τη δημιουργία ζωής, κρίνεται ως μη αποδεκτό, αφού για την Εκκλησία μόνος και ιδανικός τρόπος αναπαραγωγής θεωρείται η σωματική -και πνευματική- ένωση του ανδρόγυνου. Παρόλο που, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, η περίπτωση της ατεκνίας θα πρέπει να γίνεται αποδεκτή από το ανδρόγυνο ως θέλημα Θεού, ωστόσο η Εκκλησία επιδοκιμάζει και προτείνει την εναλλακτική της υιοθεσίας ως μιας πράξης ανθρωπισμού που θα βοηθήσει αμφότερες τις εμπλεκόμενες πλευρές: το ανδρόγυνο εισέρχεται με αυτόν τον τρόπο στο γονικό πλαίσιο, δημιουργεί οικογένεια και το παιδί -ή τα παιδιά- εντάσσονται σε ένα εν δυνάμει ασφαλές και στέρεο οικογενειακό σύστημα, έχοντας την ευκαιρία να απολαύσουν όλα τα πλεονεκτήματα που αυτό έχει να προσφέρει [64, 67, 57].

Οι άγαμες γυναίκες, τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια, οι χήρες γυναίκες (με γονιμοποίηση μετά θάνατον του συζύγου) δεν θα έπρεπε σε καμία περίπτωση να τεκνοποιούν, σύμφωνα με την Εκκλησία. Το επιχείρημά της αφορά στην καθολική ευημερία του παιδιού και το κατά πόσο αυτή μπορεί να εξασφαλιστεί, δεδομένου ότι αυτό προέρχεται από μια καθαρά εγωιστική και συμφεροντολογική, κατά την Εκκλησία, απόφαση του μελλοντικού γονιού. Σε καμία περίπτωση δεν θα έπρεπε, τέλος, σύμφωνα με την Ορθόδοξη Εκκλησία, να καταψύχονται γενετικά κύτταρα και έμβρυα με σκοπό τη χρήση τους εντός ερευνητικών εργαστηρίων ή σε άλλες μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Από τη σκοπιά της ποιμαντικής φροντίδας και της χριστιανικής ηθικής, όλα τα πλεονάζοντα έμβρυα θα πρέπει να υιοθετηθούν, να γονιμοποιηθούν και να κυοφορηθούν από άτεκνα ζευγάρια [72, 73].

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

### **4.1. Συμπεράσματα**

Η υπογονιμότητα αφορά μεμονωμένα άτομα και ζευγάρια σε ποσοστό κοντά στο 20%. Οι λόγοι μπορεί να είναι ιατρικής φύσεως και παθολογικού χαρακτήρα, όπως τα προβλήματα στα γεννητικά όργανα (όρχεις, μήτρα, σάλπιγγες, ωοθήκες), στην ωοθυλακιωρρηξία και εκσπερμάτιση αλλά και κοινωνικοί, όπως η καθυστέρηση τεκνοποίησης για προσωπικούς λόγους κι ως εκ τούτου, η γήρανση και η αναπαραγωγική αποδυνάμωση του οργανισμού, ιδίως για τις γυναίκες. Η υπογονιμότητα μπορεί να είναι πρωτοπαθής, δευτεροπαθής ή ιδιοπαθής, όταν δεν μπορεί να ανιχνευτεί η αιτία που την προκαλεί. Ως συνθήκη, μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στο άτομο σε ψυχολογικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο, αφού μπορούν να προκαλέσουν παντός είδους ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο σύνολο, τόσο η ύπαρξή της όσο και η προσπάθεια αντιμετώπισής της.

Με την ανάπτυξη και τη συνεχή εξέλιξη των μεθόδων της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (IYA), η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας είναι σχεδόν δεδομένη. Με την επιλογή της κατάλληλης πρακτικής ή συνδυασμού πρακτικών από μια διαρκώς βελτιούμενη γκάμα, κάθε περίπτωση υπογονιμότητας ή ανικανότητας τεκνοποίησης μπορεί να διαχειριστεί και να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι διάφορες μέθοδοι συνίστανται στην ανάλυση σπέρματος, την πρόκληση ωοθυλακιωρρηξίας με τη διέγερση των ωοθηκών, την ενδομητρική σπερματέγχυση, την εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία πέρα από την κλασική διαδικασία (In Vitro Fertilization) μπορεί

να επιτευχθεί επίσης με μικρογονιμοποίηση, την κρυοσυντήρηση γενετικού υλικού και την παρένθετη μητρότητα.

Όσο υποσχόμενες είναι οι μέθοδοι της ΙΥΑ τόσο ανασταλτικά για την εφαρμογή τους μπορεί να είναι τα διάφορα ηθικά διλήμματα που εγείρονται σχετικά. Βάσει των κεντρικών αρχών της Βιοηθικής, η οποία είναι ουσιαστικά ο κλάδος της εφαρμοσμένης ιατρικής ηθικής, που λειτουργεί διεπιστημονικά και με επίκεντρο την επιστήμη συνολικά, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να διακυβεύεται, ενώ αμέριστος σεβασμός θα πρέπει να υπάρχει για τον προσωπικό αυτοκαθορισμό του ανθρώπου. Η ισότητα, η ακριβοδικία, η μη διάκριση, τόσο μεμονωμένα όσο και δημόσια/ θεσμικά θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να έρχονται ως προτεραιότητες και άξονες κάθε πρακτικής. Τα διλήμματα που προκύπτουν εδράζονται ακριβώς σε αυτές τις παραμέτρους και αφορούν άλλοτε το παιδί ως έμβρυο και ως νεογνό (σε κάθε περίπτωση ως ανθρώπινο ον με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τα δικαιώματά του), άλλοτε τη μητέρα (φυσική, κοινωνική ή παρένθετη), άλλοτε όλα τα μέλη του οικογενειακού δυναμικού γενικότερα.

Πιο συγκεκριμένα, ένα από τα πρώτα θέματα αφορά την ηλικία της μέλλουσας μητέρας. Δεδομένου ότι ολοένα και περισσότερες γυναίκες καθυστερούν να τεκνοποιήσουν για προσωπικούς λόγους ή δεν κατάφεραν κατά την «αναπαραγωγική ηλικία» να δημιουργήσουν οικογένεια, τίθεται το θέμα του αν θα πρέπει αργότερα να προβούν σε αυτήν την απόφαση κάνοντας χρήση των μεθόδων της ΙΥΑ. Το ζήτημα του οικονομικού και ψυχολογικού κόστους των διεργασιών για τη μητέρα, αυτό της παρεμπόδισης της φυσικής διαδικασίας της εμμηνόπαυσης, της επιφυλακτικότητας απέναντι στη σωστή εκτέλεση των γονικών καθηκόντων σε προχωρημένη ηλικία και το θέμα της διακύβευσης της ευημερίας του παιδιού που ίσως χάσει κάποιον ή και τους δυο γονείς πριν ενηλικιωθεί, αποτελούν επιχειρήματα κατά της τεκνοποίησης σε προχωρημένη ηλικία. Από την άλλη, δεν μπορούν να αμφισβητηθούν η εμπειρία και η σταθερότητα που έρχονται μόνο με το πέρασ των χρόνων και η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, παράγοντες που δύνανται να συμβάλουν σε μια καλή και αξιοπρεπή ζωή για όλα τα μέλη της οικογένειας.

Σε ό,τι αφορά την παρένθετη μητρότητα, προκύπτει το θέμα των εμπλεκόμενων και της ιδιωτικότητας κατά τη διαδικασία δημιουργίας οικογένειας, το θέμα της

αντιμετώπισης της ίδιας της παρένθετης μητέρας από το ιατρικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, το ζήτημα της σχέσης μεταξύ των συζύγων η οποία μπορεί να κλονιστεί από τον συγκεκριμένο τρόπο τεκνοποίησης που αναγκαστικά τους επιφορτίζει με την «ταμπέλα» του φυσικού, γενετικού, κοινωνικού γονέα και άλλες πιο σύνθετες σκέψεις σχετικά με τα γονικά δικαιώματα. Το συναισθηματικό φορτίο είναι και σε αυτήν την περίπτωση αξιοσημείωτο και αφορά όλους τους άμεσα εμπλεκόμενους.

Η δωρεά (ή πώληση) του γενετικού υλικού επιφέρει το δίλημμα σχετικά με την ανωνυμία του δότη που αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του κι, από την άλλη, το δικαίωμα του παιδιού στη γνώση της γενετικής του ταυτότητας, ιδίως σχετικά με ασθένειες ή άλλες γενετικές ανωμαλίας που μπορεί να κληροδοτηθούν στο παιδί. Πρόκειται, δε, για μια περίπτωση που, όπως και σε αυτήν της παρένθετης μητρότητας εμπλέκει πολλά άτομα, συνεπώς διακυβεύεται η επιθυμητή ιδιωτικότητα. Αναφορικά με την αμοιβή του δότη, συζητήσεις προσανατολίζονται σε μια συμβολική αποζημίωσή του, με κάθε επιφύλαξη ως προς το θέμα της εκμετάλλευσης ανθρώπων με τη χρήση οικονομικών κινήτρων ή την κατάργηση της έννοιας του αλτρουισμού και του εθελοντισμού που συνοδεύουν την πράξη καθαυτή.

Σε ευάλωτη κοινωνική θέση βρίσκονται οι γυναίκες που ούσες άγαμες ή χήρες επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Η διαφορετική δομή της οικογένειας που θα δημιουργηθεί προκαλεί αντιδράσεις εφόσον αποκλίνει από την παραδοσιακή και σε κάθε περίπτωση το ηθικό ζήτημα αφορά στο πρότυπο που προσφέρεται με αυτόν τον τρόπο στο παιδί ή στα παιδιά που θα μεγαλώσουν μέσα σε αυτή. Πάντως, δεν αποδεικνύεται επιστημονικά η αρνητική επίδραση ενός τέτοιου προτύπου και, ακόμα κι αν οι μέθοδοι της ΙΥΑ αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ιατρικών προβλημάτων-σκοπέλων αναπαραγωγής, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί το δικαίωμα κάθε ανθρώπου στην τελευταία με όποιον τρόπο προσφέρεται.

Το θέμα του εμβρύου και της ανθρώπινης υπόστασης που αυτό μπορεί ή δεν μπορεί να έχει είναι ο άξονας πάνω στον οποίο στηρίζονται τα ηθικά διλήμματα που προκύπτουν αναφορικά με την ευγονική και τη διαχείριση των πλεοναζόντων εμβρύων. Αρχικά, η επιθυμία για όσον τον δυνατόν υγιέστερα έμβρυα υποβιβάζει τα υπόλοιπα, των οποίων στερείται ερήμην το δικαίωμα στην ανάπτυξη. Ταυτόχρονα, για λόγους κληρονομικώς

μεταδιδόμενων νόσων ή άλλους που δεν είναι απαραίτητα ιατρικοί, η επιλογή φύλου δύναται να είναι μονόδρομος, εγείροντας όμως το ζήτημα της παρέμβασης στη φύση με τόσο συγκεκριμένο τρόπο και θέτοντας ορισμένες κοινωνίες σε καθεστώς «ομηρίας» από στερεοτυπικές πεποιθήσεις. Η κρυοσυντήρηση, δε, ως τρόπος διαχείρισης των πλεοναζόντων εμβρύων φέρει στο προσκήνιο το ηθικό ζήτημα της «ιδιοκτησίας» και χρήσης τους. Το ερώτημα που προκύπτει αφορά το υποκείμενο που αποφασίζει για την τύχη τους, οι συζητήσεις προσανατολίζονται αρνητικά ως προς τη χρήση τους για ερευνητικούς σκοπούς, ενώ σε κάθε περίπτωση γίνεται λόγος για συνυπευθυνότητα των ιατρών.

Τέλος, η Ορθόδοξη Εκκλησία, έχοντας ως δόγμα ότι μοναδικός δημιουργός της ζωής είναι ο Θεός, τίθεται γενικά ενώπιον της ΙΥΑ, όχι όμως απόλυτα και συνολικά. Αν και εκλαμβάνει την ατεκνία ως θέλημα Θεού, ωστόσο δέχεται τη βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η επιστήμη, μόνο όμως σε επίπεδο φαρμακευτικής βοήθειας και αυστηρά προς τους μέλλοντες συζευγμένους γονείς. Δεν δέχεται σε καμία περίπτωση τη χρήση εξωγενούς υλικού για τεκνοποίηση, τη χρήση εμβρύων για εργαστηριακούς λόγους και την τεκνοποίηση αγάμων, χήρων, ομοφυλόφιλων και τρανς ατόμων. Στην περίπτωση πλεοναζόντων εμβρύων, αυτά θα πρέπει να υιοθετηθούν και να κυοφορηθούν από άτεκνα συζευγμένα ζευγάρια.

## **4.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα**

Η διερεύνηση σε ό,τι αφορά την παρούσα εργασία δύναται να επεκταθεί και να εμπλουτιστεί, με την προϋπόθεση της επαρκούς και ποικίλης επιστημονικής αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας. Περισσότερες έρευνες θα μπορούσαν να διεξαχθούν με επίκεντρο τον περίγυρο (συγγενικό, φιλικό, ιατρικό) του ατόμου που υποβάλλεται σε μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ώστε να διαμορφωθεί μια σφαιρική και σύγχρονη οπτική της δυναμικής αλλά και της δύναμης των ηθικών διλημμάτων· του κατά πόσο αυτά, αφενός, υφίστανται σε μεγάλο βαθμό τόσο στους κοινωνικούς όσο και τους επιστημονικούς κύκλους και, αφετέρου, πόσο επιδρούν στη λήψη σχετικών αποφάσεων.

Παράλληλα, περισσότερες έρευνες σχετικά με τα ίδια τα παιδιά που προκύπτουν με τη βοήθεια των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και επικεντρωμένες κυρίως

στον κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα, θα μπορούσαν να υποδείξουν την ισχύ των ηθικών διλημμάτων σε δεύτερο χρόνο που, θεωρητικά, θα πρέπει να είναι και ο πιο υπολογίσιμος κατά την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Passet-Wittig, J. & Bujard, M. (2021).** *Medically assisted reproduction in developed countries: Overview and societal challenges*. Research handbook on the sociology of the family (p. 417-438).
- 2. Deshpande, S. P. & Gupta, S. A. (2019).** *Causes and Prevalence of Factors Causing Infertility in a Public Health Facility*. Journal of Human Reproductive Sciences. 12(4): 287–293, doi: 10.4103/jhrs.JHRS\_140\_18.
- 3. Gnoth, C. et al. (2005).** *Definition and prevalence of subfertility and infertility*. Human Reproduction, 20(5):1144-7, doi:10.1093/humrep/deh870.
- 4. World Health Organization/ WHO, (1991).** *Infertility. A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility*. Program on Maternal and Child Health and Family Planning. WHO, Geneva, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59769>.
- 5. Παπαχήστου, Φ. (2006).** *Κοιταρογενετικές βλάβες και γενετικές ανωμαλίες στην ανδρική υπογονιμότητα*. Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, σ.19-20.
- 6. Κατσιμίγκας, Γ. κ.α, (2012).** *Στάσεις και Απόψεις των Επαγγελματιών Υγείας απέναντι στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (HELLENIC JOURNAL OF NURSING), 51(3): 327–339.
- 7. Jegede, A. S. & Fayemiwo, S.A. (2010).** *Cultural and Ethical Challenges of Assisted Reproductive Technologies in the Management of Infertility among the Yoruba of*



*Southwestern Nigeria*. African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive, 14(2):115-127, PMID: 21243924.

**8. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2002).** *Ηθική και βιοηθική*. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας, 8, 1-26, <https://doi.org/10.12681/sas.715>.

**9. Παπαδοπούλου, Δ. (2015).** *Ειδικά θέματα βιοηθικής*. ΣΕΑΒ, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, σ. 11-37.

**10. Μαχάς, Π. (2014).** *Η εφαρμογή κανόνων δεοντολογίας και βιοηθικής στο ιατρικό επάγγελμα*. Ομιλία στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών (9.5.2014).

**11. Muller, J.H. (1994).** *Anthropology, Bioethics, and Medicine: A Provocative Trilogy*. Medical Anthropology Quarterly, 8(4), 448–467 doi:10.1525/maq.1994.8.4.02a00070.

**12. Bryant, J. A. & La Velle, L.B. (2019).** *Introduction to Bioethics*. 2<sup>nd</sup> edition, Wiley Blackwell, p.25-27.

**13. Mandal, J., Ponnambath, D.K. & Parija, S.C. (2017).** Bioethics: A Brief Review. Tropical Parasitology, 7(1):5-7, doi: 10.4103/tp.TP\_4\_17.

**14. Δραγώνα- Μονάχου, Μ. (2012).** *Οι αρχές της βιοηθικής. Η οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα*, στο <https://anesthesia.gr/wp-content/uploads/2012/01/%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%AD%CF%82-%CE%B2%CE%B9%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82.pdf> (Πρόσβαση: 9/11/2022).

**15. Νόμος 2619/1998.** *Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική*. (ΦΕΚ 132/Α/19-6-1998)

**16. Νόμος 3089/2002.** *Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή*. (ΦΕΚ 327/Α/23-12-2002)

**17. Νόμος 3305/2005.** *Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής*. (ΦΕΚ 17/Α/27-1-2005)

- 18. Μητροσύλη Μ. (2015).** *Η μετάβαση από τη βιοηθική στο βιοδίκαιο*. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας, 20, 171–197, doi: 10.12681/sas.524.
- 19. ΕΘΝΙΚΗ ΑΡΧΗ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**  
Διαδικτυακός Ιστότοπος: <https://eaiya.gov.gr/faq/> (Πρόσβαση: 22/11/2022).
- 20. Αγαλοπούλου Π. (2017).** *Code of deontology of medically assisted reproduction*. Bioethica, 3(2), 2–3, doi:10.12681/bioeth.19727.
- 21. Koyama, E. & Weasel, L. (2002).** *From Social Construction to Social Justice: Transforming How We Teach about Intersexuality*. Women's Studies Quarterly, 30(3/4), 169–178, Corpus ID: 141366436.
- 22. Νόμος 4958/2022.** *Μεταρρυθμίσεις στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις*. (ΦΕΚ Α' 142/21-07-2022)
- 23. Πιερράκος, Γ. κ.α. (2020).** *Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Γνώση και αποδοχή στον πληθυσμό*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 37(3):367-375.
- 24. Fauser BCJM, et al. (2019).** *Beliefs, attitudes and funding of assisted reproductive technology: Public perception of over 6,000 respondents from 6 European countries*. PLoS ONE 14(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211150>.
- 25. Hirshfeld-Cytron, J., Gracia, C. & Woodruff, T. (2011).** *Nonmalignant Diseases and Treatments Associated with Primary Ovarian Failure: An Expanded Role for Fertility Preservation*. Journal of women's health (2002). 20. 1467-77, doi:10.1089/jwh.2010.2625.
- 26. Barbăroșie, C., Agarwal, A., Henkel, R. (2020).** *Diagnostic value of advanced semen analysis in evaluation of male infertility*. Andrologia, doi:10.1111/and.13625.
- 27. Anifandis, G., Messini, C., Dafopoulos, K. et al. (2014).** *Molecular and Cellular Mechanisms of Sperm-Oocyte Interactions Opinions Relative to in Vitro Fertilization (IVF)*. International Journal of Molecular Sciences, 15(7), 12972–12997, doi:10.3390/ijms150712972.
- 28. Baskaran, S. et al. (2020).** *Diagnostic value of routine semen analysis in clinical andrology*. Andrologia, doi:10.1111/and.13614.

- 29. Sunders, M. & Leslie, S.W. (2022).** *Semen Analysis*. National Center of Biotechnology Information. National Library of Medicine, PMID: 33232039.
- 30. University of Rochester Medical Center (2023).** *Semen Analysis*. Health Encyclopedia.
- 31. Campbell, J.M., Lotti, F., Baldi, E. et al. (2020).** *Distribution of semen examination results 2020- A follow up of data collated for the WHO semen analysis manual 2010*. *Andrology*, v.9 (3):817-822, doi: 10.1111/andr.12983.
- 32. Dafopoulos, K. & Tarlatzis, B. (2022).** “Hormonal Treatments in the Infertile Women”. In book: *Female Reproductive Dysfunction*. Eds F. Petraglia, B. Fauser, Springer.
- 33. Allahbadia, N.G. & Merchant, R. (2016).** *Manual of Ovulation Induction & Ovarian Stimulation Protocols*. 3<sup>rd</sup> ed. The Health Sciences Publisher, New Delhi, India, p. 3-19.
- 34. Martins CMRB, Ruivo PCPFGC, et al. (2022).** *Evaluation of Protocols of Controlled Ovarian Stimulation in Obtaining Mature Oocytes (MII): Retrospective Study on Assisted Reproductive Technology Procedures*. *JBRA Assist Reprod*. 2022 Aug 4;26(3):387-397, doi:10.5935/1518-0557.20210077.
- 35. Chamayou, S. & Guglielmino, A. (2012).** “Effectiveness of Assisted Reproduction Techniques as an Answer to Male Infertility”, *Male Infertility* (chapter 5), InTech, doi: 10.5772/32355.
- 36. Φανάρας, Γ. Β. (2000).** *Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ηθικοκοινωνική προσέγγιση*. Το Παλίμψηστον, Θεσσαλονίκη, σ.71-72.
- 37. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Ι. (2004).** *Η αστική ευθύνη του γιατρού από την τεχνητή ανθρώπινη αναπαραγωγή*. *Αστική Ιατρική Ευθύνη, Digesta*, 433-443.
- 38. Lauritsen, MP, Svendsen PF, Zedeler A. et al. (2021).** *Intrauterine insemination with or without ovarian stimulation is often a first-choice treatment for infertility*. *Ugeskr Laeger*. 29;183(48):V04210377, PMID: 34852901.
- 39. Merviel P, Cabry R, Lourdel E. (2014).** *Une étape nécessaire dans la prise en charge du couple infertile: Inséminations intra-utérines [Intrauterine insemination]*. *Rev Prat*. 2014 Jan;64(1):87-91, PMID: 24649556.

- 40. Vélez, R. J. (2012).** *An Ethical Comparison between In-Vitro Fertilization and NaPro Technology*. *The Linacre Quarterly* 79(1) (February 2012): 57–72, doi:10.1179/002436312803571465.
- 41. Broekmans, F.J., Kwee, J., Hendriks, D.J., et al. (2006).** *A systematic review of tests predicting ovarian reserve and IVF outcome*, *Human Reproduction Update*, Volume 12, Issue 6:685–718, <https://doi.org/10.1093/humupd/dml034>.
- 42. Van Voorhis, J. B. (2007).** *In Vitro Fertilization*. *The New England Journal of Medicine*, 356:379-386, doi:10.1056/NEJMcp065743.
- 43. Dafopoulos, K. & Tarlatzis, B. (2023).** “Ovarian stimulation protocols”. In book: *Management of infertility*. Eds A. Lagana, A. Guglielmino, Academic Press.
- 44. Speyer, B., O’Neil, H., Saab, W, et al. (2019).** *In assisted reproduction by IVF or ICSI, the rate at which embryos develop to the blastocyst stage is influenced by the fertilization method used: a split IVF/ICSI study*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 36, 647–654, doi:10.1007/s10815-018-1358-3.
- 45. Isikoglu, M., Avci, A., Ceviren, K.A. et al. (2021).** *Conventional IVF revisited: Is ICSI better for non-male factor infertility? Randomized controlled double blind study*, *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(7), doi:10.1016/j.jogoh.2020.101990.
- 46. Κοντογιάννη, Ε. (2008).** *Γενετικοί παράγοντες και η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας*. *EKT, Κοινωνία και Υγεία II*, 117-124.
- 47. Rubino, P., Viganò, P. et al. (2016).** *The ICSI procedure from past to future: a systematic review of the more controversial aspects*, *Human Reproduction Update*, 22(2):194–227, doi:10.1093/humupd/dmv050.
- 48. Orief, Y., Dafopoulos, K., Al-Hassani, S. (2004).** *Should ICSI be used in non-male factor infertility?* *Reprod Biomed Online* 9:348-56.
- 49. Hammadeh, M.E., Fischer-Hammadeh, C. & Ali, K.R. (2011).** *Assisted hatching in assisted reproduction: a state of the art*. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 28, 119–128, doi:10.1007/s10815-010-9495-3.

- 50. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2014).** *Role of assisted hatching in in vitro fertilization: a guideline*, Fertility and Sterility, 102 (2):348-351, doi:10.1016/j.fertnstert.2014.05.034.
- 51. Von Wolff, M. (2019).** The role of Natural Cycle IVF in assisted reproduction, Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 33 (1):35-45, doi:10.1016/j.beem.2018.10.005.
- 52. Παναγιωτίδης, Ι. (2005).** *Μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τη βιωσιμότητα και τη φυσιολογική ανάπτυξη των εμβρύων μετά από κρυοσυντήρηση με την τεχνική της ταχείας ψύξης (vitrification)*. Διδακτορική διατριβή. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, σ. 17-23.
- 53. Vajta, G. & Kuwayama, M. (2006).** *Improving cryopreservation systems*. Theriogenology, 65(1), 0–244, doi:10.1016/j.theriogenology.2005.09.026.
- 54. Li, Y., Zhou, L., Lv, M., et al. (2019).** *Vitrification and conventional freezing methods in sperm cryopreservation: A systematic review and meta-analysis*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 233:84-92, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.11.028>.
- 55. Bosch, E., De Vos, M. & Humaidan, P. (2020).** *The Future of Cryopreservation in Assisted Reproductive Technologies*. Front Endocrinol (Lausanne). 20; 11:67, doi:10.3389/fendo.2020.00067.
- 56. Ber, R. (2000).** *Ethical issues in gestational surrogacy*. Theoretical Medicine and Bioethics 21: 153–169.
- 57. Asplund, K. (2020).** *Use of in vitro fertilization- ethical issues*. Upsala Journal of Medical Sciences: 125, 2: 192-199, doi:10.1080/03009734.2019.1684405.
- 58. Harper, J. et al (2014).** *Current issues in medically assisted reproduction and genetics in Europe: research, clinical practice, ethics, legal issues and policy*. Human Reproduction, 29, 8:1603–1609, <https://doi.org/10.1093/humrep/deu130>.
- 59. Davies, M.J. (2012).** *Reproductive Technologies and the Risk of Birth Defects*. The New England Journal of Medicine, 366:1803-13, doi:10.1056/NEJMoa1008095.

- 60. Brezina, R. P. & Zhao, Y. (2011).** *The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies.* Hindawi Publishing Corporation Obstetrics and Gynecology International, doi:10.1155/2012/686253.
- 61. Fasouliotis, S. J. & Schenker, J. G. (2000).** *Ethics and assisted reproduction.* European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 90:171–180, doi: 10.1016/s0301-2115(00)00271-2.
- 62. Ezeome, V. I., et al. (2021).** *Perception of Key Ethical Issues in Assisted Reproductive Technology (ART) by Providers and Clients in Nigeria.* International Journal of Women’s Health, 13:1033–1052, doi: 10.2147/IJWH.S331917.
- 63. Harrison, J. B. et al. (2017).** *Advanced maternal age: ethical and medical considerations for assisted reproductive technology.* International Journal of Women’s Health, Dove Press 9:561-570, doi: 10.2147/IJWH.S139578.
- 64. Φράγκου, Δ. & Γαλάνης, Π. (2016).** *Ηθικά ζητήματα στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(5):680-688.
- 65. Μαροπούλου Μ. (2017).** *Grèce, le prix d’un enfant/ Public Sénat, 7/3/2016. Greek surrogate motherhood from the French point of view: Critical enquiries and theoretical perspectives.* Bioethica, 3(2), 59–73, doi:10.12681/bioeth.19724.
- 66. Αντύπας, Κ. (2004).** *Ηθικά διλήμματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Δάνεια μήτρα.* ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 21(1):86-96.
- 67. Eisenberg, V.H. & Schenker J.G. (1998).** *Pre-embryo donation: ethical and legal aspects.* International Journal of Gynecology & Obstetrics 60:51-57, [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(97\)00231-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(97)00231-2).
- 68. Κηπουρίδου Κ., & Μιλαπήδου Μ. (2018).** *The legal framework of post mortem fertilization in Greece and Sweden.* Bioethica, 4(1), 55–67, <https://doi.org/10.12681/bioeth.19698>.
- 69. Simana, S. (2018).** *Creating life after death: should posthumous reproduction be legally permissible without the deceased's prior consent?*, Journal of Law and the Biosciences 5(2):329–354, <https://doi.org/10.1093/jlb/lxy017>.
- 70. Chatzinikolaou, N. (2010).** *The ethics of assisted reproduction,* Journal of Reproductive Immunology, 85(1):3-8, <https://doi.org/10.1016/j.jri.2010.02.001>.

71. Carrington Coutts, M. (1988). *Ethical Issues in In Vitro Fertilization*. Bioethics Research Library, p.1-12.

72. Mathieu, S. (2020). Catholic voice and ART: revising the French bioethics law. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 21;11:82-88, <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.11.001>.

73. Κατσιμίγκας, Γ . & Καμπά, Ε. (2010). *Ηθική – Θεολογική και Νομική Θεώρηση της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης*. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(3): 209–219.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Νόμος 2619/1998 (ΦΕΚ Α'132)

Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική.

**Άρθρο πρώτο** Κυρώνεται και έχει την ισχύ, που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής – Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική – που υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Oviedo της Ισπανίας, της οποίας το κείμενο σε πρωτότυπο στην αγγλική γλώσσα και σε μετάφραση στην ελληνική έχει ως εξής:

ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ: ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΗ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ

ΟΒΙΕΔΟ, 4.IV.1997

Προοίμιο

Τα Κράτη-Μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, τα λοιπά Κράτη και τα μέχρι τούδε Συμβαλλόμενα Μέρη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Έχοντας κατά νου την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών της 10ης Δεκεμβρίου 1948 Έχοντας κατά νου τη Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Βασικών (θεμελιωδών) Ελευθεριών της 4ης Νοεμβρίου 1950. Έχοντας κατά νου την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Χάρτα της 18ης Οκτωβρίου 1961 Έχοντας κατά νου τη Διεθνή Σύμβαση για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα και τη Διεθνή Σύμβαση για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα της 16ης Δεκεμβρίου 1966.

Έχοντας κατά νου τη Σύμβαση για την Προστασία του Ατόμου σε σχέση με την Αυτόματη Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων της 28ης Ιανουαρίου 1981. Έχοντας επίσης κατά νου τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού της 20ς Νοεμβρίου 1989 Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι η επίτευξη μεγαλύτερης ενότητας μεταξύ των μελών της και ότι μία από τις μεθόδους δια των οποίων πρέπει να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός είναι η διατήρηση και περαιτέρω πραγμάτωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών. Έχοντας επίγνωση των επιταχυνόμενων εξελίξεων στη Βιολογία και Ιατρική. Πεισμένοι για την ανάγκη σεβασμού του ανθρωπίνου όντος τόσο ως ατόμου όσο και ως μέλους του ανθρωπίνου είδους και αναγνωρίζοντας τη σημασία της εξασφάλισης της αξιοπρέπειας του ανθρωπίνου όντος Έχοντας επίγνωση ότι η κατάχρηση της Βιολογίας και της Ιατρικής ενδέχεται να οδηγήσει σε πράξεις που θέτουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη αξιοπρέπεια Επιβεβαιώνοντας ότι η πρόοδος της Βιολογίας και της Ιατρικής πρέπει να χρησιμοποιείται επ' ωφελεία της παρούσας και των μελλοντικών γενεών Τονίζοντας την ανάγκη διεθνούς συνεργασίας ώστε ολόκληρη η ανθρωπότητα να επωφεληθεί των πλεονεκτημάτων της Βιολογίας και της Ιατρικής. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη προαγωγής μιας δημόσιας συζήτησης σχετικά με τα ερωτήματα που θέτει η εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής και με τις απαντήσεις σε αυτά που πρέπει να δοθούν. Επιθυμώντας να υπενθυμίσουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους Λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές εργασίες της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης, συμπεριλαμβανομένης της Υπόδειξης 1160 (1991) ως προς την προετοιμασία Σύμβασης για τη Βιοηθική Αποφασίζοντας τη λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για την προάσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των



θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Συνομολόγησαν τα εξής:

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ I: Γενικές διατάξεις

Άρθρο 1: Προθέσεις και στόχοι Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρωπίνου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Έκαστο Συμβαλλόμενο Μέρος θα λάβει τα αναγκαία μέτρα στην εσωτερική του νομοθεσία ώστε να τεθούν εν ισχύ οι διατάξεις της παρούσας Σύμβασης.

Άρθρο 2: Το προβάδισμα του ανθρωπίνου όντος Τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρωπίνου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνου του κοινωνικού συμφέροντος ή της επιστήμης.

Άρθρο 3: Ισότητα ευκαιριών στην περίθαλψη Οι Συμβαλλόμενοι, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για την υγεία, καθώς και τους διαθέσιμους πόρους θα λάβουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν ισότητα προσβάσεων στην κατάλληλης ποιότητας περίθαλψη εντός της επικράτειάς τους.

Άρθρο 4: Επαγγελματικά πρότυπα Κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Συναίνεση

Άρθρο 5: Γενικός κανόνας Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του. Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεση του.

Άρθρο 6: Προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν

1. Κατά τα άρθρα 17 και 20 κατωτέρω, επέμβαση δύναται να διενεργηθεί μόνο επί προσώπου που δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει, για άμεσο όφελος του.

2. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το νόμο. Η γνώμη του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του. 3. Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης. 4. Στον αντιπρόσωπο, την αρχή, το πρόσωπο ή το σώμα που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, θα παρέχεται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, η ενημέρωση που αναφέρεται στο άρθρο 5. 5. Η εξουσιοδότηση που αναφέρεται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε προς το συμφέρον του ενδιαφερόμενου προσώπου.

Άρθρο 7: Προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαράς μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεση του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή τη θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.

Άρθρο 8: Επείγουσες καταστάσεις Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δεν δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Άρθρο 9: Επιθυμίες εκφρασθείσες εκ των προτέρων Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση

Άρθρο 10: Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση 1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.

2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά. 3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παρ. 2 προς το συμφέρον του ασθενούς.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Ανθρώπινο γονιδίωμα

Άρθρο 11: Απαγόρευση διακρίσεων Απαγορεύεται κάθε μορφής διάκριση εις βάρος προσώπου επί τη βάση του γενετικού κληρονομικού υλικού του.

Άρθρο 12: Γενετικές εξετάσεις που έχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης Εξετάσεις που προβλέπουν την εμφάνιση γενετικών νόσων ή που χρησιμοποιούνται είτε για την αναγνώριση του υποκειμένου ως φορέα γονιδίου υπεύθυνου για νόσο είτε για την ανίχνευση γενετικής προδιάθεσης ή δεκτικότητας για νόσο, επιτρέπεται να διενεργούνται μόνο για λόγους υγείας ή για επιστημονική έρευνα που σχετίζεται με λόγους υγείας, και υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης γενετικής συμβουλευτικής.

Άρθρο 13: Επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα Κάθε επέμβαση που αποσκοπεί στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος είναι επιτρεπτή μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς και μόνον εφόσον δεν αποσκοπεί στο να εισαγάγει οποιαδήποτε τροποποίηση στο γονιδίωμα τυχόν απογόνων.

Άρθρο 14: Απαγόρευση επιλογής του φύλου Η χρήση τεχνικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης τεκνοποίησης δεν είναι επιτρεπτή εφόσον αποσκοπεί στην προεπιλογή του φύλου του παιδιού, με εξαίρεση τις περιπτώσεις κατά τις οποίες πρέπει να αποφευχθεί σοβαρά κληρονομική νόσος που σχετίζεται με το φύλο.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Επιστημονική έρευνα

Άρθρο 15: Γενικός κανόνας Η επιστημονική έρευνα στο πεδίο της Βιολογίας και της Ιατρικής διεξάγεται ελεύθερα, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσας Σύμβασης και τις λοιπές νομικές διατάξεις που διασφαλίζουν την προστασία του ανθρωπίνου όντος.

Άρθρο 16: Προστασία των προσώπων στα οποία διενεργείται η έρευνα Επιτρέπεται η διενέργεια έρευνας επί προσώπου μόνον εφόσον συντρέχουν όλες οι ακόλουθες προϋποθέσεις: (i) Δεν υπάρχει εναλλακτική λύση συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας έναντι της έρευνας επί ανθρώπων. (ii) Οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι στους οποίους θα εκτεθεί το πρόσωπο δεν είναι δυσανάλογοι προς τα πιθανά οφέλη από την έρευνα. (iii) Το ερευνητικό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το αρμόδιο σώμα μετά από ανεξάρτητη αξιολόγηση της επιστημονικής αξίας του, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης της σημασίας του ερευνητικού σκοπού και της μελέτης, από ομάδες ιατρών ποικίλων ειδικοτήτων, του κατά πόσον αυτό είναι ηθικώς παραδεκτό. (iv) Τα πρόσωπα στα οποία διενεργείται η έρευνα έχουν ενημερωθεί για τα δικαιώματα και τις διασφαλίσεις που ορίζει ο νόμος για την προστασία τους. (v) Η αναγκαία συναίνεση που προβλέπεται από το άρθρο 5 έχει δοθεί ρητά, ειδικά και είναι τεκμηριωμένη. Η συναίνεση αυτή δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε.

Άρθρο 17: Προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συγκατατεθούν στη διενέργεια έρευνας

1. Επιτρέπεται να διενεργηθεί έρευνα σε πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης όπως ορίζεται στο άρθρο 5, μόνον εφόσον συντρέχουν όλες οι ακόλουθες προϋποθέσεις: (i) Πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στο άρθρο 16, υποπαράγραφοι i έως iv. (ii) Τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν τη δυνατότητα να παραγάγουν πραγματικό και άμεσο όφελος για την υγεία του. (iii) Δεν είναι εφικτή η διενέργεια έρευνας συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας σε άτομα που διαθέτουν την ικανότητα συναίνεσης. (iv) Η αναγκαία εξουσιοδότηση που προβλέπεται από το άρθρο 6 έχει δοθεί κατηγορηματικώς και γραπτώς και (v) Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δεν αντιτίθεται.

2. Εξαιρετικώς και κατά τις προστατευτικές διατάξεις που ορίζει η νομοθεσία, στις περιπτώσεις που η έρευνα δεν έχει τη δυνατότητα να παραγάγει αποτελέσματα άμεσης ωφέλειας για την υγεία του ενδιαφερόμενου προσώπου, δύναται να επιτραπεί αυτή η έρευνα υπό τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στην παρ. 1, υποπαράγραφοι i,

iii, iv και v ανωτέρω, καθώς και στις ακόλουθες πρόσθετες διατάξεις: (i) Η έρευνα σκοπό έχει να συμβάλλει, μέσω της σημαντικής βελτίωσης της επιστημονικής κατανόησης της πάθησης, νόσου ή διαταραχής του ασθενούς, στην τελική επίτευξη αποτελεσμάτων ικανών να επιφέρουν όφελος στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο ή σε άλλα πρόσωπα της αυτής ηλικιακής κατηγορίας ή πάσχοντα από την αυτή νόσο ή διαταραχή ή έχοντα την αυτή πάθηση. (ii) Η έρευνα συνεπάγεται ελάχιστο μόνο κίνδυνο και ελάχιστη επιβάρυνση για το ενδιαφερόμενο πρόσωπο.

Άρθρο 18: Έρευνα σε έμβρυα in vitro 1. Στις περιπτώσεις που ο νόμος επιτρέπει την έρευνα σε έμβρυα in vitro, θα εξασφαλίσει την επαρκή προστασία του εμβρύου. 2. Απαγορεύεται η δημιουργία ανθρωπίνων εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V I: Αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση

Άρθρο 19: Γενικός κανόνας 1. Η αφαίρεση οργάνων ή ιστών από ζώντα πρόσωπα με σκοπό τη μεταμόσχευση δύναται να διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη και στις περιπτώσεις που δεν διατίθενται κατάλληλα όργανα ή ιστοί από αποβιώσαντα πρόσωπα και δεν υφίσταται καμία άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας. 2. Η αναγκαία συναίνεση που προβλέπεται από το άρθρο 5 πρέπει να έχει δοθεί ρητώς και κατηγορηματικώς είτε σε γραπτή μορφή ή ενώπιον επίσημου σώματος.

Άρθρο 20: Προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συναινέσουν στην αφαίρεση οργάνου 1. Απαγορεύεται οποιαδήποτε αφαίρεση οργάνου ή ιστού από πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης κατά το άρθρο 5. 2. Εξαιρετικώς και κατά τις προστατευτικές διατάξεις που ορίζει ο νόμος, δύναται να επιτραπεί η αφαίρεση αναπλαστικού ιστού από πρόσωπο που δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης, εφόσον συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις: (i) Δεν υπάρχει διαθέσιμος συμβατός δότης που διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης. (ii) Ο λήπτης είναι αδελφός ή αδελφή του δότη. (iii) Η δωρεά πρέπει να έχει τη δυνατότητα να είναι σωτήριο για τη ζωή του λήπτη. (iv) Η εξουσιοδότηση που προβλέπεται στις παραγράφους 2 και 3 του άρθρου 6 έχει δοθεί ειδικώς και γραπτώς, σύμφωνα με το νόμο και με την έγκριση του αρμόδιου σώματος. (v) Δεν αντιτίθεται ο πιθανός ενδιαφερόμενος δωρητής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: Απαγόρευση οικονομικού οφέλους και διάθεση τμήματος του ανθρωπίνου σώματος

Άρθρο 21: Απαγόρευση οικονομικού οφέλους Το ανθρώπινο σώμα και τα τμήματά του δεν αποτελούν, ως τέτοια, πηγή οικονομικού οφέλους.

Άρθρο 22: Διάθεση αφαιρεθέντος τμήματος του ανθρωπίνου σώματος Όταν κατά τη διάρκεια επέμβασης αφαιρείται οποιοδήποτε τμήμα του ανθρώπινου σώματος, επιτρέπεται η αποθήκευση και χρησιμοποίησή του για σκοπούς άλλους από αυτούς για τους οποίους αφαιρέθηκε, μόνον εφόσον αυτό γίνεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που αφορούν στην πρέπουσα ενημέρωση και συναίνεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII: Παραβιάσεις των διατάξεων της Σύμβασης

Άρθρο 23: Παραβιάσεις δικαιωμάτων ή αρχών Οι Συμβαλλόμενοι θα παρέχουν αποτελεσματική νόμιμη προστασία για να αποτρέψουν ή θέσουν τέλος σε παράνομη παραβίαση των δικαιωμάτων και αρχών που εκτίθενται στην παρούσα Σύμβαση σε πολύ σύντομη προθεσμία.

Άρθρο 24: Αποζημίωση για απρόκλητο βλάβη Το πρόσωπο που έχει υποστεί απρόκλητο βλάβη σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και διαδικασίες που ο νόμος ορίζει.

Άρθρο 25: Κυρώσεις Οι Συμβαλλόμενοι θα μεριμνήσουν για την εφαρμογή αποτελεσματικών κυρώσεων σε περιπτώσεις παράβασης των διατάξεων της παρούσας Σύμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX: Σχέση μεταξύ της παρούσας Σύμβασης και λοιπών διατάξεων

Άρθρο 26: Περιορισμοί άσκησης δικαιωμάτων 1. Δεν τίθενται περιορισμοί στην άσκηση των δικαιωμάτων και προστατευτικών διατάξεων της παρούσας Σύμβασης πλην όσων ορίζονται δια νόμου και είναι αναγκαίοι σε μια δημοκρατική κοινωνία προς το συμφέρον της δημόσιας ασφάλειας, την πρόληψη του εγκλήματος, την προστασία της δημόσιας υγείας ή την προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών των άλλων. 2. Οι κατά την προηγούμενη παράγραφο περιορισμοί δύνανται να μην εφαρμόζονται ως προς τα άρθρα 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 και 21.

Άρθρο 27: Ευρύτερη προστασία Ουδεμία από τις διατάξεις της παρούσας Σύμβασης θα ερμηνεύεται ως περιοριστική ή κατ' άλλον τρόπο θίγουσα τη δυνατότητα ενός των Συμβαλλομένων να εφαρμόσει ευρύτερα μέτρα προστασίας από αυτά που συνομολογούνται με την παρούσα Σύμβαση όσον αφορά στην εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. ΚΕΦΑΛΑΙΟ X: Δημόσια συζήτηση

Άρθρο 28: Δημόσια συζήτηση Οι Συμβαλλόμενοι θα μεριμνήσουν ώστε τα θεμελιώδη ερωτήματα που εγείρονται από την εξέλιξη της βιολογίας και της Ιατρικής να καταστούν αντικείμενο κατάλληλης δημόσιας συζήτησης υπό το φως, ιδίως, των σχετικών ιατρικών, κοινωνικών, Οικονομικών, δεοντολογικών και νομικών επιπτώσεων, καθώς και ότι οι πιθανές εφαρμογές τους θα καταστούν αντικείμενο κατάλληλων διαβουλεύσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI: Ερμηνεία και παρακολούθηση της Σύμβασης

Άρθρο 29: Ερμηνεία της Σύμβασης Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων δύναται να εκφέρει, χωρίς άμεση μνεία σε οποιοσδήποτε συγκεκριμένες εκκρεμούσες δικαστικές ενέργειες, συμβουλευτικές γνώμες επί νομικών θεμάτων που αφορούν στην ερμηνεία της παρούσας Σύμβασης τη αιτήσει των: – της Κυβέρνησης ενός των Συμβαλλομένων. κατόπιν σχετικής ενημέρωσης των λοιπών Συμβαλλομένων. – της Επιτροπής που συγκροτείται με βάση το άρθρο 32, με αριθμό μελών που περιορίζεται στους Αντιπροσώπους των Συμβαλλομένων της παρούσας Σύμβασης, βάσει απόφασης που υιοθετείται από την πλειοψηφία των δύο τρίτων.

Άρθρο 30: Έκθεση περί εφαρμογής της Σύμβασης Με τη λήψη της αίτησης από το Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης. κάθε Συμβαλλόμενος θα παρέχει εξήγηση του τρόπου με τον οποίο η εσωτερική νομοθεσία του διασφαλίζει την αποτελεσματική εφαρμογή κάθε διάταξης της Σύμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII: Πρωτόκολλα

Άρθρο 31: Πρωτόκολλα Επιτρέπεται η σύναψη Πρωτοκόλλων κατά το άρθρο 2, με σκοπό την ανάπτυξη, σε συγκεκριμένους τομείς, των αρχών που περιέχονται στην παρούσα Σύμβαση. Τα Πρωτόκολλα θα είναι ανοιχτά προς υπογραφή από τους/ υπογράφοντες τη Σύμβαση. Θα υπόκεινται σε επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση. Οι

υπογράφοντες δεν δύνανται να επικυρώσουν, αποδεχθούν ή εγκρίνουν Πρωτόκολλα χωρίς προηγούμενη ή ταυτόχρονη επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση της Σύμβασης.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII: Τροποποιήσεις της Σύμβασης

Άρθρο 32: Τροποποιήσεις της Σύμβασης 1. Τα καθήκοντα που ανατίθενται στην Επιτροπή στο παρόν άρθρο και στο άρθρο 29 θα επιτελούνται από την Οργανωτική Επιτροπή για τη Βιοηθική (CDBI) ή από οποιαδήποτε άλλη επιτροπή προς τούτο ορισθείσα από την Επιτροπή των Υπουργών. 2. Με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων του άρθρου 29, έκαστο κράτος-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, καθώς και έκαστο Συμβαλλόμενο Μέρος που δεν αποτελεί μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, δύναται να αντιπροσωπεύεται και να διαθέτει μία ψήφο στην Επιτροπή, όταν η Επιτροπή επιτελεί τα καθήκοντα που της έχουν ανατεθεί από την παρούσα Σύμβαση. 3. Κάθε κράτος που αναφέρεται στο άρθρο 33 ή που καλείται να προσχωρήσει στη Σύμβαση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 34, το οποίο δεν είναι Συμβαλλόμενο στην παρούσα Σύμβαση, δύναται να αντιπροσωπεύεται στην Επιτροπή με παρατηρητή. Αν η Ευρωπαϊκή Κοινότητα δεν είναι Συμβαλλόμενο Μέρος, δύναται να αντιπροσωπεύεται στην Επιτροπή από παρατηρητή. 4. Προκειμένου να παρακολουθούνται οι επιστημονικές εξελίξεις, η παρούσα Σύμβαση θα εξετασθεί εντός της Επιτροπής το αργότερο εντός πενταετίας από την ημερομηνία που τίθεται εν ισχύ και μετά ταύτα ανά διαστήματα που ήθελε ορίσει η Επιτροπή. 5. Κάθε πρόταση για τροποποίηση της παρούσας Σύμβασης και κάθε πρόταση για σύναψη Πρωτοκόλλου ή για τροποποίηση Πρωτοκόλλου, που γίνεται από Συμβαλλόμενο Μέρος, την Επιτροπή ή την Επιτροπή των Υπουργών, θα μεταβιβάζεται στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης και θα προωθείται από αυτόν στα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, σε κάθε υπογράφοντα, Συμβαλλόμενο Μέρος, σε κάθε κράτος που καλείται να υπογράψει την παρούσα Σύμβαση σύμφωνα με το άρθρο 33 και σε κάθε κράτος που καλείται να προσχωρήσει στην παρούσα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 34. 6. Η Επιτροπή θα εξετάζει την πρόταση όχι νωρίτερα από δύο μήνες αφότου έχει προωθηθεί από το Γενικό Γραμματέα σύμφωνα με την παράγραφο 5. Η Επιτροπή θα υποβάλλει το υιοθετηθέν με βάση την πλειοψηφία των δύο τρίτων των ψήφων κείμενο στην Επιτροπή των Υπουργών προς έγκριση. Μετά την έγκριση του, το κείμενο θα προωθείται στα Συμβαλλόμενα Μέρη προς επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση. 7. Κάθε



τροποποίηση θα τίθεται εν ισχύ, όσον αφορά στους Συμβαλλομένους που την έχουν αποδεχθεί, κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου ενός μηνός από της ημερομηνίας κατά την οποία πέντε Συμβαλλόμενα Μέρη, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον τεσσάρων κρατών-μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχουν γνωστοποιήσει ότι την αποδέχονται στο Γενικό Γραμματέα. Όσον αφορά σε κάθε Συμβαλλόμενο Μέρος που την αποδέχεται ακολούθως, η τροποποίηση θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου ενός μηνός από της ημερομηνίας κατά την οποία ο Συμβαλλόμενος έχει γνωστοποιήσει στο Γενικό Γραμματέα σχετικά με την αποδοχή της εκ μέρους του.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIV: Τελικοί όροι

Άρθρο 33: Υπογραφή, επικύρωση και έναρξη ισχύος 1. Η παρούσα Σύμβαση θα είναι ανοικτή προς υπογραφή για τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, τα κράτη μη-μέλη που έχουν συμμετάσχει στην επεξεργασία της και την Ευρωπαϊκή Κοινότητα. 2. Η παρούσα Σύμβαση υπόκειται σε επικύρωση, αποδοχή ή έγκριση. Τα επίσημα νομικά έγγραφα επικύρωσης, αποδοχής ή έγκρισης θα κατατίθενται στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης. 3. Η παρούσα Σύμβαση θα τεθεί εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας κατά την οποία πέντε κράτη, συμπεριλαμβανομένων τουλάχιστον τεσσάρων κρατών-μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχουν εκφράσει τη συναίνεσή τους να δεσμευθούν με τη Σύμβαση, σύμφωνα με ης διατάξεις της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου. 4. Όσον αφορά σε κάθε υπογράφο που ακολούθως εκφράζει τη συναίνεσή του να δεσμευθεί με αυτή, η Σύμβαση θα τεθεί εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας κατάθεσης του νομικού εγγράφου επικύρωσης, αποδοχής ή έγκρισης.

Άρθρο 34: Κράτη μη-μέλη 1. Μετά την έναρξη ισχύος της παρούσας Σύμβασης, η Επιτροπή των Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης δύναται, κατόπιν ανταλλαγής απόψεων μεταξύ των Συμβαλλομένων, να καλέσει οποιοδήποτε άλλο κράτος μη-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης να προσχωρήσει στην παρούσα Σύμβαση με απόφαση που λαμβάνεται από την πλειοψηφία, όπως αυτή προβλέπεται από το άρθρο 20, υποπαράγραφος d, του Καταστατικού του Συμβουλίου της Ευρώπης, καθώς και με την ομόφωνη ψήφο των αντιπροσώπων των Συμβαλλόμενων Κρατών που δικαιούνται να

είναι μέλη της Επιτροπής των Υπουργών. 2. Προκειμένου περί οποιουδήποτε προσχωρούντος κράτους, η Σύμβαση θα τεθεί εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας κατάθεσης των επίσημων νομικών εγγράφων προσχώρησης στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Άρθρο 35: Επικράτειες 1. Κάθε υπογράφων δύναται, κατά το χρόνο της υπογραφής ή κατά την κατάθεση των επίσημων νομικών του εγγράφων επικύρωσης, αποδοχής ή έγκρισης, να προσδιορίζει την ή τις επικράτειες στις οποίες θα ισχύει η παρούσα Σύμβαση. Κάθε έτερο κράτος δύναται να διατυπώνει την αυτή δήλωση κατά την κατάθεση των επίσημων νομικών του εγγράφων προσχώρησης. 2. Κάθε Συμβαλλόμενος δύναται, σε οποιαδήποτε μεταγενέστερη ημερομηνία, με δήλωσή του στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης, να επεκτείνει την εφαρμογή της παρούσας Σύμβασης σε οποιαδήποτε άλλη επικράτεια που προσδιορίζεται στη δήλωση και για της οποίας τις διεθνείς σχέσεις είναι υπεύθυνος ή για λογαριασμό της οποίας είναι εξουσιοδοτημένος να παρέχει εγγυήσεις. Όσον αφορά σε μία τέτοια επικράτεια, η Σύμβαση θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της ημερομηνίας υποβολής αυτής της δήλωσης στο Γενικό Γραμματέα. 3. Κάθε δήλωση, που γίνεται κατά τις δύο προγενέστερες παραγράφους και αφορά σε κάθε προσδιοριζόμενη στη δήλωση επικράτεια, δύναται να αποσύρεται με κοινοποίηση προς το Γενικό Γραμματέα. Η απόσυρση θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της υποβολής αυτής της κοινοποίησης στο Γενικό Γραμματέα.

Άρθρο 36: Επιφυλάξεις 1. Κάθε κράτος και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα δύναται, κατά την υπογραφή της παρούσας Σύμβασης ή κατά την κατάθεση των επίσημων νομικών του εγγράφων επικύρωσης, αποδοχής, έγκρισης ή προσχώρησης να διατυπώσει επιφύλαξη σε σχέση με οποιαδήποτε συγκεκριμένη διάταξη της Σύμβασης στο μέτρο που κάθε νομοθεσία τότε ισχύουσα στην επικράτειά του δεν είναι σύμφωνη με τη διάταξη. Δεν θα επιτρέπονται επιφυλάξεις γενικού χαρακτήρα κατά το παρόν άρθρο. 2. Κάθε επιφύλαξη που διατυπώνεται κατά το παρόν άρθρο θα περιέχει σύντομη αναφορά της σχετικής νομοθεσίας. 3. Κάθε Συμβαλλόμενος που επεκτείνει την εφαρμογή της παρούσας Σύμβασης σε επικράτεια που αναφέρεται στη σχετική με το άρθρο 35,

παράγραφος 2 δήλωση δύναται, σε σχέση με την εν λόγω επικράτεια, να διατυπώσει επιφύλαξη σύμφωνα με τις διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων. 4. Κάθε Συμβαλλόμενος που έχει διατυπώσει την αναφερόμενη στο παρόν άρθρο επιφύλαξη δύναται να την αποσύρει με δήλωσή του στο Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης. Η απόσυρση της επιφύλαξης θα τίθεται εν ισχύ κατά την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου ενός μηνός από της ημερομηνίας υποβολής της στο Γενικό Γραμματέα.

Άρθρο 37: Καταγγελία 1. Κάθε Συμβαλλόμενος δύναται οποτεδήποτε να καταγγείλει την παρούσα Σύμβαση με κοινοποίησή του προς το Γενικό Γραμματέα του Συμβουλίου της Ευρώπης. 2. Η καταγγελία αυτή θα έχει έναρξη ισχύος την πρώτη ημέρα του μηνός που ακολουθεί την εκπνοή περιόδου τριών μηνών από της υποβολής της κοινοποίησης στο Γενικό Γραμματέα.

Άρθρο 38: Κοινοποιήσεις Ο Γενικός Γραμματέας του Συμβουλίου της Ευρώπης θα ενημερώνει τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου, την Ευρωπαϊκή Κοινότητα, κάθε υπογράφο, κάθε Συμβαλλόμενο και κάθε έτερο κράτος που έχει κληθεί να προσχωρήσει στην παρούσα Σύμβαση, σχετικά με: α. κάθε υπογραφή β. την κατάθεση κάθε επίσημου νομικού εγγράφου επικύρωσης, αποδοχής, έγκρισης ή προσχώρησης γ. κάθε ημερομηνία έναρξης ισχύος της παρούσας Σύμβασης σύμφωνα με τα άρθρα 33 ή 34 δ. κάθε τροποποίηση ή Πρωτόκολλο που υιοθετούνται σύμφωνα με το άρθρο 32 και την ημερομηνία έναρξης ισχύος αυτής της τροπολογίας ή του Πρωτοκόλλου ε. κάθε δήλωση που γίνεται κατά τις διατάξεις του άρθρου 35 στ. κάθε επιφύλαξη και απόσυρσή της που διατυπώνεται κατά τις διατάξεις του άρθρου 36 ζ. κάθε άλλη πράξη, κοινοποίηση ή μήνυμα σχετικά με την παρούσα Σύμβαση. Εις πίστωση των οποίων οι κάτωθι, έχοντας τη νόμιμη προς τούτο εξουσιοδότηση, υπέγραψαν την παρούσα Σύμβαση.

Έγινε στο Οβιέδο (Αστούριας), σήμερα 4 η Απριλίου 1997, στην αγγλική και γαλλική γλώσσα, με εξίσου αυθεντικά αμφότερα τα κείμενα, σε ένα μοναδικό αντίτυπο το οποίο θα κατατεθεί στα Αρχεία του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ο Γενικός Γραμματέας του Συμβουλίου της Ευρώπης θα διαβιβάσει επικυρωμένα αντίγραφα σε έκαστο κράτος-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στα κράτη μη μέλη που έχουν συμμετάσχει στην επεξεργασία της παρούσας Σύμβασης και σε κάθε κράτος που καλείται να προσχωρήσει στην παρούσα Σύμβαση.

.....

Άρθρο δεύτερο Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και της Σύμβασης που κυρώνεται από την πλήρωση των προϋποθέσεων του άρθρου 33 αυτής. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 15 Ιουνίου 1998