



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία Ειδίκευσης
Οι διαφορετικές ιστορίες της ιατρικώς υποβοηθούμενης
αναπαραγωγής. Μια συγκριτική προσέγγιση ανάμεσα σε
Ελλάδα και Ισπανία

Χρυσούλα Ψωμιάδου

A.M. 19007

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Βενετία Καντσά

Σεπτέμβριος 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	3
1. Η ανάπτυξη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε παγκόσμιο πλαίσιο	4
2. Ανθρωπολογικές προσεγγίσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	12
2.1. Εισαγωγή και πρώτες μελέτες	
2.2. Η οπτική της Marilyn Strathern	
2.3. Η δωρεά γενετικού υλικού σε Ελλάδα και Ισπανία	
2.4. Διασυνοριακή Αναπαραγωγική Φροντίδα (CBRC)	
3. Μεθοδολογία της έρευνας	18
4. Η υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε Ελλάδα και Ισπανία	20
4.1. Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή στην Ελλάδα	
4.1.1. Η ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα	
4.1.2. Το Νομικό Πλαίσιο	
4.1.3. Το Θρησκευτικό Πλαίσιο	
4.2. Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ισπανία	
4.2.1. Η ανάπτυξη της Ισπανίας ως διεθνής αναπαραγωγικός προορισμός	
4.2.2. Νομικό Πλαίσιο	
4.2.3. Θρησκευτικό Πλαίσιο	
5. Η παρουσίαση των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε Ελλάδα και Ισπανία μέσω των ιστοσελίδων τους	29
5.1. Εισαγωγή	
5.2. Οι ιστοσελίδες κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα	
5.2.1. Περιεχόμενα ιστοσελίδων και Ύφος	
5.2.2. Χρήση Χρώματος	
5.2.3. Οπτικοακουστικό Υλικό	
5.2.4. Βιογραφικό Προσωπικού	
5.2.5. Προσωπικές ιστορίες και μηνύματα απεύθυνσης	
5.2.6. Γλώσσες που χρησιμοποιούνται	
5.2.7. Διαφήμιση Δωρεάς	
5.2.8. Νομικό Πλαίσιο	
5.3. Οι ιστοσελίδες κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ισπανία	
5.3.1. Περιεχόμενα ιστοσελίδων και Ύφος	
5.3.2. Χρήση Χρώματος	
5.3.3. Οπτικοακουστικό Υλικό	
5.3.4. Βιογραφικό Προσωπικού	
5.3.5. Προσωπικές ιστορίες και μηνύματα απεύθυνσης	
5.3.6. Γλώσσες που χρησιμοποιούνται	
5.3.7. Διαφήμιση Δωρεάς	
5.3.8. Νομικό Πλαίσιο	
5.4. Σύγκριση Ελλάδας και Ισπανίας	
Επίλογος	45

Παράρτημα
47
Βιβλιογραφικές
49

αναφορές

Εισαγωγή

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει την ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τις διαφορετικές εκφάνσεις της σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο. Στόχος είναι η καταγραφή της ιστορικής πορείας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως μια πολύ <<τοπική>> παγκόσμια τεχνολογία με αναφορά σε συγκεκριμένα παραδείγματα σε κοινωνίες. Το θέμα της αφορά τις διαφορετικές ιστορίες της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και την συγκριτική προσέγγιση μεταξύ Ελλάδας και Ισπανίας. Σκοπός της εργασίας είναι να δούμε την εξέλιξη της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ιστορικά, να εστιάσουμε στην ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα και την Ισπανία και να ασχοληθούμε με τον τρόπο παρουσίασης των ελληνικών και ισπανικών κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με αναφορά στις ιστοσελίδες τους. Επέλεξα αυτό το θέμα γιατί συνδυάζει την προσέγγιση του ζητήματος από ιστορική σκοπιά αφενός, ενώ παράλληλα εστιάζει στις πολυπαραγοντικές και διασυνοριακές διαστάσεις του. Επιπλέον, η σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και Ισπανίας επιτρέπει την ανάδειξη των τοπικών ιδιαιτεροτήτων μέσα στο πλαίσιο των παγκοσμιοποιημένων τεχνικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Η παρούσα διπλωματική χωρίζεται σε πέντε μέρη. Στο πρώτο μέρος θα δούμε την ανάδυση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε παγκόσμιο επίπεδο, ειδικά στην Βρετανία, από εκεί που ξεκίνησε, στις ΗΠΑ στη συνέχεια, αλλά και σε άλλες χώρες όπως τη Δανία, την Τουρκία και το Ιράν. Στο δεύτερο μέρος εστιάζω στις ανθρωπολογικές προσεγγίσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κυρίως με αναφορά στο έργο της ανθρωπολόγου Marilyn Strathern, την δωρεά γενετικού υλικού στην Ελλάδα και την Ισπανία και την διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα (CRBC). Στο τρίτο μέρος θα γίνει αναφορά στην μεθοδολογία της έρευνας. Στο τέταρτο μέρος δίνεται έμφαση στην ιστορία της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα και την Ισπανία αλλά και στο νομικό και θρησκευτικό τους πλαίσιο. Τέλος, στο πέμπτο μέρος θα δούμε την σύγκριση του περιεχομένου των ιστότοπων των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στις δύο χώρες.

1. Η ανάπτυξη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε παγκόσμιο πλαίσιο

Η πρώτη ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ξεκινά από τη Βρετανία και τις ΗΠΑ για να εξαπλωθεί πολύ γρήγορα σε πολλές χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Αρχικά θα γίνει αναφορά στην ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ξεκινώντας ακριβώς από τις προσπάθειες που έγιναν σε Βρετανία και ΗΠΑ από τη δεκαετία του 1970 και μετά για να δούμε στη συνέχεια με αναφορά σε ανθρωπολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τον τρόπο με τον οποίο η τεχνική αυτή μεταφέρθηκε σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια -όπως για παράδειγμα, στη Δανία, τη Τουρκία, το Ιράν-, δημιουργώντας έτσι <<διαφορετικές ιστορίες της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής>> σε τοπικό επίπεδο. Σε ένα τρίτο επίπεδο η έρευνα θα εστιάσει κυρίως στην περίπτωση της Ελλάδας με αναφορά στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την σύγκρισή της με μια άλλη χώρα, την Ισπανία.

Πρωτοπόρα τεχνική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας (ART, Assisted Reproductive Technology) αποτελεί η IVF (In vitro fertilization), αλλιώς τεχνητή γονιμοποίηση. Στις ΗΠΑ η τεχνητή γονιμοποίηση ξεκινά σε ένα πειραματικό στάδιο από τη δεκαετία του 1930 και μετά. Επιστήμονες των ΗΠΑ, όπως ο Gregory Pincus, John Rock και Miriam Menkin που ήταν πρωτοπόροι στην τεχνητή γονιμοποίηση των θηλαστικών και θα ανοίξουν το δρόμο για την τελική επιτυχία της στους ανθρώπους στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1978 (Thompson, 2016). Αμερικανοί ερευνητές ισχυρίστηκαν, μετά την δημοσίευση της έκθεσης του John Rock και Miriam Menkin στο *Science* το 1944 ότι έχουν αποδεικτικά στοιχεία για την ανθρώπινη γονιμοποίηση in vitro. Αν πάμε ακόμα πιο πριν στο χρόνο, η ιστορία της τεχνητής γονιμοποίησης χρονολογείται ήδη από το 1890 όταν ο Walter Heape, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Cambridge στη Βρετανία, ανέφερε την πρώτη γνωστή περίπτωση μεταμόσχευσης εμβρύου σε κουνέλια.

Η παγκόσμια εικόνα της τεχνητής γονιμοποίησης βέβαια παραμένει άνοιξη και αυτό συμβαίνει επειδή αλλάζει τόσο γρήγορα. Οι υπηρεσίες τεχνητής γονιμοποίησης το 2002 ήταν διαθέσιμες μόνο στο ένα τέταρτο των παγκόσμιων χωρών (στα εύπορα, δυτικά έθνη) που αντιπροσωπεύουν το 9% (Franklin, Inhorn, 2006). Μέχρι το 2007 υπάρχει επέκταση στο ένα τρίτο των εθνών του κόσμου. Αν και η εξάπλωσή της είναι ένα από τα πιο επιτυχημένα παραδείγματα μεταφραστικής βιοιατρικής που εμφανίστηκε τον 20^ο αιώνα, παραμένει σχετικά μη μελετημένη και εντοπίζεται σε πολύ μικρό αριθμό άρθρων περιοδικών. Συνεπώς η παγκόσμια ιστορία της παραμένει σε μεγάλο βαθμό άγραφη. Ωστόσο, η τεχνητή γονιμοποίηση δεν είναι εντελώς απαρατήρητη από τους μελετητές που εργάζονται στις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες. Με το πέρασμα του χρόνου, από την αφάνεια η τεχνητή γονιμοποίηση γίνεται αντικείμενο εθνογραφικής έρευνας από ανθρωπολόγους με αποτέλεσμα την δημιουργία μιας πλούσιας επιστημονικής βιβλιογραφίας που

αποτελείται από λεπτομερή περιφερειακά, τοπικά και εθνικά πορτρέτα για την ανάπτυξη αυτής της τεχνολογίας σε περισσότερες από τριάντα χώρες. Σε ορισμένες χώρες η τεχνητή γονιμοποίηση έχει πολύ πρόσφατη ιστορία, ενώ σε άλλες χώρες έχει μεγαλύτερη και περίπλοκη ιστορία. <<Ομοίως, καμία ιστορία της τεχνητής γονιμοποίησης δεν είναι ποτέ ακριβώς όπως: Όλες οι ιστορίες της τεχνολογικής καινοτομίας, οι ιστορίες της τεχνητής γονιμοποίησης είναι κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και επιστημονικές καθώς και περιφερειακές>> (Franklin, Inhorn, 2006, σ.4). Σε μεμονωμένα έθνη είναι αξιοσημείωτη η σημαντική αλλαγή με την πάροδο του χρόνου και οι μεταβολές στην πολιτική και την πρακτική για την παραγωγή της εξέλιξης της τεχνητής γονιμοποίησης. Πιο αναλυτικά, όχι μόνο οι θρησκευτικές πεποιθήσεις εξηγούν σε μεγάλο μέρος τον τρόπο με τον οποίο η τεχνητή γονιμοποίηση οργανώνεται κοινωνικά, αλλά συμπεριλαμβάνονται επίσης και άλλοι παράγοντες όπως οικονομικές, μέσα μαζικής ενημέρωσης, δικαστικές υποθέσεις, πολιτικές και νομικές αποφάσεις. Η τεχνητή γονιμοποίηση επομένως δεν είναι μόνο μια τεχνολογία για την παραγωγή μωρών, αλλά είναι επίσης μια τεχνολογία για την παραγωγή πολλών άλλων πραγμάτων όπως της εθνικής υπερηφάνειας για το επιστημονικό επίτευγμα, της ελπίδας για το υπογόνιμο και της απόδειξης του νεωτερισμού και της προόδου.

Η τεχνητή γονιμοποίηση έχει αποδειχθεί ολοένα και πιο δημοφιλής παγκόσμια τεχνολογία από την ίδρυσή της στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1978. Η ταχεία ανάπτυξη διαφορετικών υποβοηθούμενων αναπαραγωγικών τεχνικών καθιστά το πρόβλημα της υπογονιμότητας πιο θεραπευτικό από ποτέ. Βέβαια η ανάπτυξη της τεχνητής γονιμοποίησης έχει μακρά ιστορία σε πολλές μη δυτικές χώρες όπως η Ινδία, η Κίνα, το Ιράν, η Αίγυπτος, η Αργεντινή και η Νιγηρία (Franklin, Inhorn, 2006). Η εμφάνισή της είναι λιγότερο καλά τεκμηριωμένη στην Ασία, τη Μέση Ανατολή, την Αφρική και τη Νότια Αμερική. Είναι κατανοητό ότι οι χώρες με φτωχό βιοτικό επίπεδο δεν έχουν την ίδια αναπαραγωγική πρόσβαση σε σύγκριση με τις πλουσιότερες ανεπτυγμένες χώρες του παγκόσμιου Βορρά.

Η Lesley Brown και ο σύζυγός της John από το Bristol, στην Βρετανία δεν κατάφεραν να συλλάβουν φυσικά μετά από εννέα χρόνια συνεχούς έγγαμου βίου. Το 1976 παραπέμφθηκαν στο γυναικολόγο Patrick Christopher Steptoe, στο νοσοκομείο Oldham, στο Manchester. Την συμβούλεψε να δοκιμάσει μια νέα πειραματική τεχνική κατά την οποία ανακτήθηκαν τα ωάρια μέσω λαπαροσκόπησης και γονιμοποιήθηκαν με σπέρμα του συζύγου της στο εργαστήριο. Αργότερα εμφυτεύτηκαν στην μήτρα της. Στις 25 Ιουλίου 1978 γεννήθηκε η Louise Brown, ένα υγιές κοριτσάκι. Με την γέννησή της, ο κόσμος γιόρτασε την έναρξη μιας νέας εποχής υποβοηθούμενης ανθρώπινης αναπαραγωγικής τεχνολογίας (Kamel, 2013). Μετά από αυτή την γέννηση ακολούθησε η γέννηση της Courtney Cross στις 16 Οκτωβρίου 1978 και του Alastair Mac Donald στις 14 Ιανουαρίου 1979. Αυτά είναι τα τρία πρώτα μωρά τεχνητής γονιμοποίησης. Από εκεί και περά η τεχνική αυτή έχει γίνει κοινή διαδικασία με ρεκόρ πάνω από πέντε εκατομμύρια γεννήσεων

παγκοσμίως. Τα ζευγάρια πλέον μπορούν να αποκτήσουν τα δικά τους γενετικά μωρά.

Ο Robert Edwards, επιστήμονας και συνιδρυτής της τεχνητής γονιμοποίησης, έλαβε από το Ινστιτούτο Karolinska της Σουηδίας βραβείο Νόμπελ φυσιολογίας ή ιατρικής το 2010 για την αξιοσημείωτη εργασία του στο τομέα της γονιμοποίησης. Μακροπρόθεσμα, η βρετανική τεχνητή γονιμοποίηση έχει εκπροσωπήσει όχι μόνο τη μακροχρόνια δέσμευση της χώρας για επιστημονικά επιτεύγματα στο όνομα της εθνικής υγείας αλλά και την δέσμευσή της για έναν φιλελεύθερο αλλά ρυθμιζόμενο τομέα τεχνητής γονιμοποίησης, ο οποίος υποστηρίζεται από έναν κόσμο του Κοινοβουλίου. Το βρετανικό αναπαραγωγικό εθνικό προφίλ χαρακτηρίζεται από μια κοινωνική συναίνεση που είναι σταθερή και που ευνοεί την πρωταρχική δέσμευση για την επιστημονική πρόοδο που υπόκειται στο κράτος δικαίου για την κομματική πολιτική, τις θρησκευτικές αξίες ή τις δυνάμεις της αγοράς (Kamel, 2013).

Αν και η πρωτοπόρα χώρα της τεχνητής γονιμοποίησης είναι η Βρετανία, μετά από αυτή ακολουθούν οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Οι ΗΠΑ έπαιξαν και παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ιστορία της τεχνητής γονιμοποίησης και βοήθησαν στην αναπαραγωγική τεχνολογία παγκοσμίως. Η τεχνητή γονιμοποίηση στις ΗΠΑ είχε την πρώτη της κλινική επιτυχία το 1981. Από τότε, έγινε γνωστή για διαδικασίες που περιλαμβάνουν τρίτους, τέταρτους και πέμπτους φορείς ως γαμέτες-δωρητές και παρένθετες μητέρες. Στις ΗΠΑ αναπτύχθηκε η τεχνική για λεσβίες, ομοφυλόφιλους, αμφιφυλόφιλους και transsexual, ενώ η χώρα πρωτοστάτησε στην κοινωνική επανάσταση κατάψυξης ωαρίων. Ο γιατρός Landrum Shettler που αργότερα έγινε γνωστός σε μια αμφιλεγόμενη περιοχή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας, της επιλογής φύλου που εδρεύει στην Νέα Υόρκη φέρεται να πραγματοποίησε την πρώτη γνωστή κλινική διαδικασία τεχνητής γονιμοποίησης πέντε χρόνια πριν πετύχει στη Βρετανία. Οργάνωσε μια πορεία θεραπείας για τους ιδιώτες ασθενείς Doris και John Detzio το 1973. Η διαδικασία όμως σταμάτησε από ανώτερο συνάδελφό του για ηθικούς, νομικούς και επαγγελματικούς λόγους. Το 1978 μετά την είδηση της γέννησης της Louise Brown, οι σύζυγοι και γιατροί Georgeanna και Howard Jones ιδρύουν την πρώτη κλινική τεχνητής γονιμοποίησης των ΗΠΑ στην Ιατρική Σχολή της Ανατολικής Βιρτζίνια. Οι σύζυγοι συμφώνησαν με τον Edwards να τον βοηθήσουν <<να γονιμοποιήσει ανθρώπινα ωάρια με τεχνητό τρόπο και παρακολούθησαν στην συνέχεια την επιτυχία της προσπάθειά τους>> (Καντσά, 2014, σ.185). Στις 28 Δεκεμβρίου 1981 γεννήθηκε η Elizabeth Carr, το πρώτο μωρό τεχνητής γονιμοποίησης των ΗΠΑ (Thompson, 2016). Στην συνέχεια άλλες πέντε γυναίκες έμειναν έγκυες μέσω αυτής της διαδικασίας, ενώ άνοιξαν κι άλλες πέντε κλινικές. Η πρόσβαση σε αυτή την διαδικασία ως μορφή αναπαραγωγικής βοήθειας στις ΗΠΑ σχετίζεται με την φυλή, την τάξη, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, το μέρος στο οποίο ζει και την ηλικία του. Οι λόγοι που ωθούν τα ζευγάρια να προσχωρήσουν σε αυτή την διαδικασία και όχι την διαδικασία της υιοθεσίας είναι ότι στην υιοθεσία υπάρχουν αυξανόμενα εμπόδια και ακολουθούν το δρόμο της τεχνητής γονιμοποίησης. Η νομική υιοθεσία συνέχισε να είναι δύσκολη

στις ΗΠΑ και στο εξωτερικό για ελεύθερες γυναίκες, ελεύθερα ζευγάρια, λεσβίες, αμφιφυλόφιλους και τρανσέξουαλ. Επομένως η υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία προσέφερε ένα μέσο στους γονείς για διαφορετικούς οικογενειακούς μετασχηματισμούς.

Το 2013, με βάση το άρθρο της Charis Thompson, αποτελεί το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν πλήρη δεδομένα. Υπήρχαν στις ΗΠΑ 467 κλινικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας. Περίπου το 1,5% των παιδιών που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ το 2013 προέρχονται από υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία.

Στις ΗΠΑ η τεχνητή γονιμοποίηση εμφανίστηκε σε ένα πολιτικό πλαίσιο που χαρακτηρίζεται πρώτον από χαμηλά επίπεδα ομοσπονδιακής νομοθεσίας και ένα συνονθύλευμα κανονισμών για τις αναπαραγωγικές τεχνολογίες κατά πολιτεία, δεύτερον από την απουσία καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τρίτον από μια πολιτική συζήτηση για τις αμβλώσεις που περιόρισε την χρηματοδότηση για έρευνα. Η χαμηλή δημόσια χρηματοδότηση για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία και την υγειονομική περίθαλψη γενικότερα, κάνουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία να θεωρείται ευρέως ως υπό-ρυθμιζόμενη στις ΗΠΑ (Thompson, 2016). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Βρετανία όπου η τεχνητή γονιμοποίηση απεικονίζεται ως υπερβολικά ρυθμιζόμενη. Πολλές υποβοηθούμενες διαδικασίες αναπαραγωγικής τεχνολογίας είναι νόμιμες στις ΗΠΑ, ενώ αλλού έχουν απαγορευτεί όπως η παρένθετη μητρότητα και η δωρεά ωαρίων. Για λόγους συμφέροντος και όχι μόνο, οι ΗΠΑ στέλνουν τους δικούς τους αναπαραγωγικούς ταξιδιώτες (μελλοντικούς γονείς) στο εξωτερικό για να αναζητήσουν συμφέρουσες τιμές και δέχονται αναπαραγωγικούς ταξιδιώτες που αναζητούν διαδικασίες που είναι παράνομες ή μη διαθέσιμες στις χώρες τους. Αυτό συμβαίνει λόγω των πολύ διαφορετικών εθνικών περιβαλλόντων και κανονιστικών καθεστώτων τεχνητής γονιμοποίησης.

Μέχρι στιγμής είδαμε την αρχή της ιστορίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας και κατά επέκταση της τεχνητής γονιμοποίησης από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες, της Βρετανίας και των ΗΠΑ. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σε πάνω από 30 χώρες έχει αναπτυχθεί η υποβοηθούμενη αναπαραγωγική τεχνολογία και η κάθε ιστορία είναι διαφορετική. Στην παρούσα διπλωματική εκτός από την έμφαση στην Ελλάδα και την Ισπανία θα δούμε εν τάχει τις διαφορετικές ιστορίες της Δανίας, της Τουρκίας και του Ιράν.

Στην Τουρκία το πρώτο μωρό *tup bebek* (μωρό με σωλήνα), η Ece Cokar γεννήθηκε στις 18 Απριλίου 1989, έντεκα χρόνια μετά την γέννηση της Louise Brown. Μέσα σε δέκα ζευγάρια που δοκίμασαν αυτή την νέα τεχνική, οι γονείς του κοριτσιού υποβλήθηκαν σε θεραπεία τεχνητής γονιμοποίησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ege της Σμύρνης. Η ανάπτυξη της τεχνικής αυτής ήταν αργή και πειραματική. Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, μια ανασκόπηση της πρακτικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έδειξε ότι η Τουρκία είναι μία από τις χώρες με λιγότερες κλινικές

γονιμότητας σε όλη την Ευρώπη (Gurtin, 2016). Μια δεκαετία αργότερα τα πράγματα αλλάζουν. Μέχρι και το 2008 αλλά ίσως και αργότερα το *tur bebek* είναι μια μεγάλη και επικερδή βιομηχανία αφιερωμένη στην παραγωγή μωρών. Ο αριθμός κλινικών αυξήθηκε δραματικά από 66 το 2005 σε 91 το 2007 σε 22 πόλεις της Τουρκίας. Το 2014 υπήρχαν περίπου 120 κλινικές εξωσωματικής, ιδιαίτερα στην Άγκυρα, την Κωνσταντινούπολη και την Σμύρνη. Ορισμένες αναφορές εφημερίδων ισχυρίστηκαν ότι <<δύο εκατομμύρια γυναίκες περιμένουν *tur bebek*>> σε όλη την χώρα.

Στην Τουρκία θεσπίστηκε κανονιστικό πλαίσιο για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή το 1987 από έναν καθορισμένο φορέα στο Υπουργείο Υγείας. Πολύ αργότερα, το 2005 τέθηκε σε λειτουργία έκδοση ενός καταστατικού από το 2006 έως 2009 σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής της υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνολογίας στην Τουρκία, με έμφαση στην απαγόρευση οποιασδήποτε εμπλοκής τρίτου στην αναπαραγωγή. Η αναπαραγωγική βοήθεια τρίτων είναι ένα στιγματισμένο ταμπού στην Τουρκία. Οι εθνικές εντάσεις μεταξύ του Ισλάμ και της κοσμικής αντίληψης και ο ρόλος της Κυβέρνησης του Κόμματος Δικαιοσύνης και Ανάπτυξης συνέβαλαν στο να χαρακτηριστεί η Τουρκία ως νέο συντηρητική και κυριαρχούμενη από πατριαρχικό προναταλισμό (Gurtin, 2016). Με άλλα λόγια υποστηρίζεται ότι η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή χρησιμοποιείται εντός αυστηρών ετεροκανονιστικών παραμέτρων για να βοηθήσει την δημιουργία παραδοσιακών οικογενειών, όπου μια παντρεμένη γυναίκα και ο σύζυγός της συλλαμβάνουν και καλλιεργούν τους δικούς τους γενετικούς απογόνους. Τα λεγόμενα συζυγικά όρια στην Τουρκία, επιτρέπουν πρόσβαση σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μόνο σε παντρεμένα ζευγάρια. Αν γίνει παραβίαση αυτού του κανόνα από ιδιώτες, κλινικές και γενικά όσους εμπλέκονται υπόκεινται σε κυρώσεις. Μπορεί μεν η Τουρκία να είναι μια κοσμική χώρα αλλά έχει ένα σουνιτικό μουσουλμανικό πληθυσμό του οποίου οι απόψεις για τέτοια θεμελιώδη και ηθικά θέματα διαμορφώνονται από τη θρησκευτική τους σχέση και τις πτυχές του μουσουλμανικού πολιτισμού. Αυτά τα δύο αντιθετικά στοιχεία παίζουν κύριο ρόλο όσον αφορά τον καθορισμό του τρόπου άσκησης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Τουρκία. Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι η κατάσταση στην Τουρκία είναι διαφορετική από τις ΗΠΑ και Βρετανία, στις οποίες δεν υπάρχει ο περιορισμός στην πρόσβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η πολιτική στην Τουρκία στοχεύει στην δημιουργία μιας κλασικής πατριαρχικής οικογένειας σε αντίθεση με τις ΗΠΑ που δίνουν την ευκαιρία σε άτομα με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό να δημιουργήσουν ένα άλλου τύπου οικογένειας. Δύο χώρες με διαφορετικές ιστορίες.

Σε μια γειτονική χώρα της Μέσης Ανατολής, το Ιράν η διαμόρφωση της τεχνητής γονιμοποίησης έγινε δυνατή χάρη στην αλληλεπίδραση των δράσεων πρωτοπόρων γιατρών και επιστημονικών ομάδων με την υποστήριξη των σιτών νομικών (*fuqala*). Οι νομικοί έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αναπαραγωγική ζωή των πολιτών καθώς κατάφεραν να καταστήσουν αυτές τις τεχνολογίες συμβατές με τις ισλαμικές επιταγές της αναπαραγωγής. Το ισλαμικό καθεστώς έχει θέσει σε εφαρμογή ένα από τα πιο αξιολογικά προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Το καθεστώς Pahlavi είχε

ως στόχο την εκσυγχρονισμό της ιρανικής κοινωνίας, η οποία περιελάμβανε ένα προγραμματισμό που χρηματοδοτήθηκε από την κυβέρνηση το 1967 για την μείωση της αύξησης του πληθυσμού (Tremayne, Akhondi, 2016). Το Ιράν υποστηρίζει την καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας της μητέρας και των μωρών κάτι που μπορεί να συμβεί με λιγότερες γεννήσεις. Μειώνοντας το μέγεθος των οικογενειών και δημιουργώντας ένα υγιές και καλά μορφωμένο μουσουλμανικό έθνος κατανοούμε την σύνδεση της αναπαραγωγής με την εθνική ταυτότητα. Ωστόσο το Ιράν περνά από διάφορες διακυμάνσεις. Αλλάζει δραματικά η πληθυσμιακή πολιτική. Ο Ιρανός Πρόεδρος Αχμαντινεζάντ ανακοίνωσε μια νέα πολιτική για την ενθάρρυνση της αύξησης του πληθυσμού λέγοντας ότι ο προηγούμενος οικογενειακός προγραμματισμός ήταν ασεβής.

Η τεχνητή γονιμοποίηση στο Ιράν εισήχθη στο πρόγραμμα του οικογενειακού προγραμματισμού την δεκαετία του 1980. Εγκρίθηκε μόνο σε ετεροφυλόφιλα παντρεμένα ζευγάρια, κάτι που μοιάζει με την περίπτωση της Τουρκίας, καθώς σύμφωνα με το ισλαμικό δίκαιο (saria) αν η σύλληψη γινόταν εκτός γάμου, το παιδί θεωρείται παράνομο ή νόθο. Επομένως, η χρήση τρίτων στην αναπαραγωγή φαινόταν ασυμβίβαστη. Ο ισλαμικός νόμος έχει ένα αυστηρό ταμπού για τις σεξουαλικές σχέσεις εκτός γάμου (zena). Το ταμπού αυτό έχει σχεδιαστεί για να προστατεύει την πατρότητα και κατά επέκταση την οικογένεια, η οποία ορίζεται από τους πέντε στόχους του ισλαμικού νόμου (Tremayne, Akhondi, 2016). Σε αυτό το σημείο οι νομικοί έπρεπε να βρουν έγκυρα επιχειρήματα για να δικαιολογήσουν την νομιμότητα της δωρεάς τρίτων. Για να νομιμοποιηθεί η δωρεά γαμετών τρίτων ορισμένοι νομικοί πρότειναν διάφορες λύσεις όπως αυτή του προσωρινού γάμου, όπου μοιάζει με τον μόνιμο γάμο αλλά έχει συμφωνηθεί ένα χρονικό όριο μεταξύ 2 ωρών μέχρι και 99 χρόνων. Αυτό επέτρεπε στο υπογόνιμο ζευγάρι να λάβει γαμέτες από δότη, ο οποίος θα ήταν και ο προσωρινός σύζυγος. Η γονιμοποίηση πραγματοποιείται χωρίς την σωματική επαφή των δύο μερών. Μέχρι σήμερα οι απόψεις παραμένουν διχασμένες.

Το 1987 έγινε το πρώτο βήμα προς την εφαρμογή της τεχνητής γονιμοποίησης από το Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών του Ιράν μαζί με το Ιρανικό Κέντρο Εκπαίδευσης Πολιτισμού και Έρευνας. Ο καθηγητής Safaa Al-Hasani, κορυφαίος εμπειρογνώμονας στην τεχνητή γονιμοποίηση παρουσίασε αυτή την νέα τεχνολογία. Στην συνέχεια ο γιατρός Alfatounian, διευθυντής του νοσοκομείου στο Πανεπιστήμιο Shahid Sadughi του Yazd (κεντρικό Ιράν) κάλεσε τον Al-Hasani για να βοηθήσει στην ίδρυση της πρώτης κλινικής τεχνητής γονιμοποίησης στην πόλη. Τα πρώτα μωρά τεχνητής γονιμοποίησης ήταν δίδυμα και γεννήθηκαν στις 27 Δεκεμβρίου 1991, ενώ το δεύτερο μωρό γεννήθηκε στην Τεχεράνη στις 23 Ιουλίου 1993 στο Ινστιτούτο Royan, που ήταν και η πρώτη κλινική που άνοιξε στην Τεχεράνη το 1991 (Tremayne, Akhondi, 2016). Επί του παρόντος, στην Τεχεράνη λειτουργούν 61 κλινικές υπογονιμότητας από τις οποίες οι 24 είναι δημόσιες και οι 37 ιδιωτικές. Εκτός από το Ινστιτούτο Royan ιδρύθηκε και το Ινστιτούτο έρευνας της Avicenna τα

οποία παραμένουν τα σημαντικότερα ινστιτούτα στον τομέα των τεχνολογιών αναπαραγωγής στο Ιράν.

Με βάση τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στις χώρες της Μέσης Ανατολής. Το Ιράν από τη μία ακολουθεί τον ισλαμικό νόμο που περιορίζει την αναπαραγωγή σε ετεροφυλόφιλα ζευγάρια. Διαφέρει από άλλες χώρες, όπου η δωρεά τρίτων είναι διαθέσιμη σε παντρεμένα και άγαμα ζευγάρια, μεμονωμένους γονείς και μη ετεροφυλόφιλους. Από την άλλη πλευρά, διαφέρει ακόμη περισσότερο από άλλες μουσουλμανικές χώρες όπου η πλειοψηφία των μουσουλμάνων είναι σουνίτες και δεν επιτρέπουν δωρεές τρίτων σε οποιαδήποτε μορφή. Οι νομικοί νομιμοποίησαν την πρακτική των υποβοηθούμενων αναπαραγωγικών τεχνολογιών και αυτό είχε ως συνέπεια την διεύρυνση και τον επαναπροσδιορισμό της γενεαλογίας από εκείνη μιας αποκλειστικής σχέσης αίματος μεταξύ του γονέα και του παιδιού έτσι ώστε να συμπεριληφθεί η σχέση μέσω μεταφοράς των γονικών δικαιωμάτων από τον βιολογικό γονέα στον κοινωνικό γονέα. Με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή οι αντιλήψεις του κοινού όσον αφορά την υπογονιμότητα μετατοπίζονται από την ταλαιπωρία στην θεραπευτική κατάσταση (Tremayne, Akhondi, 2016).

Αλλά και ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις με αναφορά στην χρήση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στη Δανία για παράδειγμα, το πρώτο μωρό τεχνητής γονιμοποίησης, Troels Renard Ostbjerg, γεννήθηκε το 1983. Η έλευση της τεχνητής γονιμοποίησης περιελάμβανε επαναδιαπραγμάτευση του ρόλου της θεσμοθετημένης ιατρικής και του κράτους πρόνοιας στη δημιουργία θεμάτων και πολιτών, καθώς και την αίσθηση συλλογικότητας γύρω από το δημιουργικό μέλλον της Δανίας. Από την δεκαετία του 1980 και του 1990 αρχίζει να σκιαγραφείται η κοινωνική και πολιτισμική ιστορία της τεχνητής γονιμοποίησης στην Δανία. Η τεχνική αυτή έχει στόχο να βοηθήσει τους άτεκνους. Είναι μια τεχνολογία που πρέπει να έχει νόημα από εκείνους που τη διαχειρίζονται, τη ρυθμίζουν και την χρησιμοποιούν για να γίνουν αποδέκτες. Έχει γίνει νόμιμη. Είναι κάτι περισσότερο όμως από το να έχεις παιδιά. Είναι μια τεχνολογία κοινωνικής σύμβασης (Mohr, Koch, 2016). Το 2014, 2024 παιδιά γεννήθηκαν από τεχνητή γονιμοποίηση, δηλαδή περίπου το 4,8% όλων των παιδιών που γεννήθηκαν εκείνο το έτος στην Δανία. Οι θεραπείες τεχνητής γονιμοποίησης σε αντίθεση με την Τουρκία και το Ιράν καλύπτονται από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και χρηματοδοτούνται για όλες τις άτεκνες γυναίκες έως την ηλικία των 40 ετών. Κάθε χρόνο περίπου το 8% των παιδιών γεννιούνται με τεχνητή γονιμοποίηση. Αυτό καθιστά την τεχνολογία αυτή μέρος της καθημερινής ζωής της Δανίας με την έννοια ότι βοηθά την οικοδόμηση οικογενειών. Σε αντίθεση με τις χώρες της Μέσης Ανατολής, η τεχνολογία αυτή παραχωρεί πρόσβαση σε όλες τις γυναίκες ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση και τον σεξουαλικό προσανατολισμό. Ο αποκλεισμός από αυτή την θεραπεία συμβαίνει μόνο σε κάποιο σωματικό/ διανοητικό μειονέκτημα, σε ένα ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή και σε ιστορικό αποτυχίας στο καθήκον φροντίδας ενός παιδιού. Πιο αναλυτικά, μετά από εκτεταμένες συζητήσεις

το 2006 η δωρεά σπέρματος είναι μια πολύ συνηθισμένη και εμπορευματοποιημένη επιχείρηση στη Δανία, ενώ η πρακτικής της δωρεάς ωαρίων υπέστη νομικούς περιορισμούς και απέχει πολύ από το να πραγματοποιηθεί. Απαγορεύεται η πώληση ή η συμμετοχή στην πώληση ανθρώπινων ωαρίων καθώς και η παρένθετη μητρότητα. Έτσι τα αναπαραγωγικά κύτταρα των γυναικών δεν είναι διαθέσιμα, ενώ τα ανδρικά είναι. Από αυτό γίνεται κατανοητό ότι η αναπαραγωγική δωρεά στην Δανία έχει φύλο. Οι γυναίκες που θέλουν να χρησιμοποιήσουν την δωρεά ωαρίων καταφεύγουν σε χώρες του εξωτερικού στις οποίες επιτρέπεται η πρακτική αυτή, όπως για παράδειγμα στις ΗΠΑ και το Μεξικό. Η Δανία διαθέτει 21 κλινικές γονιμότητας από τις οποίες 9 είναι δημόσιες και 12 ιδιωτικές (Mohr, Koch, 2016).

Η Lene Koch ήταν η πρώτη ερευνήτρια κοινωνικών επιστημών στην Δανία που μελέτησε την τεχνητή γονιμοποίηση και επικεντρώθηκε στην ιατρική της αναπαραγωγής και κυρίως στο γυναικείο σώμα. Θα χρειαστούν 10 σχεδόν χρόνια έως ότου η τεχνητή γονιμοποίηση να ρυθμιστεί νόμιμα. Όταν τέθηκε ο δανικός νόμος γονιμοποίησης σε ισχύ το 1997, οι λεσβίες και ανύπαντρες γυναίκες είχαν αποκλειστεί από τη θεραπεία με σπέρμα δότη και μόνο το 2006 η γονιμοποίηση των δωρητών και η τεχνητή γονιμοποίηση έγιναν νόμιμες για λεσβίες και ανύπαντρες γυναίκες. Πριν όμως από την ψήφιση του νόμου το 1997, από το 1986 έως το 1997 υπήρχε ένα νομικό κενό, στο οποίο οι κλινικές ήταν ελεύθερες να προσφέρουν θεραπεία σε οποιονδήποτε (Mohr, Koch, 2016).

2. Ανθρωπολογικές προσεγγίσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Μετά από την εισαγωγή για την ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας εστιάζει σε μια γενικότερη ανθρωπολογική πλαισίωση και αποτελεί μια προετοιμασία για την ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και έρευνας με επίκεντρο την Ελλάδα που θα δούμε στο επόμενο μέρος. Πιο συγκεκριμένα, θα εστιάσουμε στο έργο της ανθρωπολόγου Marilyn Strathern με αναφορά στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και τη σχέση της με την συγγένεια και την εμπορευματοποίηση, ενώ θα εξετάσουμε και τον όρο CBRC (Cross Border Reproductive Care).

2.1. Εισαγωγή και πρώτες μελέτες

Η πρώτη σημαντική εθνογραφία για την σύλληψη ανήκει στον Bronislaw Malinowski (1922) όταν ερμηνεύει την πρωτάκουστη ερμηνεία για έναν δυτικό ανθρωπολόγο άποψη των Trobriand <<ότι οι γυναίκες δεν γονιμοποιούνται από τους συζύγους τους αλλά από τα μητρογραμμικά πνεύματα του κλαν τους με αναφορά στην ηγεμονική θέση που κατέχει η γυναίκα στην κοινωνία αυτή με το δικαίωμα της μητέρας. Καταγωγή, συγγένεια και κάθε κοινωνική σχέση αναγνωρίζονται μόνο μέσω της μητέρας>> (Καντσά, 2015, σ.13). Για τους Peter Loizos και Patrick Heady η συμβολή του Malinowski ήταν σημαντική γιατί έθεσε τρία θέματα που απασχολούν την ανθρωπολογία της αναπαραγωγής μέχρι σήμερα: <<α) το γεγονός ότι υπάρχει μια παράλληλη σχέση ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και τις αντιλήψεις γύρω από την αναπαραγωγική φυσιολογία, β) τη σημασία της πνευματικής παρεμβολής στην ανθρώπινη αναπαραγωγή και γ) το ζήτημα της πίστης>> (Καντσά, 2015, σ. 13-14).

Από την δεκαετία του 1980 οι ανθρωπολόγοι είχαν αρχίσει να ασχολούνται με τις κοινωνικές και τις πολιτισμικές διαστάσεις των ραγδαίων αλλαγών στον χώρο της αναπαραγωγής και της γενετικής και ειδικά με ζητήματα που αφορούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Με τον όρο υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αναφερόμαστε σε << α) σπερματέγχυση είτε με σπέρμα του συζύγου ή συντρόφου της γυναίκας (ομόλογη) είτε με γενετικό υλικό άλλου άνδρα (ετερόλογη), β) γονιμοποίηση ωαρίου έξω από το γυναικείο σώμα (εξωσωματική γονιμοποίηση ή γονιμοποίηση *in vitro*) γ) αναπαραγωγή με χρήση ωαρίου άλλης γυναίκας δ) προσφυγή στην βοήθεια άλλης γυναίκας που θα κυφορήσει το γονιμοποιημένο ωάριο ε) δυνατότητα μεταθανάτιας γονιμοποίησης ή εμφύτευσης κρυοσυντηρημένου γενετικού υλικού>> (Καντσά, 2015, σ.14).

2.2. Η οπτική της Marilyn Strathern

Η πρώτη σημαντική δουλειά με αναφορά στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ανήκει στην βρετανίδα ανθρωπολόγο Marilyn Strathern, η οποία ασχολήθηκε μεταξύ άλλων με θέματα αναπαραγωγικών τεχνολογιών. Σε αυτό που ακολουθεί θα δούμε τον τρόπο με τον οποίο η Strathern προσεγγίζει τα ζητήματα που έχει επιφέρει η χρήση της βιοτεχνολογίας αναπαραγωγής. Σύμφωνα με την Strathern, οι νέες αναπαραγωγικές δυνατότητες- γονιμοποίηση in vitro, δωρεά γαμετών, παρένθετη μητρότητα- διαμορφώνουν νέες δυνατότητες στοχασμού της συγγένειας. <<Οι εξελίξεις στην αναπαραγωγική ιατρική μας έχουν επιτρέψει να παρεμβαίνουμε στην τεκνοποιία με πρωτοφανείς τρόπους και υπό συνθήκες των οποίων οι πλήρεις επιπτώσεις μπορούν να καταστούν γνωστές μόνο από το αποτέλεσμα της ίδιας της παρέμβασης>> (Strathern, 2008, σ.42). Λόγω των μεταβολών στο πεδίο της αναπαραγωγικής ιατρικής και των δυνατοτήτων επιλογής που προσφέρει η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, επηρεάζουν τον τρόπο που σκεφτόμαστε για την συγγένεια. Στην απλή γλώσσα <<η λέξη συγγενής σημαίνει κάποιον με τον οποίο ο βαθμός σχέσης είναι κοινωνικά αναγνωρισμένος>> (Strathern, 2008, σ.65). Η ανθρώπινη συγγένεια είναι ένα γεγονός της κοινωνίας το οποίο εδράζεται σε γεγονότα της φύσης. Τα πρόσωπα που αναγνωρίζουμε ως συγγενείς διακρίνονται σε εξ' αίματος και σε αυτά που δημιουργούνται μετά το γάμο με την προοπτική της τεκνοποίησης (εξ' αγχιστείας). Η διαδικασία της τεκνοποίησης ανήκει στην σφαίρα της φύσης και όχι της κοινωνίας, άρα η συγγένεια συνδέει τις δύο σφαίρες. Με τις σύγχρονες δυνατότητες για τεχνητή γονιμοποίηση εισάγεται μια νέα αντίθεση μεταξύ της φυσικής και της τεχνητής διαδικασίας. <<Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή καθιστά τον βιολογικό γονέα μια ξεχωριστή κατηγορία. Με την ίδια διαδικασία, ο κοινωνικός γονέας στοιχειοθετείται ως δυνάμει ελλειμματικός με βάση τα βιολογικά διαπιστευτήρια>> (Strathern, 2008, σ.71). Με άλλα λόγια, η συγγένεια συνδυάζει την κοινωνική και την φυσική σφαίρα και αποτελεί τον τρόπο αλληλεπικάλυψής τους. Οι τεχνολογικές και οι ιατρικές εξελίξεις υποβοηθούν τα φυσικά γεγονότα της τεκνοποίησης, ενώ η νομοθεσία υποβοηθά τα κοινωνικά γεγονότα της αναγνώρισης της συγγένειας. Έτσι η συγγένεια υποβοηθείται κατά διττό τρόπο. Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής αλλά και οι νομοθετικές και άλλες πράξεις έχουν στόχο να βοηθήσουν τη φυσική διαδικασία αλλά και τον κοινωνικό ορισμό της συγγένειας. Αλλά αυτή η διπλή υποβοήθηση δημιουργεί νέες αβεβαιότητες. <<Όσο περισσότερη νομική βεβαιότητα προσδίδουμε στην κοινωνική γονεϊκή ιδιότητα, τόσο περισσότερο υποσκάπτουμε τις προϋπάρχουσες παραδοχές μας ως προς την εγγενή φύση των ίδιων των σχέσεων. Όσο περισσότερο διευκολύνεται η βιολογική αναπαραγωγή των ανθρώπινων προσώπων, τόσο δυσκολότερο είναι να σκεφτούμε μια σφαίρα φυσικών γεγονότων ανεξάρτητη από την κοινωνική παρέμβαση>> (Strathern, 2008, σ.90).

Οι θεραπείες που υπάρχουν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υπογονιμότητας δείχνουν την πολιτισμική παραδοχή ότι οι άνθρωποι επιθυμούν τα δικά τους παιδιά. Το παράδοξο που δημιουργεί αυτή η διευκόλυνση δεν υποβοηθά την δημιουργία γονέων αλλά την δημιουργία παιδιών. Η αγγλική λέξη child (παιδί) σημαίνει τόσο απόγονο όσο και νεαρό πρόσωπο. <<Αυτό που υποβοηθείται είναι η δημιουργία προσώπων και ιδιαίτερα μεμονωμένων προσώπων>> (Strathern, 2008,

σ.73). Ένα ανθρώπινο ον έρχεται στη ζωή όταν μπορεί να αναγνωριστεί ως μοναδικό άτομο. Οι συζητήσεις γύρω από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κάνουν σαφές το γεγονός ότι κανένας δεν έρχεται στη ζωή χωρίς να ενωθούν δύο συμπληρωματικές ουσίες. Κανείς δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς γονείς. Οι Ευρωπαϊκοί αντιλαμβάνονται τη συγγένεια είναι ότι κάθε άνθρωπος έχει γονείς με την βιολογική έννοια, ανεξάρτητα από το αν τους γνωρίζει ή όχι. Και αυτό γιατί η ίδια η μεταβίβαση των ουσιών θεωρείται ότι απονέμει ταυτότητα. Το δικαίωμα του παιδιού να γνωρίζει τους γονείς τους θέτει το ζήτημα τις σχέσεις τους. Επιπλέον ένα αξίωμα της ευρωπαϊκής συγγένειας είναι ότι οι γονείς πρέπει να εξασφαλίζουν στα παιδιά τους το σωστό περιβάλλον. Η βιολογική και η κοινωνική γονεϊκή ιδιότητα συνδυάζονται. Η καταλληλότητα των γονέων εξαρτάται από την ικανότητά τους να εξασφαλίσουν τις κατάλληλες φυσικές συνθήκες για την ανάπτυξη του παιδιού. Γίνονται επίκεντρο οι ανάγκες του παιδιού ως μεμονωμένου εαυτού και οι γονείς ορίζονται με τις αντίστοιχες ανάγκες του (Strathern, 2008). Ωστόσο, το παιδί δεν μπορεί να διαλέξει ποιοι θα είναι οι γονείς του αλλά μπορεί να ξεφύγει από την επιρροή τους, να αρνηθεί την ιδιοκτησία τους και να ακολουθήσει διαφορετική πορεία ως αυτόνομο πρόσωπο.

Αναφερόμενη στις τεχνολογίες αναπαραγωγής, η ερευνητική έκθεση του Glover προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ζήτησε να εξετασθούν τα ηθικά και άλλης φύσης κοινωνικά ζητήματα τα οποία εγείρονται από τις τεχνικές οι οποίες επεκτείνουν τις αναπαραγωγικές επιλογές. Με την έκφραση <<αναπαραγωγική επιλογή>> εννοείται η γονιμότητα, η τεχνητή γονιμοποίηση, η γονιμοποίηση in vitro και η παρένθετη μητρότητα. Οι νέες αυτές τεχνικές θα μας επιτρέψουν να επηρεάσουμε το είδος των ανθρώπων που γεννιούνται. Οι καιροί μας μπορεί να θεωρηθούν <<περίοδος στην οποία γίναμε ικανοί να αναλάβουμε τον έλεγχο της ίδιας μας της βιολογίας και ιδιαίτερα της ίδιας μας της αναπαραγωγικής διαδικασίας>> (Strathern, 2008, σ.92). Οι νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής παρουσιάζονται σαν να ανοίγουν νέες εναλλακτικές δυνατότητες αναπαραγωγής που υποδεικνύουν το όραμα μιας βιολογίας υπό έλεγχο και οικογενειών που θα μπορούν να έχουν ελεύθερα την δική τους μορφή. Η τεκνοποίηση νοείται ως υποκειμενική στην επιλογή και την προσωπική προτίμηση. Το παιδί είναι η κυριολεκτική, χαρμόσυνη ενσάρκωση της πράξης της επιλογής (Strathern, 2008). Αυτό ισχύει όχι μόνο για τα παιδιά που γεννιούνται μέσω αυτών των τεχνικών αλλά και για εκείνα που δεν γεννιούνται μέσω αυτών, όπως και για όσα δεν γεννιούνται καν. Το να μην προβεί κάποιος σε μια τέτοια επιλογή αποτελεί και αυτό μια επιλογή.

Επιπλέον ένα ζήτημα που θίγει η Strathern είναι αυτό της εμπορευματοποίησης και της αξίας στην προτίμηση και στην δυνατότητα αυτής της επιλογής. Αυτοί που αναζητούν ιατρική υποβοήθηση είναι πιο σωστό να μην αντιμετωπίζονται ως ανάπηροι ή ασθενείς που αναζητούν ίαση αλλά ως πελάτες που αναζητούν υπηρεσίες. Τα χρήματα και η υποβοήθηση πραγματώνουν επιθυμίες που δεν θα μπορούσαν να κάνουν. <<Μπορούμε να θεωρήσουμε αυτές τις υπηρεσίες όχι απλώς ως ανθρώπινο εγχείρημα το οποίο διεξάγεται για λογαριασμό εκείνων που θέλουν να είναι τολμηροί,

αλλά ως επιχειρηματική δραστηριότητα που εξυπηρετεί εκείνους που θα κάνουν την ύπαρξη οικογένειας επιχειρηματική δραστηριότητα>> (Strathern, 2008, σ.99). Παραγωγοί και καταναλωτές ζουν εξίσου οι μεν με βάση τις επιλογές των δε. Οι μεν παραγωγοί (γιατροί) υλοποιούν, κατά την παραγωγή, τις επιλογές των πελατών τους και οι δε καταναλωτές επιλέγουν ανάμεσα σε υλοποιημένες επιλογές εκείνων που παρέχουν τις υπηρεσίες (γιατροί, κλινικές). Κατανοεί κανείς έναν κόσμο γεμάτο από πρόσωπα που υλοποιούν τις επιλογές των άλλων. Οι νέες τεχνικές γονιμοποίησης δεν θεραπεύουν καθεαυτή την γονιμότητα αλλά την ατεκνία, καθιστούν έναν γονέα εν δυνάμει ικανό να έχει πρόσβαση στην γονιμότητα άλλων. Η έκθεση του Clover σχολιάζει την εμπορευματοποίηση στις συναλλαγές που αφορούν γαμέτες. Η σκέψη της παροχής και της αγοράς αγαθών και υπηρεσιών είναι τόσο διαδεδομένη έτσι ώστε οι συναλλαγές γαμετών δεν αποτελούν αδιανόητη εμπορική πράξη (Strathern, 2008). Τα ανθρώπινα όντα είναι πολυμήχανα και επιχειρηματικά πλάσματα. Όταν στην συγγένεια προσδίδεται επιχειρηματικός χαρακτήρας θίγεται για την βρετανική και την ευρωπαϊκή ιδέα του τι είναι η επινοητικότητα και η επιχειρηματικότητα. Η μοίρα του κάθε ανθρώπου θα είναι να συμβιβαστεί με τα αποτελέσματα της επινοητικότητας και της επιχειρηματικότητας των άλλων.

Τα ανθρώπινα πλάσματα εκτός από πολυμήχανα είναι γόνιμα εκ φύσεως και οι πράξεις τεκνοποίησης θεωρούνταν κατά κανόνα πράξεις φυσικές. Οι μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι διορθωτικές επεμβάσεις σε ζευγάρια που χρειάζονται βοήθεια. Αυτού του είδους η επέμβαση είναι μεν τεχνητή, ωστόσο όχι μόνο δεν δημιουργεί αυτόνομη σφαίρα επιχειρηματικότητας αλλά είναι μια επέμβαση που ανταποκρίνεται άμεσα στην φυσική διαδικασία. Η γονιμοποίηση *in vitro* δίνει την ευκαιρία στους φυσικούς γονείς να έχουν παιδιά με δικά τους γενετικά χαρακτηριστικά. Το μόνο φυσικό στοιχείο μπορεί να είναι απλώς η επιθυμία της απόκτησης παιδιών με κάποια μορφή τοκετού, σε αντίθεση με την υιοθεσία. <<Η υποβοήθηση της σύλληψης καθίσταται λοιπόν ο πρωτεύον στόχος της ιατρικής έρευνας, της δημιουργίας κλινικών και του δημόσιου συμφέροντος>> (Strathern, 2008, σ.137). Εκτός όμως από την επιθυμία που είναι φυσική, τονίζεται και η φυσικότητα της μήτρας. Η νέα τεχνολογία θεωρείται ότι διευρύνει τις σφαίρες που ανοίγονται στην ανθρώπινη επιλογή. Η επιλογή του φύλου στοχεύει στην βοήθεια των ζευγαριών που διατρέχουν κίνδυνο να γεννήσουν παιδιά με φυλοσύνδετες ασθένειες. Το δεδομένο είναι ότι η τεχνολογία αφορά το μέλλον και κυριολεκτικά βοηθά τη <<ζωή>> να <<λειτουργήσει>>.

Πολλές φορές δε τίθεται μόνο η επιλογή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής κάτω από το πρίσμα της εμπορευματοποίησης και αυτό φαίνεται στην τεχνητή γονιμοποίηση με δωρητή. Αρχικά υπάρχει η παραδοχή ότι το σπέρμα δωρίζεται, ενώ η μήτρα δανείζεται μόνο. Το σπέρμα εμφανίζεται ως ορατό σωματικό υλικό που μπορεί να αποσπαστεί και μπορεί να απαλλοτριωθεί. Και αφού μπορεί να απαλλοτριωθεί, η προέλευσή του μπορεί να αμφισβητηθεί. <<Οι άνθρωποι του 20^{ου} αιώνα που κάνουν λόγο για δωρεά σπέρματος το αντιμετωπίζουν ως ουσία που θα γονιμοποιήσει το μητρικό ωάριο είτε η ταυτότητά της είναι γνωστή είτε όχι>>

(Strathern, 2008, σ.267). Η γονιμοποίηση με δωρητή προσθέτει την δυνατότητα η σύλληψη να μην χρειάζεται να συνοδεύεται από σωματική κίνηση, κίνηση απαιτείται μόνο για να παραχθεί το σπέρμα. Επίσης και η δωρεά ωαρίων έχει περάσει στην φαντασία των μη ειδικών ως ανάλογη διαδικασία με τη δωρεά σπέρματος. Στην παρένθετη μητρότητα υπάρχει κάποιου είδους σύμπραξη ανάμεσα στο ζευγάρι και την παρένθετη. Πρόκειται για ενοικίαση μήτρας ή για δώρο ζωής. Έτσι η δωρεά μπορεί είτε να είναι απλά μια πράξη σωματικής εκσπερμάτωσης για έναν ανώνυμο αποδέκτη (σύνδεση και με την εμπορευματοποίηση), είτε μια σχέση ανάμεσα σε δωρητή και αποδέκτη που συμπράττουν σε ένα κοινό εγχείρημα. Σε αυτή την δεύτερη περίπτωση η δωρεά συνεπάγεται σε μια αγαθή χειρονομία, την προσωπική θυσία, το δημόσιο καλό του δώρου προς την κοινωνία. Στην δωρεά ωαρίου και ειδικά στην προσφορά κυοφορίας παιδιού, δημιουργείται μια σχέση σύμπραξης ανάμεσα στη δότρια και την αποδέκτρια. Μια παρένθετη κύηση ή ένα ωάριο δωρισμένο από μια στενή συγγενή μπορεί να θεωρηθεί ως μια έκφραση αγάπης. <<Η κυοφορούσα μητέρα, συγγενής ή όχι, θεωρείται ότι θυσιάζει τη βολή και την άνεσή της προκειμένου να προσφέρει σε άλλους τη δυνατότητα να κάνουν παιδιά, λόγω της φύσης του έργου της και λόγω της προσπάθειας να προστατευτούν οι πράξεις αυτού του είδους από την εμπορική εκμετάλλευση, η γλώσσα της προσφοράς δώρου, όπως στην περίπτωση της αγαθοεργίας, είναι η γλώσσα του αλtruισμού>> (Strathern, 2008, σ.270).

2.3. Η δωρεά γενετικού υλικού σε Ελλάδα και Ισπανία

Με την εξέλιξη της ιατρικής, η δωρεά γενετικού υλικού αποτελεί μια πρακτική που επιτρέπεται στην Ελλάδα και στην Ισπανία. Η διαδικασία είναι πολύπλοκη και ποικίλει ανά περιοχή. Η εμπειρία της δωρεάς είναι ατομική και ιδιοσυγκρασιακή. Μέσω αυτής δωρίζεται σημαντικά γεννητικό υλικό χωρίς όμως να παράγουν γενεαλογικούς δεσμούς. Στην Ισπανία το 1984 έγινε η πρώτη επιτυχής εγκυμοσύνη με τη χρήση τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τέσσερα χρόνια αργότερα ψηφίστηκε ο νόμος της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ένας από τους πιο φιλελεύθερους στην Ευρώπη (Orobitg, Salazar, 2005). Αντίστοιχα στην Ελλάδα η πρώτη επιτυχής εγκυμοσύνη με τη χρήση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πραγματοποιήθηκε το 1983, ενώ το νομοθετικό πλαίσιο διαμορφώθηκε το 2005 και το 2005 (Τουντασάκη 2013, Καντσά 2014). Η δωρεά γενετικού υλικού αποτελεί την ευκαιρία σε πολλούς ανθρώπους που δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά να κάνουν το όνειρό τους πραγματικότητα. Η διαδικασία είναι η ίδια απλά υπάρχουν διαφορές ανάλογα με την χώρα. Δεν είναι μόνο όμως μια διαδικασία. Εμπλέκονται πρόσωπα, συναισθήματα, κοινωνικοί ή μη δεσμοί, νόμοι, αγάπη, οικονομική ανάγκη και σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Η Ελλάδα και η Ισπανία αποτελούν πρωτοπόρες χώρες στην δωρεά ξένου γενετικού υλικού (ωαρίων και σπέρματος) και πόλος έλξης ξένων για αναζήτηση αυτής της πρακτικής.

2.4. Διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα (CBRC)

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αφιερώσουμε ένα κομμάτι για να καταλάβουμε το τι είναι διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα (CBRC, Cross Border Reproductive Care). Αποτελεί ένα ταχέως αναπτυσσόμενο φαινόμενο στη διασταύρωση της ιατρικής, των νόμων, των επιχειρήσεων και των ταξιδιών. Αναφέρεται και ως <<αναπαραγωγικός τουρισμός>>, <<παραγωγικός τουρισμός>> ή <<τουρισμός γονιμότητας>> αλλά ακόμα και ως <<διακρατική αναπαραγωγή>> (Gurtin, Inhorn, 2011). Τα άτομα που θέλουν να πραγματοποιήσουν τις παραπάνω επιθυμίες και να αποκτήσουν οικογένεια προβαίνουν στην διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα, όπου αυτή υποδηλώνει την μετακίνηση των ατόμων από τη μία διαδικασία στην άλλη για να έχουν πρόσβαση ή να παρέχουν θεραπείες γονιμότητας. Η CBRC ενεργοποιείται από την παγκοσμιοποίηση, η οποία κάνει το διεθνικό ταξίδι των προσώπων, των τεχνολογιών και ιδεών ολοένα και ευκολότερο. Επίκεντρο εδώ είναι οι άνδρες και οι γυναίκες, οι οποίοι διασχίζουν τα σύνορα για να έχουν πρόσβαση σε θεραπείες γονιμότητας υπό συνθήκες που είναι διαφορετικές από εκείνες τις διαδικασίες που είναι διαθέσιμες στην χώρα καταγωγής τους. Οι μελέτες έχουν εντοπίσει τουλάχιστον 10 διαφορετικούς λόγους για τους οποίους τα άτομα μπορούν να συμμετάσχουν στην CBRC: <<1^ο νομικές, θρησκευτικές ή ηθικές απαγορεύσεις, 2^ο άρνηση θεραπείας σε ορισμένες κατηγορίες ατόμων (βάση ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης ή σεξουαλικού προσανατολισμού), 3^ο υψηλό κόστος, 4^ο απουσία υποβοηθούμενων αναπαραγωγικών τεχνολογιών σε πόρους- φτωχές χώρες λόγω έλλειψης εμπειρογνομosύνης και εξοπλισμού, 5^ο μεγάλος χρόνος αναμονής λόγω έλλειψης πόρων, 6^ο ζητήματα ασφάλειας, 7^ο ποσοστά φροντίδας ή/ και επιτυχίας χαμηλής ποιότητας, 8^ο επιθυμίες για πολιτισμική κατανόηση (για παράδειγμα η γλώσσα και η θρησκεία), 9^ο εγγύτητα στα δίκτυα και τα μέλη της οικογένειας και 10^ο ζητήματα απόρρητου>> (Gurtin, Inhorn, 2011, σ.536). Συνεπώς, ο όρος CBRC περιλαμβάνει μια σειρά πολύ διαφορετικών τροχιών, με διαφορετικά συστατικά, διαφορετικές καταγωγές και προορισμούς, διαφορετικές επιθυμίες και κίνητρα που οδηγούν σε διαφορετικές ανησυχίες και αποτελέσματα. Ωστόσο, είναι πολύ πιθανό ότι η πρακτική της CBRC επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα, από την άριστη εξυπηρέτηση στο ένα άκρο και από την άλλη δεν είναι λίγες οι φορές που συναντάμε περιπτώσεις παραμέλησης (νόμοι εκάστοτε χώρας) ή κατάχρησης (γιατροί, κλινικές) σε βάρος των άλλων. Η CBRC αναγνωρίζεται από επαγγελματικές οργανώσεις, ομάδες υποστήριξης ασθενών αλλά και ως ένας τομέας που χρειάζεται συνεχή και αυστηρή προσοχή. Αποτελεί τον 21^ο αιώνα ένα αυξανόμενο παγκόσμιο φαινόμενο που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική ευεξία, την σωματική υγεία, τις σχέσεις του φύλου και του γάμου, τον οικογενειακό σχηματισμό και την υγεία του πληθυσμού (Gurtin, Inhorn, 2011). Δύο από τις χώρες όπου παρατηρούνται πολύ υψηλά ποσοστά διασυνοριακής αναπαραγωγικής φροντίδας είναι η Ελλάδα και η Ισπανία.

3. Μεθοδολογία της Έρευνας

Το υλικό της παρούσας διπλωματικής προέρχεται από έρευνα που αφορά στην ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τη μελέτη σχετικών ανθρωπολογικών ερευνών που εξετάζουν την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε Ελλάδα και Ισπανία και τη παρουσίαση και ανάλυση των ιστοτόπων που έχουν κλινικές και κέντρα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στις δύο αυτές χώρες το χρονικό διάστημα Μάιος- Οκτώβριος του 2021. Ειδικά με αναφορά στους ιστοτόπους των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής των δύο χωρών η έρευνα επικεντρώθηκε στη μελέτη 17 ιστοτόπων στην Ελλάδα και 14 στην Ισπανία που αναφέρονται στο Παράρτημα.

Η ανθρωπολογική έρευνα στο διαδίκτυο αποτελεί μια έρευνα <<«αρχείου» πολιτισμικών διαδικασιών και δυναμικών>> (Αθανασίου, 2004, σ.49). Το ανθρωπολογικό ενδιαφέρον για τη σχέση της κουλτούρας και της τεχνολογίας υπάρχει από παλαιά. Η τεχνο-επιστήμη ήταν αντικείμενο μελέτης από τις αρχές της δεκαετίας του 1950. Το διαδίκτυο αποτελεί έναν κυβερνητικό μη τόπο και έναν δυνητικό/ εικονικό χώρο αλληλεπίδρασης. Η μελέτη και πολιτισμική κριτική των κοινωνικών και λογοθετικών φαινομένων του κυβερνοπολιτισμού και της δυνητικότητας διαμορφώνει ένα νέο πεδίο ανθρωπολογικής θεωρίας και πράξης, την ανθρωπολογία του κυβερνοπολιτισμού. Οι τεχνολογίες, τα «μέσα», τα μορφώματα αλλά και τα κείμενα που συγκροτούν το πεδίο του κυβερνοχώρου, αποτελούν πολιτισμικά προϊόντα, κοινωνικές κατασκευές και συνιστούν τεχνο-πολιτισμικές πρακτικές (Αθανασίου, 2015). Αυτό που ενδιαφέρει την ανθρωπολογία του κυβερνοχώρου <<δεν είναι ο κυβερνητικό μη-τόπος αυτός καθαυτός, σαν όλον, σαν πολιτισμός (culture), αλλά οι χρήσεις του, οι πολιτισμικές πρακτικές που τον «ζωντανεύουν»>> (Αθανασίου, 2015, σ.58). Το διαδίκτυο υποδηλώνει την υβριδοποίηση και την διαπραγμάτευση πολιτισμικών διαδικασιών ανάμεσα σε τοπικό και παγκόσμιο. Οι δυνητικές/ εικονικές κοινότητες είναι εφήμερες και <<συντίθενται από ομάδες ανθρώπων που συνδέονται μεταξύ τους μέσω της συμμετοχής τους σε ηλεκτρονικά και ψηφιακά δίκτυα επικοινωνίας, όπως το internet, το world wide web, οι λίστες ηλεκτρονικής αλληλογραφίας και τα chat rooms («εικονικά στέκια»)>>. Πρόκειται για κοινότητες όχι κλειστού γεωγραφικού ή σημειωτικού τύπου, αλλά μεθοριακών και μεταιχμιακών χώρων>> (Αθανασίου, 2015, σ.62). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε εδώ το έργο της Donna Haraway, μιας διακεκριμένης εκπαιδευτικής της ιστορίας της επιστήμης, η οποία εισάγει τον όρο cyborg (CYBernetic ORGanism), <<μια ειρωνική εικόνα που έχει σκοπό να υπερβεί τις αποστασιοποιημένες κατηγορίες «μηχανή» και «άνθρωπος», υποδηλώνοντας μια σύνθεση ανάμεσα σε αυτές>> (Αθανασίου, 2015, σ.65). Βασικός στόχος της cyborg ανθρωπολογίας είναι η <<εθνογραφική μελέτη των ορίων και των συνόρων ανάμεσα στον άνθρωπο και στην μηχανή>> (Αθανασίου, 2015, σ.66).

Ειδικά, με αναφορά στη μελέτη της υποβοηθούμενης η έρευνα στο διαδίκτυο μπορεί να αποδειχτεί ένα γόνιμο ερευνητικό πεδίο καθώς στις περιπτώσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το διαδίκτυο χρησιμοποιείται εκτεταμένα ως χώρος πληροφόρησης αλλά και ανταλλαγής απόψεων. Η σχέση του διαδικτύου με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι σημαντική καθώς πολύ συχνά χρησιμοποιείται το διαδίκτυο ως τόπος εύρεσης πληροφοριών για όσες και όσους εμπλέκονται με τις διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Εξοικειώνονται με το πρόβλημα, βρίσκουν τον κατάλληλο γιατρό και κλινική, ψάχνουν την γνώμη των ειδικών και επιδιώκουν να γίνουν περισσότερα τεχνολογικά ενήμερες/οι. Η αναζήτηση γίνεται για ψυχολογικούς λόγους και αποτελεί την αρχή για την διαδικασία της υποβοηθούμενης. <<Από πολλές απόψεις το διαδίκτυο παίζει βασικό ρόλο στην οικοδόμηση της υπομονής και της ροής της επαναπληροφόρησης και της προσωπικής εμπειρίας σχετικά με ένα θέμα που συχνά θεωρείται ως ταμπού, ως προσωπικό που ανήκει στις κλειστές πόρτες του συζυγικού ή/ και οικογενειακού χώρου>> (Chantjouli, Daskalaki, Kantsa 2015, σ.168). Αυτός είναι και ο λόγος που οι κλινικές και τα κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν συχνά διεξοδικά ενημερωμένους ιστότοπους προσβλέποντας στην ενημέρωση και τη προσέγγιση των ενδιαφερομένων.

4. Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε Ελλάδα και Ισπανία

Σε αυτό το μέρος της διπλωματικής θα εστιάσουμε στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ελλάδα και θα γίνει μια συγκριτική προσέγγιση με την περίπτωση της Ισπανίας. Οι δύο αυτές χώρες της Ευρώπης αποτελούν σημείο αναφοράς στη μελέτη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Paxson 2004, 2013, Τουντασάκη 2013, 2015, Καντσά 2014, 2015, Chatjouli, Daskalaki, Kantsa 2015, Orobitz and Salazar 2005, Bergman 2015) και παρουσιάζουν πολλά κοινά στοιχεία.

4.1.1. Η ιστορία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το πρώτο μωρό εξωσωματικής γονιμοποίησης (ο όρος <<εξωσωματική>> χρησιμοποιείται ευρέως στην ελληνική γλώσσα αντί του όρου <<τεχνητή>>) γεννήθηκε στις 20 Ιανουαρίου 1982 με τη συμμετοχή του μαιευτήρα Steptoe και μιας ομάδας Ελλήνων γιατρών (Καντσά, 2014). Σε αυτό το γεγονός συνέβαλε και ο Θέμης Μαντζαβίνος, ένας από τους πρώτους εισηγητές της μεθόδου της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα. Είχε παρευρεθεί στην γέννηση του πρώτου παιδιού με τεχνητή γονιμοποίηση στις ΗΠΑ και εξειδικεύονταν στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από το 1981 έως το 1984. Επίσης είναι ο πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Ιατρών Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και διευθυντικός στέλεχος του Jones Institute Foundation in Reproductive Medicine στο Norfolk Virginia των ΗΠΑ (Καντσά, 2014). Υπενθυμίζουμε ότι ο Howard Jones είναι ο πρωτοπόρος στις ΗΠΑ, όσον αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Σε αναλογία με τον πληθυσμό της η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες με τον υψηλότερο αριθμό κλινικών και κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το 2006 λειτουργούσαν 50 κλινικές και κέντρα σε όλη την Ελλάδα, εκ των οποίων τα περισσότερα από τα μισά βρίσκονται στην πρωτεύουσα, στην Αθήνα, ενώ τα υπόλοιπα βρίσκονται διασκορπισμένα σε άλλες μεγάλες πόλεις όπως η Θεσσαλονίκη, η Πάτρα, η Λάρισα, η Αλεξανδρούπολη, ο Βόλος, τα Ιωάννινα, τα Χανιά και το Ηράκλειο (Καντσά, 2014). Η Ελλάδα ακόμα και σήμερα χαρακτηρίζεται ως μια χώρα με υπογεννητικότητα και χαμηλό πληθυσμό και αυτό δημιουργεί μια ανησυχία στους ειδικούς της αναπαραγωγής –γιατρούς, βιολόγους, γενετιστές- που εμφανίζονται συχνά ως φορείς ελπίδας. Το 2013 στην Ελλάδα υπήρχαν περίπου 300.000 υπογόνιμα ζευγάρια (Καντσά, 2014).

Η Ελλάδα αποτελεί έναν διάσημο προορισμό για τουρισμό αλλά και για αναπαραγωγικό τουρισμό. Προσελκύει γυναίκες και ζευγάρια από γειτονικές χώρες που έρχονται στην χώρα για διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα (CBRC, Cross Border Reproductive Care). Το ερώτημα που μπορεί να τεθεί σε αυτό το σημείο είναι για ποιο λόγο η Ελλάδα είναι τόσο δημοφιλής στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σύμφωνα με τον λόγο των ίδιων των ειδικών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μετά την διεξαγωγή των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004 στην Αθήνα

έχει παρατηρηθεί η ανάπτυξη του τομέα της γονιμότητας στην Ελλάδα. Η εξαιρετική υποδομή των διεθνών αεροδρομίων, οι διεθνείς πτήσεις που προσγειώνονται όλο το χρόνο, το ολοκληρωμένο χειρσαίο σύστημα μεταφορών, η εύκολη πρόσβαση στην Ελλάδα, η γεωγραφική της θέση και τοποθεσία που βρίσκεται κοντά όχι μόνο σε ευρωπαϊκές χώρες αλλά αραβικές και χώρες ΚΑΚ (Κοινοπολιτεία Ανεξάρτητων Κρατών, περιλαμβάνει την Αρμενία, το Αζερμπαϊτζάν, Λευκορωσία, Καζακστάν, την Κιργιζία, την Μολδαβία, την Ρωσία, το Τατζικιστάν και το Ουζμπεκιστάν) αποτελούν μερικούς από τους λόγους της ανάπτυξης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην χώρα μας (emBIO, medical center, <https://www.ivf-embryo.gr/en/why-greece-considered-holy-land-infertility-treatment-abroad>).

Επιπρόσθετα, εκτός από τους παραπάνω λόγους το καλυμμένο πλήρες φάσμα υπηρεσιών, τα αυξημένα ποσοστά επιτυχίας, η οικονομική κρίση που πλήττει την χώρα μας (που μείωσε τις ήδη μειωμένες τιμές), οι υψηλές προδιαγραφές φροντίδας και ο πολύ σύντομος χρόνος αναμονής για θεραπεία έκαναν την Ελλάδα κορυφαίο διεθνή προορισμό για υπηρεσίες υψηλής ποιότητας γονιμότητας (Crete Fertility Center, 2018). Τα μέρη της Ελλάδας χαρακτηρίζονται από ορισμένους ως <<Άγιους Τόπους>> για θεραπεία γονιμότητας (emBIO, medical center, <https://www.ivf-embryo.gr/en/why-greece-considered-holy-land-infertility-treatment-abroad>).

4.1.2. Νομικό Πλαίσιο

Η ισχύουσα νομοθεσία για τις αναπαραγωγικές τεχνικές στην Ελλάδα διαμορφώθηκε με δύο νόμους που ψηφίστηκαν από το Ελληνικό Κοινοβούλιο το 2002 και το 2005. Μέχρι και το 2002 δεν υπήρχε κανένας νομικός κανονισμός για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές κλινικές εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στις 19 Δεκεμβρίου 2002 το ελληνικό Κοινοβούλιο ενέκρινε το νόμο 3089/ 2002 <<Ιατρική Βοήθεια στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή>> και στις 18 Ιανουαρίου 2005 το νόμο 3305/2005 <<Εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής>>. <<Ο πρώτος νόμος αντικαθιστά κυρίως τα σχετικά άρθρα του Ελληνικού Κώδικα Αστικού Δικαίου (CLC, Civil Low Code). Ο δεύτερος νόμος ήταν συμπληρωματικός του πρώτου, διευκρίνισε ορισμένα ζητήματα και ίδρυσε την Εθνική Αρχή Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής που μεταξύ άλλων, θα πρέπει να έχει ευθύνη για την διαπίστευση, τον ορισμό, την εξουσιοδότηση, την αδειοδότηση και τήρηση μητρώου δραστηριοτήτων σύμφωνα με την οδηγία του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 31^{ης} Μαρτίου 2004>> (Leon, Papetta, Spiliouroulou, 2011, σ.820-821).

Με αναφορά στο νομικό πλαίσιο που έχει διαμορφωθεί το παιδί που γεννιέται μέσω τεχνητής γονιμοποίησης έχει ίση νομική προστασία με ένα παιδί που γεννιέται με τη διαδικασία της φυσικής αναπαραγωγής. Στην Ελλάδα επιτρέπεται η τεχνητή αναπαραγωγή σε παντρεμένα ζευγάρια, άγαμες και ελεύθερες γυναίκες, ζευγάρια που συγκατοικούν. Με βάση το άρθρο 1455 ορίζεται ότι η ιατρική υποβοηθούμενη

ανθρώπινη αναπαραγωγή (τεχνητή γονιμοποίηση) επιτρέπεται μόνο στην περίπτωση αδυναμίας να αποκτήσουν παιδί με φυσικό τρόπο ή να αποφύγουν την μετάδοση μιας σοβαρής γενετικής διαταραχής στο παιδί. Στην Ελλάδα επιτρέπεται η δωρεά ωαρίων, η δωρεά σπέρματος, η παρένθετη μητρότητα και η τεχνητή μετά θάνατον αναπαραγωγή με ορισμένες προϋποθέσεις που θα δούμε στην συνέχεια (τα δύο τελευταία επιτρέπονται από το 2002). Σε όλες τις παραπάνω μορφές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υπάρχει γραπτή συγκατάθεση από τα άτομα που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά, ενώ σε περιπτώσεις άγαμων και ελεύθερων γυναικών η συγκατάθεση υπογράφεται ως συμβολαιογραφικό έγγραφο. Σύμφωνα με το άρθρο 1460, σε περιπτώσεις δωρεάς σπέρματος και ωαρίων δεν αποκαλύπτεται η ταυτότητα ούτε του δότη, ούτε του παραλήπτη. Η δωρεά είναι μυστική και ανώνυμη. Οι ιατρικές αυτές πληροφορίες είναι εμπιστευτικές, τις γνωρίζουν μόνο οι γιατροί και δεν αποκαλύπτονται παρά μόνο για σοβαρούς ιατρικούς λόγους που μπορεί να προκύψουν στην πορεία της ζωής του παιδιού. Αναφερόμενη στους γιατρούς, η ελληνική νομοθεσία (Νόμος 3418/ 2005) δίνει που συμμετέχουν σε διαδικασίες τεχνητής αναπαραγωγής τη δυνατότητα στους γιατρούς να εγείρουν αντιρρήσεις συνείδησης λόγω προσωπικής ηθικής ή θρησκευτικών πεποιθήσεων. Εκτός από την δωρεά ωαρίων και σπέρματος, το ελληνικό νομικό πλαίσιο δίνει την δυνατότητα παρένθετης μητρότητας και μετά θάνατον γονιμοποίησης (Leon, Papetta, Spiliouroulou, 2011). Όσον αφορά την παρένθετη μητρότητα εκδίδεται δικαστική άδεια μετά από αίτηση μιας γυναίκας που θέλει να αποκτήσει παιδί δεδομένου ότι επιβεβαιώνεται ιατρικά ότι δεν μπορεί να συλλάβει (άρθρο 1458, CLC). Γενικά η παρένθετη μητρότητα χωρίζεται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη είναι η φέρουσα μητρότητα (carrying maternity). Αυτή επιτρέπεται στην Ελλάδα και αφορά συγγενείς, ξένους, φίλους που αναλαμβάνουν να κυοφορήσουν το παιδί με τους γαμέτες του ζευγαριού που θέλουν παιδί με δανεικούς γαμέτες, δηλαδή με δωρεά ωαρίων και δωρεά σπέρματος. Είναι μια μορφή δανείου, καθώς η παρένθετη μητέρα δανείζει την μήτρα της για την γέννηση του μωρού. Η δεύτερη είναι η αντικατάστατη μητρότητα (replaced maternity) (Leon, Papetta, Spiliouroulou, 2011). Η διαφορά της με την πρώτη έγκειται στο γεγονός ότι δεν δανείζεται μόνο η μήτρα αλλά και τα ωοκύτταρα από την ίδια γυναίκα. Αυτή η παρένθετη μητρότητα απαγορεύεται στην Ελλάδα. Η ελληνική νομοθεσία διαφέρει σημαντικά από την συντριπτική πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών των οποίων οι νομοθεσίες απαγορεύουν οποιαδήποτε μορφή παρένθετης μητρότητας.

Επίσης στην Ελλάδα με βάση το άρθρο 1457 επιτρέπεται η τεχνητή αναπαραγωγή μετά θάνατον από το 2002 (Κουνουγέρη- Μανωλεδάκη, 2015). Αυτό βέβαια συμβαίνει κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Αρχικά συμβαίνει στην περίπτωση που ο σύζυγος ή ο σύντροφος υπέφεραν από ασθένεια που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόδοση της γονιμότητας, είτε να απειλούν την ζωή του και δεύτερον εάν ο σύζυγος ή σύντροφος έχει συναινέσει σε συμβολαιογραφικό έγγραφο για την γονιμοποίηση μετά θάνατον. Η υποβοηθούμενη αυτή αναπαραγωγή γίνεται όχι πριν από έξι μήνες και όχι μετά από δύο χρόνια από το θάνατο του συζύγου ή συντρόφου (Leon, Papetta, Spiliouroulou, 2011).

Ωστόσο, το ελληνικό δίκαιο περιλαμβάνει και αποκλεισμούς από την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι νομικοί αποκλεισμοί στηρίζονται στην κατάσταση της υγείας, στο φύλο, στις ερωτικές προτιμήσεις των συντρόφων και στην ηλικία (Παπαδοπούλου, 2015). Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την υγεία είναι εμφανές ότι άτομα που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας αποκλείονται από αυτές τις διαδικασίες. Προχωρώντας την ανάλυση στο φύλο, σύμφωνα με το άρθρο 4 παράγραφο 1-2 οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου. Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις (Παπαδοπούλου, 2015). Ωστόσο απαγορεύεται η επιλογή φύλου του εμβρύου και η παρένθετη μητρότητα από άγαμους μοναχικούς άνδρες. Σε σχέση τώρα με τους διαφυλικούς (transsexual) η Ελλάδα τοποθετεί τα διαφυλικά άτομα σε μια περιθωριακή κοινωνική θέση. Η ελληνική νομοθεσία για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν περιέχει καμία απολύτως πρόβλεψη για την πρόσβαση σε αυτή διαφυλικών ατόμων, δηλαδή όσων έχουν ακολουθήσει την προβλεπόμενη διαδικασία επαναπροσδιορισμού φύλου, την εναρμόνιση του βιολογικού με το κοινωνικό τους φύλο. Παρόλα αυτά μια διαφυλική γυναίκα έχει δικαίωμα (είτε είναι μόνη, είτε όχι) να χρησιμοποιήσει παρένθετη ακόμη και με δικό της κρυσυντηρημένο γενετικό υλικό, ενώ ο μεν έγγαμος/σε σχέση με γυναίκα διαφυλικός άνδρας θα χρειαστεί να προσφύγει σε ετερόλογη γονιμοποίηση (Παπαδοπούλου, 2015). Επιπρόσθετα και η ηλικία κατέχει σημαντικό ρόλο. Στην Ελλάδα οι δωρητές και οι κυοφόροι πρέπει να είναι 40 ετών για τους άνδρες και 35 για τις γυναίκες. Εκτός αν συντρέχει κάποιος σπουδαίος λόγος οπότε η ηλικία αυξάνεται στα 50 και 40 ετών αντίστοιχα. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ελληνική νομοθεσία αν και διαδικαστικά είναι φιλελεύθερη ως προς τις μεθόδους και τις τεχνικές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, παραμένει συντηρητική σε ότι αφορά τα υποκείμενα και δεν ενθαρρύνει την δημιουργία εναλλακτικών οικογενειακών σχηματισμών (Παπαδοπούλου, 2015).

Σύμφωνα με τις πληροφορίες που δίνονται από κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το κόστος της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα κυμαίνεται από 3000 έως 3500 ευρώ, ενώ το κόστος της δωρεάς ωαρίων, σπέρματος, εμβρύου κυμαίνεται μεταξύ 5000 έως 6000 ευρώ. Αναφέρεται σε μερικούς ιστότοπους ότι η δωρεά είναι πιο ακριβή το καλοκαίρι και η καλύτερη εποχή για να γίνει είναι οι χειμεινοί μήνες (Crete fertility center, 2018, <https://www.fertilitycrete.gr/news-publications/ivf-in-greece-why-choose-greece-for-ivf-treatment>). Το 2005 η μέγιστη ηλικία πρόσβασης στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή για τις γυναίκες είναι 50 ετών. Σύμφωνα όμως με την Εθνική Αρχή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής η οποία συνεδρίασε στις 9 Απριλίου 2020 αποφάσισε <<να υιοθετήσει την ερμηνεία σύμφωνα με την οποία το ανώτατο όριο ηλικίας των 50 ετών για την υποβοηθούμενη γυναίκα συνιστά προθεσμία που αναστέλλεται για όσο διάστημα οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες αποτρέπουν την επιχείρηση εμβρυομεταφοράς λόγω της πανδημίας>>

(<http://eaiya.gov.gr/%ce%b1%ce%bd%ce%b1%ce%ba%ce%bf%ce%b9%ce%bd%cf%89%cf%83%ce%b7-6-11-2020>). Μέχρι την ηλικία των 40 ετών επιτρέπεται η μεταφορά μέχρι 3 εμβρύων, ενώ σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ο μέγιστος αριθμός

είναι 4 έμβρυα (Leon, Papetta, Spiliouroulou, 2011). Στους άνδρες δεν υπάρχει όριο ηλικίας. Επιπλέον οι δότες σπέρματος μπορούν να έχουν μέχρι δέκα απογόνους. Οι δότες ωαρίων και σπέρματος και οι παρένθετες μητέρες ελέγχονται ψυχολογικά για να διασφαλιστεί ότι κατανοούν τις συνέπειες των πράξεων τους. Επιπρόσθετα, στην Ισπανία, την Κύπρο και την Τσεχία δεν υπάρχει εθνικό μητρώο δωρητών, πράγμα που σημαίνει ότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί πόσες φορές κάποιος έχει κάνει δωρεές στο παρελθόν (για παράδειγμα η Βουλγαρία διαθέτει εθνικό μητρώο) (Wiecki, 2021).

4.1.3. Θρησκευτικό πλαίσιο

Ένα ζήτημα που μπορεί να αναφερθεί εδώ είναι το ζήτημα της θρησκείας. Αρχικά η Ελληνική Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (Greek National Bioethics Commission) είναι υπέρ των προτεινόμενων νόμων. Το θέμα της θρησκείας αναφορικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή προσεγγίστηκε από την Ήβη Δασκαλάκη στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος (In) FERCIT. Η Δασκαλάκη διακρίνει ανάμεσα στις θέσεις των εκπροσώπων του ανώτερου βαθμού ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδας (Ιερά Σύνοδος), τις θέσεις των επισκόπων και των πρεσβυτέρων και τις θέσεις των χριστιανών ορθόδοξων γυναικών και ανδρών που έχουν χρησιμοποιήσει ή πρόκειται άμεσα να χρησιμοποιήσουν μεθόδους ιατρικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Δασκαλάκη, 2015).

Σε αυτό το σημείο θα γίνει μια περαιτέρω ανάλυση των τριών παραπάνω θέσεων. Η Ιερά Σύνοδος ή Εκκλησία της Ελλάδας μοιάζει να τηρεί μια λιγότερο παρεμβατική στάση σε σχέση με την συζήτηση γύρω από την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η διακριτική αυτή στάση φαίνεται στα δελτία τύπου και στα κείμενα της Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου. Η αντίδραση της εκκλησίας στην κατάθεση του νομοσχεδίου για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή προς ψήφιση στην Βουλή στις 15 Σεπτεμβρίου 2002 ήταν άμεση, με απάντηση την επόμενη μέρα. Η συνέπεια ήταν η απόσυρση του νομοσχεδίου. Ωστόσο, παρά τις αντιδράσεις της Ιεράς Συνόδου για το νόμο, σταθερά και επίσημα προβάλλεται από τους εκπροσώπους της ότι οι θέσεις της Εκκλησίας εντάσσονται σε ένα πλαίσιο μη παρεμβατικό και δεσμευτικό για τις ατομικές ελευθερίες. Επιπρόσθετα, η εκκλησία όσον αφορά την τεκνοποίηση από ζεύγη ομοφυλόφιλων αναφέρει ότι <<αποτελεί όχι απλώς φυσική ανωμαλία αλλά ηθική διαστροφή με βέβαιες καταστροφικές ψυχολογικές συνέπειες στο παιδί και ανυπολόγιστες στην κοινωνία>> (Δασκαλάκη, 2015, σ.188). Δεν συμφωνεί με την τεκνοποίηση των άγαμων και υπερήλικων γυναικών, την μεταθανάτια δωρεά σπέρματος και τον δανεισμό μήτρας καθώς όλα τα παραπάνω σημαίνουν την γέννηση ενός παιδιού εκτός γάμου. Είναι βέβαιο ωστόσο, ότι η εκκλησία δεν θεωρεί την υπογονιμότητα ως ένα στίγμα. Για την εκκλησία η τεκνοποίηση είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση του γάμου αλλά βλέπει και έναν γάμο πλήρη και ας μην υπάρχουν σε αυτόν παιδιά. Επιπλέον, για την εκκλησία <<κόκκινη γραμμή είναι η καταστροφή των εμβρύων, η διακοπή της κύησης και η

διατάραξη της ισορροπίας της σχέσης των συζύγων>> (Δασκαλάκη, 2015, σ.189). Περνώντας στην δεύτερη θέση, αυτή των επισκόπων, των πρεσβυτέρων και των ηγουμένων μονών στην Αττική υπάρχουν δύο ομάδες. Αυτοί που αποδέχονται τα όσα λέει η Εκκλησία και αυτοί που δεν τα αποδέχονται. Εκτός όμως από την εκκλησία και τους εκπροσώπους της είναι σημαντικό να δούμε την θέση των χριστιανών συνομιλητών και συνομιλητριών της ερευνήτριας. Για τους χριστιανούς το να καταφύγουν σε ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ζήτημα προσωπικής επιλογής (άγαμες γυναίκες) ή κοινής επιλογής (ζευγάρια) παρά ένα θρησκευτικό ζήτημα. Οι περισσότεροι δεν ενδιαφέρονται να πληροφορηθούν για την θέση της εκκλησίας. Επιλέγουν να καταφύγουν στην προτεινόμενη επιστημονική λύση και την βλέπουν θετικά. Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιοι που ενώ καταφεύγουν στην επιστημονική λύση πιστεύουν ότι η επιτυχία της ιατρικής διαδικασίας οφείλεται στην βοήθεια των Θεού, των Αγίων και κάνουν τάματα και προσευχές για να πάνε όλα καλά με την εκάστοτε θεραπεία και άλλοι που θεωρούν ότι βοήθησε η πίστη του εκάστοτε γιατρού. Παρόλα αυτά, χριστιανοί και εκκλησία συμφωνούν στο ζήτημα της υιοθεσίας, Μπορεί βέβαια η εκκλησία να είναι ένθερμη στην επιλογή της υιοθεσίας παρά στην τεχνητή γονιμοποίηση αλλά όλοι θεωρούν την πράξη της υιοθεσίας <<όχι μονάχα πράξη αποδεκτή, αλλά πράξη υπέρτατης αγάπης και προσφοράς που νομιμοποιεί μια σχέση γονέα- παιδιού ισότιμη με την βιολογική>> (Δασκαλάκη, 2015, σ.199).

4.2.Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Ισπανία

4.2.1. Η ανάδυση της Ισπανίας ως διεθνής αναπαραγωγικός προορισμός

Στην Ισπανία το πρώτο μωρό με την μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης γεννήθηκε το 1984. Το 1988, ο πρώτος ισπανικός νόμος για την αναπαραγωγική ιατρική τέθηκε σε εφαρμογή και ανανεώθηκε το 2006. Και οι δύο νόμοι ψηφίστηκαν υπό μία κοινωνική και δημοκρατική κυβέρνηση (Bergmann, 2015). Ο ισπανικός κανονισμός χαρακτηρίζεται ως μη παρεμβατικός σε οικογενειακά ζητήματα (Orobitg, Salazar, 2005). Όπως στην περίπτωση της Ελλάδας, έτσι και στην Ισπανία, ο ισπανικός νόμος θεωρείται ένας από τους πιο φιλελεύθερους στην Ευρώπη όσον αφορά την δωρεά γαμετών και την πρόσβαση σε θεραπεία τεχνητής γονιμοποίησης σε λεσβίες και ανύπαντρες γυναίκες. Η τεχνητή γονιμοποίηση στην Ισπανία έχει γίνει μια ιστορία βιοτεχνολογικής επιτυχίας. Υπάρχουν περισσότερες από 160 δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές τεχνητής γονιμοποίησης στην χώρα, πολλές από τις οποίες ιδρύθηκαν την δεκαετία του 1990 (Bergmann, 2015), ενώ διαθέτει περίπου 200 γυναικολογικά κέντρα, περισσότερα από οποιοδήποτε άλλο ευρωπαϊκό κράτος (The Local, 2016).

4.2.2. Νομικό πλαίσιο

Η Ισπανία χαρακτηρίζεται από μια φιλελεύθερη νομοθεσία. Το ρυθμιστικό της κλίμα έχει πολλές ομοιότητες με την Ελλάδα αλλά σημαντικές διαφορές με το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Όπως και στην Ελλάδα, το νομικό και κοινωνικό ισπανικό πλαίσιο καθιστά τη θεραπεία της υπογονιμότητας (δωρεά σπέρματος, δωρεά ωαρίων) διαθέσιμη για όλους. Η πρώτη επιτυχής εγκυμοσύνη πραγματοποιήθηκε, όπως ειπώθηκε παραπάνω, το 1984. Τέσσερα χρόνια αργότερα, κάτω από μια σοσιαλιστική κυβέρνηση ψηφίστηκε ο πρώτος ισπανικός νόμος της υποβοηθούμενης. Τη στιγμή της έγκρισής του, το Νοέμβριο του 1988, ήταν ένας από τους πιο φιλελεύθερους νόμους στην Ευρώπη (Orobitg, Salazar, 2005). Στις μέρες μας η νομοθεσία ορίζει <<Κάθε γυναίκα άνω των 18 ετών με πλήρη ικανότητα να ενεργεί μπορεί να είναι αποδέκτης ή χρήστης των τεχνικών που διέπονται από το νόμο 14/ 2006 για τις τεχνικές ανθρώπινης αναπαραγωγής>> και ότι <<οι γυναίκες μπορεί να είναι χρήστες ή δέκτες των τεχνικών που ρυθμίζονται στο παρόντα νόμο ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση ή τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό>> (Editorial Comitee Blog, 2018, <https://ivi-fertility.com/blog/know-about-fertility-clinics-spain/>). Στην Ισπανία δίνεται δικαίωμα σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε ετεροφυλόφιλα ζευγάρια, σε έγγαμη συμβίωση ή σταθερή σχέση, άγαμες και ζευγάρια λεσβίων. Δεν έχουν πρόσβαση οι ανήλικοι, εκτός αν έχουν συμπληρώσει το δέκατο έκτο έτος της ηλικίας τους (Κόκοτα, 2015). Ο ισπανικός νόμος είναι ο κύριος παράγοντας που επέτρεψε στην χώρα να καθιερωθεί ως κορυφαίος προορισμός για την διασυνοριακή αναπαραγωγική φροντίδα. Επιπλέον ο ισπανικός νόμος 35/1988 για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επιτρέπει την δωρεά γαμετών και προ-εμβρύων (γονιμοποιημένα αυγά έως 14 ημέρες). Αυτές οι δωρεές ορίζονται από το νόμο ως <<δωρεά επίσημη και μυστική σύμβαση>> μεταξύ του δωρητή και του εξουσιοδοτημένου κέντρου (Orobitg, Salazar, 2005). Σύμφωνα με το άρθρο 3 του ισπανικού νόμου ορίζεται η δωρεά γαμετών ως αλτρουιστική πράξη που δεν πρέπει να έχει επικερδή ή εμπορικό χαρακτήρα. <<Αλλά η συμβολή της Εθνικής Επιτροπής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής της Ισπανίας (το μόνιμο συμβουλευτικό όργανο για την εφαρμογή του νόμου) ήταν ότι οι κλινικές πρέπει να αποζημιώνουν τους δότες για την τις ταλαιπωρίες που προκαλούνται από την θεραπεία. Το ποσό της επιστροφής κυμαίνεται από κλινική σε κλινική από 600 έως 800 ευρώ.>> (Orobitg, Salazar, 2005, σ.34). Ο νόμος δίνει νόημα σε αυτή την νέα κατάσταση. Για παράδειγμα στην δωρεά ωαρίων και σπέρματος προκύπτει από μία νομική σύμβαση της οποίας οι βιολογικές ουσίες των δωρητών στερούνται γενεαλογικής σημασίας, ενώ η πατρότητα αποδίδεται στους παραλήπτες (Orobitg, Salazar, 2005).

Επιπρόσθετα στην Ισπανία η δωρεά ωαρίων (αλλά και σπέρματος) είναι πιο εύκολα διαθέσιμη από ότι σε άλλες χώρες, ενώ όσον αφορά την παρένθετη μητρότητα που επιτρέπεται στην Ελλάδα, οι Ισπανοί πολίτες στρέφονται σε άλλες χώρες. Η ανωνυμία είναι εγγυημένη και οδήγησε σε ένα κλίμα στην Ισπανία όπου οι δότριες ωαρίων είναι έτοιμες να ενεργήσουν με αλτρουιστικά συναισθήματα για να βοηθήσουν άλλες γυναίκες να επιτύχουν το όνειρό τους, την δημιουργία μιας

οικογένειας. Η ανωνυμία μπορεί να παραβιαστεί μόνο σε πολύ ειδικές περιπτώσεις, όπως η πιθανότητα προβλημάτων υγείας στο παιδί, κάτι που συμβαίνει και στην Ελλάδα. Ο νόμος θεωρεί πολύ σοβαρό αδίκημα την αποκάλυψη της ταυτότητας του δότη και επομένως την μη τήρηση της ανωνυμίας, εκτός αν ο ίδιος ο νόμος το επιτρέπει (Orobítg, Salazar, 2005). Στην Βαλένθια, ο διευθυντής του προγράμματος δωρεάς ωαρίων Dr.Alama, εξηγεί ότι γυναίκες-δότες μεταξύ 18 έως 25 ετών μεγαλώνουν σε μια κουλτούρα που είναι αλτρουιστική απέναντι στην κοινωνία από ότι σε προηγούμενες γενιές. Είναι συμπαθητικές και υποστηρικτικές. Το 62% της συνολικής δωρεάς ωαρίων ανήκει σε αυτές τις δότες (Editorial Comitee Blog, 2018, <https://ivi-fertility.com/blog/know-about-fertility-clinics-spain/>). Η Ισπανία παρέχει πλήρη κάλυψη των εξόδων με την προϋπόθεση ότι η διαδικασία συμβαίνει σε δημόσιες κλινικές. Στην Ισπανία οι δότες λαμβάνουν οικονομική αποζημίωση για την ταλαιπωρία τους που καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας. Η αποζημίωση περιορίζεται από την ηλικία της γυναίκας (Κόκοτα, 2015). Ο χρόνος αναμονής είναι πολύ σύντομος ή άμεσος από τις κλινικές. Η δωρεά ωαρίων κοστίζει περίπου 5900 έως 11000 ευρώ και το ποσοστό επιτυχίας στην Ισπανία αγγίζει το 54,6% (Wiecki, 2021). Η διαφορά της Ισπανίας με την Ελλάδα βρίσκεται στην ηλικία των ανδρών. Ενώ στην Ελλάδα δεν υπάρχει όριο, στην Ισπανία η μέγιστη ηλικία για δωρεά σπέρματος είναι 50 ετών, ενώ ο μέγιστος αριθμός παιδιών που γεννιούνται από τον ίδιο δότη είναι έξι, σε αντίθεση με την Ελλάδα που ανέρχεται στους δέκα. Οι ισπανικές κλινικές τεχνητής γονιμοποίησης επιλέγονται από ασθενείς από την Αγγλία, την Γερμανία, την Γαλλία, την Ιταλία, τις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Αυστραλία. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς που ρωτούν σχετικά με την δωρεά ωαρίων στην Ισπανία ενδιαφέρονται παράλληλα και για την δωρεά ωαρίων στην Ελλάδα λόγω του εξαιρετικά χαμηλού κόστους θεραπείας από ότι στην Ισπανία (Wiecki, 2021). Όλα τα παραπάνω αποτελούν λόγους της άνθισης της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ισπανία.

Μιλώντας με αριθμούς και πάλι, το 40% των ευρωπαϊών ταξιδιωτών που αναζητούν θεραπείες γονιμότητας επιλέγουν την Ισπανία. Το 2011 πραγματοποιήθηκαν 15.600 τεχνητές γονιμοποιήσεις, ενώ το 2006 ο αριθμός αυτός έφτασε στις 36.463 τεχνητές γονιμοποιήσεις σε μερικές από τις 307 δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές της χώρας (Trout, 2018) που είναι διασκορπισμένες σε όλη την χώρα από το Σαν Σεμπάστιαν έως τη Βαλένθια στα βόρεια και από το Αλικάντε έως τη Σεβίλλη στο νότο, όπου είναι διαθέσιμες αυτές οι διαδικασίες. Κάθε χρόνο γεννιούνται 40.000 μωρά στην Ισπανία και κάθε χρόνο ταξιδεύουν 10.000 με 15.000 (θεραπεία 7.000 ευρώ εκτός των εξόδων του ταξιδιού) ζευγάρια κάθε χρόνο αναζητώντας υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές θεραπείες (Trout, 2018). Ο τουρισμός γονιμότητας αυξάνεται σε δημοτικότητα. Ο ειδικός γονιμότητας Dr.Manuel Munoz επιβεβαιώνει ότι τα τελευταία δέκα χρόνια υπάρχει μια σημαντική αύξηση στον αριθμό των Βρετανών ασθενών που ταξιδεύουν σε μια κλινική γονιμότητας για ωάρια δότης (Editorial Comitee Blog, 2018). Από όλους τους προορισμούς για τεχνητή γονιμοποίηση στην Ευρώπη η Ισπανία είναι μία από τις ευκολότερες χώρες για την διοργάνωση του ταξιδιού και διαμονής και επομένως δεν αποτελεί εμπόδιο για ταξίδια τεχνητής

γονιμοποίησης ή άλλη θεραπεία γονιμότητας. Αν δούμε την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή από μια οικονομική σκοπιά, το 2014 η ισπανική οικονομία αυξήθηκε κατά 365 εκατομμύρια ευρώ (The Local, 2016). Η Ισπανία αποτελεί <<το μεγαλύτερο κέντρο υποδοχής αναπαραγωγικού τουρισμού στην Ευρώπη και έχει αναδειχθεί σε 3^η οικονομία παγκοσμίως ως προς τα έσοδα που προέρχονται από υπηρεσίες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής>> (Κόκοτα, 2015, σ.177).

4.2.3. Θρησκευτικό πλαίσιο

Η Ισπανία, όπως και η Ελλάδα, είναι μεσογειακή χώρα και κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το επίσημο δόγμα της είναι η Ρωμαιοκαθολική εκκλησία. Το 90% των Ισπανών έχουν βαπτιστεί καθολικοί χριστιανοί (Κόκοτα, 2015). Στην Ισπανία, ιστορικά, <<μετά τον θάνατο του δικτάτορα Φράνκο, που κυβέρνησε την χώρα επί σαράντα έτη και τη θέσπιση του Συντάγματος το 1977, δήλωσε πανηγυρικά τη ρήξη της με το *ancien regime*, κομμάτι του οποίου θεωρήθηκε και η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία, με την οποία το δικτατορικό καθεστώς είχε συνεργαστεί στενά. Έτσι οι Ισπανοί, οι πιο καθολικοί από τους καθολικούς απομακρύνθηκαν από την επιρροή της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας, ακριβώς επειδή την είχαν ταυτίσει με το φρανκικό καθεστώς>> από το οποίο ήθελαν να αποστασιοποιηθούν πλήρως (Κόκοτα, 2015, σ.166-167, Ερευνητική έκθεση, Κόκοτα, 2015). Στην Ισπανία, το άτομο δίνει έμφαση στην αυτονομία και στην διαδικασία της γρήγορης εκκοσμίκευσης, που ορίζεται ως μείωση της θρησκευτικής πρακτικής, εγκατάλειψη των παραδοσιακών θρησκευτικών πεποιθήσεων και μείωση των ατομικών αισθήσεων της θρησκευτικότητας. Θεμελιώδης θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας είναι ότι <<η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται από την πρώτη στιγμή της σύλληψης της, ήδη, δηλαδή, από τη στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου από το σπερματοζώαριο>> (Ερευνητική έκθεση, Κόκοτα, 2015, σ.20). Όπως και στην Ελλάδα και στην Ισπανία, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία εξέφρασε την αντίθεσή της ρητά σε συγκεκριμένες μεθόδους και τεχνικές ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπως χρήση γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων που προέρχονται από τρίτους δότες, την κρυοσυντήρηση γονιμοποιημένων ωαρίων και την παρένθετη μητρότητα στο περίφημο κείμενο της που δημοσιεύθηκε το 1987 με τίτλο *Donum Vitae* (Κόκοτα, 2015, Ερευνητική έκθεση, Κόκοτα, 2015).

5. Η παρουσίαση των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε Ελλάδα και Ισπανία μέσω των ιστοσελίδων τους

5.1.Εισαγωγή

Σε αυτό το τελευταίο μέρος της διπλωματικής θα εστιάσουμε στον τρόπο με τον οποίο διαφημίζουν και παρουσιάζουν ιστοσελίδες τα κέντρα ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε Ελλάδα και Ισπανία. Θα γίνει μια ανάλυση του τρόπου παρουσίασης και στην συνέχεια μια προσπάθεια σύγκρισης ιστοσελίδων μεταξύ των δύο χωρών, θα δούμε τους τρόπους με τους οποίους προσπαθούν -μέσω της διαφήμισης και της πληροφόρησης- να προσελκύσουν ασθενείς, να τους ενημερώσουν και να τους κάνουν να τους εμπιστευτούν στην διαδικασία απόκτησης παιδιού με τις νέες μορφές αναπαραγωγικής τεχνολογίας που διαθέτουν. Οι κλινικές θα αναφέρονται αριθμητικά μαζί με την περιοχή στην οποία βρίσκονται ενώ στο παράρτημα μπορεί να βρει κανείς τους ιστότοπους των κλινικών.

5.2. Οι ιστοσελίδες κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα υπάρχουν πολλά κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και ειδικά στις μεγαλύτερες πόλεις, στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη, αλλά και σε άλλες μικρότερες. Είναι πολύ εύκολο εν έτη 2021 να αναζητήσει κάποιος μέσω διαδικτύου αυτά τα κέντρα, να επιλέξει αυτό που θέλει και να ενημερωθεί πάνω στους νέους τρόπους αναπαραγωγικής τεχνολογίας. Στην παρούσα διπλωματική θα δούμε τον τρόπο παρουσίασης 17 κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στους ιστότοπους που διαθέτουν. Η δομή του κάθε ιστότοπου διαφέρει ως προς την έκταση και τις πληροφορίες, αλλά υπάρχουν πολλά στοιχεία που είναι κοινά. Πιο ειδικά, θα δούμε αναλυτικά το πώς κάθε κλινική παρουσιάζει την διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αλλά και τα κοινά σημεία των ελληνικών ιστότοπων των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Από τους 17 ιστότοπους ο ένας αφορά την Πάτρα, δύο την Θεσσαλονίκη και οι υπόλοιποι 14 αφορούν την Αθήνα, εκ των οποίων ο ένας αναφέρεται σε κλινική που βρίσκεται στην περιοχή του Πειραιά.

5.2.1. Περιεχόμενα Ιστοσελίδων και Ύψος

Στην Ελλάδα, μελετώντας τους 17 ιστότοπους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ο αριθμός των ιστοσελίδων που εμφανίζεται σε κάθε ιστότοπο είναι πάνω από 30, με διάφορες διακυμάνσεις σε μεγέθη και περιεχόμενα.

Στην 1^η κλινική που βρίσκεται στην Αθήνα το περιεχόμενο είναι μεγάλο και εμφανίζεται σε πάνω από 300 σελίδες (διαδικτυακές). Τα περιεχόμενα αποτελούνται από την μονάδα, εξωσωματική γονιμοποίηση (ivf), δωρεά ωαρίων, γυναικολογία, μαιευτική, είπαν για εμάς, τιμοκατάλογος, blog και επικοινωνία. Η κάθε μία κατηγορία από αυτές χωρίζεται σε υποκατηγορίες οι οποίες είναι σχετικές με την αρχική κατηγορία. Στην παρούσα διπλωματική μας αφορά η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Εμπεριέχει τύπους υπογονιμότητας, δωρεά ωαρίων και σπέρματος, παρένθετη μητρότητα ακόμα και κρυοσυντήρηση ωαρίων και εμβρύων. Υπάρχει αναλυτική περιγραφή των τεχνικών, των αιτιών της υπογονιμότητας σε άνδρες και γυναίκες, των χαρακτηριστικών μιας δότριας ή δότη, της σπερματέγχυσης και διάφοροι τύποι προβλημάτων και στα δύο φύλα.

Η παρουσίαση της 2^{ης} κλινικής (Αθήνα) δεν είναι τόσο γενική όσο η 1^η. Μπορεί να αναφέρονται πληροφορίες σε πάνω από 30 σελίδες, αλλά η παρουσίαση είναι αναλυτική. Εδώ δίνεται έμφαση στην αρχική σελίδα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αλλά υπάρχουν αναφορές και σε άλλες υπηρεσίες. Εμπεριέχονται η αρχική σελίδα, υπηρεσίες, ειδικές μονάδες, μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, πληροφορίες, νέα, blog και επικοινωνία. Υπάρχει η δυνατότητα αναζήτησης ιατρού, ραντεβού, ημερολόγιο εγκυμοσύνης, επιστημονικά προγράμματα και συχνές ερωτήσεις. Μπορεί η αρχική σελίδα να δίνει έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αλλά δεν υπάρχει μεγάλη ανάλυση της εξωσωματικής, της δωρεάς, της κρυοσυντήρησης και της παρένθετης μητρότητας.

Η παρουσίαση της 3^{ης} κλινικής (Αθήνα) είναι τελείως διαφορετική από την 2^η. Εμφανίζεται σε πάνω από 70 σελίδες και εδώ δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Εμπεριέχει βέβαια την μαιευτική και γυναικολογική κλινική, γενική κλινική, την ομάδα, τις υπηρεσίες, το γιατί να επιλέξουν την κλινική, τις πιστοποιήσεις, ενδιαφέροντα άρθρα και επικοινωνία. Όσον αφορά τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, -και όχι την μαιευτική, την γυναικολογία και την παιδιατρική-, υπάρχει ανάλυση των τεχνικών όπως διερεύνηση υπογονιμότητας, εξωσωματική γονιμοποίηση, ενδομήτρια σπερματέγχυση, δωρεά ωαρίων, δωρεά σπέρματος, κρυοσυντήρηση ωαρίων, παρένθετη μητρότητα, διατήρηση γονιμότητας αλλά και ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη. Έστω σε 3 με 4 σειρές αναφέρονται, κάτι που δεν συμβαίνει στην 2^η κλινική. Υπάρχουν επιπρόσθετα και οι ιατρικές υπηρεσίες αιχμής όπως το κέντρο μαστού, υπολογιστές κύησης.

Η 4^η κλινική που βρίσκεται στην Θεσσαλονίκη, παρουσιάζεται και αυτή σε έναν μεγάλο ιστότοπο όπου μπορούμε να βρούμε πάνω από 200 σελίδες. Η προβολή εμπεριέχει τις υπηρεσίες οι οποίες αφορούν αποκλειστικά στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Αναφέρονται αναλυτικά υπηρεσίες όπως σπερματέγχυση, εξωσωματική γονιμοποίηση, μικρογονιμοποίηση, καλλιέργεια βλαστοκυττάρων, προεμφυτευτική γενετική, βιοψία όρχεων, παρακέντηση όρχι, δωρεά ωαρίων, δωρεά σπέρματος, δωρεά εμβρύων, συντήρηση ωαρίων και σπέρματος. Επιπλέον παρέχονται πληροφορίες για προγράμματα δωρεάς, για την ιατρική ομάδα, το όραμα, τους χώρους, θεραπείες και συντήρηση γονιμότητας.

Η προβολή της 5^{ης} κλινικής (Αθήνα) ίσως αποτελεί μία από τις πιο πλούσιες σε περιεχόμενα. Αποτελεί έναν κατατοπιστικό οδηγό για τον/ην αναγνώστη/τρια για οτιδήποτε ζητά. Εμπεριέχει τις παρακάτω κατηγορίες: η μονάδα μας, υπηρεσίες, γονιμότητα, εξωσωματική, επιστημονική ομάδα, διεθνείς διακρίσεις, ερευνητικό έργο, κορυφαία ποσοστά επιτυχίας, δημοσιεύσεις. Όλα αυτά οδηγούν σε πολλές άλλες σελίδες (πάνω από 300 στο σύνολο) όπου αναλύονται κάθε είδους πρόβλημα, αιτίες υπογονιμότητας τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες όπως και θεραπείες και τεχνικές.

Η 6^η κλινική που βρίσκεται στην Αθήνα παρουσιάζεται κι αυτή σε έναν εκτενή ιστότοπο που περιλαμβάνει πάνω από 110 σελίδες. Εδώ μπορούμε να βρούμε πληροφορίες για: την κλινική, τη μαιευτική, τη γυναικολογία, τη χειρουργική, τα διαγνωστικά τμήματα, τα εξωτερικά ιατρεία, τις εξειδικευμένες μονάδες, το κέντρο μεταβολικής χειρουργικής και παχυσαρκίας, το κέντρο λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης κηλών, τη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, το κέντρο θεραπειών laser παθήσεων πρωκτού και κύστη κόκκυγος, τη μονάδα εντατικής θεραπείας ενηλίκων και την ογκολογική μονάδα ημερήσιας νοσηλείας. Από τα παραπάνω κατανοούμε ότι δίνεται έμφαση και σε περιπτώσεις που δεν αφορούν μόνο την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Η 7^η κλινική (Αθήνα) δίνει έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και προβάλλεται σε περισσότερες από 100 σελίδες. Είναι βέβαια μικρότερη από άλλους ιστότοπους που περιέχουν αναφορές και σε άλλα ιατρικά θέματα και εκτείνονται σε παραπάνω από 200 σελίδες. Περιέχει τις εξής κατηγορίες: μονάδα, διαδικασίες, ενημέρωση, ιατρικά άρθρα, διασφάλιση ποιότητας, επιστημονικό προσωπικό, διαδικασίες εξωσωματικής και επιλεγμένο προσωπικό.

Η 8^η κλινική βρίσκεται στην Θεσσαλονίκη, εμφανίζεται σε πάνω από 100 σελίδες και η πληροφόρηση δίνεται με τρόπο αναλυτικό. Αναφέρεται στα παρακάτω θέματα: Αρχική επικοινωνία, γιατί εμάς, υπηρεσίες, ποσοστά επιτυχίας, πληροφόρηση ασθενών, απαραίτητες φόρμες για τη θεραπεία σας, υστεροσκόπηση/λαπαροσκόπηση, δωρεά ωαρίων, παρένθετη μήτρα, γενετική, νέα, κλείστε ραντεβού και blog. Υπάρχει μεγάλη ανάλυση των προβλημάτων, των θεραπειών και των τεχνικών.

Η 9^η και η 10^η κλινική που βρίσκονται και οι δύο στην Αθήνα αποτελούν δύο από τις 17 κλινικές όπου στον αντίστοιχο ιστότοπο τους δεν γίνεται μεγάλη ανάλυση των τεχνικών και δεν υπάρχει ιδιαίτερη έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι δύο αυτοί ιστότοποι παρουσιάζουν ομοιότητες όχι μόνο στο μέγεθος (80 και 50 ιστοσελίδες αντίστοιχα) αλλά και σε αρκετά άλλα σημεία. Στην παρουσίαση της 9^{ης} κλινικής εμπεριέχονται οι παρακάτω θεματικές: κλινική, υπηρεσίες, για τον πολίτη, εκπαίδευση- βιβλιοθήκη, ενημέρωση, εξωσωματική γονιμοποίηση, τράπεζα γάλακτος- μητρικός θηλασμός, προετοιμασία γονεικότητας, κέντρο εθελοντών δωτών, κέντρο ελέγχου αποβολών, κέντρο μαστού, ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Η διαφορά με τις υπόλοιπες κλινικές είναι ότι στο κομμάτι των υπηρεσιών δίνεται

έμφαση στην νοσηλευτική, ενώ στις υπηρεσίες υπάρχουν όλοι οι κλάδοι της ιατρικής από τον παθολογικό τομέα μέχρι τον οφθαλμιατρικό. Είναι αξιοσημείωτο ότι την ίδια δομή διαθέτει και η 10^η κλινική με την προσθήκη ότι αναφέρεται σε θεραπείες ακτινών, πυρηνικής ιατρικής, βιοπαθολογίας και μικροβιολογίας, βιοχημικό, αιματολογικό τμήμα, αιμοδοσία, ανοσολογία, κυτταρολογικό τμήμα, φαρμακευτικό, εξωτερικά ιατρεία, απογευματινά ιατρεία. Οι παραπάνω πληροφορίες δεν εμφανίζονται σε καμιά άλλη κλινική, ούτε στις προαναφερθείσες ούτε και στις επόμενες. Υπάρχει δηλαδή μια αναφορά στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αλλά και μια έμφαση γενικώς σε όλους τους κλάδους της ιατρικής. Αποτελούν δύο σχεδόν πανομοιότυπους ιστότοπους.

Στον αντίποδα της 9^{ης} και 10^{ης} κλινικής, οι επόμενες τρεις κλινικές, που βρίσκονται στην Αθήνα, αν και οι αντίστοιχοι ιστότοποι τους περιορίζονται σε 50 με 60 σελίδες, το περιεχόμενο των σελίδων τους είναι εκτενές και πολύ αναλυτικό. Ας δούμε την 11^η και 12^η κλινική καθώς η 13^η έχει μια ιδιαιτερότητα. Στην 11^η κλινική υπάρχουν πληροφορίες για την κλινική, την φιλοσοφία της, τις υπηρεσίες της, την ομάδα, την τοποθεσία, τα νέα και την επικοινωνία. Πιο αναλυτικά αναφέρονται επίσης εξατομικευμένες υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, υπηρεσίες στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και γιατί να επιλέξουν την κλινική. Οι πληροφορίες εμφανίζονται σε πάνω από 50 σελίδες, οι οποίες όμως είναι αναλυτικές αναφορικά με τις θεραπείες και στις τεχνικές. Όσον αφορά την 12^η κλινική έχει και αυτή μεγάλη ανάλυση και περιεχόμενο. Εμφανίζεται σε πάνω από 60 σελίδες με μεγάλη ανάλυση. Αποτελείται από την αρχική, επιστημονική ομάδα, υπογονιμότητα, εξωσωματική γονιμοποίηση, νέες τεχνικές, δωρεά ωαρίων, δωρεά σπέρματος, γυναικείες εξετάσεις, ανδρικές εξετάσεις, αναζωογόνηση ενδομητρίου, λαπαροσκοπική αναγέννηση ωοθηκών, αναγέννηση ωοθηκικού ιστού, εμβρυομεταφορά, κρυοσυντήρηση εμβρύων, κρυοσυντήρηση ωαρίων, blog και χρήσιμα νέα. Είναι εμφανές ότι γίνεται έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και όχι στην γενική ιατρική.

Στο ίδιο μήκος κύματος βρίσκεται και η 13^η κλινική. Η διαφορά εδώ είναι ότι το όνομα της κλινικής συνοδεύεται από το όνομα του ιδρυτή της και γυναικολόγου ιατρού. Ωστόσο, το περιεχόμενο είναι και αυτό μεγάλο και αναλυτικό, αν και εμφανίζεται σε περίπου 60 σελίδες. Δίνεται έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και στις τεχνικές της αλλά και σε άλλες υπηρεσίες. Εμπεριέχει: αρχική, ο ιατρός, το ιατρείο, διερεύνηση και θεραπείες και επικοινωνία. Επιπλέον μαιευτική υψηλού κινδύνου, βιογραφικό ιατρού γυναικολόγου, κολποσκόπηση, κονδυλώματα και γυναικεία υπογονιμότητα.

Η 14^η κλινική έχει παραρτήματα τόσο στην Αθήνα όσο και στην περιοχή του Πειραιά. Ο ιστότοπος της περιλαμβάνει πάνω από 100 σελίδες και αναφέρεται πολύ αναλυτικά στις τεχνικές. Περιλαμβάνει: την αρχική, υπογονιμότητα, εξωσωματική γονιμοποίηση, υπηρεσίες εξωσωματικής, υπηρεσίες κυτταρογένεσης, υπηρεσίες μοριακής βιολογίας, ερευνητική δραστηριότητα, μαρτυρίες, νέα και ενημερώσεις, χάρτης και στοιχεία επικοινωνίας, περισσότερα για το κέντρο, μικρογονιμοποίηση,

ενδομήτρια σπερματέγχυση, κρυοσυντήρηση, αξιολόγηση εμβρύων, προεμφυτευτική διάγνωση, υποβοηθούμενη εκκόλαψη, θρομβοφιλία, κυστική ίνωση, μοριακή ανίχνευση χλαμυδίων, μοριακή ανίχνευση HPV και μοριακή ανίχνευση έρπητα. Εδώ βλέπουμε ότι δίνεται και μια έμφαση σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και όχι μόνο στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Η 15^η κλινική βρίσκεται στην Αθήνα και ο ιστότοπος της παρέχει μια μεγάλη ανάλυση των τεχνικών αλλά χωρίς να δίνει έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Εμφανίζεται σε πάνω από 60 σελίδες και περιλαμβάνει: την κλινική, μαιευτικό κέντρο, γυναικολογικό και διαγνωστικό κέντρο, χειρουργικό κέντρο, χρήσιμες πληροφορίες, ενημέρωση και επικοινωνία.

Στον αντίποδα της 15^{ης} κλινικής, η 16^η κλινική που βρίσκεται στην Αθήνα, δίνει μεγάλη έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στις τεχνικές, τις θεραπείες και την διατήρηση της γονιμότητας. Στην αρχική σελίδα του ιστότοπου υπάρχουν λίγα περιεχόμενα που αφορούν την κλινική, τις υπηρεσίες, τα νέα και την επικοινωνία. Ο ιστότοπος περιλαμβάνει περίπου 50 σελίδες ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάλυση των υπηρεσιών.

Η τελευταία κλινική βρίσκεται στην Πάτρα. Η κλινική στην Πάτρα εστιάζει στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αν και εμφανίζεται μόνο σε περίπου 40 σελίδες. Δε γίνεται μια αναλυτική περιγραφή των τεχνικών, αιτιών υπογονιμότητας και θεραπειών παρά μόνο επιγραμματική σε 3-5 σειρές. Συγκεκριμένα ο ιστότοπος περιλαμβάνει τα παρακάτω θέματα: γιατί εμάς, γυναικεία υπογονιμότητα, θεραπείες, κρυοσυντήρηση, δωρεά ωαρίων, επικοινωνία, ο χώρος και η ιατρική ομάδα.

Μέχρι αυτό το σημείο εξετάσαμε τα περιεχόμενα και τις θεματικές των ιστότοπων των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα. Άλλοι διαφέρουν περισσότερο, άλλοι λιγότερο. Όσον αφορά όμως το ύφος γραφής του κάθε ιστότοπου παρατηρείται κάτι κοινό και στους 17. Από την μία πλευρά το ύφος είναι απλό, λιτό και προφορικό. Μην ξεχνάμε ότι απευθύνονται σε ασθενείς και αναγνώστες που δεν είναι συχνά εξοικειωμένοι με την ιατρική. Επομένως το ύφος θα πρέπει να είναι κατανοητό για να κατανοήσει ο αναγνώστης. Ωστόσο, από την άλλη πλευρά, όταν αναλύεται μια τεχνική ή θεραπεία αναφέρονται ιατρικοί όροι και το ύφος γίνεται επιστημονικό. Είναι σύνηθες στην αρχική σελίδα να παρατηρείται το απλό, λιτό και προφορικό ύφος αλλά όταν γίνεται μια αναζήτηση για κάτι συγκεκριμένο (πχ σπερματέγχυση) το κείμενο να γίνεται πιο επιστημονικό.

5.2.2. Χρήση χρώματος

Μπαίνοντας σε έναν ιστότοπο το πρώτο πράγμα που θα μας κεντρίσει είναι τα χρώματα που χρησιμοποιούνται. Τα χρώματα χρησιμοποιούνται στο φόντο, στις εικόνες, αν θέλουν να τονίσουν κάποιο περιεχόμενο αλλά έχουν και μια σημασία. Χρώματα όπως μαύρο, κίτρινο, πορτοκαλί δεν υπάρχουν σε κανέναν από τους

παραπάνω ιστότοπους. Αρχικά το κοινό χρώμα είναι το άσπρο (με την 9^η κλινική να χρησιμοποιεί αποκλειστικά άσπρο). Το άσπρο χρώμα θεωρείται αυτό της αγνότητας, της αθωότητας, της ασφάλειας και του φωτός. Αυτές οι σημασίες συνδέονται άμεσα με το νεογνό-έμβρυο καθώς είναι αγνό, αθώο και φέρνει φως στη ζωή ενός ζευγαριού. Όσον αφορά την ασφάλεια αυτό είναι απαραίτητο συναίσθημα που χρειάζεται να νιώσουν οι ασθενείς-αναγνώστες. Εκτός από το άσπρο υπάρχουν και άλλα χρώματα. Το μπλε εμφανίζεται στην 1^η, 3^η, 4^η, 5^η, 6^η, 11^η, 12^η, 13^η, 15^η, 14^η και 16^η κλινική. Το μπλε όπως και το γαλάζιο συνδέεται με την υγεία, την επούλωση, την σταθερότητα, την πίστη, την εμπιστοσύνη, την αυτοπεποίθηση, την αλήθεια και φυσικά προτιμάται από τον ανδρικό πληθυσμό. Όλες αυτές οι συνδέσεις χρειάζονται για την σχέση της κλινικής με τους ασθενείς. Επιπλέον βλέπουμε και το κόκκινο με το ροζ χρώμα. Το κόκκινο είναι πιο σπάνιο και εμφανίζεται μόνο στην 1^η και 14^η κλινική. Το κόκκινο χρώμα θεωρείται το χρώμα του αίματος, συνδέεται με την σωματική και ψυχική δύναμη, το πάθος, την επιθυμία, την αγάπη και το κουράγιο. Χαρακτηριστικά που είναι βασικά για ένα τύπο ζευγαριού που θέλει να αποκτήσει παιδί. Μια απόχρωση του κόκκινου είναι το ροζ. Το ροζ εμφανίζεται πιο συχνά από ότι το κόκκινο. Το βλέπουμε στην 2^η, 3^η, 5^η, 8^η, 11^η, 14^η και 15^η κλινική. Το ροζ συνδέεται με τον ρομαντισμό, την αγάπη, την φιλία αλλά και τον φεμινισμό. Τέλος ακόμα δύο χρώματα που χρησιμοποιούνται είναι το μωβ και το πράσινο. Το μωβ χρώμα εμφανίζεται στην 3^η και 16^η κλινική. Το μωβ συμβολίζει την ανεξαρτησία, την γνώση και την δημιουργικότητα. Το πράσινο εμφανίζεται στην 6^η κλινική. Ίσως είναι και το πιο σημαντικό χρώμα, αν και έντονο και όχι τόσο απαλό όσο το άσπρο και το ροζ. Το πράσινο είναι το χρώμα της φύσης. Συμβολίζει την ανάπτυξη, τη γονιμότητα, την υπομονή, την ελπίδα και την ασφάλεια. Η 6^η ιστοσελίδα με το πράσινο χρώμα στην αρχική σου δίνει την αίσθηση της ζωής, το πράσινο υποδηλώνει κάτι που είναι ζωντανό (πχ φυτό). Πουθενά δεν παρατηρείται το μαύρο χρώμα καθώς θεωρείται συνώνυμο της απώλειας και του θανάτου.

5.2.3. Οπτικοακουστικό Υλικό

Το οπτικοακουστικό υλικό περιλαμβάνει εικόνες και βίντεο. Όλοι οι ιστότοποι έχουν εικόνες. Όσον αφορά τα βίντεο στην 3^η, 4^η, 5^η, 7^η, 9^η, 11^η, 10^η, 13^η, 15^η, 16^η και 17^η κλινική δεν υπάρχουν βίντεο. Στις υπόλοιπες κλινικές υπάρχει ένα τέτοιο υλικό. Στην 1^η κλινική υπάρχουν βίντεο που ομιλούν σε τηλεοπτικές πρωινές εκπομπές οι γιατροί για την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τον φυσιολογικό τοκετό, για ινομύματα, κύστες και πολύποδες. Στην 6^η κλινική τα βίντεο αφορούν την παρουσίαση της κλινικής, την αυτοεξέταση των μαστών, την φροντίδα του νεογνού, τον μητρικό θηλασμό και την παρουσίαση των εργαστηρίων τους. Στην 8^η κλινική υπάρχουν έξι βίντεο που δίνουν έμφαση στους εμβρυολόγους, οι οποίοι μιλούν για τον ρόλο τους στη σύλληψη και για νέες λύσεις υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αλλά και συνεντεύξεις γυναικολόγων και προϊσταμένων σε εκπομπές της τηλεόρασης που μιλούν για την εγκυμοσύνη και την σύλληψη εν μέσω πανδημίας. Η 12^η κλινική παρουσιάζει βίντεο που αφορούν μια ψυχολόγο και έναν μαιευτήρα-γυναικολόγο που

δεν δίνουν συνέντευξη αλλά μιλούν για την δωρεά ωαρίων, το άγχος και πως το διαχειρίζονται όταν μπαίνουμε σε μια διαδικασία εξωσωματικής και την πολλαπλή αποτυχία της, τα αίτια και την αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης και όλα αυτά σε έξι βίντεο. Ωστόσο, εκτός από τα παραπάνω βίντεο στην 14^η κλινική υπάρχουν τέσσερα βίντεο γυναικών που μιλούν για την εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Εκτός από τα βίντεο υπάρχουν και πολλές εικόνες σε όλες τις κλινικές. Οι εικόνες είναι κάθε είδους που έχουν σχέση με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Πιο αναλυτικά στην 1^η κλινική υπάρχουν οι εικόνες μωρών, μωρών με την μαμά και τον μπαμπά, του εργαστηρίου τους αλλά και της κλινικής. Στην 2^η κλινική υπάρχει η εικόνα της κλινικής και τίποτα άλλο. Στην 3^η κλινική υπάρχουν εικόνες ενός ωαρίου, σπερματοζωαρίου που γονιμοποιεί το ωάριο, του εργαστηρίου και των μηχανημάτων αλλά και της κλινικής σε εσωτερικό και εξωτερικό χώρο. Στην 4^η κλινική μπορούμε να δούμε εικόνες από ζευγάρια, είτε μόνα, είτε με τα μωρά τους, της μητέρας με το μωρό στην αγκαλιά, των ωαρίων, των γιατρών αλλά και του προσωπικού της κλινικής. Στην 5^η κλινική βλέπουμε πολλές εικόνες ανήλικων παιδιών σε διάφορες ηλικίες, από νεογνά και νήπια μέχρι έφηβους, ακόμα και εικόνες μητέρων και πατέρων μαζί με παιδιά, αλλά και πολλές φωτογραφίες εξωτερικών και εσωτερικών χώρων της κλινικής. Στην 6^η κλινική αντικρίζουμε εικόνες μωρού με μαμά, εργαστηρίου, παιδιών και γιατρών. Στην 7^η κλινική δεν υπάρχουν εικόνες αλλά μόνο των γιατρών. Στην 8^η κλινική υπάρχουν φωτογραφίες μητέρας, μωρού, εξωτερικού χώρου της κλινικής, εγκύων και η απεικόνιση του DNA. Στην 9^η κλινική βλέπουμε εικόνες από εξωτερικούς και εσωτερικούς χώρους της κλινικής, των εργαστηρίων αλλά και των ιατρικών εξέτασης. Στην 10^η δεν υπάρχουν εικόνες αλλά μόνο των γιατρών. Στην 11^η κλινική υπάρχουν πολλές φωτογραφίες όπως γιατρών, μωρού και μητέρας, εγκύων, ωαρίου, σπέρματος, εργαστηρίων και της κλινικής. Στην 12^η κλινική εμφανίζονται εικόνες μητέρας, μωρού, ωαρίου και γιατρών. Στην 13^η κλινική δεσπόζει ο ιατρός-γυναικολόγος της κλινικής, αλλά και εικόνες μητέρας και εγκύου. Στις υπόλοιπες κλινικές υπάρχουν όλοι οι παραπάνω τύποι φωτογραφιών που αναφέρθηκαν.

5.2.4. Βιογραφικό Προσωπικού

Σε κάθε ιστότοπο είναι πολύ σημαντικό για τον αναγνώστη-ασθενή να υπάρχουν πληροφορίες και εικόνες των ιατρών αλλά και του προσωπικού. Αυτό συμβαίνει σε όλες τις κλινικές εκτός από την 15^η στην οποία δεν γίνεται κάποια αναφορά σε προσωπικό και ιατρούς. Όσον αφορά στις υπόλοιπες κλινικές υπάρχουν αναφορές σε ιατρούς και προσωπικό. Πιο αναλυτικά, στην 1^η κλινική υπάρχει αναλυτική περιγραφή των γιατρών και των βιογραφικών τους. Στην 2^η κλινική δεν υπάρχουν τα βιογραφικά των γιατρών αλλά μια απλή αναφορά στο διοικητικό προσωπικό με το όνομα και το επώνυμό τους. Στην 3^η κλινική υπάρχει μεγαλύτερη ανάλυση. Βρίσκουμε ονόματα με εικόνες και κατηγορίες γιατρών (γυναικολόγοι, εμβρυολόγοι και νοσηλευτικό προσωπικό). Στον ίδιο ρυθμό η 4^η, 5^η, 8^η, 11^η, 12^η και 14^η κλινική

υπάρχει μεγάλη ανάλυση των βιογραφικών των ιατρών μαζί με φωτογραφίες τους, ενώ στην 6^η, 7^η και 17^η κλινική υπάρχει απλή αναφορά των ιατρών χωρίς βιογραφικό και χωρίς φωτογραφίες τους. Στην 9^η κλινική υπάρχει μια απλή αναφορά στο διοικητικό προσωπικό χωρίς βιογραφικό και φωτογραφίες. Στην 10^η κλινική υπάρχει μια απλή αναφορά των υπευθύνων γιατρών με τις εικόνες τους. Η 13^η κλινική είναι ειδική περίπτωση καθώς δίνεται έμφαση στον δημιουργό της και γυναικολόγο και έτσι υπάρχει η εικόνα του μαζί με το αναλυτικό βιογραφικό του. Τέλος, στην 16^η κλινική υπάρχουν φωτογραφίες ιατρών με ένα μικρό βιογραφικό σημείωμα.

5.2.5. Προσωπικές ιστορίες και μηνύματα απεύθυνσης

Ένας από τους ιστότοπους για να ενθαρρύνει τον αναγνώστη-ασθενή αλλά και για τον βεβαιώσει ότι υπάρχουν πολλοί άνθρωποι με τα ίδια ιατρικά προβλήματα χρησιμοποιεί στην δημοσιότητα προσωπικές ιστορίες άλλων ασθενών για να τους βεβαιώσει για την επιτυχία τους ως κλινική και να τους κάνει να αισθανθούν ασφάλεια, εμπιστοσύνη και ελπίδα. Όσον αφορά τα μηνύματα απεύθυνσης αποτελούνται σε όλες τις κλινικές από slogan που παρουσιάζονται στην αρχική σελίδα για να προσελκύσουν τον αναγνώστη και περιλαμβάνουν αισιόδοξα και αξιόπιστα μηνύματα.

Όσον αφορά τις προσωπικές ιστορίες από τις 17 κλινικές μόνο οι τρεις (1^η, 12^η και 14^η) αναφέρονται σε προσωπικές ιστορίες. Στην 1^η κλινική οι ιστορίες αφορούν γυναικολογικά προβλήματα, στη 2^η εμπειρίες από την εξωσωματική και ευχαριστήρια μηνύματα. Στην 12^η κλινική δεν υπάρχουν πολλές ιστορίες αλλά μόνο μία που αναφέρεται στην αρχική σελίδα από γυναίκες που ευχαριστούν το προσωπικό για το αποτέλεσμα της διαδικασίας. Τέλος, στην 14^η κλινική οι ιστορίες αφορούν μαρτυρίες των γυναικών σε μορφή βίντεο που μιλούν για την εμπειρία τους από την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Εκτός από τις προσωπικές ιστορίες υπάρχουν και τα μηνύματα απεύθυνσης. Από τις 17 κλινικές μόνο οι δέκα εμφανίζουν στην αρχική σελίδα μηνύματα απεύθυνσης. Αναφέρω επιγραμματικά κάποια μηνύματα απεύθυνσης που αναφέρονται στις δέκα αυτές ιστοσελίδες: <<Η νέα γενιά γεννιέται εδώ>> (3^η κλινική), <<Ξεκινήστε το ταξίδι στη γονιμότητα όπου και αν βρίσκεστε. Είμαστε δίπλα σας σε κάθε βήμα>> (4^η κλινική), <<Πάνω από 3^ο χρόνια δημιουργούμε οικογένειες>> (5^η κλινική), <<Επιλεγμένο προσωπικό. Επιστημονικά καταρτισμένο. Έμπειρο να διαχειριστεί τις διεργασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής>> (7^η κλινική), <<Η επιτυχία της κλινικής μας μετρίεται σε χαμόγελα. Η συνέπεια και η εξαιρετική δουλειά του έμπειρου προσωπικού μας έχει ως αποτέλεσμα ένα εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό επιτυχημένων γονιμοποιήσεων και γεννήσεων>> (8^η κλινική), <<Εκπληρώνουμε τα όνειρά σας>> (11^η κλινική), <<Οι πιο όμορφες διαδρομές είναι αυτές που κάνουμε για να συναντήσουμε αγκαλιές. Γιώργος Σεφέρης>> (12^η κλινική), <<Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην λήψη αποφάσεων και πρέπει

να αντιμετωπίζονται πρώτα από όλα, ως άνθρωποι>> (13^η κλινική), <<Η τελευταία λέξη της τεχνολογίας. Άρτια εκπαιδευμένο εκπαιδευτικό προσωπικό. Σημαντικά αυξημένα ποσοστά επιτυχίας ώστε κάθε ζευγάρι να μπορεί να δημιουργήσει οικογένεια>> (14^η κλινική) και <<Στην κλινική χρησιμοποιούμε υψηλών προδιαγραφών εργαστηριακό εξοπλισμό>> (17^η κλινική). Τα παραπάνω μηνύματα εστιάζουν στο να αισθανθούν οι ασθενείς εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ελπίδα και αισιοδοξία πριν προβούν σε ενέργειες που αφορούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την δημιουργία μιας οικογένειας.

5.2.6. Γλώσσες που χρησιμοποιούνται

Στους ελληνικούς ιστότοπους εκτός από την ελληνική γλώσσα που είναι και η γλώσσα συγγραφής υπάρχουν και άλλες γλώσσες. Η ποικιλία στην γλώσσα έχει ως σκοπό την προσέλκυση ξένων ασθενών που έρχονται στην χώρα μας ή διαμένουν στην χώρα μας και όχι μόνο Ελλήνων. Η 6^η, 7^η, 9^η, 10^η, 13^η, 16^η και 17^η κλινική παρέχουν την δυνατότητα μόνο της ελληνικής γλώσσας. Η αμέσως επόμενη πιο βασική γλώσσα είναι τα αγγλικά που εμφανίζονται στην 1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η, 8^η, 11^η, 12^η και 15^η κλινική. Επιπρόσθετα εμφανίζονται και άλλες γλώσσες. Πιο συγκεκριμένα στην 1^η κλινική υπάρχουν η αραβική, η κινέζικη, η σερβική, η ρωσική, η ρουμανική, η αλβανική, η τούρκικη, η σουηδική, η γερμανική, η γαλλική και η ιταλική γλώσσα. Στην 4^η κλινική εμφανίζονται η ρουμανική, η σερβική, η ρωσική και η γαλλική γλώσσα. Στην 5^η η ρουμανική γλώσσα, στην 8^η η γαλλική, η πολωνική και η σερβική γλώσσα. Στην 11^η η γαλλική και η ιταλική, στην 12^η η ιταλική, ενώ στην 14^η η γαλλική, η ιταλική, η γερμανική, η ισπανική και η ρουμανική γλώσσα.

5.2.7. Διαφήμιση Δωρεάς

Μιλώντας για την διαφήμιση της δωρεάς εννοούμε την έμφαση και την προώθηση της δωρεάς ωαρίων και σπέρματος στις ιστοσελίδες. Αρχικά η διαφήμιση σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει στις αρχικές σελίδες ή υπάρχει μια μεγαλύτερη ανάλυση της δωρεάς στις υποκατηγορίες. Από τις 17 κλινικές η 2^η, 6^η, 7^η, 9^η, 10^η, 15^η και 16^η δεν διαφημίζουν την δωρεά. Στις υπόλοιπες κλινικές εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό η διαφήμισή της, το πώς γίνεται, τα ποσοστά επιτυχίας, το κόστος και τα προγράμματα που υπάρχουν.

5.2.8. Νομικό Πλαίσιο

Με τον όρο νομικό πλαίσιο εδώ δεν εννοούμε την πολιτική απορρήτου της κάθε ιστοσελίδας αλλά την αναφορά σε νόμους και νομικές διαδικασίες που αφορούν τα προγράμματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Από τις 17 κλινικές μόνο οι πέντε αναφέρονται στο νομικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, η 4^η, 7^η, 9^η, 11^η και 14^η κλινική

αναφέρονται στο νομικό πλαίσιο κάθε διαδικασίας αναλυτικά (4^η, 7^η, 11^η και 14^η) και επιγραμματικά η 9^η.

5.3. Οι ιστοσελίδες κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ισπανία

Στην Ισπανία δόθηκε έμφαση σε 14 ιστότοπους κλινικών εκ των οποίων βέβαια η μία δεν είναι κλινική αλλά κομμάτι του νοσοκομείου που εξειδικεύεται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι δύο βρίσκονται στην Μάλαγα, οι επτά στην Μαδρίτη, εκ των οποίων η μία είναι το νοσοκομείο, οι τέσσερις στην Βαρκελώνη και μία στην Βαλένθια. Όπως και στην Ελλάδα και με την ίδια δομή θα δούμε αναλυτικά τον τρόπο παρουσίασης αυτών των ιστότοπων.

5.3.1. Περιεχόμενα Ιστότοπων και Ύφος

Το μέγεθος των ιστοτόπων των κλινικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ισπανία κυμαίνεται μεταξύ 25 με 100 περίπου σελίδες και όχι παραπάνω. Κι εδώ οι κλινικές θα αναφέρονται αριθμητικά μαζί με την περιοχή που βρίσκονται. Στην 1^η κλινική (Μάλαγα) χρησιμοποιούνται περίπου 40 σελίδες και μέτρια ανάλυση. Ο ιστότοπος περιλαμβάνει την αρχική σελίδα, και τις παρακάτω θεματικές: μάθε για εμάς, ασθενείς, κλινικές, θέλεις να γίνεις δωρητής, blog, επικοινωνία, γονιμότητα, προϋπολογισμοί, θεραπείες και τεχνικές. Εδώ δίνεται έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και όχι στην ιατρική γενικώς. Και η 2^η κλινική βρίσκεται στην Μάλαγα και ο ιστότοπος της είναι παρόμοιος σε μέγεθος (30 σελίδες) και σε περιεχόμενο. Εδώ δίνεται έμφαση αποκλειστικά στην δωρεά και περιλαμβάνει τις παρακάτω θεματικές: γιατί να είσαι δωρητής, ανωνυμία, τί λέει ο νόμος, πώς να δωρίσετε ωάρια, έχετε αμφιβολίες, οι κλινικές μας και blog.

Στην 3^η κλινική (Βαρκελώνη) βλέπουμε και εδώ μια έμφαση στην δωρεά και στις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αλλά και μια μεγάλη ανάλυση σε αυτές (περίπου 50 σελίδες). Ειδικότερα ο ιστότοπος περιλαμβάνει αναφορές σε θεραπείες και υπηρεσίες, κλινικές, συχνές ερωτήσεις, προγράμματα δωρεάς ωαρίων στην Ισπανία, blog, βοήθεια γονιμότητας, διατήρηση γονιμότητας, δοκιμές και οι δότες.

Στην 4^η κλινική (Βαρκελώνη) δίνεται και εδώ έμφαση στην δωρεά. Ο ιστότοπος περιλαμβάνει περίπου 40 σελίδες όπου γίνεται συστηματική ανάλυση των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Περιλαμβάνει τις θεματικές: παρόν, γίνετε δότης, επικοινωνία, προγραμματίστε το ταξίδι σας, τι χρειάζεσαι, υπηρεσίες, ποσοστά επιτυχίας, η ομάδα σου, γίνε μαμά, γίνετε μαμάδες, διατήρηση γονιμότητας, τεχνικές και γενετική αναπαραγωγής.

Στην 5^η κλινική (Βαρκελώνη) ο δικτυακός τόπος δίνει έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και δωρεά αλλά αναφέρονται και άλλες τεχνικές και τομείς της ιατρικής. Σε περίπου 60 σελίδες συναντάμε πληροφορίες σχετικά με: σχετικά με την κλινική, θεραπείες, συχνές ερωτήσεις, η κλινική σου, επικοινωνία, ωάρια με εξωσωματική γονιμοποίηση, εξωσωματική με ωάρια δότρια και το σπέρμα του ζευγαριού, εξωσωματική με ωάρια δότριας και σπέρμα δότη και μέθοδοι.

Στην 6^η κλινική (Βαρκελώνη) ο ιστότοπος επικεντρώνεται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και στην δωρεά. Χρησιμοποιούνται περίπου 50 σελίδες που περιλαμβάνουν τις παρακάτω θεματικές: υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, θέλω να γίνω μαμά (μόνη), με δύο μαμάδες ή μαμά και μπαμπάς, τα αποτελέσματά μας, θέλω να δωρίσω και επικοινωνία.

Στην 7^η κλινική (Βαλένθια) δίνεται έμφαση στην δωρεά και στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ο δικτυακός τόπος αποτελείται από περίπου 40 σελίδες. Η ανάλυση είναι διεξοδική και αφορά μόνο τις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Εδώ βρίσκουμε αναφορές σε: την κλινική μας, θεραπεία γονιμότητας, η περίπτωση σου, το ταξίδι σου, δωρητές, ασθενείς, επικοινωνία, ετεροφυλόφιλα ζευγάρια, γυναικεία ζευγάρια και άγαμες μητέρες.

Ο ιστότοπος της 8^{ης} κλινικής (Μαδρίτη) έχει μεγάλο μέγεθος (περίπου 70 σελίδες) και αναλυτική ενημέρωση για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και δωρεά. Εμπεριέχει τις εξής θεματικές: σχετικά με την κλινική, ποιο είμαστε, ομάδα, ποσοστά επιτυχίας, τιμές, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τεχνικές και θεραπείες, διαγνωστικές εξετάσεις, διατήρηση γονιμότητας, δωρητές σπέρματος και ωαρίων και προγράμματα δωρεάς.

Η 9^η κλινική (Μαδρίτη) είναι πιο ιδιαίτερη. Χρησιμοποιεί 20 μόνο σελίδες χωρίς να υπάρχει μεγάλη ανάλυση των τεχνικών. Αναφέρονται στατιστικά δεδομένα και ποσοστά επιτυχίας, στοιχεία για το που βρίσκεται η κλινική και την ιστορία της, συμβουλευτικές επιτροπές και τον βοηθητικό χάρτη.

Η 10^η κλινική (Μαδρίτη) είναι η μόνη κλινική της οποίας ο ιστότοπος έχει ένα μεγαλύτερο μέγεθος που ξεπερνά τις 100 σελίδες. Εδώ υπάρχει μεγάλη ανάλυση που επικεντρώνεται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την δωρεά. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει: γνωρίστε την κλινική, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, θεραπείες, τεχνικές, τεχνολογίες, διαγνωστικές εξετάσεις, γενετικές εξετάσεις, δωρεά, διατήρηση γονιμότητας, κατάψυξη ωαρίων, κατάψυξη σπέρματος, πραγματικές ιστορίες, blog, συχνές ερωτήσεις, επικοινωνία, θέλω να γίνω μητέρα με τον άντρα σύντροφό μου, θέλω να γίνω μητέρα χωρίς σύντροφο, θέλω να γίνω μητέρα με την γυναίκα σύντροφό μου και θέλω να αναβάλω την μητρότητα.

Η 11^η κλινική (Μαδρίτη) παρουσιάζεται σε περίπου 25 σελίδες. Μπορεί να μην είναι πολλές αλλά μέσα από αυτές γίνεται εκτενής ανάλυση που αφορά στα προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και δωρεάς. Οι θεματικές που συναντάμε είναι:

κλινική, θεραπείες, δωρητές, βοηθητικά προγράμματα, blog, επικοινωνία και η ομάδα μας. Υπάρχει μεγάλη ανάλυση των μεθόδων της τεχνητής γονιμοποίησης.

Και στην 12^η κλινική (Μαδρίτη) δίνεται έμφαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, στις περισσότερες από 40 σελίδες του ιστότοπου αναλύεται διεξοδικά η σχετική διαδικασία. Εδώ βρίσκουμε αναφορά σε: κλινικές, θεραπείες, προηγμένες τεχνικές, πραγματικές ιστορίες, βήμα βήμα, εξωσωματική γονιμοποίηση, επικοινωνία, δωρεά ωαρίων, διατήρηση γονιμότητας, φυσικός κύκλος και τεχνητή γονιμοποίηση.

Στην 13^η κλινική (Μαδρίτη) η ανάλυση δεν είναι πολύ μεγάλη αν και ο ιστότοπος χρησιμοποιεί παραπάνω από 50 σελίδες όπου εμπεριέχονται τα παρακάτω θέματα: η κλινική, θεραπείες και τεχνικές γονιμότητας, συχνές ερωτήσεις, επικοινωνία, οι ειδικοί της γονιμότητας, μονάδα συναισθηματικής υποστήριξης, ποσοστά επιτυχίας, δωρεά ωαρίων, διατήρηση γονιμότητας, διατήρηση γονιμότητας για άνδρες και προγεννητικός έλεγχος γονιμότητας.

Όσον αφορά την 14^η περίπτωση εδώ δεν πρόκειται για κλινική αλλά για νοσοκομείο στη Μαδρίτη που παρέχει υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και δωρεάς. Ο ιστότοπος του νοσοκομείου είναι μικρός σε έκταση (20 σελίδες περίπου). Η εικόνα του ιστότοπου με την πρώτη ματιά παραπέμπει σε κλινική αλλά η αναφορά είναι ως εξής <<Ινστιτούτο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Νοσοκομείου του γιατρού ...>>. Στον τίτλο δίνεται έμφαση στο όνομα του ιατρού-γυναικολόγου. Ο ιστότοπος περιλαμβάνει τις θεματικές: σχετικά με εμάς, θεραπείες, τεχνικές και υπηρεσίες, κέντρα και ειδικοί, blog, θέλετε να γίνετε δωρητής?, προηγμένες υπηρεσίες, βοηθητικές υπηρεσίες, διατήρηση γονιμότητας, δωρεά ωαρίων, παιδιατρική, γενετική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη.

Όσον αφορά το ύφος των ιστότοπων και εδώ είναι ίδιο και στις 14 περιπτώσεις. Από την μία πλευρά είναι απλό, λιτό και προφορικό, καθώς απευθύνεται σε αναγνώστες-ασθενείς που δεν έχουν ιατρική γνώση. Αυτό φαίνεται και στα μηνύματα απεύθυνσης. Από την άλλη πλευρά, το ύφος είναι και επιστημονικό όταν πρόκειται να γίνει ανάλυση των τεχνικών και της δωρεάς.

5.3.2. Χρήση Χρώματος

Στους διαδικτυακούς τόπους των κλινικών και κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ισπανία το κύριο χρώμα που εμφανίζεται σε όλους είναι το άσπρο. Παρόλα αυτά, υπάρχουν και άλλα χρώματα. Το μπλε χρώμα εμφανίζεται στην 4^η, 5^η, 7^η, 8^η, 10^η, 11^η, 12^η, 13^η και στο νοσοκομείο (14^ο). Το ροζ χρώμα εμφανίζεται στην 1^η, 2^η και 10^η κλινική. Το γκρι χρώμα υπάρχει στην 3^η, 8^η, 12^η, 13^η και στο νοσοκομείο (14^ο). Επίσης υπάρχουν άλλα δύο χρώματα, το πορφυρό κόκκινο και το πράσινο. Το πρώτο το βρίσκουμε στην 6^η κλινική, ενώ το πράσινο στην 11^η κλινική.

5.3.3. Οπτικοακουστικό Υλικό

Στους ισπανικούς ιστότοπους υπάρχει μεγάλη ποικιλία σε φωτογραφίες και βίντεο που αφορούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Στην 1^η κλινική υπάρχουν όλων των ειδών εικόνες: εξωτερικών και εσωτερικών χώρων της κλινικής, γιατρών, μελλοντικών γονέων, βρεφών, ομοφυλόφιλων ζευγαριών αλλά και ζευγαριών με 2 μαμάδες, των εργαστηρίων και εγκύου. Όσο αφορά τα βίντεο, στην αρχική σελίδα υπάρχει ένα στο οποίο μπορούμε να δούμε την παρουσίαση της κλινικής. Στην 2^η κλινική οι εικόνες εμπεριέχουν την κλινική, διάφορες γυναίκες και αυτή της ιατρού. Δεν υπάρχουν βίντεο. Στην 3^η κλινική υπάρχουν εικόνες από τους γιατρούς που βρίσκονται στον εξωτερικό χώρο της κλινικής, των εργαστηρίων και του ωαρίου. Και σε αυτήν δεν υπάρχουν βίντεο. Στην 4^η κλινική οι φωτογραφίες απεικονίζουν την Βαρκελώνη, μωρά με μαμάδες, την κλινική και του χώρου της και τους γιατρούς. Όσο αφορά τα βίντεο, υπάρχει ένα στην αρχική σελίδα που αφορά ένα νήπιο που η μητέρα το βοηθά να περπατήσει. Στην 5^η κλινική απεικονίζονται εικόνες γιατρών και ασθενών, ζευγαριών, γιατρών στο μικροσκόπιο, γυναικών και δεν υπάρχουν βίντεο. Η 6^η κλινική δίνει έμφαση στις λεσβίες γυναίκες που θέλουν να γίνουν μαμάδες. Έτσι βλέπουμε εικόνες με μητέρες με ένα μωρό, με άγαμη μητέρα με μωρό, γυναίκα που θηλάζει το νεογνό, γιατρών, εργαστηρίου και της κλινικής αλλά δεν υπάρχουν βίντεο. Στην 7^η κλινική δεσπόζουν οι εικόνες της φύσης, του ζευγαριού που έχει αποκτήσει παιδί, της εγκύου και του DNA. Υπάρχουν βίντεο για την δωρεά ωαρίων. Στην 8^η, 10^η, 12^η και 13^η κλινική υπάρχουν όλες οι παραπάνω εικόνες που αναφέρθηκαν, ενώ στην 9^η υπάρχουν εικόνες μόνο ιατρών και των ιατρείων και όχι βίντεο. Αλλά στην 8^η, 9^η και 11^η δεν υπάρχουν βίντεο, ενώ στην 10^η υπάρχουν βίντεο που μιλούν οι γιατροί και οι ασθενείς που μιλούν για τις εμπειρίες τους. Στην 13^η υπάρχει το βίντεο του Ισπανού ιατρού που μας παρουσιάζει την κλινική. Τέλος, στο νοσοκομείο (14^ο) υπάρχουν εικόνες του εξωτερικού χώρου, γιατρών, ωαρίου, εργαστηρίου και μωρού και δεν υπάρχουν βίντεο.

5.3.4. Βιογραφικό Προσωπικού

Στην Ισπανία οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό και ο τρόπος που παρουσιάζονται ποικίλει ως προς το μέγεθος. Σε όλες τις κλινικές και το νοσοκομείο η παρουσίαση των γιατρών είναι ίδια εκτός από την 2^η, 3^η και 6^η. Σε όλες υπάρχουν οι φωτογραφίες των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού μαζί με την ειδικότητά τους και ένα μικρό επιγραμματικό βιογραφικό σημείωμα. Αλλά στις τρεις εξαιρέσεις υπάρχει μεγάλη διαφορά. Πιο συγκεκριμένα, η δεύτερη κλινική δίνει έμφαση μόνο στην γυναικολόγο, η οποία μας συστήνετε, ενώ υπάρχει παρουσίαση και του βιογραφικού της. Η 3^η κλινική είναι η πιο αναλυτική από όλες. Υπάρχουν οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό μαζί με ένα μεγάλο αναλυτικό βιογραφικό σημείωμα, με τα προσόντα τους, τις έρευνές τους, τα βραβεία τους και την διδακτική τους εμπειρία. Τέλος, στην 6^η κλινική υπάρχουν οι εικόνες των γιατρών με τα αναλυτικά βιογραφικά τους.

5.3.5. Προσωπικές ιστορίες και μηνύματα απεύθυνσης

Στις ισπανικές κλινικές αρχικά δεν υπάρχουν μηνύματα απεύθυνσης στις ιστοσελίδες αλλά δίνεται μεγάλη έμφαση στις προσωπικές ιστορίες και όχι βέβαια σε όλες τις περιπτώσεις. Από τους 14 ιστότοπους μόνο στους πέντε υπάρχουν προσωπικές ιστορίες και μαρτυρίες. Συγκεκριμένα στην 3^η κλινική υπάρχουν σε μορφή βίντεο μαρτυρίες γυναικών και ζευγαριών να μην εγκαταλείπουν τα όνειρά τους και την επιτυχία τους στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και ευχαριστήρια μηνύματα από Άγγλους ασθενείς για την βοήθεια της κλινικής. Στη παρουσίαση της 4^{ης} κλινικής στην αρχική σελίδα υπάρχουν επιγραμματικά ονόματα γυναικών με το τι έχουν πει για την αντιμετώπιση που είχαν, τις ευχαριστίες τους και την ικανοποίηση που νιώθουν. Στη παρουσίαση της 5^{ης} κλινική υπάρχουν 2 παράγραφοι των 4-5 σελίδων με εμπειρίες γυναικών για το πώς προέκυψε στην μία η εγκυμοσύνη και στην άλλη πώς αποκτήθηκε παιδί χωρίς ωθήκες. Στην 10^η κλινική οι πραγματικές ιστορίες, όπως αναφέρονται, αφορούν κάθε είδους ζευγάρια, ομοφυλόφιλα, λεσβίες, ετεροφυλόφιλα αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας που κατάφεραν να αποκτήσουν παιδί και μιλούν για την εμπειρία τους αυτή. Τέλος, στη 12^η κλινική υπάρχουν βίντεο από μαρτυρίες μαζί με τα ονόματα τους και αφορούν ότι και στην 10^η κλινική.

5.3.6. Γλώσσες που χρησιμοποιούνται

Οι ιστοσελίδες εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία σε γλώσσες. Αυτό γίνεται γιατί δέχονται επισκέπτες και ασθενείς από όλο τον κόσμο και είναι απαραίτητο ο αναγνώστης να ενημερωθεί στην δική του μητρική γλώσσα. Πιο αναλυτικά, η ισπανική γλώσσα είναι η γλώσσα γραφής όλων των ιστοσελίδων εκτός από την 3^η και την 9^η. Η αγγλική γλώσσα είναι η γλώσσα γραφής της 3^{ης} και 9^{ης} κλινικής αλλά εμφανίζεται στην 5^η, 6^η, 7^η, 8^η, 10^η, 12^η, 13^η και στο νοσοκομείο (14^ο). Η γλώσσα της Καταλονίας εμφανίζεται στην 5^η, 6^η και 8^η κλινική. Επιπλέον η γαλλική γλώσσα εντοπίζεται στην 5^η, 6^η, 7^η, 8^η, 10^η, 12^η, 13^η και το νοσοκομείο (14^ο). Η ιταλική γλώσσα εμφανίζεται στην 5^η, 6^η, 7^η, 8^η, 9^η, 10^η, 12^η και το νοσοκομείο (14^ο). Η γερμανική γλώσσα εντοπίζεται στην 5^η, 8^η, 10^η, 12^η κλινική και το νοσοκομείο (14^ο). Αυτές είναι οι βασικές γλώσσες αλλά υπάρχουν και κάποιες άλλες. Τα ολλανδικά εμφανίζονται στην 10^η και 12^η κλινική, τα αρμενικά στην 10^η, τα ρώσικα στην 12^η, τα κινέζικα στην 13^η και στο νοσοκομείο, τα πορτογαλικά, τα αραβικά και τα πολωνικά στο νοσοκομείο.

5.3.7. Διαφήμιση Δωρεάς

Επειδή η Ισπανία αποτελεί μια χώρα που φημίζεται για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή όλοι οι ιστότοποι εκτός από τρεις (6^{ος}, 9^{ος} και το νοσοκομείο)

διαφημίζουν την δωρεά, ειδικά ωαρίων. Παντού υπάρχει διαφήμιση στην αρχική ιστοσελίδα και μεγάλη ανάλυση στις υπόλοιπες σελίδες.

5.3.8. Νομικό Πλαίσιο

Από τους 14 ιστότοπους οι δέκα δεν αναφέρονται στο νομικό πλαίσιο των διαδικασιών. Οι μόνοι ιστότοποι που αναφέρουν αναλυτικά το νομικό πλαίσιο είναι οι 2^{ος}, 10^{ος}, 11^{ος} και 13^{ος}.

5.4. Σύγκριση Ελλάδας- Ισπανίας

Μέχρι στιγμής αναφερθήκαμε στο τι περιέχουν οι ιστότοποι των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε Ελλάδα και Ισπανία. Με βάση τα παραπάνω θα δούμε ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των δύο χωρών όσον αφορά το περιεχόμενο αυτών των ιστότοπων. Μελετώντας το διαδικτυακό υλικό των δύο χωρών συγκριτικά αυτό μοιάζει όσον αφορά το ύφος που από την μία είναι απλό, άμεσο, καθημερινό και λιτό, αλλά από την άλλη πλευρά κατέχει και επιστημονικό χαρακτήρα που φαίνεται και σε διάφορα επιστημονικά άρθρα και νέα που υπάρχουν. Επιπλέον, η χρήση χρωμάτων είναι ίδια και συναντάμε το άσπρο, το μπλε και το ροζ με κάποιες μικρές διαφορές σε άλλα χρώματα όπως το πράσινο, το κόκκινο και το μωβ. Επιπρόσθετα, η χρήση οπτικοακουστικού υλικού είναι μεγάλη, ειδικά των εικόνων και στις δύο χώρες. Οι εικόνες παρουσιάζουν πάνω κάτω τα ίδια πράγματα και εμφανίζονται ξανά και ξανά όπως φωτογραφίες εγκύου, μητέρας-παιδιού, ζευγαριού με παιδί ή χωρίς, νεογνών, ωαρίων, σπερματοζωαρίων, εσωτερικών και εξωτερικών χώρων των κλινικών, εργαστηρίων, ιατρείων και γιατρών. Τέλος, οι γλώσσες που χρησιμοποιούνται στις ιστοσελίδες είναι σχεδόν οι ίδιες, με κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις. Τα αγγλικά, τα γαλλικά, τα ιταλικά, τα ισπανικά και τα γερμανικά είναι κοινές γλώσσες που συναντούνται σχεδόν σε όλες τις ιστοσελίδες. Διαφοροποιήσεις υπάρχουν με κάποιες επιπλέον γλώσσες όπως τα ρώσικα, τα κινέζικα, τα πορτογαλικά, τα τούρκικα, τα ρουμανικά, τα αλβανικά, τα αραβικά, τα σέρβικα, τα πολωνικά και τα σουηδικά γλώσσες που εμφανίζονται σε μια ιστοσελίδα από κάθε χώρα και όχι σε όλες.

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιες χαρακτηριστικές διαφορές των δύο χωρών. Πρώτον, οι ιστότοποι της Ισπανίας δίνουν έμφαση στη δωρεά γενετικού υλικού και ειδικά στην δωρεά ωαρίων και αφιερώνουν ένα μεγάλο κομμάτι σε αυτές τις θεματικές. Η διαφήμιση της δωρεάς είναι μεγάλη σε αντίθεση με την Ελλάδα, όπου εκεί μπορεί η ανάλυση της διαδικασίας να είναι μεγάλη αλλά δεν διαφημίζεται τόσο και δεν υπάρχει στην κεντρική σελίδα της κάθε κλινικής. Δεύτερον, η Ισπανία παρουσιάζεται ως μια πιο φιλελεύθερη χώρα από την Ελλάδα και αυτό φαίνεται από την προβολή των ειδών ζευγαριών που θέλουν να αποκτήσουν παιδί. Πιο συγκεκριμένα, στις

ισπανικές κλινικές προβάλλονται ζευγάρια λεσβίων γυναικών που θέλουν να αποκτήσουν παιδί, ομοφυλόφιλων αλλά και άγαμων γυναικών. Η προβολή αυτή είναι χαρακτηριστική ακόμα και στην αρχική σελίδα, σε αντίθεση με την Ελλάδα που δεν αναφέρεται ή προβάλλεται η δωρεά για δύο μαμάδες. Τρίτον, τα βιογραφικά στοιχεία του προσωπικού και των ιατρών είναι πιο αναλυτικά στις περισσότερες κλινικές στην Ελλάδα, παρά στην Ισπανία που είναι σε λιγότερες κλινικές. Τέταρτον, όσον αφορά τις προσωπικές μαρτυρίες και τα μηνύματα απεύθυνσης και εδώ υπάρχουν κάποιες διαφορές. Οι προσωπικές ιστορίες εμφανίζονται πιο έντονα στις ισπανικές ιστοσελίδες από ότι στις ελληνικές, με έμφαση σε πολλά βίντεο με προσωπικές ιστορίες. Όσον αφορά τα μηνύματα απεύθυνσης είναι έντονα και εμφανή στις ελληνικές ιστοσελίδες, ενώ στις ισπανικές δεν εμφανίζονται πουθενά. Έτσι ο τρόπος πειθούς στον αναγνώστη σε αυτό το κομμάτι διαφέρει στις δύο χώρες. Τέλος, το νομικό πλαίσιο εμφανίζεται σε περισσότερες ιστοσελίδες στην Ελλάδα και πιο αναλυτικά από ότι στην Ισπανία που εμφανίζεται μεν αναλυτικά αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Επίλογος

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με το πέρασμα των χρόνων (από το 1978 μέχρι σήμερα) μετασηματίστηκε από μια συνθήκη που βρισκόταν σε καθεστώς σιωπής σε ένα θέμα που συγκεντρώνει πλέον έντονο ενδιαφέρον σε παγκόσμιο επίπεδο τόσο από ιατρική όσο και από νομική και κοινωνική σκοπιά. Παράλληλα, μέσα στο ίδιο χρονικό διάστημα προέκυψαν πολλές μελέτες και ένα πλούσιο επιστημονικό βιβλιογραφικό υλικό από τη σκοπιά των κοινωνικών επιστημών. Σε πολλές χώρες η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν αφορά μόνο την αναπαραγωγική διαδικασία, τη γέννηση μωρών και άρα τη δημιουργία νέων ανθρώπων, αλλά αποτελεί ένα είδος εθνικής υπερηφάνειας, και συνδέεται με τον νεωτερισμό και την πρόοδο. Η κάθε χώρα που αναφέρεται στην παρούσα διπλωματική έχει την δική της ξεχωριστή ιστορία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Η παρούσα διπλωματική αφορά στη καταγραφή της ιστορικής πορείας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα και την Ισπανία καθώς και τη μεταξύ τους σύγκριση όσον αφορά τη παρουσία και προβολή των αντίστοιχων κλινικών και κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο διαδίκτυο. Μέσα από αυτή τη θεματική έγινε εφικτό να υπάρξει ο συνδυασμός της ανάλυσης ενός φαινομένου από ιστορική σκοπιά, αλλά παράλληλα και μια μελέτη μέσα από την ανθρωπολογική σκοπιά. Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από βιβλιογραφικές αναφορές, εκθέσεις και μελέτες που αφορούν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, καθώς και άρθρα και ιστοσελίδες των κέντρων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το υλικό από το διαδίκτυο που αναφέρεται στα ελληνικά και ισπανικά κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αναλύθηκε δίνοντας έμφαση στην δομή, στα περιεχόμενα και στον τρόπο παρουσίασης αυτών των ιστοτόπων. Η έρευνα για την παρούσα διπλωματική μπορεί να χωριστεί σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από άρθρα, βιβλία και ερευνητικές εκθέσεις, ενώ στο δεύτερο η κύρια πηγή έρευνας και ανάλυσης αποτελεί το διαδικτυακό υλικό.

Από την παραπάνω ανάλυση γίνεται κατανοητό ότι παρόλο που η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ένα σχετικά πρόσφατο φαινόμενο έχει ωστόσο εξαπλωθεί από την Βρετανία και τις ΗΠΑ, από όπου και ξεκίνησε, σιγά σιγά σε ολόκληρο τον πλανήτη, με τη κάθε χώρα να καταγράφει την δική της ιστορία και πορεία. Η επιλογή της Ελλάδας και της Ισπανίας προέκυψε από το γεγονός ότι η Ελλάδα αποτελεί μαζί με την Ισπανία δύο από τους πλέον διαδεδομένους αναπαραγωγικούς προορισμούς ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες καθώς κι οι δύο αυτές χώρες έχουν ένα ιδιαίτερα επιτρεπτικό νομικό πλαίσιο. Η παρούσα έρευνα προσπάθησε να αναδείξει τις πολλές ομοιότητες αλλά και κάποιες διαφορές που παρουσιάζουν. Στα πλαίσια της έρευνας ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη μελέτη διαδικτυακών τόπων καθώς αυτοί προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για τις κλινικές, τις θεραπείες, το κόστος, και τη γενικότερη ενημέρωση των ενδιαφερομένων όσον αφορά αυτού του είδους τα ιατρικά θέματα. Παράλληλα, μέσα από τον τρόπο παρουσίασης των κέντρων υποβοηθούμενης

αναπαραγωγής, του ιατρικού προσωπικού, των εμπειριών άλλων ανθρώπων παρατηρούμε τη τρέχουσα ελληνική και ισπανική κατάσταση με αναφορά στα θέματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Μέσα από αυτή τη μελέτη καταλαβαίνουμε ότι οι νέες τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στις μέρες μας αποτελούν μια ελπίδα για τους διάφορους τύπους ζευγαριών να αποκτήσουν την δική τους οικογένεια, το δικό τους παιδί. Η επίτευξη και ολοκλήρωση αυτού του ονείρου πραγματοποιείται όμως πέρα από την όποια υποκειμενική, ατομική και προσωπική επιλογή και με την συμβολή των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού και συνδιαμορφώνεται, παράλληλα, με αναφορά στους νομικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες που ισχύουν σε κάθε χώρα.

Παράρτημα: Ιστότοποι κλινικών και κέντρων ιατρικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

<https://www.ivf-embryo.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://www.iaso.gr/%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%85%CF%80%CE%BF%CE%B2%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%BF%CF%8D%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B7%CF%82-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%AE%CF%82-ivf-institute-of-life-iaso> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://www.mitera.gr/ivfmitera> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://embryolab.eu> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://www.eugonia.com.gr/el> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://www.reamaternity.gr/services/monada-eksosomatikis-gonimopoiisis> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://ivfnna.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://www.assistingnature.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://www.hospital-elena.gr/medical-services/eidikes-ypiresies/eksosomatiki-gonimopoiisi-ivf> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://hosp-alexandra.gr/to-nosokomeio/iatriki-ypiresia/cheiroyrgikos-tomeas/monada-yponoithoymenis-anaparagogis> (ημερομηνία πρόσβασης 14/10/21)

<https://pelargosivf.com> (ημερομηνία πρόσβασης 15/10/21)

<https://www.gyn-care.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 15/10/21)

<https://alextsakiris.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 15/10/21)

<https://www.mitosis.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 15/10/21)

https://www.letto.gr/page.aspx?p_id=855 (ημερομηνία πρόσβασης 15/10/21)

<https://akesoembryo.gr> (ημερομηνία πρόσβασης 15/10/21)

<http://www.genesisfertilitycenter.com> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://ovoclinic.net> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://www.ividona.es/donar-ovulos/malaga> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://ivi-fertility.com/clinics/barcelona> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://fertilab.com> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://www.eugin.es> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://gravida.com> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://www.fivvalencia.com/en> (ημερομηνία πρόσβασης 16/10/21)

<https://www.ginefiv.com> (ημερομηνία πρόσβασης 17/10/21)

<https://www.ivfclinicsworldwide.com/el/fertility-clinics/procreatec-2> (ημερομηνία πρόσβασης 17/10/21)

<https://www.clinicatambre.com> (ημερομηνία πρόσβασης 17/10/21)

<https://fivcenter.com> (ημερομηνία πρόσβασης 17/10/21)

<https://www.ivf-spain.com/en/fertility-clinic-treatments-madrid> (ημερομηνία πρόσβασης 18/10/21)

<https://fertilitymadrid.com/en> (ημερομηνία πρόσβασης 18/10/21)

<https://www.quironsalud.es/reproduccionasistida/en/assisted-reproduction-units/ruber-juan-bravo-hospital> (ημερομηνία πρόσβασης 18/10/21)

<https://www.fertilitycrete.gr/news-publications/ivf-in-greece-why-choose-greece-for-ivf-treatment> (πρόσβαση Ιούλιος, 2021)

<https://ivi-fertility.com/blog/know-about-fertility-clinics-spain> (πρόσβαση Ιούλιος, 2021)

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσσες

Bergmann, Sven, “Assisted authenticity: Naturalization, regulation and the enactment of race through donor matching”, Στο Kantsa, V., Papadopoulou L., Zanini G. (eds), *(In) fertile citizens, Anthropological and Legal challenges of Assisted Reproduction Technologies*, 2015, (In) FERCIT & εκδ. Αλεξάνδρεια

Chatjouli Aglaia, Daskalaki Ivi, Kantsa Venetia, *Out of body out of home: Assisted Reproduction, Gender and Family in Greece*, 2015, σ.166-170, (In) FERCIT & εκδ. Αλεξάνδρεια

Franklin Sarah, Inhorn Marcia C., “Introduction”, *Reproductive Biomedicine and Society Online*, Ιούνιος, 2016, σ.1-7

Orobitg, Gemma, Salazar Charles, 2005, “The gift of motherhood: Egg donation in a Barcelona fertility clinic”, *Ethnos* 70(1): 31-52

Gurtin Zeynep, Inhorn Marcia C., “Introduction: Travelling for conception and the global assisted reproduction market”, *Reproductive Biomedicine Online*, Αύγουστος 2011, σ.535-537

Gurtin Zeynep, “Patriarchal pronatalism: Islam, secularism and the conjugal confines of Turkey’s IVF boom”, *Reproductive Biomedicine and Society Online*, Ιούνιος, 2016, σ.39-46

Kamel, Remal Moustafa, “Assisted Reproductive Technology after the birth of Louise Brown”, *NCBI Resources*, Ιούλιος-Σεπτέμβριος, 2013, σ.96-109

Leon Grigorios, Papetta Angela, Spiliopoulou Chara, “Overview of the Greek legislation regarding assisted reproduction and comparison with the EU legal framework”, *Reproductive Biomedicine Online*, 2011, σ.820-823

Mohr Sebastian, Koch Lene, “Transforming social contracts: the social and cultural history of IVF in Denmark”, *Reproductive Biomedicine and Society Online*, Ιούνιος, 2012, σ.88-96

Paxson, Heather, *Making Modern Mothers. Ethics and Family Planning in Urban Greece*, 2004, University of California Press

Strathern, Marilyn, *Αναπαράγοντας το μέλλον: Ανθρωπολογία, συγγένεια και νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2008

The local, *How Spain became the Eldorado of fertility treatment*, Ιούνιος, 2016

Thompson, Charis, “IVF Global Histories, USA: between rock and marketplace”, *Reproductive Biomedicine Online*, Ιούνιος, 2016

Tremayne Soraya, Akhondi Mohammad Mehdi, “Conceiving IVF in Iran”, *Reproductive Biomedicine and Society Online*, Ιούνιος, σ.62-70

Michael, Trout, “Spain becoming a leading destination in fertility tourism”, *Tourism Review News*, Νοέμβριος, 2018

Wiecki, Alex, *The ultimate guide: Egg donation, ivf in Spain*, 2021 (πρόσβαση Ιούλιος, 2021)

Ελληνόγλωσσες

Αθανασίου, Αθηνά, «Εθνογραφία στο διαδίκτυο ή το διαδίκτυο ως εθνογραφία: Δυνητική πραγματικότητα και πολιτισμική κριτική», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 115, 2004, σ.49-74

Δασκαλάκη, Ήβη, «Συγγένεια, Θρησκεία και (υπο) γονιμότητα: Η θέση της ορθόδοξης εκκλησίας και αφηγήσεις ορθόδοξων γυναικών και ανδρών για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», στο Καντσά Β. (επιμ.) *Μεταβαλλόμενες σχέσεις. Συγγένεια και ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, 2015, σ.183-206, (In) FERCIT & εκδ. Αλεξάνδρεια

Καντσά, Βενετία, «Εισαγωγή: Ποιος φτιάχνει τη συγγένεια», στο Καντσά Β. (επιμ.) *Μεταβαλλόμενες σχέσεις: Συγγένεια και Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, 2015, σ.11-20, (In) FERCIT & εκδ. Αλεξάνδρεια

Καντσά, Βενετία, «Προσφέροντας ελπίδα: τεχνολογίες σώματος στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», στο Αλεξιάς Γ., Τζανάκης Μ., Χατζούλη Α. (επιμ.), *Σώμα υπό επιτήρηση: ηθικές και πολιτικές συνδηλώσεις της ιατρικής τεχνολογίας και της κοινωνικής φροντίδας*, 2014, σ.181-200, Αθήνα, Πεδίο

Κόκοτα, Βασιλική, *Ερευνητική έκθεση: συγκρίσεις στο πεδίο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με ευρωπαϊκές και μη ευρωπαϊκές χώρες*, (In) FERCIT, Σεπτέμβριος, 2015

Κόκοτα, Βασιλική, «Το νομικό πλαίσιο της ιατρικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε Ισπανία, Ιταλία, Τουρκία: Συγκριτικά στοιχεία», στο Καντσά Β. (επιμ.) *Μεταβαλλόμενες σχέσεις. Συγγένεια και ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, 2015, σ.165-179, (In) FERCIT & εκδ. Αλεξάνδρεια

Κουνουγέρη- Μανωλεδάκη, Έφη, «Αντικειμενικές και υποκειμενικές δυνατότητες στο δίκαιο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής», στο Καντσά Β. (επιμ.) *Μεταβαλλόμενες σχέσεις. Συγγένεια και ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, 2015, σ.107-118, (In) FERCIT & εκδ. Αλεξάνδρεια

Παπαδοπούλου, Λίνα, *Αποκλεισμός από ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στο ελληνικό δίκαιο*, (In) FERCIT, 2015, σ.225-242

Raxson, Heather, « Η αναπαραγωγή ως πνευματικό έργο συγγένειας: Ορθοδοξία, εξωσωματική γονιμοποίηση και η ηθική οικονομία της μητρότητας στην Ελλάδα» στο Καντσά, Β. (επιμ.) *Η μητρότητα στο προσκήνιο, Σύγχρονες έρευνες στην ελληνική εθνογραφία*, 2013, Αλεξάνδρεια, Αθήνα

Τουντασάκη, Ειρήνη, *«Το παιδί που μεγαλώνει μέσα σου θα πάρει και από σένα».* *Δωρεά ωαρίων, μητρότητα και συγγένεια*, 2015, Πατάκη, Αθήνα