

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η ηθική και κοινωνική διάσταση της
υπογονιμότητας και οι μέθοδοι υποβοηθούμενης
αναπαραγωγής*



Επιβλέπων:

ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

**Σπουδάστριες: ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΒΕΛΛΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

ΠΑΤΡΑ, 2006

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Επιθυμούμε να ευχαριστήσουμε θερμότατα την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κα Νομικού Αντωνία, για την βοήθεια που μας προσέφερε και για τις κατάλληλες συμβουλές που μας έδωσε για το καλύτερο αποτέλεσμα αυτής της εργασίας. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους κυρίους Πιστόλα Χαράλαμπο (Μαιευτήρας – Χειρουργός Γυναικολόγος), την κα Κεραμιδά Μαρία (Ενδοκρινολόγος), τον κο Νικολάου Απόστολο (Γυναικολόγος), και την κα Χλιούμνη Μαρία (Μαιευτήρας-Γυναικολόγος) που μας δέχτηκαν στα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης και αφιέρωσαν αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο τους, για την πραγματοποίηση συνεντεύξεων που επιθυμούσαμε να κάνουμε. Θερμότατα ευχαριστούμε τον κο Καζλαρή Χάρη (Εμβρυολόγος – Βιολόγος, Καθηγητής του Πανεπιστημίου της Λάρισας), για την προσφορά του βιβλίου του « Το χρυσό μου παιδί » και για την προθυμία του να μας βοηθήσει για την περάτωση της εργασίας μας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κο Λαζαρίδη Αναστάσιο (Συμβολαιογράφος), για την βοήθεια που μας προσέφερε όσον αφορά την νομική πλευρά του θέματος. Τέλος, ευχαριστούμε την κα Ελένη, η οποία απέκτησε παιδιά με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης και θέλησε να μας ανοίξει την καρδιά της μιλώντας για την διαδικασία που ακολούθησε και για τα συναισθήματα που βίωσε καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το θέμα της εργασίας μας είναι « Η ηθική και κοινωνική διάσταση της υπογονιμότητας και οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής». Αποφασίσαμε να θίξουμε το συγκεκριμένο θέμα, γιατί η υπογονιμότητα στις μέρες μας είναι έντονο κοινωνικό φαινόμενο και απασχολεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Γίνεται αναφορά της υπογονιμότητας γενικά και των αιτιών που προκαλούν την υπογονιμότητα στην γυναίκα και τον άντρα, στις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στην διάσταση της υπογονιμότητας από ηθικής και κοινωνικής πλευράς, καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισης της.

Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την εισαγωγή, τον σκοπό μελέτης της εργασίας, τους ορισμούς που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και την ιστορική αναδρομή.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην υπογονιμότητα γενικά και στην ανδρική και γυναικεία υπογονιμότητα ειδικά. Επίσης, αναφέρεται στα αίτια της υπογονιμότητας, στις βασικές ιατρικές εξετάσεις που πρέπει να γίνουν για την διαπίστωση της ή μη και στην ψυχολογία του ζευγαριού όταν αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αυτοί οι μέθοδοι είναι η τράπεζα σπέρματος, η δότρια ωαρίων, η παρένθετη μητρότητα, η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση,

η σπερματέγχυση, η μικρογονιμοποίηση και η εξωσωματική γονιμοποίηση.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην υπάρχουσα νομοθεσία που αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την παρένθετη μητρότητα, καθώς επίσης και την κάλυψη που προσφέρουν τα ασφαλιστικά ταμεία και ειδικά το ασφαλιστικό ταμείο ΙΚΑ.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στην κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της υπογονιμότητας. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά για τα συναισθήματα που έχει το ζευγάρι, για τους παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχολογία του, τις δυσκολίες και τα διλήμματα που υπάρχουν κατά την τεχνητή γονιμοποίηση καθώς και τον ρόλο και την θέση της εκκλησίας απέναντι σ' αυτήν την ιατρική εξέλιξη.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και στην αναγκαιότητα ύπαρξης μιας τέτοιας ειδικότητας σε κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Τέλος, στα παραρτήματα παρατίθενται συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με ειδικευμένους γιατρούς στην εξωσωματική γονιμοποίηση, περιπτώσεις γυναικών που απέκτησαν παιδί μέσω της εξωσωματικής. Επίσης παρατίθεται πίνακας με τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης και ένας κατάλογος με τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης που υπάρχουν στην Ελλάδα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
- ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	3
- ΟΡΙΣΜΟΙ.....	4
-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

- 2.1 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΓΕΝΙΚΑ.....	11
- 2.1.1 ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ	13
- 2.2 ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	15
- 2.3 ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	20
- 2.4 ΑΝΗΞΗΓΗΤΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	32
-2.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	34
- 2.6 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	40
- 2.7 ΔΙΑΙΤΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	44
- 2.8 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	47
- 2.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

-ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	52
-3.1 ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ	53
-3.1.1 ΑΛΛΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ	56
-3.2 ΔΟΤΡΙΑ ΩΑΡΙΟΥ	57
-3.3 ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	61
-3.4 ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	64
-3.5 ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ	66
-3.6 ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	68
-3.6.1 ΚΥΡΙΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	72
-3.7 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	79
-3.7.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ	80
-3.7.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΒΟΛΗΣ ...	82
-3.7.3 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΣΕ ΜΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	84
-3.7.4 ΚΟΣΤΟΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	87
-3.7.5 ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ.....	89
-3.8 ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

-ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

-4.1 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Α' ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	97
Β' ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	99
Γ' Η ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΣ.....	105
Δ' ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ.....	115
Ε' ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ.....	117
ΣΤ' ΑΡΝΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ.....	120
-4.2 ΚΑΛΥΨΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ.....	123
-4.2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.....	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

-Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ,

-5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	135
-5.2 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΩΝ.....	136
-5.2.1 Η ΓΥΝΑΙΚΑ.....	137

-5.2.2 Ο ΑΝΤΡΑΣ.....	138
-5.2.3 ΤΙ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ.....	139
-5.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ.....	140
-5.4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....	142
-5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ.....	147
-5.5.1 ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ.....	154

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	157
---	-----

-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο

-ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΚΤΗΣΑΝ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο

-ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3^ο

-ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ 2004-2005

-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4^ο

-ΑΝΑΦΟΡΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γονιμότητα είναι ένα ζήτημα που απασχολεί τους ανθρώπους από αρχαιοτάτων χρόνων, ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι σε όλους τους πολιτισμούς υπήρχαν ειδικές τελετουργίες και εκκλήσεις στους θεούς ώστε να επιτευχθεί η πολυπόθητη γονιμότητα. Στις μέρες μας, απαλλαγμένοι πια τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες από προλήψεις και δεισιδαιμονίες συνεχίζουν να θεωρούν το θέμα της γονιμότητας τους και της δυνατότητας τους να αποκτήσουν κάποια στιγμή ένα παιδί πολύ σημαντικό. Παρ' όλα αυτά οι ειδικοί τονίζουν ότι στην Ελλάδα 1 στα 6 ζευγάρια προσπαθεί χωρίς αποτέλεσμα να αποκτήσει ένα παιδί. Αυτό σημαίνει ότι περίπου 600.000 άνθρωποι (300.000 ζευγάρια) αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, για πολλά από τα οποία υπάρχει λύση χάρη στην επιστημονική πρόοδο. Σήμερα η επιστήμη έχει καταφέρει να εντοπίσει και να θεραπεύσει πολλούς από τους παράγοντες που προκαλούν υπογονιμότητα και να προσφέρει μια εναλλακτική λύση για τα ζευγάρια που δυσκολεύονται να αποκτήσουν ένα παιδί, την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας απασχολεί το 15% των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας διεθνώς (πρόκειται για περίπου 50

με 80 εκατομμύρια ανθρώπους). Στην Ελλάδα όμως το ποσοστό της υπογονιμότητας είναι υψηλότερο και φτάνει στο 20%, γεγονός που – σύμφωνα με τους γυναικολόγους – οφείλεται τόσο στο ότι οι Ελληνίδες αποφασίζουν να αποκτήσουν παιδί σε όλο και μεγαλύτερη ηλικία, όσο και στο ότι, εξαιτίας κυρίως της κακής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των νέων, πολλές εκτρώσεις, κλπ. που μερικές φορές δημιουργούν προβλήματα υπογονιμότητας.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός που αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα είναι επειδή η υπογονιμότητα αποτελεί ένα ζήτημα ταμπού στην κοινωνία μας. Παλαιότερα, όταν κάποιο ζευγάρι αντιμετώπιζε πρόβλημα γονιμότητας, αρνιόταν να επισκεφτεί κάποιο γιατρό ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει με την κατάλληλη θεραπεία το πρόβλημα του και να προχωρήσει στην απόκτηση ενός παιδιού, με αποτέλεσμα να μένει χωρίς απογόνους. Σήμερα όμως, χάρη στην ιατρική εξέλιξη όλα τα ζευγάρια μπορούν να κάνουν το όνειρο τους πραγματικότητα. Για τον λόγο αυτό, θελήσαμε μέσα από την ασχολία μας με την εργασία, να δώσουμε μια πιο κατανοητή και λεπτομερειακή περιγραφή των λόγων της γυναικείας και ανδρικής υπογονιμότητας, των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων που πρέπει να γίνονται ώστε να διαπιστώνεται ή όχι η υπογονιμότητα του ζευγαριού και τέλος, τις διαδικασίες που γίνονται πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση και το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στην χώρα μας, το οποίο καθορίζει τι επιτρέπεται και τι όχι σε ό,τι αφορά τη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΟΡΙΣΜΟΙ

Υπογονιμότητα:''ορίζεται ως η αδυναμία του ζεύγους να συλλάβει μετά από συχνές επαφές 1 έως 2 ετών. Βέβαια παράγοντες όπως η αυξημένη ηλικία, ανώμαλος κύκλος, ιστορικό κολπικών μολύνσεων ή παλιότερα χειρουργεία, μπορεί να αποτελέσουν ενδείξεις για εξέταση νωρίτερα''.¹

Στειρότητα:''εννοούμε την ανικανότητα αναπαραγωγής σ' ένα ζευγάρι που μπορεί να έχει ολοκληρωμένες σχέσεις, μετά από ένα χρόνο κοινής συμβίωσης. Ο χρόνος αυτός αποτελεί οδηγό σημείο για να αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτιολογίας της στειρότητας. Η στειρότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την ανικανότητα που είναι η αδυναμία της σεξουαλικής επαφής, ούτε με την αγονιμότητα όπου μπορεί να υπάρχει ικανότητα σύλληψης αλλά ανικανότητα συμπλήρωσης της εγκυμοσύνης''.²

Ενδομητρίωση:''ο όρος αυτός αναφέρεται σε μια συνηθισμένη ασθένεια κατά την οποία κύτταρα όμοια με αυτά που επενδύουν τα τοιχώματα της μήτρας, εγκαθίστανται έξω από αυτήν πχ στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες, στην ουρήθρα κλπ. Στις ασθενείς με ενδομητρίωση αυτά τα κύτταρα, όπως και όταν βρίσκονται στο ενδομήτριο, αποκρίνονται στις ορμονικές μεταβολές του κύκλου. Όταν η γυναίκα με ενδομητρίωση έχει περίοδο τα κύτταρα της ενδομητρίωσης δεν μπορούν να βρουν.

1.www.kosmogonia.gr.

2.Δάλλα Α., «Στειρότητα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005,σελ.12

διέξοδο προς τον κόλπο, σχηματίζουν κύστες αίματος και συγκολλήσεις, που μπορούν να βλάψουν τις σάλπιγγες, επειδή δημιουργούν συμφύσεις”.³

Υστεροσαλπιγγογραφία: είναι μια ακτινογραφία της μήτρας και των σαλπιγγών. Μια σκιαγραφική ουσία εκχύνεται στην μήτρα και παρατηρείται μέσω μιας οθόνης ακτινοσκοπήσεων κατά πόσο οι σάλπιγγες είναι διαβατές ή έχουν υποστεί ζημιά”.⁴

Λαπαροσκόπηση: πρόκειται για μια ελαφριά χειρουργική επέμβαση η οποία επιτρέπει την άμεση εξέταση των ωοθηκών, της μήτρας και των σαλπίγγων ώστε να ανιχνευτεί και να αντιμετωπιστεί κάποιο πιθανό πρόβλημα. Η διαδικασία διενεργείται υπό γενική αναισθησία”.⁵

Υστεροσκόπηση: αυτή η χειρουργική διαδικασία επιτρέπει την άμεση εξέταση της κοιλότητας της μήτρας με τηλεσκόπιο. Έτσι, πιθανοί πολύποδες ή συμφύσεις μπορεί να ανιχνευτούν και εφόσον κριθεί απαραίτητο, να αφαιρεθούν κατά τη διάρκεια της ίδιας εξέτασης”.⁶

Κρυψορχία: η μη αυτόματη κατάβαση των όρχεων από την κοιλιά του εμβρύου όπου δημιουργούνται, μέσα στο σακούλι του όσχεου, πριν από τη γέννηση”.⁷

3. www.kosmogonia.gr

4,5,6. Δάλλα Α, «Τι πρέπει να γνωρίζετε για την υπογονιμότητα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005,σελ.10

7. www.gynecology.gr.

. **Υποσπαδίας:**''είναι η ατελής κατασκευή από τη φύση της ουρήθρας, με αποτέλεσμα το στόμιο από το οποίο βγαίνουν τα ούρα να μην βρίσκεται στην κορυφή του πέους, αλλά κάπου στην επιφάνεια του κορμού αυτού''.⁸

Τράπεζα σπέρματος:''Ένα ζευγάρι χρειάζεται να καταφύγει στη λύση της λήψης σπέρματος από τράπεζα-όταν σύμφωνα με τις εξετάσεις που έχουν γίνει-ο άνδρας δεν έχει καθόλου σπερματοζωάρια, τα σπερματοζωάρια του φέρουν κάποιες γενετικές ανωμαλίες ή η ποσότητα και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων που υπάρχουν είναι πάρα πολύ μικρή και απαγορευτική για να γίνει ακόμα και η μικρογονιμοποίηση. Βέβαια, δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι σύγχρονες εργαστηριακές μέθοδοι (μικρογονιμοποίηση) δίνουν την δυνατότητα σε όλο και περισσότερους άνδρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα « αδύναμου» σπέρματος να καταφέρουν να τεκνοποιήσουν με το δικό τους σπέρμα και να μη χρειαστεί να καταφύγουν στο σπέρμα δότη''.⁹

Δότρια ωαρίου:''Μια γυναίκα μπορεί να χρειαστεί να πάρει ωάρια από κάποια άλλη προκειμένου να τεκνοποιήσει, επειδή η ίδια δεν έχει ωάρια. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε πρόωρη εμμηνόπαυση, σε κάποια γενετική ανωμαλία που φέρουν τα ωάρια της ή στο γεγονός ότι είναι μάλλον 'κακής ποιότητας' εξαιτίας για παράδειγμα, της προχωρημένης ηλικίας της''.¹⁰

8. www.gynecology.gr

9,10. Δάλλα Α, «Εναλλακτικοί τρόποι λήψης σπέρματος και ωαρίου», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.38

Παρένθετη μητρότητα: 'Παρένθετη ή υποκατάστατη μητρότητα»

ή αλλιώς «δανεισμός μήτρας» υπάρχει όταν ένα ζεύγος έγγαμο ή άγαμο ή ακόμη και μια μόνη και άγαμη γυναίκα-προσφεύγει στη βοήθεια μιας άλλης γυναίκας, η οποία θα κυοφορήσει για λογαριασμό των ανωτέρω προσώπων το παιδί τους. Προκειμένου να γίνει η μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της γυναίκας που θα κυοφορήσει, απαιτείται δικαστική άδεια. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη έγγραφης και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνίας των προσώπων που επιδιώκουν την απόκτηση τέκνου και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη'.¹¹

Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση: 'Η νομοθεσία προβλέπει

ότι μια γυναίκα μπορεί ακόμη και μετά το θάνατο του συζύγου ή μόνιμου συντρόφου της να αποκτήσει τέκνο που θα έχει τον αποθανόντα ως πατέρα. Αυτό είναι δυνατόν να γίνει με δυο τρόπους:

1. Με τεχνητή γονιμοποίηση (ομόλογη σπερματέγχυση ή in vitro εξωσωματική γονιμοποίηση), όπου θα χρησιμοποιηθεί το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου ή
2. Με εμφύτευση στο σώμα της γυναίκας κρυοσυντηρημένου ωαρίου που είχε γονιμοποιηθεί από σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου'.¹²

11,12. www.kosmogonia.gr

Σπερματοδιάγραμμα:'' είναι μια εξέταση που μας δίνει πληροφορίες για το σπέρμα, αλλά δεν είναι σίγουρο ότι θα μας δείξει αν το σπερματοζώαριο είναι ικανό να γονιμοποιήσει. Η ποιότητα του, η κινητικότητα, η μορφολογία και ο αριθμός του πολλές φορές θα μας οδηγήσει στο αν θα γίνει γονιμοποίηση με την μέθοδο ICSI ή όχι. Ο πιο σημαντικός παράγοντας όμως για την γονιμοποίηση παραμένει η ποιότητα του ωαρίου''.¹³

Σπερματέγχυση:'' με τον όρο αυτό αναφερόμαστε στη διαδικασία εναπόθεσης σπέρματος απευθείας στο εσωτερικό της μήτρας μετά από ειδική κατεργασία και με την βοήθεια καθετήρα''.¹⁴

Μικρογονιμοποίηση:'' με την μέθοδο αυτή εισάγεται με τη βοήθεια ειδικού μικροσκοπίου ένα προεπιλεγμένο σπερματοζώαριο σε κάθε ωάριο. Η μέθοδος αυτή είναι κατάλληλη στις περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες το σπέρμα είναι κακής ποιότητας ή περιορισμένης ποσότητας είτε όταν δεν ανευρίσκονται σπερματοζώαρια στο σπέρμα του συζύγου''.¹⁵

13. www.kosmogonia.gr.

14,15. Δάλλα Α, «Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005,σελ.28

Εξωσωματική γονιμοποίηση: Έξωσωματική γονιμοποίηση είναι η δημιουργία παιδιών από γονείς που αδυνατούν να τεκνοποιήσουν χωρίς ιατρική παρέμβαση. Προϋπόθεση είναι να υπάρχουν δύο υποψήφιοι γονείς, αν και αυτό δεν είναι απαραίτητο, λ.χ. στην περίπτωση γυναικών που ζουν μόνες και επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί με σπέρμα δότη από μια τράπεζα σπέρματος. Κυρίως όμως η εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμόζεται σε ετεροφυλόφιλα ζευγάρια. Η εξωσωματική γονιμοποίηση αφορά μια ή περισσότερες φάσεις της φυσιολογικής τεκνοποίησης. Τα αναπαραγωγικά κύτταρα ονομάζονται επιστημονικά «γαμέτες» και είναι το σπερματοζώαριο στον άντρα και το ωάριο στη γυναίκα. Η παραγωγή τους εξαρτάται από ένα πολύπλοκο δίκτυο ορμονικών επιδράσεων. Η συνένωση τους (γονιμοποίηση) επέρχεται φυσιολογικά μέσα στη σάλπιγγα και το έμβρυο που προκύπτει οδηγείται από τη σάλπιγγα στη μήτρα όπου εμφυτεύεται και αρχίζει την ανάπτυξη του (εγκυμοσύνη). Από την τόσο συνοπτική αυτή περιγραφή μπορούμε ήδη να εντοπίσουμε τα κυριότερα σημεία που ενδέχεται να δυσκολέψουν τη σύλληψη:

- 1) παραγωγή γαμετών
- 2) συνάντηση τους
- 3) επιτυχής γονιμοποίηση
- 4) εμφύτευση¹⁶.

16. Μελισσουργού Μ, «Εξωσωματική Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», Άρθρο από το περ «Forma», 2005,σελ.163

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από τον Ιούλιο του 1978 που ήρθε στην ζωή η Λουίζ Μπράουν, το πρώτο παιδί που γεννήθηκε έπειτα από γονιμοποίηση in vitro, πέρασαν 26 ολόκληρα χρόνια. Ωστόσο, η μικρή Λουίζ έμεινε στην μνήμη όλων, αφού ήταν το πρώτο παιδί που η ζωή του δεν άρχισε μέσα στο σώμα της μαμάς του, αλλά σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα.

Από τότε η επιστήμη προόδευσε, νέες μέθοδοι ανακαλύφθηκαν, κάποιες ήδη ξεπεράστηκαν, προβλήματα ηθικής τέθηκαν, διάφορα « παρατράγουδα » σημειώθηκαν, αλλά η ουσία παρέμεινε η ίδια: Ότι περίπου ενάμισι εκατομμύριο άτεκνα ζευγάρια παγκοσμίως είδαν το όνειρό τους να γίνεται πραγματικότητα, ενώ πολλά περισσότερα άρχισαν να ελπίζουν ότι στο μέλλον θα καταφέρουν να γίνουν γονείς. Και όλα αυτά χάρη στην εξωσωματική (in vitro) γονιμοποίηση. Με άλλα λόγια, χάρη σε μία περιζήτητη μέθοδο η τεράστια αύξηση στην εφαρμογή της οποίας αντανάκλα την «επιδημία» της υπογονιμότητας που παρατηρείται πλέον σε παγκόσμια κλίμακα. Μία μέθοδος που μάλλον συνεχίζει, όπως έλεγε ο Εντουάρτ Κάπλαν του Πανεπιστημίου του Γέιλ, «να είναι σαν το καζίνο όπου κάθε λίγα λεπτά κάποιος κερδίζει. Και παρ' όλο που ακούς τις μάρκες που κουδουνίζουν, ποτέ δεν ακούς αυτούς που χάνουν».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

2.1 Υπογονιμότητα Γενικά

«Η υπογονιμότητα είναι χαρακτηριστικό του ανθρωπίνου είδους σε σχέση με το Ζωϊκό Βασίλειο.

Τα τελευταία χρόνια οι όροι «υπογονιμότητα» και «εξωσωματική γονιμοποίηση» ακούγονται πολύ πιο συχνά απ' ό,τι παλιότερα. Οι ειδικοί ωστόσο, επιμένουν ότι δεν αυξήθηκαν τα ποσοστά των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Η διαφορά έγκειται στο ότι σήμερα τα «κρούσματα» καταγράφονται, ενώ παλιότερα δεν συνέβαινε κάτι τέτοιο, διότι τα ζευγάρια δεν ζητούσαν βοήθεια. Όπως και να 'χει, η ανασφάλεια των νέων ζευγαριών για το αν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά έχει αυξηθεί σημαντικά. Υπάρχουν ζευγάρια που τα χαρακτηρίζει η ευκολία με την οποία συλλαμβάνει η σύζυγος, αλλά και πολλά άλλα που ταλαιπωρούνται για να αποκτήσουν ένα παιδί.

Υπολογίζεται ότι ένα 15% των ζευγαριών πάσχει από κάποιο πρόβλημα που τα καθιστά υπογόνιμα. Από αυτά τα ζευγάρια 30% το πρόβλημα είναι κάτι σχετικό με την γυναίκα, 30% έχει κάποιο πρόβλημα ο άντρας και 40% αφορά και τους δύο μαζί, όπου το μικρό πρόβλημα του ενός συν το μικρό πρόβλημα του άλλου διπλασιάζουν το πρόβλημά τους.

Τα ποσοστά των ατόμων με υπογονιμότητα τείνουν να αυξάνουν τις μέρες μας, και αυτό γίνεται γιατί αυξάνεται η ενημέρωση και η

παρότρυνση από τους οικείους να ψάξει το πρόβλημά του το ζευγάρι, αλλά και η ενημέρωση από τα ΜΜΕ, και η άποψη ότι η ελαττωμένη γονιμότητα είναι μία κατάσταση η οποία αντιμετωπίζεται. Έτσι, περισσότερα ζευγάρια πλησιάζουν τον γιατρό τους για να λάβουν βοήθεια.

Τώρα μπορεί να υπάρξει γονιμότητα και σύλληψη ακόμη και με ένα ή δύο ζωντανά σπερματοζώαρια από πλευράς του συζύγου ή και με κανένα ζωντανό σπερματοζώαριο με την χρησιμοποίηση των σπερματίδων».¹⁷

17. www.kosmogonia.gr

2.1.1 ΔΙΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΤΗΣ «ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ» ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΟ «ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ»

«Ο όρος «υπογονιμότητα» ορίζεται ως η αδυναμία του ζεύγους να συλλάβει μετά από συχνές επαφές 1 έως 2 ετών. Βέβαια παράγοντες όπως αυξημένη ηλικία, ανώμαλος κύκλος, ιστορικό κολπικό μολύνσεων ή παλιότερα χειρουργεία, μπορεί να αποτελέσουν ενδείξεις για εξέταση νωρίτερα.

Συχνότητα

Η υπογονιμότητα επηρεάζει 1 στα 7 ζευγάρια, τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες.

Τα περισσότερα υπογόνιμα ζευγάρια μπορούν να αποκτήσουν παιδί με την κατάλληλη θεραπεία. Λίγοι μόνο ασθενείς είναι στείροι, δηλαδή δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί ακόμη και μετά από θεραπεία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην απουσία σπέρματος, απουσία ωοθηκών ή μήτρας.

Η υπογονιμότητα μπορεί να χωριστεί σε δύο τύπους: α) Πρωτοπαθής, όταν δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη.(40% των περιπτώσεων).β) Δευτεροπαθής, όταν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη, οποιοδήποτε και αν ήταν το αποτέλεσμα αυτής.(60% των περιπτώσεων)¹⁸

Αντιθέτως, λέγοντας «στεριότητα» εννοούμε την ανικανότητα αναπαραγωγής σ' ένα ζευγάρι που μπορεί να έχει ολοκληρωμένες σχέσεις, μετά από ένα χρόνο κοινής συμβίωσης. Ο χρόνος αυτός αποτελεί οδηγό σημείο για να αρχίσει εντατική διερεύνηση της αιτιολογίας της στεριότητας. Η στεριότητα δεν πρέπει να συγχέεται με την ανικανότητα που είναι η αδυναμία της σεξουαλικής επαφής, ούτε με την αγονιμότητα όπου μπορεί να υπάρχει ικανότητα σύλληψης αλλά ανικανότητα συμπλήρωσης της εγκυμοσύνης.

Συχνότητα

Υπολογίζεται ότι ποσοστό 25% αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας. Η στεριότητα είναι κάτι το προσωπικό που όμως αφορά την κοινή ζωή του ζευγαριού, αφού συχνά δημιουργεί έλλειψη κατανόησης και ψυχολογικά τραύματα στον έναν ή στον άλλο σύντροφο. Συνήθως από την έλλειψη σεξουαλικής αγωγής, το φταίξιμο αποδίδεται στην

18. www.kosmogonia.gr

γυναίκα και οι άντρες απαιτούν να υποβάλλεται εκείνη στις εξετάσεις ,όμως έχει αποδειχθεί ότι η ευθύνη του άντρα είναι κάθε άλλο παρά ασήμαντη, αφού στατιστικά 35% - 40% των περιπτώσεων αφορά αυτόν.

Υπάρχουν δύο είδη στειρότητας: α) Η προσωρινή ανικανότητα απόκτησης παιδιών, που ονομάζεται παροδική στειρότητα, β) Η ολική ανικανότητα απόκτησης παιδιών που καλείται στειρότητα».¹⁹

2.2 ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

«Ο ανδρικός παράγων είναι υπεύθυνος αποκλειστικά ή εν μέρει για την υπογονιμότητα του 45% περίπου των ζευγαριών. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που το σπερμοδιάγραμμα είναι η πρώτη απαραίτητη εξέταση την οποία παραγγέλουμε όταν αρχίζουμε έλεγχο σε ένα υπογόνιμο ζευγάρι.

Το σπέρμα εξετάζεται κάτω από το μικροσκόπιο για να προσδιοριστεί ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων καθώς και να εκτιμηθεί το ποσοστό των φυσιολογικών τους μορφών και άλλες εξειδικευμένες παράμετροι. Επειδή η εξέταση του σπέρματος στον ίδιο άντρα μπορεί να ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό, μέσα στον χρόνο είναι.

19.Δάλλα Α., «Θέλουμε παιδί τώρα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ»,2005, σελ.18-20

πιθανό να χρειαστεί περισσότερα από ένα σπερμοδιαγράμματα

Από τον έλεγχο στον οποίο πρέπει να υποβληθεί ο άντρας θα εκτιμηθεί το μέγεθος του προβλήματος και έτσι θα προσδιοριστεί η ενδεδειγμένη θεραπεία.

Αρχικά θα γίνει λήψη ενός πλήρους ιστορικού ατομικού και οικογενειακού, εν συνεχεία θα γίνει μία πλήρης κλινική εξέταση και θα ολοκληρωθεί με ψηλάφηση και έλεγχο των όρχεων και των επιδιδυμίδων.

Η ανδρική υπογονιμότητα είναι πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται σε συνεργασία από ουρολόγο, ενδοκρινολόγο, ακτινολόγο – υπερηχογραφιστή, μικροβιολόγο με εξειδίκευση στην αξιολόγηση σπέρματος ή ειδικό βιολόγο – εμβρυολόγο, πυρηνικό ιατρό για τις ορμονικές αναλύσεις, και φυσικά θα πρέπει να υπάρχει και η συνεργασία του γυναικολόγου».

ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

«Οτιδήποτε αυξάνει την θερμοκρασία των όρχεων, όπως μεγάλη σε διάρκεια ζεστά μπάνια, επαγγέλματα που απαιτούν πολλές ώρες καθιστικής εργασίας μπορεί να βλάψουν την παραγωγή του σπέρματος.

Επιπλέον, η κατανάλωση φαρμάκων ή ουσιών, μπορούν να επηρεάσουν την ανδρική γονιμότητα, όπως αλκοόλ, μαριχουάνα, κοκαΐνη, τσιγάρα, αναβολικά.

Μερικά φάρμακα για το έλκος, την υπέρταση, την επιληψία, την κατάθλιψη ευθύνονται για την υπογονιμότητα. Αυτά τα φάρμακα βέβαια, δεν θα πρέπει εύκολα και αλόγιστα να τα διακόψει κάποιος, απλά να ζητηθεί από τον γιατρό ίσως να αντικατασταθούν

Ορμονικές διαταραχές.

Ορμονικά προβλήματα στον οργανισμό επηρεάζουν το σπέρμα, όπως προβλήματα με τον θυρεοειδή, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης, υψηλή ορμόνη FSH καθώς και πλεόνασμα προλακτίνης.

Ανοσολογικά προβλήματα

Ανοσολογικές αντιδράσεις στο σπέρμα (αυτοανοσία) μπορεί να προκαλέσουν προσωρινή στειρώση. Αντισπερματικά αντισώματα μπορούν να επηρεάσουν το σπέρμα ώστε να μην είναι ικανό να γονιμοποιήσει.^{19.1}

Μολυσματικές ασθένειες

Η παρωτίτιδα (μαγουλάδες) που μπορεί να περάσει κάποιος μετά την παιδική ηλικία, καθώς και κάποια αφροδίσια νοσήματα όπως βλεννόροια, χλαμύδια, επηρεάζουν την ποιότητα του σπέρματος. Παράλληλα κάποιες μολύνσεις του προστάτη κάνουν το σπέρμα αδύναμο στον αριθμό των σπερματοζωαρίων και στην κινητικότητά τους. Παράλληλα και η έκθεση σε χημικά όπως μόλυβδο και αρσενικό, καθώς και σε βαφές και βερνίκια επηρεάζουν το σπέρμα.

19.1 Δάλλα Α, «Θέλουμε παιδί τώρα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.20-21

Σεξουαλική ανικανότητα / Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Υπάρχουν αρκετά ιατρικά προβλήματα που συμβάλλουν σε αιτίες υπογονιμότητας όπως ο διαβήτης, τα φάρμακα για την κατάθλιψη κλπ. Πάνω από το 20% των ανδρών έχουν μειωμένη ερωτική διάθεση, ανικανότητα να διατηρήσουν στύση και πρόωρη ακσπερμάτωση. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα χαμηλού επιπέδου τεστοστερόνης ή άγχος για σεξουαλική επίδοση.

Απόφραξη

Κάποια προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή μόλυνση μπορεί να προκαλέσει βλάβη του σπερματικού πόρου.

Τραυματισμός όρχεων

Κάποιος σοβαρός τραυματισμός στους όρχεις είναι δυνατόν να προκαλέσει προβλήματα στην παραγωγή σπέρματος.

Κιρσοκήλη

Εδώ έχουμε μία διόγκωση του αγγείου μέσα στους όρχεις το οποίο εμποδίζει την σωστή αιμάτωση της περιοχής, καθώς και μια αύξηση της θερμοκρασίας. Αν και έχουν υπάρξει πολλές διαφωνίες, πολλοί πιστεύουν ότι είναι μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες για υπογονιμότητα και εύκολα μπορεί να θεραπευτεί, ενώ άλλοι πιστεύουν

ότι είναι ένα συχνό ανατομικό φαινόμενο χωρίς να πιστεύουν ότι μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα στην γονιμότητα. Γενικά όμως θα λέγαμε ότι πολύ μεγάλη σε μέγεθος καθώς και επίπονη κίρσοκήλη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στους όρχεις αν δεν θεραπευτεί. Η επέμβαση που μπορεί να γίνει είναι χειρουργική φραγή ή η τοποθέτηση ειδικού μπαλονιού για να σταματήσει την ροή του αίματος.

Προηγούμενη αγγεοκτομή / στείρωση

Η στείρωση που μπορεί να κάνει ένας άντρας είναι συνήθως αναστρέψιμη(συνήθως γίνεται φραγή του σπερματικού πόρου). Όμως αν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα από τότε που ο άνδρας έχει κάνει αυτήν την επέμβαση, είναι δυνατόν να μην επανέλθει κανονικά η ικανότητα του σπέρματος να γονιμοποιήσει μετά και από την αποκατάσταση του σπερματικού πόρου.

Παλίνδρομη εκσπερμάτωση

Αυτό μπορεί να προέλθει από κάποια φάρμακα, χειρουργικές επεμβάσεις ή βλάβη κάποιων νεύρων. Στην περίπτωση αυτή το σπέρμα έχει λάθος κατεύθυνση και η εκσπερμάτωση γίνεται μέσα στην ουροδόχο κύστη. Το σπέρμα είναι δυνατό να το συλλέξουμε από τα ούρα και να χρησιμοποιηθεί στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Προηγούμενες θεραπείες για καρκίνο

Η χημειοθεραπεία / ακτινοβολία μπορεί να δημιουργήσει ανωμαλία στα σπερματοζωάρια και στέρωση. Γι' αυτό και πριν ξεκινήσει κάποιος μια τέτοια θεραπεία, θα πρέπει να δώσει σπέρμα για κατάψυξη.

Γενετικές ανωμαλίες

Ένα μικρό ποσοστό σε υπογόνιμους άντρες είναι και η παρουσία του σύνδρομου Klinefelter. Σ' αυτήν την περίπτωση οι άνδρες, έχουν δύο χρωμοσώματα X και ένα Y». ²⁰

2.3 ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Πολλοί είναι οι λόγοι της ανησυχητικής αύξησης της υπογονιμότητας στην εποχή μας, και ένας από τους κυριότερους είναι η απόκτηση του πρώτου παιδιού. Σήμερα όλο και περισσότερες γυναίκες αναβάλλουν για λίγο αργότερα τη μητρότητα.

Έτσι, ενώ παλιότερα ο μέσος όρος ηλικίας απόκτησης πρώτου παιδιού ήταν τα 22 χρόνια, σήμερα έχει σκαρφαλώσει στα 33. Δεν είναι δηλαδή καθόλου τυχαίο ότι οι δείκτες γεννητικότητας – ειδικά στον δυτικό κόσμο των προνομίων – μέρα με τη μέρα καταρακυλούν.

²⁰ www.kosmogonia.gr

ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ενδομητρίωση

«Ο όρος ενδομητρίωση αναφέρεται σε μία συνηθισμένη ασθένεια κατά την οποία κύτταρα όμοια με αυτά που επενδύουν τα τοιχώματα της μήτρας, εγκαθίστανται έξω από αυτήν πχ στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες, στην ουρήθρα κλπ. Στις ασθενείς με ενδομητρίωση αυτά τα κύτταρα, όπως και όταν βρίσκονται στο ενδομήτριο, αποκρίνονται στις ορμονικές μεταβολές του κύκλου. Όταν η γυναίκα με ενδομητρίωση έχει περίοδο, τα κύτταρα της ενδομητρίωσης δεν μπορούν να βρουν διέξοδο προς τον κόλπο, σχηματίζουν κύστες αίματος και συγκολλύσεις, που μπορούν να βλάψουν τις σάλπιγγες, επειδή δημιουργούν συμφύσεις.

Η ενδομητρίωση εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες μεταξύ 30 – 40 χρονών, αλλά περιστασιακά εμφανίζεται και σε νεότερες γυναίκες. Σε μερικές είναι ασυμπτωματική, ενώ άλλες γυναίκες ταλαιπωρούνται από πόνους κατά την διάρκεια της περιόδου ή κατά την σεξουαλική πράξη.

Κατά την κολπική εξέταση μπορεί να παρατηρηθεί πάχυνση των συνδέσμων που συγκρατούν την μήτρα. Η πλειοψηφία των γυναικών με ενδομητρίωση είναι γόνιμες, αλλά κάποιες μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα υπογονιμότητας.

Πώς επηρεάζει την γονιμότητα η ενδομητρίωση;

Οι ανατομικές παραμορφώσεις που προκαλούνται από την ενδομητρίωση, ειδικά όταν είναι βαριάς μορφής, θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ένα μηχανικό αίτιο υπογονιμότητας, ο μηχανισμός παρεμπόδισης όταν πρόκειται για ελαφριά ενδομητρίωση, όμως δεν είναι πλήρως κατανοητός. Είναι δυνατόν η ενδομητρίωση να επηρεάζει την ωρίμανση των ωαρίων, την προσκόλληση του σπερματοζωαρίου στο ωάριο, την γονιμοποίηση, την λειτουργία των σαλπίγγων και την εμφύτευση.^{20.1}

Διάγνωση

Ο μοναδικός τρόπος διάγνωσης της ενδομητρίωσης είναι με λαπαροσκόπηση, ώστε να αξιολογηθεί η βαρύτητα της ενδομητρίωσης και η κατάσταση των ωαγωγών. Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τρόποι κατάταξης της σοβαρότητας της ενδομητρίωσης, αλλά η συχνότερα χρησιμοποιούμενη είναι αυτή της Αμερικανικής Κοινότητας Αναπαραγωγικής Ιατρικής, σύμφωνα με την οποία η ενδομητρίωση διακρίνεται σε τέσσερα στάδια. Υπάρχει μικρός συσχετισμός μεταξύ της βαρύτητας των συμπτωμάτων και της έκτασης της ενδομητρίωσης.

Κύστεις πάνω στην ωοθήκη μπορούν να αναγνωριστούν με

20.1 www.kosmogonia.gr

CAT/MRI scans. Πάντως αυτές οι τεχνικές δεν είναι αξιόπιστες για την διάγνωση της ενδομητρίωσης.

Αίτια

Τα αίτια είναι άγνωστα. Η πιο αναγνωρισμένη εξήγηση είναι ότι κύτταρα του τοιχώματος της μήτρας περνούν προς τα πάνω στους ωαγωγούς και χύνονται έξω από αυτούς, μέσα στην κοιλιά. Στις περισσότερες γυναίκες τα κύτταρα αυτά καταστρέφονται από το ανοσοποιητικό σύστημα. Όμως σε κάποιες γυναίκες επιζούν και πολλαπλασιάζονται πιθανώς λόγω κάποιας διαταραχής του ανοσοποιητικού.

Προβλήματα στην ωορρηξία

Είναι το συνηθέστερο αίτιο γυναικείας υπογονιμότητας, αλλά και αυτή που έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς αντιμετώπισης. Η ασθενής έχει συνήθως ακανόνιστο κύκλο, ή και αμηνόρροια. Βέβαια, προβλήματα στην ωορρηξία μπορεί να παρουσιαστούν και σε γυναίκες με κανονικό κύκλο, όμως, γενικά το 95% των γυναικών με κανονικό κύκλο είναι ωορρηκτικές. Κάποιες γυναίκες έχουν συμπτώματα όπως αυξημένη τριχοφυΐα, ακμή κλπ.

Διαταραχές ωορρηξίας μπορούν να ταξινομηθούν σε :

- Ανωοθυλακιορρηξία, δηλ. έλλειψη ωορρηξίας.

- Ολιγοωορρηξία, δηλ. αραιές ωορρηξίες.
- Διαταραχές ωχρού σωματίου.

Αίτια

Πρωτοπαθής

Εδώ το πρόβλημα εστιάζεται στην ίδια την ωοθήκη. Μπορεί να έχει γίνει χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών, είτε αυτές να έχουν καταστραφεί από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Μπορεί να περιέχουν μειωμένο αριθμό ωαρίων, σε ασθενείς που πάσχουν από πρόωρη εμμηνόπαυση (1 – 2% των γυναικών κάτω από 40 χρονών). Τα προβλήματα στην ωορρηξία ευθύνονται για την πλειοψηφία των περιπτώσεων της γυναικείας υπογονιμότητας. Αυτά προκαλούνται από διαταραχές του ορμονικού ισοζυγίου. Το πρόβλημα μπορεί να εστιάζεται στον υποθάλαμο, την υπόφυση ή τις ωοθήκες. Συνήθη αίτια περιλαμβάνουν το στρες, την αλλαγή του σωματικού βάρους, την υπερβολική παραγωγή προλακτίνης ή στο σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Πολυκυστικές ωοθήκες

Περίπου 20% των γυναικών έχουν πολυκυστικές ωοθήκες. Ο όρος περιγράφει την εικόνα που φαίνεται στο υπερηχογράφημα, όπου πάνω

στην επιφάνεια των ωοθηκών διακρίνονται πολλές μικρές κύστεις. Πολλές γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες έχουν κανονικό κύκλο και δεν έχουν πρόβλημα να τεκνοποιήσουν.

Κάποιες από τις γυναίκες που έχουν την εικόνα αυτή στο υπερηχογράφημα, πάσχουν από το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών.(PCOD). Οι γυναίκες αυτές έχουν διαταραγμένο ορμονικό ισοζύγιο, με ανώμαλο κύκλο και δυσκολία στην τεκνοποίηση.

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου συνήθως αρχίζει με την χορήγηση φαρμάκων για την διόρθωση του ορμονικού ισοζυγίου. Σε περίπτωση που η γυναίκα είναι παχύσαρκη, η διαίτα μπορεί να βοηθήσει το ορμονικό ισοζύγιο και να βοηθήσει στην πρόκληση ωορρηξίας. Εναλλακτικά, υπάρχει η δυνατότητα χειρουργικής επέμβασης στην ωοθήκη, κάνοντας μικρές οπές(Ovarian Drilling) , μειώνοντας έτσι στο φυσιολογικό τον αυξημένο όγκο των ωοθηκών. Στην περίπτωση που η γυναίκα πάσχει από το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, οι παραπάνω θεραπείες μπορεί να προηγηθούν της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ο όρος περιγράφει την εικόνα που φαίνεται στο υπερηχογράφημα, όπου πάνω στην επιφάνεια των ωοθηκών διακρίνονται πολλές μικρές κύστεις.^{20.2}

20.2 Δάλλα Α, «Ενδομητρίωση», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.23-27

Δευτεροπαθής

Εδώ το πρόβλημα δεν εστιάζεται στις ωοθήκες αλλά στην έλλειψη ορμονών στον υποθάλαμο ή στην υπόφυση.

Τα αίτια περιλαμβάνουν:

- Έντονο στρες.
- Απότομες αυξομειώσεις βάρους.
- Κάποια φάρμακα.
- Υπεπαραγωγή προλακτίνης.
- Διαταραχές του θυρεοειδή και των επινεφριδίων.

Προβλήματα στις σάλπιγγες

Πολύ συχνά το αίτιο της υπογονιμότητας εντοπίζεται στις σάλπιγγες. Δυσλειτουργία των κροσσών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να μην μπορούν να καθοδηγήσουν το ωάριο μέσα στους ωαγωγούς.

Συμφύσεις γύρω από τη σάλπιγγα μπορεί να την παραμορφώσουν, ή να μειώσουν την κινητικότητά της, ή να διαταράξουν την φυσιολογική ανατομική σχέση σάλπιγγας – ωοθήκης, έτσι ώστε να επηρεάσουν δυσμενώς την ικανότητά της να συλλέξει το ωάριο.

Βλάβη στα κύτταρα που επενδύουν το εσωτερικό των ωαγωγών μπορεί να εμποδίσει τα σπερματοζώαρια να φτάσουν το ωάριο ή να εμποδίσει τη γονιμοποίηση.

Απόφραξη των ωαγωγών μπορεί επίσης να εμποδίσει το σπέρμα να φτάσει το ωάριο, είτε το ωάριο να κατέλθει προς την μήτρα, αυξάνοντας την πιθανότητα εκτοπής εγκυμοσύνης.

Οι περισσότερες γυναίκες δεν θα συνειδητοποιήσουν ότι έχουν πρόβλημα στις σάλπιγγες, μέχρι να ελεγχτούν για γονιμότητα. Κάποιες όμως μπορεί να έχουν έντονους πόνους περιόδου, ανώμαλο κύκλο, ή πόνους στην οσφυϊκή χώρα.

Αίτια

-Λοίμωξη

Είναι η συνηθέστερη αιτία προβλημάτων στις σάλπιγγες, ειδικά όταν η λοίμωξη δεν αντιμετωπιστεί άμεσα, ή δεν αντιμετωπιστεί

-Προηγούμενες μολύνσεις της οσφυϊκής χώρας.

-Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, όπως χλαμύδια ή γονόρροια.

-Διασπορά της λοίμωξης από εσωτερικά όργανα όπως επί σκωληκοειδίτιδας.

-Μετά από έκτρωση, αποβολή ή τοκετό, μία λοίμωξη ίσως επεκταθεί στις σάλπιγγες.

Εγχείριση

-Οποιαδήποτε εγχείριση στις σάλπιγγες, τις ωθήκες ή την μήτρα μπορεί να προκαλέσει συγκολλήσεις. Κάποιες φορές και εγχειρήσεις στην κοιλιακή χώρα μπορεί να επηρεάσουν τις σάλπιγγες.

-Προηγούμενες έκτοπες εγκυμοσύνες μπορεί να προκαλέσουν ζημιά στις σάλπιγγες.

-Συγγενείς ανωμαλίες, πχ δυσμορφία στις σάλπιγγες.

Ενδομητρίωση

Μπορεί να προκαλέσει ζημιά στις σάλπιγγες, συγκολλήσεις και κάποιες φορές απόφραξη στους ωαγωγούς.

Υδροσάλπιγγες

Η πάθηση αυτή αναφέρεται σε παγιδευμένο υγρό μέσα στις σάλπιγγες, λόγω παλαιότερων φλεγμονών. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποκατασταθεί χειρουργικά, αλλιώς πρέπει να γίνει εξωσωματική γονιμοποίηση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι υδροσάλπιγγες μειώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας και αυξάνουν την πιθανότητα αποβολής. Για τους λόγους αυτούς πολλοί γιατροί συμβουλεύουν αφαίρεση ή απομόνωση των υδροσαλπίγγων.^{20.3}

20.3 Δάλλα Α, «Ενδομητρίωση», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.23-27

Ανεξήγητη Υπογονιμότητα

Η ανεξήγητη υπογονιμότητα αντιστοιχεί σε περίπου 20 – 25% των υπογόνιμων ζευγαριών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αδυναμία διάγνωσης δεν οφείλεται σε ανεπαρκή διερεύνηση, αλλά στην αδυναμία μας να ελέγξουμε κάποιες διαδικασίες της φυσιολογικής σύλληψης με διαγνωστικά τεστ. Πχ δεν υπάρχει πρακτικός τρόπος να ελέγξουμε αν οι σάλπιγγες μπορούν να παραλάβουν τα ωάρια μετά την ωορρηξία, αν το σπέρμα μπορεί να φτάσει το ωάριο και αν μπορεί να το γονιμοποιήσει φυσιολογικά. Στις περιπτώσεις ανεξήγητης υπογονιμότητας η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει τόσο διαγνωστικό όσο και θεραπευτικό χαρακτήρα.

Η σχέση μεταξύ ηλικίας και γονιμότητας

Στις δυτικές κοινωνίες είναι όλο και πιο συχνό να γεννιούνται παιδιά από μεγαλύτερα σε ηλικία ζευγάρια, για αρκετούς λόγους. Πολλά ζευγάρια προτιμούν να αποκτήσουν παιδιά αφού αποκτήσουν οικονομική σιγουριά, ενώ έχουν αυξηθεί οι γάμοι σε μεγαλύτερη ηλικία ή και οι δεύτεροι γάμοι.

Αν και αναφέρονται ελάχιστες εγκυμοσύνες σε γυναίκες κοντά στα 50 τους χρόνια, αλλά γενικά υπάρχει μείωση της γονιμότητας με την πάροδο του χρόνου. Η μείωση είναι σταδιακή, αλλά γίνεται πιο αισθητή

μετά τα 30 και επιτυγχάνεται μεταξύ 35 και 40 χρονών, έτσι ώστε στα 40 περίπου χρόνια η γονιμότητα να πέφτει στο 0.

Η πιθανότητα αποβολής αυξάνεται και αυτή με την ηλικία. Στα 25 – 29 χρόνια είναι περίπου 10%, για να φτάσει το 34% στα 40 – 44. Επίσης αυξάνονται οι πιθανότητες χρωμοσωμικών ανωμαλιών.

Γιατί η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία;

Η γήρανση των ωοθηκών είναι ο σημαντικότερος παράγοντας. Οι ωοθήκες γερνούν, όπως και τα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Οι περισσότερες γυναίκες έχουν περίπου 300000 ωάρια κατά την εφηβεία. Για κάθε ωάριο που ωριμάζει και φτάνει στην ωορρηξία, τουλάχιστον 500 ωάρια δεν ωριμάζουν και αποσυντίθενται. Μέχρι να φτάσει στην εμμηνόπαυση, στα 50 με 55 χρόνια, η γυναίκα έχει μόνο λίγες χιλιάδες ωάρια. Επειδή όλα τα ωάρια της γυναίκας έχουν παραχθεί κατά την εμβρυϊκή ζωή και δεν ανανεώνονται, τα ωάρια που έχουν απομείνει κατά την ηλικία της εμμηνόπαυσης, που έχουν την ηλικία της γυναίκας είναι πιο πιθανό να έχουν γενετικές ανωμαλίες.

Ο κίνδυνος χρωμοσωμικών ανωμαλιών σε μία γυναίκα 20 χρονών είναι 1 στα 500, ενώ σε μια γυναίκα 45 χρονών 1 στα 20.

Γυναικολογικά προβλήματα όπως πυελικές φλεγμονές, προβλήματα στις σάλπιγγες, ενδομητρίωση, πολύποδες, προβλήματα στην ωορρηξία και άλλα, φαίνονται να αυξάνονται με την ηλικία και επηρεάζουν αρνητικά τη γονιμότητα.

Η σημασία της ποιότητας του ενδομητρίου (ικανότητα του ενδομητρίου να δεχτεί το έμβρυο) είναι αμφιλεγόμενη. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η εμφύτευση του εμβρύου είναι δυσκολότερη σε μεγαλύτερες γυναίκες.

Διερεύνηση της υπογονιμότητας σε μεγαλύτερες γυναίκες.

- Καλό είναι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τέτοιο πρόβλημα, να ζητούν την βοήθεια του γιατρού όσο το δυνατόν γρηγορότερα, ώστε η διερεύνηση και η θεραπεία του προβλήματος να αρχίσουν χωρίς περιττές καθυστερήσεις.
- Εξετάσεις που γίνονται συνήθως για να διαπιστωθεί η γονιμότητα σε μεγαλύτερες γυναίκες είναι η εξέταση αίματος και η μέτρηση των επιπέδων των ορμονών FSH, LH και οιστραδιόλης.
- Είναι επίσης πιθανόν να ενημερώνονται οι γυναίκες για το αυξημένο ρίσκο χρωμοσωμικών ανωμαλιών και αποβολής. Ακόμη για αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών της εγκυμοσύνης όπως αυξημένη πίεση, αιμορραγίες και διαβήτη.

Θεραπεία υπογονιμότητας σε μεγαλύτερες γυναίκες

Υπάρχουν περιορισμένες επιλογές για θεραπεία σε γυναίκες που έχουν φτάσει ή είναι κοντά στην εμμηνόπαυση. Συνήθως οι μεγαλύτερες γυναίκες έχουν φτωχή απόκριση στην ορμονική διέγερση, ενώ και τα ποσοστά εγκυμοσύνης που επιτυγχάνονται είναι αρκετά χαμηλότερα. Ο

κίνδυνος επιπλοκών της εγκυμοσύνης είναι επίσης μεγαλύτερος. Για να βελτιωθούν τα ποσοστά επιτυχίας στις μεγαλύτερες γυναίκες, μερικές κλινικές συνιστούν υποβοηθούμενη εκκόλαψη, προεμφυτευτική διάγνωση, και μεταφορά μόνο των φυσιολογικών εμβρύων. Ακόμη σε μερικές χώρες γίνεται μεταφορά μεγαλύτερου αριθμού εμβρύων».²¹

2.4 ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

«Όταν ένα ζευγάρι αντιμετωπίζει προβλήματα γονιμότητας και έχει ολοκληρώσει τις βασικές διαγνωστικές εξετάσεις που προβλέπονται χωρίς να βρεθεί μία συγκεκριμένη αιτιολογία, χαρακτηρίζεται από ανεξήγητη υπογονιμότητα.

Η συχνότητα της ανεξήγητης υπογονιμότητας, υπολογίζεται ότι βρίσκεται περίπου στο 15% των περιπτώσεων. Η διάγνωση τίθεται εφόσον τα αποτελέσματα του σπερμοδιαγράμματος είναι φυσιολογικά, οι ορμονικές εξετάσεις της γυναίκας είναι συμβατές με ωοθυλακιορρηξία, οι σάλπιγγες απεικονίζονται φυσιολογικές και ανοιχτές, και η ενδομητρική κοιλότητα είναι φυσιολογική.

21.Ταρλατζής Α, «Ανεξήγητη υπογονιμότητα»,Άρθρο από την ηλ.διεύθ. www.kosmogonia.gr,2005,σελ 1-3

Η αντιμετώπιση της ανεξήγητης υπογονιμότητας εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη διάρκεια της υπογόνιμης περιόδου, αλλά και από την ηλικία της γυναίκας. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό (που περιλαμβάνει και υπογόνιμα ζευγάρια), από τα ζευγάρια που έχουν τακτική σεξουαλική επαφή με σκοπό την επίτευξη εγκυμοσύνης, 84% των γυναικών θα μείνουν έγκυες μέσα στον πρώτο χρόνο. Το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 92% το δεύτερο χρόνο, και στο 93% μετά από τρία χρόνια. Αυτό σημαίνει πως εάν ένα ζευγάρι δεν επιτύχει εγκυμοσύνη μέσα στον πρώτο χρόνο, εξακολουθεί να έχει πιθανότητες να τα καταφέρει στο δεύτερο, ή ακόμη και στον τρίτο χρόνο, εφόσον οι βασικές εξετάσεις για τον έλεγχο γονιμότητας είναι αρνητικές.

Ωστόσο, καθώς η γονιμότητα μίας γυναίκας επηρεάζεται από την ηλικία της, το ζευγάρι μπορεί να αναζητήσει ιατρική συμβουλή και θεραπεία για ανεξήγητη υπογονιμότητα σε πιο πρώιμα στάδια, εάν υπάρχει προβληματισμός για την επίδραση που μπορεί να έχει η ηλικία στην πιθανότητα εγκυμοσύνης.

Αρχικά, το ζευγάρι μπορεί να υποβληθεί σε θεραπεία με διέγερση πολλαπλής ωοθυλακιορρηξίας σε συνδυασμό με σπερματέγχυση. Η μέθοδος αυτή είναι σχετικά απλή και έχει ποσοστά επιτυχίας από 17% για κάθε κύκλο θεραπείας, με το 85% των συλλήψεων να συμβαίνουν μέσα στους πρώτους τέσσερις κύκλους. Η δεύτερη επιλογή είναι η θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση. Στην περίπτωση της

ανεξήγητης υπογονιμότητας, η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει το πλεονέκτημα ότι λειτουργεί ταυτόχρονα και ως διαγνωστική πέρα από θεραπευτική διαδικασία. Έτσι είναι δυνατό να ελεγχθεί η ποιότητα των ωαρίων, η ικανότητα γονιμοποίησης των σπερματοζωαρίων, όπως επίσης και η ποιότητα των εμβρύων που προκύπτουν από την γονιμοποίηση σε εργαστηριακές συνθήκες».²²

2.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η υπογονιμότητα είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει πολύ τους διάφορους ειδικούς που εμπλέκονται στην διερεύνηση και αντιμετώπιση των αιτιών της, καθώς βέβαια και στην προσπάθεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίνει σαφείς οδηγίες για το ποιες διαγνωστικές εξετάσεις ακριβώς είναι σκόπιμο να γίνονται όταν ένα ζευγάρι δεν μπορεί να κάνει παιδί, μερικές φορές οι ειδικοί κάνουν λιγότερες ή περισσότερες από αυτές για διάφορους λόγους. Παρ' όλα αυτά υπάρχει μία γενική οδηγία που συνοψίζεται στις παρακάτω εξετάσεις:

²²www.gynecology.gr

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ

«Οι εξετάσεις υπογονιμότητας που απαιτούνται είναι άμεσα εξαρτώμενες από την πολυπλοκότητα του προβλήματος. Μία γυναίκα που αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας θα πρέπει να ξεκινήσει τη διερεύνηση του πιθανού αιτίου επισκεπτόμενη το γυναικολόγο της. Εκτός από την κλινική γυναικολογική εξέταση και το τεστ Παπανικολάου, εξετάσεις ρουτίνας για κάθε γυναίκα που επισκέπτεται τον γιατρό της, υπάρχουν και άλλες συμπληρωματικές εξετάσεις που χρειάζεται να γίνουν για τη διερεύνηση του προβλήματος της γονιμότητας. Κάποιες συνηθισμένες διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες γίνονται είναι:

1) Αιματολογικές Εξετάσεις.

Οι αιματολογικές εξετάσεις γίνονται ώστε να ελεγχθούν τα επίπεδα των ορμονών. Τα επίπεδα των ορμονών FSH και LH μετριοούνται στην αρχή του κύκλου και δίνουν ένα δείγμα της ποσότητας και της ποιότητας των ωαρίων που ωριμάζουν στις ωοθήκες. Η προγεστερόνη μετριέται την 21^η ημέρα του κύκλου για να αξιολογηθεί κατά πόσο έχει η γυναίκα φυσιολογική ωορρηξία. Τα επίπεδα της προλακτίνης, των οιστρογόνων, των ανδρογόνων και του θυρεοειδούς μπορεί επίσης να εξεταστούν.

2)Υπέρηχος

Το υπερηχογράφημα γίνεται για να εξεταστεί η υγεία των ωοθηκών, της μήτρας και της ανάπτυξης των ωοθηλακίων ώστε να αποκλεισθούν τυχόν γυναικολογικές ανωμαλίες.

3)Εξέταση Τραχηλικής Βλέννας Μετά από Επαφή(Post-coital test)

Αυτό το τεστ γίνεται για να εξεταστεί εάν η τραχηλική βλέννα γίνεται διαυγής και πιο δεκτική στο σπέρμα που θέλει να φτάσει μέχρι τις σάλπιγγες. Θα πρέπει η γυναίκα να έρθει σε επαφή 12-24 ώρες πριν να επισκεφτεί την κλινική για την εξέταση. Το τραχηλικό δείγμα θα εξεταστεί στο μικροσκόπιο για τυχόν ύπαρξη σπέρματος. Ο αριθμός του σπέρματος θα μετρηθεί, και θα αξιολογηθεί το επίπεδο της δραστηριότητάς του.

4)Υστεροσαλπιγγογραφία(HSG)

Η υστεροσαλπιγγογραφία είναι μια ακτινογραφία της μήτρας και των σαλπίγγων. Μια σκιαγραφική ουσία εκχύνεται στην μήτρα και παρατηρείται μέσω μιας οθόνης ακτινοσκοπήσεων κατά πόσο οι σάλπιγγες είναι διαβατές ή έχουν υποστεί ζημιά.

5)Λαπαροσκόπηση

Πρόκειται για μία ελαφριά χειρουργική επέμβαση η οποία επιτρέπει την άμεση εξέταση των ωοθηκών, της μήτρας και των σαλπίγγων ώστε να ανιχνευτεί και να αντιμετωπιστεί κάποιο πιθανό πρόβλημα. Η διαδικασία διενεργείται υπό γενική αναισθησία. Ο χειρουργός δημιουργεί μία μικρή τομή περίπου μισού εκατοστού, κάτω από τον

αφαλό από την οποία θα περάσει το λαπαροσκόπιο, ώστε να διαπιστώσει κατά πόσο οι σάλπιγγες είναι υγιείς. Το λαπαροσκόπιο είναι μία κάμερα ειδικά τροποποιημένη η οποία περνάει μέσα στην κοιλιά και δίνει μία καθαρή εικόνα των οργάνων και του πιθανού προβλήματος. Επίσης, επιτρέπει στον χειρουργό να αποφασίσει εάν περαιτέρω χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη ή εάν απαιτείται εξωσωματική γονιμοποίηση και γενικά ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος.

6)Υστεροσκόπηση

Αυτή η χειρουργική διαδικασία επιτρέπει την άμεση εξέταση της κοιλότητας της μήτρας με τηλεσκόπιο. Έτσι, πιθανοί πολύποδες ή συμφύσεις μπορεί να ανιχνευτούν και εφόσον κριθεί απαραίτητο, να αφαιρεθούν κατά τη διάρκεια της ίδιας εξέτασης».^{22.1}

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

«Το σπέρμα μπορεί να μην είναι φυσιολογικό όσον αφορά στη μία , στις δύο ή και στις τρεις παραμέτρους(α)αριθμός σπερματοζωαρίων, β)κινητικότητα, γ)μορφολογία). Η συχνότερη κατάσταση είναι αυτή που οι ειδικοί ονομάζουν ολιγοασθενοσπερμία, όπου ο αριθμός των σπερματοζωαρίων είναι μικρότερος από το φυσιολογικό και παράλληλα αυτά παρουσιάζουν χαμηλότερη κινητικότητα από το φυσιολογικό. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις συνυπάρχει και μεγάλη μορφολογική

22.1 www.gynecology.gr

αλλοίωση (τερατοσπερμία) και η πάθηση ονομάζεται ολιγοασθενοτερατοσπερμία. Εκτός από την κλινική εξέταση, υπάρχει μία βασική εξέταση, την οποία θα συστήσει ο ουρολόγος-ανδρολόγος στον άντρα που πιθανώς να αντιμετωπίζει το πρόβλημα υπογονιμότητας.

1) Το σπερμοδιάγραμμα

Ο άντρας που πρόκειται να υποβληθεί σε αυτή την εξέταση θα πρέπει να έχει αποχή 2 με 4 ημερών πριν δώσει το δείγμα του σπέρματός του για εξέταση. Το δείγμα σπέρματος λαμβάνεται είτε από την εκσπερμάτιση (μέσω αυνανισμού), είτε με την ερωτική επαφή.

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις ο ουρολόγος κάνει μία τομή στο όσχεο, πιέζεται ο όρχις και η επιδιδυμίδα κι έτσι αναβλύζει το σπέρμα. Η επέμβαση αυτή γίνεται με τοπική αναισθησία στο όσχεο. Πρόκειται για μια απλή εξέταση, με την οποία το σπέρμα ελέγχεται στο εργαστήριο για 3 παραμέτρους:

1) Τον αριθμό των σπερματοζωαρίων. Το φυσιολογικό σπέρμα έχει όγκο μεταξύ 2 και 4 ml και περιέχει τουλάχιστον 20 εκατομμύρια σπερματοζωάρια ανά ml.

2) Την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Φυσιολογικά παρατηρείται καλή κινητικότητα στο 50% των σπερματοζωαρίων την πρώτη ώρα μετά την εκσπερμάτιση.

3)Την μορφολογία των σπερματοζωαρίων. Το σπέρμα θεωρείται φυσιολογικό όταν περιέχει 30% φυσιολογικές μορφές σπερματοζωαρίων, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ανάλογα με τα αποτελέσματα του σπερμοδιαγράμματος ο γιατρός θα κάνει την διάγνωσή του:

-Αν τα αποτελέσματα της εξέτασης δείξουν πως το σπέρμα είναι φυσιολογικό, τότε οι ειδικοί θεωρούν πως ο άντρας αυτός είναι κατά πάσα πιθανότητα γόνιμος και οι εξετάσεις για να βρεθεί το αίτιο υπογονιμότητας εστιάζονται στη γυναίκα.

-Στην περίπτωση που το σπερμοδιάγραμμα δεν είναι φυσιολογικό, τότε θα πρέπει να επαναληφθεί άλλη μία φορά με χρονική απόσταση μέχρι 3 μήνες από την πρώτη. Η ανάγκη για την διενέργεια επαναληπτικής εξέτασης υπάρχει ακόμη και επειδή ένας γόνιμος άντρας μπορεί σε ένα μόνο σπερμοδιάγραμμα να εμφανίσει αποτελέσματα που δεν είναι φυσιολογικά (εξαιτίας του στρες για παράδειγμα), επομένως μπορεί να πρόκειται για απλή σύμπτωση.

-Εάν και η επαναληπτική εξέταση δώσει ανάλογα μη φυσιολογικά αποτελέσματα, τότε μπορούμε να μιλάμε για υπογονιμότητα».^{22.2}

22.2 www.kosmogonia.gr

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Μπορεί αν το σπερμοδιάγραμμα δεν είναι φυσιολογικό, ο γιατρός να συστήσει να γίνουν και άλλες εξετάσεις, ώστε να διερευνηθούν οι αιτίες για τις οποίες το σπέρμα δεν είναι φυσιολογικό, να βρεθεί εάν υπάρχει κάποιο πρόβλημα και αν αυτό είναι δυνατό να διορθωθεί.(πχ κάποια φλεγμονή, κισσοκήλη κλπ). Αυτές οι εξετάσεις είναι καλλιέργεια σπέρματος, ορμονικές εξετάσεις με λήψη αίματος, υπερηχογραφήματα κ.α.

2.6 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

«Πολύ συχνά αναφερόμαστε στα περιβαλλοντικά προβλήματα. Τα μεγάλα θέματα που προβάλλονται κατά κόρον από τον τύπο είναι η μόλυνση του περιβάλλοντος, με την αύξηση του μεγέθους της τρύπας του όζοντος και την υπερθέρμανση του πλανήτη που προκαλεί την τήξη των πάγων της Ανταρκτικής, η καταστροφή των δασών κ.α. Το περιβάλλον όμως δεν μολύνεται μόνο, αλλά και θηλυκοποιείται ή μάλλον θηλυκοποιείται μολυνόμενο. Τι είναι όμως η θηλυκοποίηση του περιβάλλοντος; Είναι η αύξηση στο περιβάλλον που ζούμε των χημικών ουσιών εκείνων που το ανθρώπινο σώμα αναγνωρίζει και εκλαμβάνει ως θηλυκές ορμόνες. Η δράση τους επί του ανθρωπίνου σώματος είναι δηλαδή παρόμοια με εκείνη των θηλυκών ορμονών, των οιστρογόνων (δράση oestrogelike). Οι ουσίες αυτές εισέρχονται στο ανθρώπινο σώμα

με την αναπνοή ή τις τροφές και δημιουργούν τα προβλήματα που θα αναφερθούν παρακάτω.

Αντισυλληπτική δράση

Κύριες ουσίες που το ανθρώπινο σώμα εκλαμβάνει ως οιστρογόνα είναι τα εντομοκτόνα, τα πλαστικά και τα λιπάσματα.

Τα εντομοκτόνα (DTT και άλλα) χρησιμοποιούνται σε τεράστιες ποσότητες στις καλλιέργειες επί της γης και επί των φυτών, αλλά και ψεκαζόμενα από αέρος με αεροπλάνα ακόμη και για περιορισμό των ενοχλητικών κουνουπιών.

Τα πλαστικά με τα οποία ερχόμαστε πλέον σε καθημερινή επαφή. Ποιος από εμάς δεν τρώει ή δεν πίνει κάθε μέρα μέσα σε πλαστικά σκεύη ή ποτήρια! Μικρομόρια των πλαστικών αυτών καταπίνουμε με την τροφή, τον καφέ και το νερό μας.

Τέλος, πολλά λιπάσματα που εισέρχονται στο σώμα μας με την διατροφική αλυσίδα έχουν τα ίδια αποτελέσματα.

Οι ουσίες αυτές στον άντρα δημιουργούν καταστάσεις θηλυκοποίησης και στην γυναίκα μπορούν να λειτουργήσουν ως αντισύλληψη. Είναι γνωστό ότι τα τελευταία χρόνια ο μέσος όρος ποιότητας και κατ' επέκτασιν η δυνατότητα γονιμοποίησης του αντρικού σπέρματος φθίνει. Στατιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι μειώνεται ο μέσος αριθμός σπερματοζωαρίων ανά εκσπερμάτιση, αλλά και η μέση κινητικότητα αυτών, δηλαδή η δυνατότητά τους να ταξιδέψουν ψηλά

μέσα στην μήτρα της γυναίκας και τις σάλπιγγες, όπου θα συναντήσουν το ωάριο και θα το γονιμοποιήσουν.

Όλο και περισσότερα ζευγάρια αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας και αυξάνεται κάθε χρόνο ο αριθμός αυτών που προσφεύγουν στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Σύντομα, και αυτός είναι ο κύριος στόχος των γενετιστών, θα γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου στο εργαστήριο λαμβάνοντας το ανδρικό γενετικό υλικό όχι από το σπερματοζωάριο αλλά από οποιοδήποτε κύτταρο του ανδρικού σώματος. Τα τελευταία όμως χρόνια, αυξάνονται ραγδαία και τα προβλήματα των γεννητικών οργάνων των νεογέννητων αγοριών. Παλαιότερες στατιστικές που παρουσιάστηκαν σε Γαλλικό Ουρολογικό Συνέδριο, έδειξαν ότι κυρίως σε αγροτικές περιοχές όπου η παραγωγή αγροτικών αγαθών ακολουθεί τις προσταγές της χημικής επιστήμης με τη χρήση όλων των προαναφερθέντων βοηθημάτων, τα τελευταία 10-15 χρόνια έχει πολλαπλασιαστεί επί 3,5 η συχνότητα εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών των γεννητικών οργάνων, όπως η κρυπορχία και οι υποσπαδίες.

Κρυπορχία είναι η μη αυτόματη κατάβαση των όρχεων από την κοιλιά του εμβρύου όπου δημιουργούνται, μέσα στο σακούλι του οσχέου, πριν από τη γέννηση.

Υποσπαδίας είναι η ατελής κατασκευή από τη φύση της ουρήθρας, με αποτέλεσμα το στόμιο από το οποίο βγαίνουν τα ούρα να μην

βρίσκεται στην κορυφή του πέους, αλλά κάπου στην επιφάνεια του κορμού αυτού.

Η δημιουργία και η ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων του άρρενος κατά τη διάρκεια της κύησης προκαλείται και κατευθύνεται από τις ανδρικές ορμόνες, η δράση των οποίων προφανώς επηρεάζεται από την δράση των ουσιών «oestrogelike». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την προβληματική ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων του άρρενος από τη δημιουργία τους ήδη.

Ανησυχητική προοπτική

Η θηλυκοποίηση του περιβάλλοντος προφανώς πρέπει να επηρεάζει και την ψυχισμο-σεξουαλική συμπεριφορά του ανδρός. Με την παρουσία των ουσιών «oestrogelike» μειώνεται η επιθυμία για το άλλο φύλο, με αποτέλεσμα η συμπεριφορά των ανδρών να είναι πια ουδέτερη ή ακόμη και ομοσεξουαλική. Συνολικά, η θηλυκοποίηση του περιβάλλοντος και κατ' επέκτασιν η θηλυκοποίηση του άντρα, παρουσιάζεται σαν ένα σοβαρό πλέον θέμα το οποίο βάσει των ιατρικών στατιστικών μπορεί να πάρει μέσα στα επόμενα 40-50 χρόνια ανησυχητικές διαστάσεις. Καθήκον των επιστημονικών εταιρειών, αλλά και των κυβερνήσεων είναι να ασχοληθούν πλέον σοβαρά με τα προβλήματα του περιβάλλοντος. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας λάμπει δια της απουσίας της, ενώ θα έπρεπε οι αγώνες της να είναι τουλάχιστον μεγαλύτεροι από αυτούς που έχουν καταφέρει να αναπτύξουν άλλοι

φορείς, (αγώνες ενάντια του ρατσισμού, ενάντια της παιδικής εργασίας, της παγκοσμιοποίησης κλπ)

Το κόστος των μέτρων που πρέπει να ληφθούν σίγουρα δεν είναι μεγαλύτερο από το κόστος των επιπτώσεων στην υγεία του ανθρώπινου είδους».²³

2.7 ΔΙΑΙΤΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

«Κίνδυνο υπογονιμότητας ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι γυναίκες που υιοθετούν αυστηρά υποθερμιδικές δίαιτες ή έχουν σωματικό βάρος μικρότερο του φυσιολογικού, προειδοποιεί η Αμερικανίδα καθηγήτρια του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, Ρόουζ Φριτς. Η Δρ. Φριτς, συγγραφέας της έκθεσης Female Fertility and the Body Fat Connection, υποστηρίζει ότι το πρόβλημα αφορά τις γυναίκες με χαμηλό σωματικό βάρος και επισημαίνει ότι η διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους είναι καθοριστική για την αποτελεσματική λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος και της σεξουαλικής ωρίμανσης.

Στην έρευνά της, η Δρ Φριτς χρησιμοποίησε μαγνητική τομογραφία για να υπολογίσει την περιεκτικότητα του γυναικείου σώματος σε σωματικό λίπος, την οποία συσχέτισε με τον αριθμό

23.Φριτς Ρ, «Δίαιτες Και υπογονιμότητα», Άρθρο από την ηλ.διεύθ.www.gynecology.gr,2004,σελ.1-3

ωορρηκτικών κύκλων των γυναικών που ελέγχθηκαν. Τα ευρήματα ήταν εντυπωσιακά. Η διαχωριστή γραμμή ανάμεσα στην γονιμότητα και στην υπογονιμότητα είναι τόσο λεπτή που για να την περάσει κανείς δεν απαιτεί παρά την απώλεια μόνο 1,3 κιλών.

Επίσης, χρησιμοποίησε τον επιστημονικά αναγνωρισμένο δείκτη μάζας σώματος(ο οποίος προκύπτει από την διαίρεση του σωματικού βάρους με το τετράγωνο του ύψους), για να αποδείξει ότι οι γυναίκες διαφορετικού σωματικού βάρους και ηλικίας μπορεί να αντιμετωπίζουν πρόβλημα στειρότητας. Υποστηρίζει ότι μια επιτυχημένη εγκυμοσύνη απαιτεί περίπου 50.000 θερμίδες(συνολικά κατά τους εννέα μήνες), περισσότερες από τις μεταβολικές ανάγκες μιας γυναίκας που δεν εγκυμονεί. Οι γυναίκες που επιθυμούν να είναι αδύνατες καταναλώνουν τροφές όπως άπαχα γιαούρτια, λαχανικά, φρούτα και μεγάλες ποσότητες διαιτητικών αναψυκτικών. Αν λοιπόν δεν λαμβάνουν την απαραίτητη αναλογία θερμίδων, καταναλώνουν ως ενεργειακό καύσιμο και τα τελευταία αποθέματα λίπους που έχουν. Το λίπος που θεωρείται παράγοντας-κλειδί στην αναπαραγωγική ικανότητα της γυναίκας, διότι μετατρέπει τα ανδρογόνα σε οιστρογόνα και επηρεάζει την ωορρηξία, περιορίζεται. Όταν επομένως ο δείκτης μάζας σώματος πέσει κάτω από το 18, η ωρίμανση των ωαρίων σταματά παρά το γεγονός ότι η εμμηνόρροια συνεχίζεται κανονικά. Μιλώντας στο BBC η Δρ Φιτς, υπογράμμισε την σημασία της έρευνάς της για την επιστημονική

συσχέτιση του σωματικού βάρους με την καλή υγεία των γυναικών. Συμβουλεύει δε όλες τις γυναίκες να μην αισθάνονται άσχημα για την εικόνα του σώματός τους και για την συγκέντρωση του λίπους σε κάποια σημεία.

Ο καθηγητής Ίαν Κραφτ του Κέντρου Γονιμότητας του Λονδίνου, σχολιάζοντας την έρευνα, τόνισε ότι η διατήρηση μιας καλής εικόνας έχει μεγάλο κόστος για το γυναικείο οργανισμό, αλλά το σωματικό βάρος δεν είναι ο μόνος παράγοντας που σχετίζεται με την στειρότητα. Παράγοντες όπως το άγχος και η εντατική άσκηση πιθανόν να εμπλέκονται στην εμφάνιση υπογονιμότητας.

Ο Δρ Άνταμ Μπάλεν της Βρετανικής Ένωσης Γονιμότητας συμπλήρωσε ότι το πρόβλημα των λιποβαρών γυναικών δεν είναι μόνο η γονιμότητα, αλλά και η σταδιακή ανεπάρκεια των οιστρογόνων που μπορεί να επηρεάσει την καλή υγεία των οστών».²⁴

24. Φριτς Ρ, «Δίαιτες και υπογονιμότητα», Άρθρο από την ηλ. διεύθ. www.kosmogonia.gr, 2004, σελ.1-3

2.8 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

«Το κάπνισμα ελαττώνει τις πιθανότητες να μείνει μία γυναίκα έγκυος, σύμφωνα με ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία πρόσφατης ερευνητικής μελέτης που δημοσιεύτηκαν στο έγκυρο έντυπο Journal of Biosocial Science.

Οι καπνίστριες καθυστερούν να συλλάβουν κατά περίπου δύο μήνες σε σχέση με όσες δεν καπνίζουν. Ωστόσο, η διακοπή του καπνίσματος συνδυάζεται με μεγάλη αύξηση των πιθανοτήτων εύκολης τεκνοποίησης, διαπίστωσαν ερευνητές από το Imperial Cancer Research Fund's General Practice Research Group που εδρεύει στην Οξφόρδη.

«Οι κίνδυνοι του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη είναι αποδεδειγμένοι και σχετίζονται με υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα, αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης στο νεογνό σοβαρών αναπνευστικών νοσημάτων, καθώς και με γέννηση λιποβαρών νεογνών. Πολλές γυναίκες όμως, αγνοούν ότι η διακοπή του καπνίσματος τουλάχιστον ένα χρόνο πριν από την έναρξη των προσπαθειών τεκνοποίησης αυξάνει τις πιθανότητες σύλληψης. Η μελέτη μας, καταδεικνύει την άμεση συσχέτιση του καπνίσματος με τη γυναικεία υπογονιμότητα» δήλωσε στο BBC ο Δρ Μ. Μπουφάνο.

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα των πιο πρόσφατων μελετών, το κάπνισμα επηρεάζει τη γονιμότητα όχι μόνο των γυναικών αλλά και

των ανδρών. Μάλιστα, όσο περισσότερο καπνίζει κάποιος, τόσο μεγαλύτερα προβλήματα δημιουργούνται. Τα τσιγάρα περιέχουν μία χημική ουσία που καταστρέφει τους κροσσούς (μικροσκοπικές δομές σαν τρίχες) των σαλπίνγων, οι οποίες αποτελούν το κύριο όργανο μεταφοράς του ωαρίου από την ωοθήκη στην μήτρα.

Στους άνδρες η ίδια χημική ουσία επηρεάζει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Επίσης, βάση ενδείξεων, το κάπνισμα ενοχοποιείται και για πρόκληση φλεγμονώδους νόσου της πυέλου.(PID)

«Αν μία γυναίκα θέλει να μείνει έγκυος και να προστατέψει την υγεία του παιδιού που θα φέρει στον κόσμο, επιβάλλεται να σταματήσει το κάπνισμα» υπογραμμίζει ο Π. Μπάοθεν-Σίμπκινς, εκπρόσωπος του Royal College of Obstetricians and Gynecologists». ²⁵

25. Μπουφάνο Μ, «Κάπνισμα και υπογονιμότητα», Άρθρο από την ηλ.διεύθ.www.gynecology.gr, 2005, σελ.1-3

2.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

«Τα προβλήματα γονιμότητας επηρεάζουν πολλά πράγματα στη ζωή ενός ζευγαριού. Δημιουργούν ανησυχία, ανυπομονησία, ενοχές και ένταση, αλλά αφήνουν επίσης συναισθήματα λύπης, κατάθλιψης, απορύθμισης και οδηγούν σε απομόνωση.

Η εργαστηριακά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μέσα στις ειδικές μονάδες, είναι μία κατ' εξοχή στρεσογόνο διαδικασία. Για πολλά άτομα η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η «τελευταία ευκαιρία» να αποκτήσουν ένα βιολογικά δικό τους παιδί και αυτό τα οδηγεί σε συναισθηματική φόρτιση.

Προβλήματα σχετικά με την αναπαραγωγή όπως, αποβολές, παλίνδρομες κυήσεις, εκτρώσεις, επερχόμενη εμμηνόπαυση, προβλήματα σπέρματος και αποτυχημένες προσπάθειες τεχνητής γονιμοποίησης αποτελούν αίτια για την εμφάνιση απρόσμενης ψυχολογικής κρίσης και διαταραχής συναισθηματικής στην γυναίκα, στον άνδρα, στις σχέσεις του ζευγαριού αλλά και στις οικογενειακές σχέσεις.

Η εμπειρία και οι επιστημονικές έρευνες έχουν αποδείξει πως παράλληλα με την μελέτη της σωματικής υγείας και των οργανικών και λειτουργικών παραμέτρων που έχουν σχέση με την γονιμότητα, πρέπει να φροντίζουν και για την καλή συναισθηματική και ψυχολογική λειτουργία των ζευγαριών.

Παρακάτω θα αναφερθούν κάποιοι παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχολογία του ζευγαριού:

-Ένα πρϋπάρχον ψυχικό πρόβλημα, πχ κατάθλιψη, που απασχολεί πριν από την εμφάνιση του προβλήματος της υπογονιμότητας το ένα από τα δύο μέλη.

-Το φύλο. Στην πραγματικότητα η υπογονιμότητα τόσο για την γυναίκα όσο και για τον άνδρα, τίθεται ψυχολογικά ως πρόβλημα ταυτότητας φύλου, μια που κατά έναν τρόπο νοιώθουν ότι δεν εκπληρώνουν το «ρόλο» τους, όταν δεν μπορούν να αποκτήσουν ένα παιδί. Επειδή ο ρόλος της γυναίκας είναι πιο κοντά στην τεκνοποίηση, στην περίπτωση που «εκείνη» έχει το πρόβλημα της υπογονιμότητας, βρίσκεται και σε μειονεκτικότερη θέση.

-Το είδος του προβλήματος που προκαλεί υπογονιμότητα.(αν για παράδειγμα οφείλεται σε γενετικές ανωμαλίες ή επίκτητες, θεραπεύσιμες ή μη κλπ).

-Πεποιθήσεις που έχει το κάθε μέλος του ζευγαριού σχετικά με την απόκτηση ενός παιδιού και τη δημιουργία οικογένειας.(αν δηλαδή τοποθετούν αυτόν τον στόχο στην κορυφή των επιτευγμάτων για την προσωπική τους ζωή ή αν είναι δευτερεύουσας σημασίας).

-Το είδος της σχέσης που έχει το ζευγάρι.

-Ο τρόπος με τον οποίο τους «στηρίζουν» ή τους «επιβαρύνουν» οι συγγενείς και οι φίλοι.

-Η συμμετοχή σε κοινωνικές ή οικογενειακές εκδηλώσεις που υπενθυμίζουν το πρόβλημα.(πχ το να υπάρχει κάποια άλλη γυναίκα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον που είναι έγκυος).

-Οι τυχόν παρενέργειες ή προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η θεραπεία για την υπογονιμότητα(πόννοι ή άλλα προβλήματα υγείας που μπορεί να έχουν παρουσιαστεί).

-Η αδυναμία να επιτευχθεί τελικά μια εγκυμοσύνη(πχ αποβολή) ή η συνολική αποτυχία της θεραπείας και της προσπάθειας γενικότερα».²⁶

26.Δάλλα Α. «Η Κοινωνική και Ψυχολογική διάσταση της υπογονιμότητας»,Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ»,2005,σελ 44-45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή βοηθά το ζευγάρι που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα γονιμότητας (που δεν διορθώνεται με απλούστερες μεθόδους) να το παρακάμψουν και να αποκτήσουν τα δικά τους παιδιά. Μερικές φορές όμως το πρόβλημα της γονιμότητας δεν έγκειται σε κάποια δυσλειτουργία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, που διορθώνεται ή παρακάμπτεται, και αντίστοιχα στον άνδρα το « πρόβλημα» με το σπέρμα του είναι αδύνατο να παρακαμφθεί με ειδικές εργαστηριακές μεθόδους. Υπάρχουν δηλαδή κάποιες περιπτώσεις στις οποίες τα ωάρια ή τα σπερματοζωάρια που έχουν στη διάθεση τους οι ειδικοί που διενεργούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν είναι κατάλληλα, ικανά ή ορισμένες φορές δεν υπάρχουν καθόλου, ώστε να γονιμοποιηθούν. Αν και σε αυτό το σημείο θα φανταζόμασταν ότι θα τελείωνε η προσπάθεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, υπάρχει μια εναλλακτική λύση που προσφέρεται σε αυτά τα ζευγάρια και δεν είναι άλλη από τη χρήση σπέρματος δότη ή αντίστοιχα ωαρίου δότριας.

3.1 ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

«Ένα ζευγάρι χρειάζεται να καταφύγει στη λύση της λήψης σπέρματος από τράπεζα-όταν σύμφωνα με τις εξετάσεις που έχουν γίνει-ο άνδρας δεν έχει καθόλου σπερματοζωάρια, τα σπερματοζωάρια του φέρουν κάποιες γενετικές ανωμαλίες ή η ποσότητα και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων που υπάρχουν είναι πάρα πολύ μικρή και απαγορευτική για να γίνει ακόμα και η μικρογονιμοποίηση. Βέβαια, δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι σύγχρονες εργαστηριακές μέθοδοι (μικρογονιμοποίηση) δίνουν την δυνατότητα σε όλο και περισσότερους άνδρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα « αδύναμου» σπέρματος να καταφέρουν να τεκνοποιήσουν με το δικό τους σπέρμα και να μη χρειαστεί να καταφύγουν στο σπέρμα δότη.

Στη χώρα μας, λειτουργούν λίγες ιδιωτικές τράπεζες σπέρματος (τράπεζες κρυοσυντήρησης) που σύμφωνα με τον καινούριο νόμο (N3305/2005) θα καταγραφούν και έτσι θα υπάρχει ένας ολοκληρωμένος, πλήρης και αξιόπιστος κατάλογος στην Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή που θα συσταθεί.

Οι τράπεζες χορηγούν σπέρμα έναντι αμοιβής στους ενδιαφερόμενους λήπτες (οι δότες παίρνουν μόνο ένα συμβολικό ποσό που καλύπτει τα έξοδα μετακίνησης τους).

Το σπέρμα χορηγείται από τις τράπεζες θα πρέπει να είναι πάντα κατεψυγμένο, ώστε να έχουν προλάβει να γίνουν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις στον δότη στο ενδιάμεσο διάστημα, από τη λήψη του σπέρματος μέχρι την προσφορά του στο ζευγάρι που το χρειάζεται για να τεκνοποιήσει, γιατί είναι επικίνδυνο για τη μετάδοση ασθενειών (με κυριότερη το AIDS). Όταν το σπέρμα προέρχεται από τον σύντροφο ή τον σύζυγο της γυναίκας, χρησιμοποιείται κατά κανόνα νωπό. Άλλωστε, η χρήση κατεψυγμένου σπέρματος δεν δημιουργεί κανένα πρόβλημα, αφού αυτό «καταψύχεται» και «αποψύχεται» εύκολα χωρίς να υπάρχουν άλλα προβλήματα.

Η ταυτότητα του δότη παραμένει μυστική για τα ζευγάρια που το παίρνουν τελικά. Αντίστοιχα, μυστική παραμένει και η ταυτότητα του ζευγαριού στο δότη. Ουσιαστικά η τράπεζα σπέρματος λειτουργεί ως «μεσάζοντας» ανάμεσα στον δότη και τους λήπτες και διενεργεί όλες τις απαραίτητες εξετάσεις (λήψη ιστορικού, ψυχολογικά τεστ, και ιατρικές εξετάσεις) στον δότη, ώστε να εξασφαλίζεται έτσι το γεγονός ότι είναι υγιής.

Ένας δότης, δίνει σπέρμα σε τακτά χρονικά διαστήματα, κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις και βρίσκεται ουσιαστικά σε επαφή με την τράπεζα για ένα εύλογο χρονικό διάστημα. Το σπέρμα του ίδιου δότη μπορεί να δοθεί προς γονιμοποίηση συγκεκριμένο αριθμό φορές. Σύμφωνα με τις δικλίδες που θα θέσει η Ανεξάρτητη Διοικητική Αρχή

που θα συσταθεί, ο κάθε δότης θα μπορεί να δώσει το σπέρμα του για να γεννηθούν σε εθνικό επίπεδο μέχρι 10 παιδιά, εκτός αν πρόκειται για αδέρφια (στην οικογένεια). Ο αριθμός είναι υπολογισμένος έτσι, ώστε να εκμηδενίζει ουσιαστικά την πιθανότητα να συναντηθούν κάποια στιγμή τα παιδιά αυτά μεταξύ τους στο μέλλον και να παντρευτούν.

Ένα ζευγάρι, ή μια γυναίκα (ανύπαντρη) που χρειάζεται σπέρμα δότη προκειμένου να τεκνοποιήσει, απευθύνεται στην τράπεζα σπέρματος, που ανάμεσα στους δότες που έχει στη διάθεση του, επιλέγει αυτόν που ταιριάζει περισσότερο στο προφίλ (εξωτερικά χαρακτηριστικά), αν αυτό είναι δυνατό, αλλά και στην ομάδα αίματος του ζευγαριού ή της γυναίκας. Στη συνέχεια οι ενδιαφερόμενοι θα παίρνουν (σύμφωνα με τον καινούριο νόμο) ένα έγγραφο (φύλλο ελέγχου) που περιλαμβάνει τις βασικές πληροφορίες για το ιστορικό και το ιατρικό προφίλ του δότη».²⁷

27. Δάλλα Α, «Η τράπεζα σπέρματος λειτουργεί ως μεσάζοντας ανάμεσα στο δότη και τις λήπτριες», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ 38-41.

3.1.1 ΑΛΛΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ

«Οι τράπεζες σπέρματος (κρυοσυντήρησης) δεν χρησιμοποιούνται όμως μόνο για να δίνουν σπέρμα δότη σε ζευγάρια ή γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν. Δίνουν επίσης τη δυνατότητα σε άνδρες (κυρίως εφήβους ή νέους άνδρες), που για λόγους υγείας κινδυνεύουν να μείνουν στείροι, να δώσουν σπέρμα (πριν ξεκινήσουν τη χημειοθεραπεία για παράδειγμα), το οποίο καταψύχεται και θα μπορούν να το χρησιμοποιήσουν αργότερα στη ζωή τους, όταν θα θελήσουν να τεκνοποιήσουν. Αυτό είναι ένα ζήτημα για το οποίο θα πρέπει να φροντίζουν οι γιατροί να ενημερώνουν τους άνδρες που χρειάζεται να μπουν σε μια τέτοια διαδικασία (π.χ. χημειοθεραπεία)».²⁸

28. Δάλλα Α, «Άλλες χρήσεις της τράπεζας σπέρματος», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ 41

3.2 ΔΟΤΡΙΑ ΩΑΡΙΟΥ

«Κι ενώ η ζήτηση για σπέρμα δότη έχει μειωθεί χάρη στις νέες τεχνικές και την πρόοδο της επιστήμης που καταφέρνουν να επεξεργαστούν επαρκώς και αποτελεσματικά το ‘αδύναμο’ σπέρμα, ώστε να χρησιμοποιηθεί στην διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η ζήτηση για ωάρια από δότριες αυξάνεται, καθώς πρόκειται για έναν τομέα στον οποίο η επιστήμη ακόμη δεν μπορεί να δώσει πολλές λύσεις.

Μια γυναίκα μπορεί να χρειαστεί να πάρει ωάρια από κάποια άλλη προκειμένου να τεκνοποιήσει, επειδή η ίδια δεν έχει ωάρια. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε πρόωρη εμμηνόπαυση, σε κάποια γενετική ανωμαλία που φέρουν τα ωάρια της ή στο γεγονός ότι είναι μάλλον ‘κακής ποιότητας’ εξαιτίας για παράδειγμα, της προχωρημένης ηλικίας της.

Δυστυχώς, τα ωάρια είναι δύσκολο να καταψυχθούν (σε αντίθεση με τα γονιμοποιημένα ωάρια, δηλαδή τα έμβρυα), γιατί είναι ευαίσθητα και τα μεγαλύτερα προβλήματα αντιμετωπίζονται όταν πρόκειται να αποψυχθούν. Πρόκειται βέβαια για έναν τομέα στον οποίο εργάζονται πολύ οι επιστήμονες, ώστε να επιτευχθεί η επιτυχής κατάψυξη και απόψυξη μη γονιμοποιημένων ωαρίων, τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες που για κάποιο λόγο (π.χ. χημειοθεραπεία)

φοβούνται ότι δεν θα έχουν πια ωάρια, όταν θα θελήσουν να κάνουν παιδιά.

Όπως είναι προφανές, αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν υπάρχουν προς το παρόν τράπεζες που να διαθέτουν κατεψυγμένα ωάρια. Η λύση για τις γυναίκες που χρειάζονται ωάριο από δότρια είναι να το λάβουν νωπό. Τα ωάρια λοιπόν, δωρίζονται (χωρίς καμία οικονομική συναλλαγή) νωπά, για παράδειγμα από μια γυναίκα που υπεβλήθη ήδη σε διαδικασία εξωσωματικής, και αφού παρήχθησαν και λήφθηκαν πολλά ωάρια που δεν τα χρησιμοποίησε όλα, δωρίζει κάποιο ή κάποια από αυτά σε μια άλλη γυναίκα η οποία δεν έχει δικά της ωάρια, ώστε να γονιμοποιηθούν με το σπέρμα του συζύγου της τελευταίας. Εφόσον οι δυο κύκλοι συγχρονίζονται (δότριας και λήπτριας), γίνεται άμεσα η διαδικασία της γονιμοποίησης και της εμφύτευσης στην λήπτρια, αλλιώς τα εν λόγω ωάρια γονιμοποιούνται με το σπέρμα του συζύγου της λήπτριας και τα έμβρυα-πλέον-καταψύχονται για να αποψυχθούν και να μεταφερθούν στη μήτρα λίγο αργότερα. Βέβαια, στην περίπτωση αυτή υπάρχει ένα μικρό ρίσκο, αφού δεν μπορούν να γίνουν στη δότρια επαρκείς εξετάσεις για λοιμώδη νοσήματα (κυρίως AIDS).

Υπάρχουν τέσσερις τύποι δοτριών σύμφωνα με τον νόμο:

A) Περιστασιακές δότριες πρόθυμες να προσφέρουν τα ωάριά τους για αλtruιστικούς λόγους.

Β) Γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και που συμφωνούν να δώσουν κάποια ωάρια.

Γ) Συγγενείς δότριες.

Δ) Επαγγελματίες δότριες.

Αυτές χωρίζονται σε άλλες δυο κατηγορίες: τις ανώνυμες και τις γνωστές.

Οι γνωστές δότριες συσχετίζονται συχνά με τη λήπτρια, αφού συνήθως τα άτομα αυτά προέρχονται από το γνωστό και οικογενειακό περιβάλλον της, όπως η αδερφή, η εξαδέλφη ή κάποια στενή φίλη του ζευγαριού. Αυτή είναι ευκολότερο να δεχτεί να δώσει ωάρια και πιθανότερο να έχει φυσικές ομοιότητες με τη λήπτρια»²⁹.

29. Δάλλα Α, «Δότρια ωαρίου», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ. 41.

«Παρ' όλα αυτά, μπορεί να δεχτεί ακούσια πίεση να γίνει δότρια ή θα μπορούσε να της παρουσιαστεί ψυχολογικό πρόβλημα εάν βλέπει το παιδί σε καθημερινή βάση. Στην περίπτωση της γνωστής δότριας, προτείνεται τα άτομα που εμπλέκονται να υπογράψουν μια νομική σύμβαση-συμφωνητικό-περιγράφοντας τις λεπτομέρειες της δωρεάς ωαρίων.

Η άγνωστη δότρια δίνει τα ωάρια της αλτρουιστικά ή με στόχο την πληρωμή. Δεν έχει καμία σχέση είτε με το ζευγάρι είτε με το παιδί και επομένως το ψυχολογικό πρόβλημα είναι σαφώς μικρότερο.

Ο αριθμός όμως των γυναικών αυτών είναι μικρός. Οι ανώνυμες δότριες δεν επιτρέπεται να γνωρίσουν και να συναντήσουν τη λήπτρια και δεν μπορούν να γνωρίζουν εάν προέκυψε τελικά μια εγκυμοσύνη από τα ωάριά τους. Η δότρια και η λήπτρια πρέπει να ακολουθήσουν μια παράλληλη διαδικασία θεραπείας στο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης, αλλά να μην γνωρίζονται».³⁰

30. Σταθάκου Α, «Δάνεια ελπίδας από τις τράπεζες ωαρίων», εφημ. «Απογευματινή της Κυριακής», 2005, σελ.68-69

3.3 ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

«Παρένθετη ή υποκατάστατη μητρότητα» ή αλλιώς «δανεισμός μήτρας» υπάρχει όταν ένα ζεύγος έγγαμο ή άγαμο ή ακόμη και μια μόνη και άγαμη γυναίκα-προσφεύγει στη βοήθεια μιας άλλης γυναίκας, η οποία θα κυοφορήσει για λογαριασμό των ανωτέρω προσώπων το παιδί τους. Προκειμένου να γίνει η μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της γυναίκας που θα κυοφορήσει, απαιτείται δικαστική άδεια. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη έγγραφης και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνίας των προσώπων που επιδιώκουν την απόκτηση τέκνου και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Επίσης τα ωάρια που θα εμφυτευτούν πρέπει να είναι ξένα προς την κυοφόρο, δηλαδή να είναι της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει το παιδί ή τρίτης δότριας, ώστε να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα διεκδίκησης του παιδιού από την κυοφόρο. Ως προς το σπέρμα που θα χρησιμοποιηθεί, αυτό μπορεί να είναι είτε του συζύγου/συντρόφου είτε τρίτου δότη.

Το δικαστήριο, εφόσον βεβαιωθεί ότι η γυναίκα που επιθυμεί την απόκτηση τέκνου (η λεγόμενη μέλλουσα «κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα») είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει, ενώ βρίσκεται ακόμη σε ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής (δηλ. μέχρι τα πενήντα έτη

ή και λίγο παραπάνω κατά περίπτωση), και ότι η μέλλουσα κυοφόρος είναι υγιής και κατάλληλη για κυοφορία, παρέχει την άδεια για την εφαρμογή της όλης διαδικασίας (άρθρο 1458 ΑΚ).

Κατά την εφαρμογή της όλης διαδικασίας, - όπως και σε όλες τις περιπτώσεις τεχνητής γονιμοποίησης-τηρείται ανωνυμία όλων των εμπλεκόμενων προσώπων. Αυτό σημαίνει ότι η ταυτότητα των δοτών του γεννητικού υλικού που θα χρησιμοποιηθεί δεν γνωστοποιείται στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο, αλλά ούτε και οι δότες θα γνωρίζουν την ταυτότητα του παιδιού που θα γεννηθεί και των γονέων του.

Εξασφαλίζεται έτσι σε όλα τα συμμετέχοντα πρόσωπα απόλυτη προστασία της προσωπικής και οικογενειακής τους ζωής και το κυριότερο, ένα σίγουρο, χωρίς αμφισβητήσεις και δυσάρεστες καταστάσεις, οικογενειακό περιβάλλον για το παιδί (άρθρο 1460 ΑΚ).

Η συζήτηση στο δικαστήριο για την χορήγηση της άδειας μπορεί να διεξαχθεί κεκλεισμένων των θυρών. Η δικαστική αυτή άδεια δημιουργεί τεκμήριο μητρότητας για την γυναίκα που τη ζήτησε, και η οποία επιθυμεί την απόκτηση του παιδιού, αποκλείοντας κάθε δυνατότητα διεκδίκησης από την κυοφόρο (άρθρο 1464 ΑΚ).

(Μοναδική εξαίρεση υπάρχει, όταν, παρά την απαγόρευση του νομού, χρησιμοποιηθεί ωάριο της ίδιας της κυοφόρου και αυτή είναι

βιολογική μητέρα του παιδιού, οπότε και μπορεί να ασκήσει αγωγή αναγνώρισης της μητρότητας).

Ήδη έχουν εκδοθεί από τα ελληνικά δικαστήρια δικαστικές αποφάσεις που παρέχουν άδεια για την εφαρμογή της διαδικασίας της παρένθετης μητρότητας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι με τις νέες ρυθμίσεις, ως μητέρα του παιδιού που γεννιέται με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας εγγράφεται στα μητρώα του ληξιαρχείου η γυναίκα που έλαβε τη δικαστική άδεια για την απόκτηση του (και όχι εκείνη που το κυοφόρησε), και ως πατέρας συμβολαιογραφικό έγγραφο (άρθρο 7 παρ.1 Ν30/89/2002).³¹

31. Παναγόπουλος Ε, «Παρένθετη μητρότητα», Άρθρο από την ηλ. διεύθ. www.kosmogonia.gr, 2004, σελ. 1-3

3.4 ΜΕΤΑΘΑΝΑΤΙΑ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

«Η νομοθεσία προβλέπει ότι μια γυναίκα μπορεί ακόμη και μετά το θάνατο του συζύγου ή μόνιμου συντρόφου της να αποκτήσει τέκνο που θα έχει τον αποθανόντα ως πατέρα. Αυτό είναι δυνατόν να γίνει με δυο τρόπους:

1. Με τεχνητή γονιμοποίηση (ομόλογη σπερματέγχυση ή in vitro εξωσωματική γονιμοποίηση), όπου θα χρησιμοποιηθεί το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου ή
2. Με εμφύτευση στο σώμα της γυναίκας κρυοσυντηρημένου ωαρίου που είχε γονιμοποιηθεί από σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου.

Η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση (όποια από τις παραπάνω μεθόδους κι αν εφαρμοστεί) επιτρέπεται με δικαστική άδεια, η οποία παρέχεται μόνο αν συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του (π.χ. καρκίνος ή συμμετοχή σε πολεμικές επιχειρήσεις) και

β) ο σύζυγος ή μόνιμος σύντροφος να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Η διαδικασία αυτή διενεργείται μετά την πάροδο έξη μηνών, ώστε να αποφευχθεί η λήψη μιας τέτοιας σοβαρής απόφασης από τη γυναίκα υπό το κράτος ψυχικής διαταραχής λόγω του θανάτου του συζύγου ή του συντρόφου της.

Επίσης δε θα πρέπει να έχουν περάσει δυο χρόνια από το γεγονός του θανάτου, ώστε να μην μένουν σε εκκρεμότητα τα κληρονομικά ζητήματα (άρθρο 1757 ΑΚ).

Εφόσον τηρηθεί η ως άνω προβλεπόμενη από τον Αστικό Κώδικα διαδικασία, το παιδί που θα γεννηθεί ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, θα είναι τέκνο του νεκρού συζύγου ή συντρόφου της μητέρας (άρθρο 1465 παρ.2 και 1475 παρ.2 ΑΚ).

Το παιδί που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, εφόσον θεμελιώνεται η πατρότητα, καθίσταται κληρονόμος του πατέρα του, και μάλιστα αναδρομικά από τη στιγμή του θανάτου εκείνου (άρθρο 1711 ΑΚ)». ³²

32.Χριστοφορίδης Ν, «Μεταθανάτια Τεχνητή Γονιμοποίηση», Άρθρο από την ηλ.διεύθ.www.kosmogonia.gr,2005, σελ.5-6

3.5 ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ – IUI

«Η σπερματέγχυση μπορεί να είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας σε ένα ζευγάρι που θέλει να τεκνοποιήσει.

Βασική προϋπόθεση για να έχει επιτυχία αυτή η μέθοδος είναι :

A) η γυναίκα να έχει διαβατότητα στις σάλπιγγές της, δηλαδή να μην είναι κατεστραμμένες ή βουλωμένες από οποιαδήποτε αιτία.

B) η ηλικία της γυναίκας να είναι κατάλληλη (σε μερικές περιπτώσεις η ηλικία καθορίζει τα περιθώρια για το αν πρέπει να κάνει σπερματέγχυση ή να πάει κατ' ευθείαν στην εξωσωματική γονιμοποίηση)

Γ) το σπέρμα του άνδρα να είναι κατάλληλο και ικανό να γονιμοποιήσει (αρκετός αριθμός, καλή ποιότητα και κινητικότητα σπερματοζωαρίων).

Η μέθοδος είναι απλή και οικονομική σε σχέση με την εξωσωματική γονιμοποίηση ενώ τα ποσοστά επιτυχίας αυξάνονται σημαντικά μετά από κάποιες επανειλημμένες προσπάθειες που θα καθορίσει ο γιατρός.

Η ωοθυλακική ανάπτυξη καθώς και ο προσδιορισμός της ωορρηξίας της γυναίκας θα παρακολουθείται υπερηχογραφικά.

Η ωορρηξία συμβαίνει μια φορά τον μήνα (συνήθως στα μέσα του κύκλου), αποδεσμεύεται δηλαδή ένα ωάριο από την ωοθήκη της γυναίκας και πηγαίνει στην σάλπιγγα για να γονιμοποιηθεί με

σεξουαλική επαφή με ένα και μόνο σπερματοζώαριο ανάμεσα στα εκατομμύρια που θα υπάρχουν. Με τα υπερηχογραφήματα που θα κάνει η γυναίκα, ο γιατρός θα μπορεί να είναι σε θέση να δει πότε είναι η ημέρα της ωορρηξίας της.

Συνήθως χορηγείται στη γυναίκα μια ένεση (HCG) η οποία θα βοηθήσει τον γιατρό να υπολογίσει την ακριβή μέρα και ώρα που θα γίνει η σπερματέγχυση (συνήθως περίπου 38 ώρες μετά).

Ο βιολόγος στο εργαστήριο θα επεξεργαστεί το σπέρμα του συζύγου με φυγοκέντρηση και θα κρατήσει τα σπερματοζώαρια με την καλύτερη κινητικότητα. Στη συνέχεια ο γιατρός θα τοποθετήσει το σπέρμα στη μήτρα της γυναίκας με κατάλληλο καθετήρα.

Η διαδικασία της σπερματέγχυσης διαρκεί λίγα λεπτά και δεν προκαλεί καθόλου πόνο στην γυναίκα. Από εκεί και πέρα το ζευγάρι θα περιμένει 14 ημέρες

Είναι δυνατόν σε πολλές περιπτώσεις να χορηγηθούν στην γυναίκα από την αρχή του κύκλου τις ορμόνες – γοναδοτροπίνες – ώστε ο οργανισμός της να παράγει παραπάνω από ένα ωάρια για να αυξηθούν οι πιθανότητες για τεκνοποίηση μια και που θα έχουμε παραπάνω από ένα ωάρια για γονιμοποίηση.³³

33.Χριστοφορίδης Ν, «Σπερματέγχυση», Άρθρο από την ηλ.διεύθ. www.kosmogonia.gr, 2005, σελ. 6-7

3.6 ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

«Σε ορισμένες περιπτώσεις η γονιμοποίηση μέσω της ‘απλής’ διαδικασίας, την οποία μόλις περιγράψαμε, είναι αδύνατη, είτε διότι τα σπερματοζωάρια του συζύγου δεν κινούνται επαρκώς, είτε διότι ο αριθμός τους είναι πολύ περιορισμένος, είτε διότι παρατηρείται κάποια πάχυνση της διαφανούς ζώνης των ωαρίων.

Στις περιπτώσεις αυτές έχουμε την δυνατότητα να υποβοηθήσουμε την διείσδυση τους στο ωάριο, εφαρμόζοντας την μέθοδο της μικρογονιμοποίησης.

Η τεχνική αυτή ονομάζεται ενδοωαριακή ένεση σπερματοζωαρίου (intra cytoplasmic sperm injection, ICSI)

Η μέθοδος ICSI προτείνεται κατά κανόνα όταν:

1. το σπέρμα περιέχει λιγότερα από 5.000.000 κινητά σπερματοζωάρια μετά την επεξεργασία.
2. το σπέρμα περιέχει λίγα ή καθόλου κινητά σπερματοζωάρια.
3. τα σπερματοζωάρια δεν έχουν ακρόσωμα, στερούνται δηλαδή του ειδικού ενζύμου που τους επιτρέπει να διεισδύσουν στο ωάριο.
4. τα σπερματοζωάρια εμφανίζουν εκτεταμένες συγκολλήσεις (ανοσολογικό αίτιο υπογονιμότητας: η συγκόλληση σπερματοζωαρίων εμποδίζει παθητικά την κίνηση τους).

5. η διαφανής ζώνη των ωαρίων παρουσιάζει κάποια πάχυνση μεγαλύτερη του φυσιολογικού.
6. έχει διαπιστωθεί κατά το παρελθόν αποτυχία γονιμοποίησης με την συμβατική μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF).
7. έχουν γίνει περισσότερες από δυο αποτυχημένες προσπάθειες με τη συμβατική εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF).
8. υπάρχουν προβλήματα με την εκσπερμάτιση.
9. χρησιμοποιούμε κατεψυγμένο σπέρμα σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία καρκίνου (χημειοθεραπεία ή ακτινογραφία).
10. υπάρχει ιστορικό μη αποφρακτικής και αποφρακτικής αζωοσπερμίας.

Η σύζυγος υποβάλλεται κανονικά σε καταστολή και διέγερση των ωοθηκών και μετέπειτα σε ωοληψία. Στη συνέχεια τα ωάρια υποβάλλονται σε μια ειδική κατεργασία με ένα ένζυμο, ώστε να αφαιρεθούν τα κοκκώδη κύτταρα που τα περιβάλλουν. Το βήμα αυτό είναι απαραίτητο, διότι τα κοκκώδη κύτταρα εμποδίζουν το χειρισμό των ωαρίων.

Ο σύζυγος χορηγεί σπέρμα την ημέρα της ωοληψίας. Ανάλογα με τον αριθμό και την κινητικότητα των διαθέσιμων σπερματοζωαρίων, εφαρμόζεται η ειδική επεξεργασία επιλογής τους με percol ή swim-up. Εάν το δείγμα του σπέρματος δεν επαρκέσει, ζητούμε από τον σύζυγο να χορηγήσει ένα δεύτερο δείγμα μερικές ώρες αργότερα.

Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχουν σπερματοζώαρια κατά την εκσπερμάτιση είναι δυνατή η εφαρμογή της μεθόδου ICSI, χρησιμοποιώντας σπερματοζώαρια τα οποία λαμβάνονται από την κεφαλή της επιδιδυμίδας (MESA) ή κατόπιν βιοψίας από τους όρχεις (TESA).

Κατά την κυρίως εργαστηριακή φάση, τα ωάρια τοποθετούνται στο μικροσκόπιο διαδοχικά μέσα σε μια σταγόνα καλλιεργητικού υγρού και συγκρατούνται από μια γυάλινη πιπέτα (πιπέτα – συγκρατήσεως) με την βοήθεια ενός μικροχειριστηρίου.

Σε μια διπλανή σταγόνα τοποθετούνται σπερματοζώαρια. Με την βοήθεια ενός δεύτερου μικροχειριστηρίου, αναρροφούμε ένα σπερματοζώαριο μέσα σε μια πολύ λεπτή γυάλινη βελόνη (πιπέτα ενέσεως) και εισάγουμε το σπερματοζώαριο μέσα στο ωάριο. Τα ωάρια τοποθετούνται και πάλι στον επωαστικό κλίβανο, υπό συνθήκες καλλιέργειας.

Είναι σχεδόν αδύνατο να προκύψουν πολυσπερμικά έμβρυα με την μέθοδο αυτή, αφού η γονιμοποίηση ελέγχεται πλήρως. Το ποσοστό γονιμοποίησης μετά από ICSI είναι υψηλό και κυμαίνεται κατά κανόνα μεταξύ 50%-90%. Ωστόσο, σε ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις δεν επιτυγχάνεται γονιμοποίηση.

Σημειωτέον ότι ένα μικρό ποσοστό των ωαρίων μπορεί να καταστραφεί κατά την διαδικασία αυτή, παρά τις προφυλάξεις που

λαμβάνουμε. Οι πλέον πρόσφατες μελέτες νεογνών που γεννήθηκαν με την μέθοδο ICSI έδειξαν ποσοστό συγγενών ανωμαλιών και βλαβών είναι περίπου το ίδιο με το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό. Επομένως η διαδικασία αυτή θεωρείται ασφαλής και ακίνδυνη για το έμβρυο.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι το ποσοστό εμφυτεύσεως ανά μεταφερόμενο έμβρυο είναι ελαφρώς αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό της ‘απλής’ εξωσωματικής γονιμοποίησης. Θεωρείται ότι αυτό οφείλεται αφ’ ενός στην ελεγχόμενη γονιμοποίηση και αφ’ ετέρου στην οπή που διανοίγεται στην διαφανή ζώνη από την είσοδο της βελόνης ενέσεως, (η οπή αυτή μπορεί να διευκολύνει την εμφύτευση του εμβρύου στο ενδομήτριο, assisted hatching).

Η γονιμοποίηση των ωαρίων ελέγχεται το επόμενο πρωινό (παρατηρούμε τους δυο προπυρήνες)». ³⁴

34. www.embryo.gr

3.6.1 ΚΥΡΙΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

«Κύριες ενδείξεις για μικρογονιμοποίηση είναι οι εξής:

1. προβλήματα στην ποιότητα σπέρματος. Ολιγοσπερμία (αριθμός μικρότερος των $<20 \times 10^6 \text{ml}$). Ανθοσπερμία (κινητικότητα μικρότερη του 50% άριστη και μέτρια). Τερατοσπερμία (φυσιολογικές μορφές λιγότερες από 30%) ή και συνδυασμός όλων αυτών των προβλημάτων. Αντισπερμικά αντισώματα. Αποτυχία γονιμοποίησης έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)
2. δυσλειτουργίες εκσπερμάτωσης. Σπέρμα από την επιδιδυμίδα. Συγγενής απλασία του σπερματικού πόρου. Αποτυχημένη αναστόμωση σπερματικού πόρου – επιδιδυμίδας. Αποτυχημένη επαναστόμωση του σπερματικού πόρου. Απόφραξη των εκσπερματικών πόρων.
3. σπερματοζωάρια από τον όρχι. Αποτυχία λήψης σπερματοζωαρίων από την επιδιδυμίδα. Αζωοσπερμία λόγω αναστολής ωρίμανσης σπερματοζωαρίων. Νεκροσπερμία.

Μορφές ανδρικής υπογονιμότητας, οι οποίες οφείλονται σε απόφραξη των σπερματικών πόρων, μπορούν να αντιμετωπιστούν με ICSI, με σπερματοζωάρια τα οποία έχουν απομονωθεί χειρουργικά είτε από την επιδιδυμίδα είτε από τον όρχι.

Για κάθε προσπάθεια ICSI χρειάζονται λίγα μόνο σπερματοζωάρια και μια μόνο βιοψία μπορεί να δώσει αρκετά για κρυοσυντήρηση, ώστε

για μελλοντικές προσπάθειες μικρογονιμοποίησης να αποφευχθούν επαναλαμβανόμενες επεμβάσεις. Ακόμη και σε περιπτώσεις που υπάρχουν μόνο ακίνητα σπερματοζωάρια για τη μικρογονιμοποίηση. Πρόσφατα έχουν ανακοινωθεί μέθοδοι για τη συντήρηση πολύ λίγων, ακόμη και μεμονωμένων σπερματοζωαρίων. Ο αριθμός των κύκλων εξωσωματικής γονιμοποίησης με ICSI έχει αυξηθεί σημαντικά μετά τη χρονιά που η μέθοδος ICSI άρχισε να εφαρμόζεται κλινικά. Σύμφωνα με παγκόσμια στατιστικά δεδομένα, το 1993 έγιναν 3.175 κύκλοι IVF-ICSI, το 1994 12.586 κύκλοι και το 1995 47.650 κύκλοι. Αυτή η αυξητική τάση συνεχίζεται. Αξίζει να σημειωθεί ότι σήμερα η μέθοδος ICSI εφαρμόζεται σε περίπου 50% των περιπτώσεων.

Μεγάλη επιτυχία της ICSI, αλλά και σκεπτικισμός!

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή της Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (ESHRE) συλλέγει τα στοιχεία πάνω στα κλινικά αποτελέσματα, τα ποσοστά κύησης και την παρακολούθηση των παιδιών που έχουν γεννηθεί.

Σήμερα το ποσοστό γονιμοποίησης είναι περίπου 60% (ελαφρά χαμηλότερο ποσοστό γονιμοποίησης όταν χρησιμοποιείται σπέρμα από την επιδιδυμίδα και τον όρχι) και το ποσοστό εγκυμοσύνης κυμαίνεται από 19-22%.

Στην πλειονότητα των ζευγαριών (90%) που έκαναν ICSI δημιουργήθηκαν έμβρυα και έγινε εμβρυομεταφορά. Παρά την επιτυχία

που μένει να απαντηθούν. Πιστεύεται ότι η περίπλοκη διαδικασία της φυσιολογικής γονιμοποίησης δρα ως φραγμός για παθολογικά σπερματοζωάρια. Συνεπώς όταν εισάγουμε μηχανικά ένα σπερματοζωάριο μέσα στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου, επιλέγοντας το με τη μορφολογία του και μόνο, αυτοί οι επιλεκτικοί μηχανισμοί σταματούν να υπάρχουν.

Επιπλέον ερωτήματα δημιουργούνται από κυτταρογενετικές μελέτες που δείχνουν υψηλά ποσοστά χρωμοσωματικών ανωμαλιών σε υπογόνιμους άνδρες. Όσο ελαττώνονται οι δείκτες της ποιότητας του σπέρματος τόσο αυξάνεται η πιθανότητα χρωμοσωματικής ανωμαλίας. Μια πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι το ποσοστό χρωμοσωματικών ανωμαλιών σε άνδρες με κανονικές παραμέτρους σπέρματος ήταν 2,2%, σε ασθενείς με ολιγοσπερμία 5,1%, με αζωοσπερμία και με μη αποφρακτική αζωοσπερμία.

Τίθεται λοιπόν το εξής ερώτημα: μήπως η προσπάθεια μας να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας να αποκτήσουν ένα παιδί θα έχει αποτέλεσμα αυτό το παιδί να υποφέρει από μια συγγενή ανωμαλία;

Μήπως θα ήταν λογικό να περιμένουμε υψηλά ποσοστά γενετικών ανωμαλιών σε απογόνους ασθενών που αδυνατούν να τεκνοποιήσουν φυσιολογικά; Για να απαντήσουμε σε αυτές τις ερωτήσεις θα πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι ένας μη φυσιολογικός καρυότυπος (από

ανάλυση αίματος) δεν συμβαδίζει πάντα με ανώμαλο γενότυπο και χρωμοσωμικά φυσιολογικά σπερματοζώαρια.

Επίσης, ο καρύοτυπος από κύτταρα περιφερικού αίματος δεν είναι πάντα αντιπροσωπευτικός της γενοτυπικής κατάστασης του ατόμου λόγω των περιπτώσεων μωσαϊκισμού που μένουν αδιάγνωστες (Martin 1996). Η παιδιατρική παρακολούθηση παιδιών που γεννήθηκαν από ICSI είναι πολύ ενθαρρυντική: τα ποσοστά των γενετικών ανωμαλιών των παιδιών αυτών είναι παρόμοια με των παιδιών που γεννιούνται από IVF.

Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα κάθε νέας τεχνικής πρέπει να παρακολουθούνται μακροπρόθεσμα και να καταγράφονται σε βάση δεδομένων. Επίσης, είναι απαραίτητη η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με πρόσφατη ανακάλυψη και εφαρμογή της μεθόδου, τα στοιχεία που έχουν ήδη συγκεντρωθεί και την έλλειψη μακρόχρονης πείρας.

Ο προγεννητικός έλεγχος μειώνει σημαντικά την πιθανότητα γέννησης ενός παιδιού με γενετικές ανωμαλίες. Συνήθως προτείνεται εάν συντρέχουν διάφοροι παράγοντες, όπως η ηλικία της μητέρας, υπερηχογραφικοί ή βιοχημικοί δείκτες, αλλά υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για το αν θα πρέπει να προταθεί με μόνη αιτιολογία την μέθοδο ICSI.

Οι υποψήφιοι ασθενείς για ICSI αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, που περιλαμβάνουν περιπτώσεις ολιγοσπερμίας που οφείλονται σε μερική απόφραξη, μέχρι περιπτώσεις χρωμοσωματικών μετατοπίσεων,

που έχουν ως αποτέλεσμα εμβρυϊκές ανωμαλίες. Κάθε περίπτωση πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά και τα ζευγάρια πρέπει να κατανοούν τις επιπτώσεις μιας γενετικής επιβάρυνσης, το μέγεθος του πιθανού κινδύνου και τις δυνατότητες για πρόληψη.

Η μέθοδος ICSI φαίνεται να έχει μεγάλες προοπτικές μελλοντικά, δεδομένου ότι πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η ποιότητα του σπέρματος φθίνει τις τελευταίες δεκαετίες. Παλαιότερες έρευνες που έδειχναν ότι η ποιότητα του σπέρματος χειροτερεύει με τον καιρό, είχαν αντιμετωπιστεί με σκεπτικισμό, μια και οι περισσότερες βασίζονταν σε στοιχεία από επιλεγμένα άτομα (είτε με προβλήματα γονιμότητας είτε δότες σπέρματος).

Η μεγαλύτερη μελέτη μέχρι τώρα δείχνει ότι, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει πτώση του αριθμού των σπερματοζωαρίων, από 113 εκατ. ανά κυβικό εκατοστό το 1950, σε 66 εκατ. ανά κυβικό εκατοστό το 1990. Κατά την ίδια περίοδο τριπλασιάστηκε ο αριθμός των ανδρών με αριθμό σπερματοζωαρίων λιγότερο από 20 εκατ. ανά κυβικό εκατοστό. Σε μια άλλη μελέτη γόνιμων ανδρών στο Παρίσι, παρατηρήθηκε ότι ο αριθμός σπερματοζωαρίων και σε αυτή την ομάδα μειώνεται περίπου 2% ανά έτος για τα τελευταία χρόνια.

Οι μελέτες αυτές δεν δείχνουν την πτώση μόνο της ποσότητας των σπερματοζωαρίων αλλά και της κινητικότητάς τους, καθώς και την αύξηση των ανώμαλων μορφών. Αυτές οι αλλαγές είναι ιδιαίτερα

ανησυχητικές, μια και η ποιότητα του ανθρώπινου σπέρματος είναι ήδη πολύ φτωχή, συγκρινόμενη με άλλων θηλαστικών.

Περισσότερα από τα μισά από τα ανθρώπινα σπερματοζώαρια εμφανίζουν ανώμαλες μορφές, σε σύγκριση με το λιγότερο από το 5% σε άλλα είδη, και υπάρχει παράλληλη σχέση μεταξύ τερατοζωοσπερμίας και στειρότητας. Αντίστοιχη μελέτη δείχνει ότι στις Η.Π.Α. δεν υπάρχει μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων, αλλά έντονες διαφορές από τη μια γεωγραφική περιοχή στην άλλη.

Το γεγονός αυτό πιθανά αποδεικνύει ότι η κατάσταση των σπερματοζωαρίων αντανακλά τις διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες μεταξύ διαφορετικών τόπων και πληθυσμών. Η πτώση της ποιότητας του σπέρματος δεν είναι η μόνη ένδειξη των αναπαραγωγικών ανωμαλιών που εμφανίζονται τα τελευταία χρόνια στον ανδρικό πληθυσμό. Μετά το 1940, το ποσοστό του καρκίνου των όρχεων έχει αυξηθεί 2-4 φορές σε Βόρεια Αμερική και Ευρώπη. Επίσης, το ποσοστό των νεογέννητων αγοριών με συγγενείς ανωμαλίες των γεννητικών οργάνων έχει αυξηθεί. Το πρόβλημα δεν είναι πλήρως τεκμηριωμένο. Υπάρχει γενική συναίνεση για μεγάλες προοπτικές έρευνας. Η πτώση της ποιότητας του σπέρματος δεν μπορεί να συσχετιστεί με την πτώση των γεννήσεων στις χώρες του δυτικού κόσμου, μια και στο αποτέλεσμα συμβάλουν πλήρως οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Όταν όμως

τα χαρακτηριστικά του σπέρματος κυμαίνονται σε ‘φυσιολογικά’ επίπεδα, δεν αναμένεται να παρατηρηθεί πτώση της γονιμότητας.

Όμως η κατά 20% το χρόνο υποβάθμισης της ποιότητας του σπέρματος (όπως διαπιστώθηκε στο Παρίσι) στον κόσμο σημαίνει ότι η γονιμότητα αντιμετωπίζει σοβαρή κρίση. Η συγκέντρωση στοιχείων για την παγκόσμια εικόνα της κατάστασης και η έρευνα για τις αιτίες που προκαλούν αυτή την υποβάθμιση πρέπει να έχουν απόλυτη προτεραιότητα».³⁵

35.Απόστολάκης Σ, «Κύριες ενδείξεις για μικρογονιμοποίηση», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005,σελ. 1-4

3.7 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ

«Εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η δημιουργία παιδιών από γονείς που αδυνατούν να τεκνοποιήσουν χωρίς ιατρική παρέμβαση. Προϋπόθεση είναι να υπάρχουν δύο υποψήφιοι γονείς, αν και αυτό δεν είναι απαραίτητο, λ.χ. στην περίπτωση γυναικών που ζουν μόνες και επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί με σπέρμα δότη από μια τράπεζα σπέρματος. Κυρίως όμως η εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμόζεται σε ετεροφυλόφιλα ζευγάρια. Η εξωσωματική γονιμοποίηση αφορά μια ή περισσότερες φάσεις της φυσιολογικής τεκνοποίησης. Τα αναπαραγωγικά κύτταρα ονομάζονται επιστημονικά «γαμέτες» και είναι το σπερματοζωάριο στον άντρα και το ωάριο στη γυναίκα. Η παραγωγή τους εξαρτάται από ένα πολύπλοκο δίκτυο ορμονικών επιδράσεων. Η συνένωση τους (γονιμοποίηση) επέρχεται φυσιολογικά μέσα στη σάλπιγγα και το έμβρυο που προκύπτει οδηγείται από τη σάλπιγγα στη μήτρα όπου εμφυτεύεται και αρχίζει την ανάπτυξη του (εγκυμοσύνη). Από την τόσο συνοπτική αυτή περιγραφή μπορούμε ήδη να εντοπίσουμε τα κυριότερα σημεία που ενδέχεται να δυσκολέψουν τη σύλληψη:

- 1) παραγωγή γαμετών
- 2) συνάντηση τους
- 3) επιτυχής γονιμοποίηση
- 4) εμφύτευση.

3.7.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Πότε ενδείκνυται η εξωσωματική γονιμοποίηση;

Η εξωσωματική γονιμοποίηση ενδείκνυται όταν υπάρχουν προβλήματα γονιμότητας τα οποία δεν επιλύονται με άλλες μεθόδους. Όταν, για παράδειγμα, η γυναίκα έχει αποφραγμένες ή κατεστραμμένες σάλπιγγες λόγω παλαιότερων φλεγμονών (σαλπινγίτιδα) ή άλλων αιτιών, όταν έχει πρόβλημα ωοθυλακιωορρηξίας ή όταν πάσχει από σοβαρή ενδομητρίωση. Η εξωσωματική ενδείκνυται επίσης σε περιπτώσεις ανεξήγητης υπογονιμότητας και όταν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα όσον αφορά τον αριθμό, τη μορφολογία και την κινητικότητα του σπέρματος. Τέλος εξωσωματική ενδείκνυται σε περιπτώσεις μεγάλης πιθανότητας κληρονομικής ασθένειας, που μπορεί να αποφευχθεί με την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση».³⁶

36.Μελισσουργού Μ, «Εξωσωματική, Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή», Άρθρο από το περ. «Forma», 2005, σελ. 163-164

Πώς γίνεται η εξωσωματική γονιμοποίηση;

«Η διαδικασία (κύκλος θεραπείας) της εξωσωματικής γονιμοποίησης διαρκεί από 15 ημέρες έως ένα μήνα περίπου, ανάλογα με το πρωτόκολλο θεραπείας που θα εφαρμοστεί. Στα σύγχρονα σχήματα θεραπείας η χορήγηση ενέσιμων γοναδοτροπινών με στόχο την ανάπτυξη πολλαπλών ωοθυλακίων ξεκινά τη δεύτερη μέρα του κύκλου, ενώ η απαραίτητη καταστολή της λειτουργίας του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης ξεκινά πλέον την έβδομη μέρα του κύκλου, απλοποιώντας κατ' αυτόν τον τρόπο σημαντικά τη διαδικασία διέγερσης των ωοθηκών σε σύγκριση με παλαιότερα.

Όταν ο αριθμός των ωοθυλακίων που έχει αναπτυχθεί είναι ικανοποιητικός, λαμβάνονται τα ωάρια που περιέχονται στα ωοθυλάκια με μια τεχνική γνωστή ως ωοληψία. Η ωοληψία πραγματοποιείται υπό συνθήκες ελαφριάς αναισθησίας-μέθης ή με τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια το κάθε ώριμο ωάριο που λαμβάνεται μπαίνει σε ειδικό τρυβλίο στο εργαστήριο μαζί με 100.000 περίπου σπερματοζώαρια καλής ποιότητας, από τα οποία ένα τελικά θα γονιμοποιήσει το συγκεκριμένο ωάριο.

Τη γονιμοποίηση ακολουθεί η πιστοποίηση της ομαλής ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου-εμβρύου σε ειδικά επιλεγμένες συνθήκες

καλλιέργειας, μέχρι τη χρονική στιγμή που θα κριθεί ως κατάλληλη για τη μεταφορά του στη μήτρα. Η διαδικασία αυτή, που είναι γνωστή ως εμβρυομεταφορά, γίνεται χωρίς αναισθησία με τη βοήθεια ειδικού καθετήρα.

Η μεταφορά των εμβρύων γίνεται συνήθως κατά τη δεύτερη-τρίτη ημέρα μετά την ωοληψία, ενώ σε επιλεγμένες περιπτώσεις αυτή μπορεί να γίνει κατά την πέμπτη ή έκτη ημέρα, όταν το έμβρυο φτάσει στο στάδιο της βλαστοκύησης».³⁷

3.7.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΠΟΒΟΛΗΣ

Αποτελεσματικότητα: Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης οδηγεί σε ποσοστά κύησης που κυμαίνονται στο 25%-35% για κάθε προσπάθεια, ανάλογα βέβαια με το είδος του προβλήματος, την ηλικία της γυναίκας, την ποιότητα του επιλεγμένου εργαστηρίου κ.λ.π. Αθροιστικά, το ποσοστό αυτό αυξάνεται

37. Δάλλα Α, «Εξωσωματική Γονιμοποίηση», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005,σελ 32-33

σημαντικά και ανέρχεται περίπου στο 65% μετά από 4 κύκλους θεραπείας, γεγονός που συνεπάγεται από το μεγαλύτερο ποσοστό των ζευγαριών που θα καταφύγουν σε ένα ειδικό κέντρο αντιμετώπισης της υπογονιμότητας θα επιτύχουν κύηση και απόκτηση παιδιού. Αν μάλιστα λάβουμε υπόψη μας ότι η μέση πιθανότητα σύλληψης ενός γόνιμου ζευγαριού είναι της τάξης του 15%-20% ανά μήνα, γίνεται κατανοητό ότι οι σύγχρονες τεχνικές υποβοήθησης της αναπαραγωγής προσφέρουν πολύ αξιόλογα ποσοστά επιτυχίας, που βρίσκονται πολύ κοντά σε αυτά που προσφέρει η φύση σε ζευγάρια χωρίς κανένα πρόβλημα τεκνοποίησης.

Πιθανότητα αποβολής: Γενικά, στις εγκυμοσύνες που έχουν επιτευχθεί με εξωσωματική γονιμοποίηση τα ποσοστά αποβολών, ακόμα και στην περίπτωση πολύδυμων κυήσεων, είναι ανάλογα των ποσοστών που εμφανίζονται στις κυήσεις που έχουν επιτευχθεί φυσιολογικά.³⁸

38. Δάλλα Α. «Αποτελεσματικότητα-Πιθανότητα αποβολής», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.35

3.7.3 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΜΦΑΝΙΣΤΟΥΝ ΣΕ ΜΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Παρενέργειες:

Μερικές γυναίκες που μπαίνουν στο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δυνατόν να αναπτύξουν κάποια ήπια δυσάρεστα συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της αντίδρασης του οργανισμού τους στα φάρμακα που θα πάρουν κατά τη φάση της διέγερσης των ωοθηκών τους. Όμως τα συμπτώματα αυτά είναι συνηθισμένα, δεν έχουν πολύ μεγάλη διάρκεια και δεν εμπνέουν ανησυχία.

Έτσι μπορεί να συναντήσουμε εξάψεις, μελαγχολία, οξυθυμία, πονοκεφάλους και αϋπνία.

Σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών:

«Υπάρχει και περίπτωση όμως, παρ' όλη τη στενή ιατρική παρακολούθηση που γίνεται, να αναπτύξουν κάποιες γυναίκες 'σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών' που σημαίνει ότι η ανταπόκριση τους στην θεραπεία είναι πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη. Αυτό θα επιφέρει κύστες στις ωοθήκες με συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα και έντονο το αίσθημα της κακουχίας. Η κατάσταση της γυναίκας θα εκτιμηθεί από τον ιατρό της και σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να σταματήσει η προσπάθεια μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα.

Περίπου 1% με 2% των περιπτώσεων της υπερδιέγερσης είναι πολύ σοβαρή και οι ωθήκες διογκώνονται και επιφέρουν έντονες ναυτίες, εμετούς, πόνο στην κοιλιακή χώρα, πρήξιμο της κοιλιάς, δύσπνοια, κακουχία, αδυναμία, λιποθυμίες καθώς και κατακράτηση υγρών. Οι επιπλοκές αυτές απαιτούν την άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Είναι λοιπόν χρήσιμο να ενημερωθείτε από το κέντρο για το σύνδρομο υπερδιέγερσης , να γνωρίζετε τα συμπτώματα και να ειδοποιήσετε αμέσως τον ιατρό σας αν παρατηρήσετε κάτι από τα παραπάνω συμπτώματα.

Τραυματισμός τραχήλου:

Προσωρινός τραυματισμός τραχήλου μπορεί να προκληθεί κατά τη διάρκεια της ωληψίας. Στην περίπτωση αυτή είναι πιθανόν η βελόνα η οποία εισέρχεται στον τράχηλο προκειμένου να περισυλλέγουν τα ωάρια από τις ωθήκες, να τον τραυματίσει και να αιμορραγήσει.

Πολύδυμες κήσεις:

Με την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ συχνό το φαινόμενο των πολύδυμων κήσεων αφού τοποθετούνται στη μήτρα μέχρι και 4 έμβρυα. Έτσι, μπορεί να έχουμε κήσεις από ένα, δύο, τρία

ως και τέσσερα έμβρυα. Στις περιπτώσεις όπου η κύηση γίνεται παραπάνω από ένα έμβρυα, οι πρόωροι τοκετοί είναι συχνό φαινόμενο με όλους τους κινδύνους που κρύβουν κινδύνους τόσο για την μητέρα όσο και για τα νεογνά».³⁹

39.Χριστοφορίδης Ν, «Κίνδυνοι Εξωσωματικής Γονιμοποίησης», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005, σελ. 6-9

3.7.4 ΚΟΣΤΟΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Υπολογίστε τα έξοδα

1) ο κύκλος θεραπείας. «προς το παρόν, τα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν το ποσό των 350 ευρώ για_κάθε προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης (κύκλος θεραπείας), η οποία υπολογίζεται ότι κοστίζει στα ιδιωτικά κέντρα από 1.500 μέχρι 3.500 ευρώ, ανάλογα με τις ειδικές μεθόδους (για παράδειγμα η μικρογονιμοποίηση είναι πιο ακριβή από την απλή εξωσωματική μέθοδο) που θα ακολουθήσουν και με τους τιμοκαταλόγους του κάθε κέντρου. Απλούστερες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως για παράδειγμα η σπερματέγχυση, κοστίζουν πολύ φθηνότερα και υπολογίζεται ότι κυμαίνονται περίπου στα 300 με 400 ευρώ (τιμή στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η εργαστηριακή κατεργασία του σπέρματος). Όπως είναι αναμενόμενο κάθε τέτοιος κύκλος θεραπείας είναι αντίστοιχα φθηνότερος, όταν πρόκειται για τις μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής των δημόσιων νοσοκομείων.

2) τα φάρμακα: τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί να κοστίζουν από 1.000 μέχρι 3.000 ευρώ περίπου. Από αυτά τα χρήματα το 75% (των εξόδων για τη φαρμακευτική αγωγή) καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, με εξαίρεση το ΙΚΑ, που καλύπτει κι αυτό το 75% για τα περισσότερα

φάρμακα και το 100% των εξόδων για ορισμένα πολύ ακριβά φάρμακα.

Παρ' όλα αυτά, η γυναίκα που καταφεύγει στην εξωσωματική γονιμοποίηση και είναι ασφαλισμένη στο ΙΚΑ χρειάζεται να περάσει από μια χρονοβόρα γραφειοκρατική διαδικασία, ώστε να πάρει την έγκριση για την 100% κάλυψη των εν λόγω λίγων φαρμάκων.

3) τι αναμένεται να ισχύσει στο μέλλον: ο νέος νόμος 3305/2005 που ψηφίστηκε τον Ιανουάριο του 2005 προβλέπει τη σύσταση μιας Ανεξάρτητης Διοικητικής Αρχής, η οποία-μεταξύ άλλων θα έχει και ως αρμοδιότητα τη σύνταξη ειδικού Προεδρικού Διατάγματος, που θα καθορίζει σε τι ποσοστό θα καλύπτονται τα έξοδα της εξωσωματικής γονιμοποίησης από τα ασφαλιστικά ταμεία (τόσο τα έξοδα της κάθε προσπάθειας όσο και τα φάρμακα), για πόσους κύκλους προσπαθειών και βέβαια ποία διαδικασία θα χρειάζεται να ακολουθήσουν οι ενδιαφερόμενοι. Αναμένεται ότι θα καλύπτεται το 100% του κόστους (τόσο των προσπαθειών όσο και των φαρμάκων) σε δημόσια αλλά και σε ιδιωτικά κέντρα. Ο στόχος των ενδιαφερόμενων μερών είναι να κατορθώσουν να πετύχουν την κάλυψη του 100% των εξόδων για 4 κύκλους προσπαθειών, αλλά ίσως αυτό να μην είναι εφικτό για όλα τα ταμεία και να κατοχυρωθεί η κάλυψη για 2 ή 3 τέτοιους κύκλους». ⁴⁰

40. Δάλλα Α, «Κόστος εξωσωματικής γονιμοποίησης», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.52-53

3.7.5 ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ

1)''ποιο είναι το ποσοστό επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

απ. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας με τις θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής οδηγεί σε ποσοστά κύησης που κυμαίνονται στο 25%-35% για ποσοστά κύησης που κυμαίνονται στο 25%-35% για κάθε προσπάθεια ανάλογα βέβαια με το ιστορικό του ζευγαριού. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία μετά από 4 κύκλους θεραπείας το ποσοστό αυτό αθροιστικά μπορεί να φτάσει και το 65%-70%.

2) πόσες φορές μια γυναίκα μπορεί να υποβληθεί σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Απ. Ο αριθμός των κύκλων θεραπείας στους οποίους μπορεί να υποβληθεί μια γυναίκα δεν είναι καθορισμένος. Είναι βέβαιο ότι στη χώρα μας υπάρχουν υψηλού επιπέδου μαιευτήρες-γυναικολόγοι και οργανωμένα κέντρα θεραπείας υπογονιμότητας, που προσφέρουν άψογες ιατρικές υπηρεσίες σε αυτό το επίπεδο. Εφόσον υπάρχουν σωστές ενδείξεις (π.χ. ωοθήκες που ανταποκρίνονται στη θεραπεία διέγερσης, καλής ποιότητας ενδομήτριο,κ.λ.π.) το ποσοστό επιτυχίας-ιδιαίτερα με τη χρήση των νεότερων τεχνικών και βιοτεχνολογικών φαρμάκων, που παρουσιάζουν αυξημένη βιοδραστικότητα συγκριτικά με τα συμβατικά φάρμακα από ούρα ανέρχεται αθροιστικά περίπου στο 65%-70% μετά από 4 κύκλους θεραπείας.

3) πόσο ασφαλείς είναι οι τεχνικές υποβοήθησης της αναπαραγωγής τόσο για τη γυναίκα όσο και για τα παιδιά που γεννιούνται;

Απ. Το θέμα της ασφάλειας των τεχνικών υποβοήθησης της αναπαραγωγής-τόσο για την ίδια την μητέρα όσο και για το έμβryo-έχει εκτενέστατα μελετηθεί και απασχολήσει το σύνολο του ιατρικού κόσμου που ασχολείται με την υπογονιμότητα σε παγκόσμιο επίπεδο. Για το λόγο αυτό, έχουν πραγματοποιηθεί πάρα πολλές μελέτες, προκειμένου να πιστοποιηθεί η ασφάλεια των τεχνικών αυτών. Έως τώρα δεν έχει καταγραφεί αυξημένος κίνδυνος και επιβάρυνση της υγείας των υπογόνιμων γυναικών και των νεογνών μετά από προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης, ούτε στατιστικά εμφανίζεται κάποια απειλή από τις θεραπευτικές τεχνικές. Μάλιστα, μελέτη που διενεργήθηκε σε πέντε ευρωπαϊκές πόλεις (Λονδίνο, Βρυξέλλες, Κοπεγχάγη, Γκέτεμποργκ, Θεσσαλονίκη) με συμμετοχή 1.512 παιδιών έδειξε ότι τα παιδιά που γεννιούνται με τη βοήθεια της κλασικής εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) ή και από άλλες πιο εξελιγμένες τεχνικές μικρογονιμοποίησης (ICSI) είχαν ανάλογη νοητική και ψυχοκινητική ανάπτυξη με αυτά τα οποία συλλαμβάνονται χωρίς τη μεσολάβηση κάποιας ειδικής θεραπείας.

4) πού και πότε εφαρμόζονται στην Ελλάδα οι τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Απ. Στη χώρα μας η προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της Αναπαραγωγικής Υγείας συμβαδίζει απόλυτα με τις διεθνείς εξελίξεις. Από τη δεκαετία του '80 έως σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής υψηλού επιπέδου, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα και σε περιορισμένη κλίμακα σε δημόσια νοσοκομεία. Πρόκειται για κέντρα στελεχωμένα με επιστήμονες άριστα εκπαιδευμένους και ιδιαίτερα έμπειρους, που προσφέρουν με ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο όλο το φάσμα των θεραπευτικών τεχνικών που είναι σήμερα διαθέσιμες σε παγκόσμιο επίπεδο.

5) πως εφαρμόζεται ο έλεγχος στα εργαστήρια εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Απ. Τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης λειτουργούν με υψηλά δεδομένα, που εξασφαλίζουν η άριστη εκπαίδευση, εμπειρία και ευσυνειδησία των ειδικών επιστημόνων. Οι εξειδικευμένοι γιατροί και εμβρυολόγοι εφαρμόζουν στη χώρα μας τις περισσότερες από τις τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης με αποτελέσματα αντίστοιχα με τα διεθνή.

6) πόσοι κύκλοι θεραπείας διεξάγονται ετησίως στην Ελλάδα;

Απ. Αδρά, δεν γνωρίζουμε ότι πραγματοποιούνται περίπου 14.000 κύκλοι εξωσωματικής γονιμοποίησης IVF/ICSI και ένας επίσης υψηλός

αριθμός απλών προκλήσεων/σπερματεγχύσεων. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν ακόμα εκτιμήσεις, αφού ακόμα στη χώρα μας δεν γίνεται επίσημα οργανωμένη έγκυρη καταγραφή.

7) Γιατί τα υπογόνιμα ζευγάρια προτιμούν τα ιδιωτικά και όχι τα δημόσια νοσοκομεία για την πραγματοποίηση της θεραπείας;

Απ. Τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης που λειτουργούν εντός δημοσίων νοσοκομείων είναι ελάχιστα και συνήθως υπολειτουργούν (τρία νοσοκομεία στην Αθήνα, και πέντε νοσοκομεία σε άλλες πόλεις, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Κρήτη, Ιωάννινα, Λάρισα). Στα συγκεκριμένα κέντρα τόσο ο τεχνικός εξοπλισμός όσο και το εξειδικευμένο προσωπικό είναι περιορισμένα, με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός υπογόνιμων ζευγαριών να αποκλείεται από τη χρησιμοποίηση αυτών των κέντρων, εξαιτίας της λίστας αναμονής για την ένταξη σε πρόγραμμα θεραπείας, που έχει ως συνέπεια την απώλεια χρόνου, ιδιαίτερα πολύτιμου για τη γονιμότητα (μείωση γονιμότητας με την πάροδο της ηλικίας). Τέλος, πέραν της ψυχικής ταλαιπωρίας στην οποία υποβάλλεται το υπογόνιμο ζευγάρι και η οποία επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο από τη μεγάλη αναμονή, όταν τελικά το ζευγάρι ενταχθεί σε πρόγραμμα θεραπείας σε ένα δημόσιο κέντρο IVF, θα πρέπει να καταβάλλει και πάλι ένα ποσό για ιατρικές πράξεις, το οποίο καθορίζεται κάθε φορά από το αντίστοιχο νοσοκομείο και το συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα.

8) Αν καταφύγω στη λύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης και τελικά μείνω έγκυος, θα μπορέσω να γεννήσω φυσιολογικά ή θα πρέπει να κάνω καισαρική;

Απ. Οι ειδικοί εξηγούν πως δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος λόγος για τον οποίον θα πρέπει μια γυναίκα που έχει μείνει έγκυος με εξωσωματική γονιμοποίηση να καταφύγει στη λύση της καισαρικής. Απλώς, η καισαρική μπορεί να επιλεγεί για λόγους μαιευτικούς (κυρίως όταν η κύηση είναι πολύδυμη ή μέλλουσα μητέρα είναι προχωρημένης ηλικίας κ.λ.π.) όπως θα γινόταν και σε μια εγκυμοσύνη που έχει επιτευχθεί φυσιολογικά.

9) Πόσο συχνά μπορώ να κάνω προσπάθειες για εξωσωματική γονιμοποίηση;

Απ. Αν αποτύχει η πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, το ζευγάρι μπορεί να προχωρήσει στην επόμενη προσπάθεια μετά από 2 με 3 μήνες. Εκτός βέβαια αν η γυναίκα δεν χρειάζεται να πάρει ξανά φαρμακευτική αγωγή (ορμόνες που έχουν ως στόχο τη διέγερση των ωοθηκών), επειδή θα υπάρχουν ήδη κατεψυγμένα έμβρυα από την προηγούμενη προσπάθεια μπορεί να επαναληφθεί και μετά από ένα μήνα⁴¹.

41. Δάλλα Α, «Συχνές ερωτήσεις ζευγαριών», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.54-56

3.8 ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Αναφέρουμε τα πιο συνηθισμένα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή για να γίνεται κάποια εξοικείωση και να υπάρχει η δυνατότητα τα τυχόν ερωτήματα που υπάρχουν να βρουν κάποιες απαντήσεις. Ιδίως τα συνήθη ερωτήματα για παρενέργειες των φαρμάκων.

1.Ανάλογα της GnRH

«Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα φάρμακα με τις εμπορικές ονομασίες Superfact, Arvecap, Daronda, Elitiran, και Zolandex. Αυτά κυκλοφορούν είτε σε μορφή υποδόριων ενέσεων για καθημερινή χορήγηση είτε σε μορφή μίας ενέσεως βραδείας δράσεως διάρκειας 4 εβδομάδων. Τα δραστικά τους συστατικά είναι παρόμοια. Ανάλογα με το φαρμακευτικό πρωτόκολλο θα γίνει και η επιλογή του είδους του ανάλογου της GnRH, του τρόπου χορηγήσεως και της δόσης.

2.Γοναδοτροπίνες

Τα εμπορικά ονόματα των φαρμάκων είναι: Metrodin, Puregon, Gonal-F. Επειδή οι ορμόνες αυτές είναι πρωτείνες μπορούν να χορηγηθούν μόνο ενέσιμα είτε υποδόρια είτε ενδομυϊκά διότι στο πεπτικό αδρανοποιούνται οι πρωτείνες. Στο πρόγραμμα που θα δοθεί θα υπάρχουν αναλυτικά ειδικές οδηγίες για την δόση γοναδοτροπινών που

θα πρέπει να κάνουν οι γυναίκες. Και οι διαφοροποιήσεις των δόσεων θα γνωστοποιούνται εγκαίρως κατά την παρακολούθηση της διεγέρσεως. Το Pregnyl και το Profasi είναι γοναδοτροπίνες με δράση LH και περιέχουν την ορμόνη χοριακή γοναδοτροπίνη. Το φάρμακο αυτό χορηγείται στην σύζυγο, σε μία (εφάπαξ) ενδομυϊκή ένεση των 10000 μονάδων, οδηγεί στην ωρίμανση το ωάριο και σε 36 περίπου ώρες προκαλεί ωορρηξία.

3. Αντιβιοτικά

Ένα αντιβιοτικό, μπορεί να χορηγηθεί προληπτικά στον σύζυγο όταν αρχίσει η διέγερση των ωοθηκών, και στη σύζυγο μετά την ωοληψία.

4. Προγεστερόνη

Χρησιμοποιούνται για να ενισχυθεί η δυνατότητα εμφύτευσης των εμβρύων. Τα τελευταία χρόνια έχουμε σημαντικές εξελίξεις σε αυτόν τον τομέα με κύριο εκπρόσωπο το Utrogenstan, ένα σκεύασμα που στην ίδια μορφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν χάπι από το στόμα και σαν κολπικό ζελέ Cricone.

5. Ανοσορυθμιστικές θεραπείες της αναπαραγωγής.

Είδη ανοσορυθμιστικών θεραπειών.

5.1 Εμβόλια λεμφοκυττάρων ή μονοκυττάρων. Γίνεται από το αίμα του συζύγου και το κάνουν υποδορίως στο χέρι. Υπάρχουν διάφορες απόψεις για τις δόσεις, τον χρόνο εφαρμογής και το πότε θεωρείται ότι αρχίζει να προστατεύει.

5.2. Γάμμα σφαιρίνη

Παρασκευάζεται με εξειδικευμένη διαδικασία από αίμα και γίνεται ενδοφλεβίως.

5.3 Ηπαρίνη και Ασπιρίνη.

5.4 Κορτικοειδές που δεν διέρχεται τον πλακούντα.

5.5 Κυκλοσπορίνη.

6. Φάρμακα που ήδη παίρνουν οι γυναίκες για άλλες θεραπευτικές ενδείξεις και για τα οποία θα πρέπει να ενημερώσουν τον γιατρό τους».⁴²

42. Χριστοφορίδης Ν, «Φάρμακα που προτείνονται στην εξωσωματική γονιμοποίηση», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ.www.gynecology.gr, 2005, σελ. 22- 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

4.1 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Α' ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Με τον πρόσφατο νόμο 3089/2002 για την «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή», εισήχθη ανάμεσα σε άλλες σπουδαίες καινοτομίες και η δυνατότητα να κυοφορηθεί τέκνο από γυναίκα, η οποία μετά από τη γέννησή του θα το παραδώσει σε άλλη γυναίκα, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί και που θα θεωρείται μητέρα του. Για τη δυνατότητα αυτή δεν χρησιμοποιείται από τη νέα ΑΚ 1458 ειδικός όρος, αλλά είναι γνωστό ότι χρησιμοποιούνται οι όροι «υποκατάστατη» μητρότητα, «δανεισμός μήτρας» και «παρένθετη μητρότητα».

Είναι φυσικό, όπως και για άλλα ζητήματα, στα οποία ο νομοθέτης καλείται να περιβάλει με το κύρος του τη βιοτεχνολογία, να διατυπώνονται αντιρρήσεις ή προβληματισμοί. Ειδικά για την παρένθετη μητρότητα, η αποσύνδεση της κυοφορίας από τη μητρότητα έχει προκαλέσει πολλές αμφισβητήσεις. Ο φόβος να υποβαθμισθεί και να εμπορευματοποιηθεί η κυοφορία, ο σύνδεσμος της κυοφόρου μητέρας με το παιδί, το οποίο παραταύτα καλείται να αποχωρισθεί νομικά και ουσιαστικά, η ανώμαλη εξέλιξη στη συμφωνία κυοφόρου και κοινωνικοσυναισθηματικής μητέρας, είναι μερικοί από τους λόγους για

τους οποίους η παρένθετη μητρότητα αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό στις περισσότερες νομοθεσίες. Είναι χαρακτηριστικό ότι εκτός από την Εκκλησία της Ελλάδος, που διατύπωσε εγγράφως την αντίθεσή της στη νομοθετική αναγνώριση, και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής είχε επιφυλάξεις. Όπως φαίνεται από την Έκθεση που συνετάγη κατόπιν αιτήματος του Προέδρου της Βουλής, ενόψει της ψηφίσεως του Σχεδίου Νόμου, από τα εννέα μέλη της επιτροπής, σύμφωνα για την εισαγωγή του θεσμού ήταν τα τέσσερα (συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου), τρία μέλη θεώρησαν την εισαγωγή του θεσμού πρόωρη, ένα μέλος εξέφρασε φόβους για την εμπορευματοποίηση εμβρύου και παρένθετης μητέρας και ένα μέλος απείχε της ψηφοφορίας.

Πάντως είναι θετικό ότι σύμφωνα με το νέο δίκαιο, το επιτρεπτό ή μη της παρένθετης μητρότητας κρίνεται μετά από δικαστική άδεια. Με τον τρόπο αυτόν ανοίγει ο δρόμος και για την εφαρμογή του θεσμού κατά το δυνατόν προς το συμφέρον του τέκνου, αλλά και για τον έλεγχο της τυχόν αντισυνταγματικότητας των νέων διατάξεων, αν κριθεί ότι αντίκεινται στην προστασία της οικογένειας, της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας (21 παράγραφος 1 Συντ).⁴³

43. Παντελίδου Κ, «Ζητήματα του νέου θεσμού της παρένθετης μητρότητας», Άρθρο από τη νομική επιθεώρηση «Αρμενόπουλος», 2004, σελ. 977-978

Β' ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τη νέα ΑΚ 1458, «Η μεταφορά στο σώμα άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ίδια, και η κυοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται πριν από την μεταφορά, εφόσον υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Η δικαστική άδεια παρέχεται ύστερα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, εφόσον αποδεικνύεται ότι αυτή είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και ότι η γυναίκα που προσφέρεται να κυοφορήσει είναι, ενόψει της κατάστασης της υγείας της, κατάλληλη για κυοφορία».

Συνεπώς το δικαστήριο που θα δικάζει την αίτηση για χορήγηση της άδειας παρένθετης μητρότητας κατά τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας(νέα ΕισΝΑΚ 121, σε συνδ. με νέα ΑΚ 1458), θα αποφασίσει για τη χορήγηση της άδειας αν συντρέχουν σωρευτικά οι εξής προϋποθέσεις: 1) Η μητέρα που επιθυμεί να αποκτήσει το τέκνο και η οποία υποβάλλει την αίτηση, είναι ανίκανη προς κυοφορία, 2) η υποψία προς κυοφορία μητέρα είναι κατάλληλη για κυοφορία, της οποίας θα προηγηθεί εξωσωματική γονιμοποίηση, 3)πριν από τη μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων συναινέσουν εγγράφως η κυοφόρος και ο

σύζυγος της, καθώς και το ζεύγος των κοινωνικοσυναισθηματικών γονέων, 4) πρόκειται να επιχειρηθεί μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων ξένων προς την ίδια στο σώμα της κυοφόρου, δηλαδή θα προηγηθεί εξωσωματική γονιμοποίηση από σπέρμα του κοινωνικοσυναισθηματικού πατέρα ή τρίτου δότη και ωάριο της κοινωνικοσυναισθηματικής μητέρας ή τρίτης δότριας και το γονιμοποιημένο ωάριο θα εμφυτευθεί στο σώμα της κυοφόρου, 5) δεν επιτρέπεται να συμφωνηθεί αντάλλαγμα

Στις προϋποθέσεις αυτές που περιλαμβάνει η νέα ΑΚ 1458 θα πρέπει να προσθέσουμε και το γενικό περιορισμό της ΑΚ 1455, σύμφωνα με τον οποίο η τεχνητή γονιμοποίηση επιτρέπεται μόνον μέχρι την ηλικία της φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου, καθώς επίσης και την πρόσθετη προϋπόθεση του άρθρου 8 του ν.3089/2002, δηλ. και η μητέρα που επιθυμεί το παιδί αλλά και η κυοφόρος να έχουν την κατοικία τους στην Ελλάδα.

Για την πρώτη περίπτωση δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι αυτή έρχεται σε σύγκρουση με το ότι η ΑΚ 1458 απαιτεί να μην μπορεί να αποκτήσει παιδί η γυναίκα που επιθυμεί το παιδί. Η «ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής» έχει ως σκοπό να δώσει κατά το δυνατό νέους γονείς στο παιδί που θα κυοφορήσει η παρένθετη μητέρα. Δεν νομίζω ότι βοηθάει η ιατρική πιστοποίηση, διότι τότε ο ιατρός θα έπρεπε να βεβαιώσει αντιφατικά πράγματα. Ας σημειωθεί ότι το αρχικό Σχέδιο Νόμου απέκλειε ρητά την τεχνητή γονιμοποίηση μετά την συμπλήρωση

του εξηκοστού έτους της ηλικίας (άρθρο 1455 παράγραφο 1 εδ. 2), το τελικό όμως κείμενο απέφυγε το ρητό καθορισμό της «ηλικίας φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής». Επιχείρημα πάντως θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει το δικαστήριο από τη διαφορά ηλικίας θετού γονέα και θετού τέκνου, που δείχνει να έχει σταθεροποιηθεί στα πενήντα χρόνια (ΑΚ 1544 παράγραφο 1). Αυτό όμως σημαίνει ότι η ηλικία των πενήντα ετών θα είναι η βάση για την υποψήφια «μητέρα», ενώ στην υιοθεσία μπορεί να είναι μεγαλύτερη η ηλικία της, εάν και το θετό τέκνο είναι μεγαλύτερο. Πάντως το δικαστήριο θα χρησιμοποιήσει την ηλικία αυτή μόνον ως αφετηρία ή βάση, και αυτό για να μη φτάσει σε σκληρά αποτελέσματα, λ.χ. για μια υποψήφια μητέρα που είναι λίγο μεγαλύτερη. Εάν η τελευταία είναι έγγαμη, νομίζω ότι την ίδια προϋπόθεση πρέπει να δεχθούμε και για τον σύζυγό της, ο οποίος πρέπει να συναινέσει στην παρένθετη μητρότητα και, το κυριότερο, θα είναι ο 'πατέρας του παιδιού. Κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται στην υιοθεσία, αλλά μάλλον η σχετική ρύθμιση (ΑΚ 1545 παράγραφο 2) που οφείλεται στις αλληπάλληλες υπαναχωρήσεις στο ζήτημα της διαφοράς ηλικίας, δεν είναι και η ιδανική για τον ανήλικο, δηλ. να συντρέχει η προϋπόθεση της διαφοράς ηλικίας μόνον στον έναν υποψήφιο θετό γονέα. Στην παρένθετη μητρότητα η γενική προϋπόθεση της ΑΚ 1455 για την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής θα ισχύει και για τους δύο υποψήφιους «γονείς».

Προς τα κάτω δεν φαίνεται ο νόμος να καθιερώνει ένα minimum ηλικίας για την αιτούσα μητέρα και το σύζυγό της. Εφόσον όμως επιθυμία του νομοθέτη είναι να δημιουργήσει μια πλήρη σχέση γονέα-τέκνου και αφετέρου να καταφεύγουν σε αυτήν όσες γυναίκες δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί με τον φυσιολογικό τρόπο, νομίζω ότι πρέπει να δεχθούμε, αναλογικά από το δίκαιο της υιοθεσίας, ότι όχι μόνον πρέπει να είναι ενήλικοι οι υποψήφιοι «γονείς», αλλά ότι πρέπει και να έχουν συμπληρώσει τα τριάντα τους χρόνια (ΑΚ 1544 παράγραφο 1, 1543). Έτσι θα έχει προλάβει να περάσει ένα χρονικό διάστημα, μέσα στο οποίο θα διαπιστωθεί η αδυναμία αποκτήσεως τέκνων, αλλά και θα αποτελεί η προσφυγή στην «παρένθετη» μητρότητα κατά το δυνατόν προϊόν ώριμης αποφάσεως

Ερωτάται αν ως ιατρική αδυναμία κυοφορίας θα θεωρηθεί και αυτή που τυχόν επήλθε μετά από την απόκτηση τέκνου ή τέκνων από την υποψήφια «μητέρα». Νομίζω ότι μια τέτοια αδυναμία βρίσκεται έξω από βεληνεκές του ν. 3089/2002, που επιδιώκει ακριβώς να ρυθμίσει την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, όταν αυτή δεν είναι δυνατή χωρίς υποβοήθηση (ΑΚ 1455 παράγραφο 1 εδ. 1). Τυχόν σύγκριση με την υιοθεσία στο σημείο αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται, δηλ. το ότι, ενώ παλαιότερα αποτελούσε εμπόδιο η ύπαρξη φυσικών τέκνων και για την τέλεση της υιοθεσίας, σήμερα η τελευταία επιτρέπεται ανεμπόδιστα. Η σύγχρονη υιοθεσία επιζητεί περισσότερο να

προσφέρει οικογένεια στα απροστάτευτα παιδιά και κατά δεύτερο λόγο το αντίστροφο. Αντιθέτως, η ιατρική υποβοήθηση στην αναπαραγωγή στοχεύει στη θεραπεία της ατεκνίας. Ό,τι δηλαδή θεωρήθηκε στην υιοθεσία ξεπερασμένο, επανέρχεται υπό άλλη μορφή. Αυτός όμως ο σκοπός του νόμου αποτρέπει από την προσφυγή στην παρένθετη μητρότητα, όταν υπάρχουν ήδη παιδιά, είτε αυτά γεννήθηκαν με τον φυσικό τρόπο, είτε με την προσφυγή στην παρένθετη μητρότητα, είτε είναι θετά.

Ως προς το ζήτημα της κατοικίας κυοφόρου και συναισθηματικής μητέρας στην Ελλάδα, η ρύθμιση αποσκοπεί στο να μην καταστεί η χώρα μας κέντρο εκμεταλλεύσεως αλλοδαπών γυναικών και γενικά εμπορίου βρεφών υπό μοντέρνα εκδοχή. Για τον λόγο αυτόν η «κατοικία» πρέπει να ερμηνευθεί αυστηρά και να μη γίνει δεκτό ότι αρκεί λ.χ. η απλή διαμονή των δύο γυναικών στην Ελλάδα. Και οι δύο πρέπει να έχουν καταστήσει τη χώρα κέντρο της εγκαταστάσεώς τους επί ικανό χρόνο στο παρελθόν, αλλά και με προοπτική για το μέλλον. Η διαβίωση που έχει ήδη παρέλθει δεν είναι δύσκολο να διαπιστωθεί. Αλλά και για την προοπτική μπορούν ανευρεθούν ενδείξεις, όπως η επαγγελματική εγκατάσταση που δεν μεταβάλλεται ή εγκαταλείπεται εύκολα.

Αρμόδιο δικαστήριο για την εκδίκαση της αιτήσεως, σύμφωνα με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας (ΑΚ 121 ΕισΝΑΚ) είναι το Μονομελές Πρωτοδικείο του τόπου όπου η αιτούσα ή η κυοφόρος έχει τη

συνήθη διαμονή της (ΚΠολΔ 740, νέα ΚΠολΔ 799 παράγραφος 1). Εάν προηγηθεί η δικαστική άδεια και επακολουθήσει η κυοφορία (και ο τοκετός), ως μητέρα του τέκνου τεκμαίρεται η κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα, η οποία ήταν και η αιτούσα την άδεια από το δικαστήριο.(νέα ΑΚ 1464 παράγραφος 1). Με τον τρόπο αυτόν εισάγεται στην ουσία νέος τρόπος ιδρύσεως της συγγένειας με την μητέρα, εκτός από την γέννηση της νέας ΑΚ 1463 εδ.1. Βεβαίως το τεκμήριο είναι μαχητό και μπορεί να ανατραπεί μετά από αγωγή προσβολής της μητρότητας που ασκείται μέσα σε έξι μήνες από τον τοκετό είτε από την κυοφόρο και τεκούσα είτε από την τεκμαιρόμενη μητέρα, για ένα και μοναδικό λόγο, δηλ. ότι το τέκνο κατάγεται από την κυοφόρο.(νέα ΑΚ 1464 παράγραφος 2). Εάν η δικαστική απόφαση που δέχεται την αγωγή προσβολής της μητρότητας γίνει αμετάκλητη, το τέκνο έχει ως μητέρα, αναδρομικά από τη γέννησή του, τη μητέρα που το κυοφόρησε(νέα ΑΚ 1464 παράγραφος 3).⁴⁴

44.Παντελίδου Κ, «Προϋποθέσεις και Αποτελέσματα», Άρθρο από τη νομική επιθεώρηση «Αρμενόπουλος», 2004, σελ.978-980

Γ' Η ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΑΝΑΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΣ

Ο νέος θεσμός γεννά πολλά, ενδιαφέροντα και δισεπίλυτα ζητήματα, τα οποία οφείλονται ως ένα βαθμό στην κατ' ανάγκη παροχή της άδειας και κατά συνέπεια στη δημιουργία του τεκμηρίου μητρότητας προκαταβολικά: Ο νόμος ορίζει ρητά ότι η δικαστική άδεια χορηγείται πριν από την μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της γυναίκας που θα κυοφορήσει. Προφανώς τοποθετεί το χρονικό σημείο της δικαστικής άδειας πριν από την κυοφορία, για να ελεγχθεί ότι συντρέχουν πράγματι και όλες οι προϋποθέσεις. Κανονικά στο ίδιο χρονικό σημείο θα πρέπει να αρχίζει και η λειτουργία του τεκμηρίου μητρότητας, το οποίο τελεί πάντως υπό τη νομική αίρεση του τοκετού, αφού και οι αποφάσεις στην εκούσια δικαιοδοσία αναπτύσσουν αμέσως την ενέργειά τους.(ΚπολΔ 763 παράγραφος 1). Αυτό οδηγεί σε ανάλογα αποτελέσματα και ως προς την ικανότητα δικαίου του κυοφορούμενου. Εάν, για παράδειγμα, αποβιώσει ο σύζυγος της μητέρας υπέρ της οποίας λειτουργεί το τεκμήριο μητρότητας κατά τη διάρκεια της κύησης, το κυοφορούμενο αποκτά κληρονομικό δικαίωμα εφόσον γεννηθεί ζωντανό(ΑΚ 1711, 36) καθώς και αξίωση ψυχικής οδύνης (ΑΚ 932 εδ.3), εάν προηγήθηκε αδικοπραξία. Εάν η άδεια υποβληθεί ή ακόμη και η δικαστική άδεια χορηγηθεί μετά από την κυοφορία, θα πρέπει να δεχτούμε ότι δεν λειτουργεί το τεκμήριο μητρότητας υπέρ της

κοινωνικοσυναισθηματικής μητέρας, διότι δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί από το δικαστήριο ούτε η έλλειψη ανταλλάγματος ούτε και η καταλληλότητα της κυοφόρου γυναίκας, η οποία μπορεί να διακινδυνεύει την υγεία της και οι ενέργειες των ενδιαφερομένων προσώπων τείνουν να φέρουν το δικαστήριο προ τετελεσμένων γεγονότων και να καταστρατηγήσουν την διαδικασία.

Εάν, όμως η κυοφόρος κυοφορήσει μεν μετά τη δικαστική άδεια, αλλά όχι μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, θα κινδυνεύει λόγω του τεκμηρίου να θεωρηθεί ότι δεν είναι μητέρα του παιδιού που γέννησε. Σκοπιμότερη θα ήταν από αυτήν την άποψη η πρόβλεψη, η άδεια να χορηγείται, αφού προηγηθεί η εξωσωματική γονιμοποίηση. Ασθενές σημείο θα ήταν βεβαίως τότε ότι θα εξασθενίζε ο έλεγχος των προϋποθέσεων. Εφόσον πάντως ο νομοθέτης προτίμησε την παραπάνω λύση, αν η κυοφόρος γεννήσει όχι μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, θα πρέπει να εξεταστεί και το ενδεχόμενο ανατροπής του τεκμηρίου με ανάκληση της αποφάσεως που χορήγησε τη δικαστική άδεια, πάλι κατά την διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας και επειδή μεταβλήθηκαν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδόθηκε,(ΚπολΔ 758). Αλλιώς, θα έπρεπε σε κάθε περίπτωση να ασκείται αγωγή προσβολής της μητρότητας, κάτι που θα είναι χρονοβόρο και υπερβολικό, αν πχ. Απέτυχε η εξωσωματική γονιμοποίηση και δε θα συμφέρει και το ίδιο το παιδί.

Η δυνατότητα όμως ανακλήσεως της αποφάσεως, η οποία χορήγησε τη δικαστική άδεια για την παρένθετη μητρότητα, είναι ένα σοβαρό ζήτημα με προεκτάσεις όχι μόνο στην παραπάνω περίπτωση, στην οποία επιτελεί ένα διορθωτικό και ευέλικτο τρόπο για την αποκατάσταση της αλήθειας. Ερωτάται αν θα επιτρέπεται και σε κάθε περίπτωση που η συμφωνία μεταξύ των ενδιαφερομένων προσώπων διέρχεται κρίση. Για παράδειγμα, το παιδί γεννιέται με ένα πρόβλημα υγείας και οι κοινωνικοσυναισθηματικοί γονείς δεν το επιθυμούν. Ή η δική τους σχέση ανατρέπεται και παίρνουν διαζύγιο, οπότε θεωρούν το παιδί περιττό βάρος. Ή ο ένας από τους δύο αποβιώνει και πάλι το παιδί δεν είναι επιθυμητό. Είναι αλήθεια ότι η ανάκληση των οριστικών αποφάσεων της εκούσιας δικαιοδοσίας (ΚπολΔ 758) εξυπηρετεί την προσαρμογή του ρυθμιστικού μέτρου στις μεταβαλλόμενες και μη προβλεφθείσες συνθήκες. Από την άλλη όμως μεριά έρχεται σε αντίθεση με περιπτώσεις όπως η παρένθετη μητρότητα, που αποσκοπούν σε οριστικά και μη ανατρέψιμα αποτελέσματα που αφορούν σε ανηλίκους. Για το λόγο αυτόν και η δυνατότητα ανακλήσεως θα πρέπει να είναι πολύ περιορισμένη και να έχει ως κριτήριο το συμφέρον του παιδιού. Εάν το παιδί παρουσιάζει πρόβλημα υγείας, η δυνατότητα ανακλήσεως πρέπει να αποκλείεται. Η αιτούσα υποψήφια μητέρα ανέλαβε με την αίτησή της τον κίνδυνο για τέτοια, όχι πολύ σπάνια περιστατικά, και οπωσδήποτε είναι πολύ εγωιστικό και αντίθετο με τον παιδοκεντρικό χαρακτήρα του

Οικογενειακού Δικαίου να υπαναχωρεί, επειδή αυτό της φαίνεται συμφερότερο.

Είναι δυνατόν βεβαίως οι «κοινωνικοί» γονείς να μην καταφύγουν στην ανάκληση, αλλά να δηλώσουν έμπρακτα την αδιαφορία τους προς το τέκνο ή να το εγκαταλείψουν, οπότε συντρέχει κακή άσκηση της γονικής μέριμνας. Δεν αποτελεί την ιδανική λύση για το τέκνο να μπορεί το δικαστήριο να αναθέσει την άσκηση της γονικής μέριμνας σε τρίτο πρόσωπο.(ΑΚ 1532 παράγραφος 2), αλλά κανείς δεν μπορεί, ακόμη και για το παιδί που ήρθε στον κόσμο χωρίς ιατρική υποβοήθηση, να υποχρεωθεί με άμεσο τρόπο να είναι καλός γονέας. Το τέκνο όμως διαθέτει όλα τα δικαιώματα του ανηλίκου, δηλ αξίωση διατροφής, (ΑΚ 1485 επ.) αποζημιώσεως (ΑΚ 1531) και κληρονομικό δικαίωμα. Ως προς την ανάθεση της ασκήσεως της γονικής μέριμνας σε τρίτο πρόσωπο, από τον κύκλο των προσώπων αυτών δεν πρέπει πάντως να αποκλείεται η κυοφόρος μητέρα, διότι αυτή θα προέρχεται συνήθως από το περιβάλλον συνδεόμενο οικεία ή και συγγενικά προς το περιβάλλον των «γονέων».

Εάν έχει μεσολαβήσει διαζύγιο των κοινωνικοσυναισθηματικών γονέων και πάλι αυτό δεν επιτρέπεται να λειτουργήσει σε βάρος του τέκνου και να οδηγήσει στην ανάκληση της αποφάσεως. Η άσκηση της γονικής μέριμνας θα κριθεί όπως και στις συνήθεις περιπτώσεις (ΑΚ 1513), με περισσότερο πιθανό φορέα της επιμέλειας την μητέρα. Διαφορετικό είναι πάντως το πρόβλημα του θανάτου. Εάν αποβιώσει ο

κοινωνικοσυναισθηματικός πατέρας, το τέκνο θα συνεχίσει να είναι μαζί με τη μητέρα και δεν είναι ορθό να ανατραπεί τίποτε. Εάν όμως αποβιώσει η μητέρα, ίσως είναι σε ορισμένες περιπτώσεις ακραίο να επιβάλλουμε στον «πατέρα» να συνεχίσει να είναι πατέρας. Έχει βεβαίως συναινέσει στην παρένθετη μητρότητα, αλλά οπωσδήποτε η κοινωνικοσυναισθηματική συγγένεια λειτουργεί εντονότερα στην αιτούσα «μητέρα». Για το λόγο αυτό δεν θα αποκλειστεί εντελώς η αίτηση ανακλήσεως, αλλά το δικαστήριο θα χρησιμοποιήσει τη δυνατότητα με τη μέγιστη δυνατή φειδώ: Για να ανακληθεί η απόφαση, ο θάνατος της μητέρας θα πρέπει να έχει επέλθει πριν από τον τοκετό ή σε μικρό χρονικό διάστημα μετά από αυτόν. Εάν η κυοφόρος μητέρα γονιμοποιήθηκε με σπέρμα του αιτούντος την ανάκληση, αυτή και πάλι θα αποκλείεται.

Ερωτάται αν μπορεί να υποβάλλει αίτηση ανακλήσεως η κυοφόρος γυναίκα. Τέτοια περίπτωση συναντήσαμε ήδη, όταν η κυοφόρος τελικώς κυοφορεί φυσιολογικά, είτε επειδή απέτυχε η τεχνητή γονιμοποίηση είτε για άλλο λόγο, επιθυμεί όμως να ανατρέψει το τεκμήριο, χωρίς να καταφύγει στην προσβολή της μητρότητας και η απάντηση ήταν θετική. Ζήτημα βεβαίως προκύπτει με τη νομιμοποίηση για τη υποβολή της αιτήσεως ανακλήσεως, η οποία υποβάλλεται από τους διαδίκους της αρχικής δίκης. Στην δίκη για την χορήγηση της άδειας, αιτούσα ήταν μόνο η μητέρα που επιθυμεί το παιδί και η κυοφόρος δεν αποκτά τυπικά

την ιδιότητα του διαδίκου, εκτός αν κλητευθεί με διαταγή του δικαστηρίου (ΚπολΔ 748 παράγραφος 3). Όταν το δικαστήριο εκδικάζει μία τόσο σοβαρή υπόθεση πρέπει να διατάξει οπωσδήποτε την κλήτευση της κυοφόρου, οπότε αυτή καθίσταται διάδικος και νομιμοποιείται να υποβάλλει και αίτηση ανακλήσεως.

Αναφύεται το ερώτημα της υποβολής αιτήσεως ανακλήσεως από την κυοφόρο και σε άλλες περιπτώσεις, πχ όταν αυτή κατά την κυοφορία δεθεί τόσο πολύ συναισθηματικά με το παιδί που κυοφόρησε και έτεκε, ώστε της είναι πολύ δύσκολο να το αποχωριστεί. Το δικαστήριο πρέπει να είναι εξαιρετικά φειδωλό στην καταφατική απόφαση, η οποία όμως δεν πρέπει να αποκλείεται εντελώς: Αληθεύει ότι ο νομοθέτης θέλησε ανατροπή του τεκμηρίου μητρότητας μόνο όταν το τέκνο κατάγεται πράγματι από την κυοφόρο, εάν όμως αρνηθούμε εντελώς την δυνατότητα ανακλήσεως, μπορεί να καταλήξουμε σε πραγματικά σκληρό για την κυοφόρο αποτέλεσμα. Σε κάθε περίπτωση, το δικαστήριο θα κινηθεί με εξαιρετική προσοχή: Εάν πχ τα ωάρια προέρχονται από την αρχικώς αιτούσα, θα απορρίψει την αίτηση ανακλήσεως της κυοφόρου. Το ίδιο και αν η αίτηση υποβλήθηκε σε χρόνο που απέχει αρκετά από τον τοκετό(επιχ. Και από την ΑΚ 1464 παράγραφος 2 εδ1, για την άσκηση της αγωγής της προσβολής της μητρότητας μόνον μέσα σε έξι μήνες από τον τοκετό). Αυτονόητο είναι ότι θα πράξει το ίδιο, εάν υποκρύπτεται οικονομικός εκβιασμός των κοινωνικοσυναισθηματικών γονέων.

Ένα άλλο σοβαρό ζήτημα είναι σχετικό με τα ελαττώματα της βουλήσεως της συμφωνίας για την παρένθετη μητρότητα και την έλλειψη των προϋποθέσεων για την χορήγηση της δικαστικής άδειας. Είναι δυνατόν η συμφωνία να είναι προϊόν εκβιασμού ή, το συνηθέστερο, να είναι προϊόν αδρού ανταλλάγματος. Στην τελευταία περίπτωση δεν αποκλείεται να αντιστραφούν οι ρόλοι και η αιτούσα γυναίκα που επιθυμεί διακαώς να αποκτήσει παιδί και καταφεύγει στο δέλεαρ των οικονομικών παροχών προς την κυοφόρο, μπορεί με τη σειρά της να υποκύπτει σε οικονομικές πιέσεις που ασκούνται από την κυοφόρο ή το περιβάλλον της. Εάν όλα αυτά αποκρυβούν επιμελώς και τι δικαστήριο χορηγήσει την άδεια, ερωτάται αν μπορεί να γίνει επίκλησή τους και με ποια διαδικασία. Εάν δεχτούμε ότι καλύπτονται από τη δικαστική άδεια, υπάρχει κίνδυνος να καταργηθούν οι προϋποθέσεις της παρένθετης μητρότητας στην πράξη, επειδή δεν θα υπάρχουν κυρώσεις για την απουσία τους. Εάν δεχτούμε ότι η επίκληση μπορεί να γίνει μόνο κατά την διαδικασία των ενδίκων μέσων, σε περίπτωση που η απόφαση έχει επιδοθεί, είναι πολύ σύντομη η τριακονθήμερη προθεσμία και το πιθανότερο είναι ότι δεν θα γίνει χρήση των ενδίκων μέσων. Αυτό που γίνεται δεκτό στην υιοθεσία και προβλέπεται από το νόμο ρητά (ΑΚ 1569) , δεν μπορεί να γίνει εδώ δεκτό, διότι στην υιοθεσία έχουμε την συντέλεσή της στο τέλος, ενώ στην περίπτωση της δικαστικής άδειας στην αρχή, κάτι που σημαίνει ότι μπορεί να συνεχίζονται ανεπιθύμητες

καταστάσεις. Έτσι αποκτά και πάλι χρησιμότητα η αίτηση ανακλήσεως της αποφάσεως που χορήγησε τη δικαστική άδεια. Το δικαστήριο όμως θα πρέπει να είναι προσεκτικό και να μην χορηγήσει την ανάκληση, ενώ τρέχει η προθεσμία των ενδίκων μέσων, η οποία μάλιστα είναι τριετής(ΚπολΔ 518 παράγραφος 2,σε συνδ. με 741), εάν η απόφαση δεν έχει επιδοθεί. Και στην περίπτωση αυτή η ανάκληση δεν πρέπει να απέχει πολύ από τον τοκετό, για να μην έχει η ανατροπή μιας καταστάσεως δυσάρεστες επιπτώσεις στον ανήλικο.

Η υποβολή κοινής αιτήσεως για την ανάκληση της αποφάσεως που χορήγησε τη δικαστική άδεια θα πρέπει να θεωρηθεί επιτρεπτή, διότι δηλώνει ότι η κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα δεν επιθυμεί πλέον το τέκνο, το οποίο όμως επιθυμεί η κυοφόρος, και αυτό πιθανόν να συμφέρει πράγματι τον ανήλικο. Πρέπει πάντως να υποβληθεί σε εύλογο χρονικό διάστημα από τον τοκετό και πριν προλάβει ο ανήλικος να ενταχθεί στην οικογένεια της αρχικώς αιτούσας την άδεια.

Η δικαστική ανάκληση της αποφάσεως που χορήγησε την άδεια για την «παρένθετη» μητρότητα δεν πρέπει να συγχέεται με τη δυνατότητα μονομερούς ανακλήσεως των συναινέσεων των προσώπων που προσφεύγουν στις ιατρικές πράξεις για την υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής.(ΑΚ 1456 παράγραφος 1). Η ανάκληση αυτή προβλέπεται στις γενικές διατάξεις του ν.3089/2002, οι προϋποθέσεις των οποίων πρέπει καταρχήν να συντρέχουν σε οποιαδήποτε πράξη

τεχνητής γονιμοποίησης , εκτός αν προβλέπεται κάτι ειδικότερο. Περαιτέρω και σύμφωνα με το γράμμα της ΑΚ 1456 παράγραφος 2, η ανάκληση αυτή επιτρέπεται μέχρι την μεταφορά των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων στο γυναικείο σώμα και εκτός από την περίπτωση της γονιμοποίησης με κρυοσυντηρημένο σπέρμα, ο θάνατος ενός από τα πρόσωπα που είχαν συναινέσει θεωρείται ότι ισοδυναμεί με ανάκληση.

Αξίζει όμως να τονισθεί ότι η συναίνεση (και η ανάκλησή της) της ΑΚ 1456 αναφέρεται μόνον στο ζεύγος που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο και όχι και στην παρένθετη μητέρα, η οποία όμως πρέπει να συμφωνήσει εγγράφως για το ζήτημα αυτό με τους υποψήφιους κοινωνικούς γονείς και με το σύζυγό της, όπως απαιτεί η ΑΚ 1458 εδ. 1. Συνεπώς δυνατότητα μονομερούς, εξωδικαστικής ανακλήσεως από την υποψήφια παρένθετη μητέρα δεν προβλέπεται. Μονομερής ανάκληση από την υποψήφια κοινωνική μητέρα θα πρέπει να γίνει δεκτή, πάντοτε μέχρι την γονιμοποίηση της κυοφόρου, παρόλο που έχει προηγηθεί δικαστική άδεια. Αυτό συμβαίνει, επειδή ο δανεισμός μήτρας εξυπηρετεί κατά κύριο λόγο την κοινωνική μητέρα. Από την άλλη όμως μεριά, η τελευταία θα πρέπει να αποζημιώσει την κυοφόρο για όλη την ταλαιπωρία που υπέστη από ιατρικές πράξεις οι οποίες προηγούνται της τεχνητής γονιμοποίησης και για τα έξοδα στα οποία τυχόν υποβλήθηκε. Το ίδιο συμβαίνει αν η ανάκληση προέρχεται από το σύζυγο της

κοινωνικής μητέρας και υποψήφιο κοινωνικό πατέρα. Εάν αποβιώσει πριν από την τεχνητή γονιμοποίηση οποιοσδήποτε από τους κοινωνικούς γονείς, η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, σύμφωνα με την ΑΚ 1456 παράγραφο 2 εδ. 2.⁴⁵

45. Παντελίδου Κ, «Η έναρξη των αποτελεσμάτων και η ανάκληση της απόφασης», Άρθρο από τη νομική επιθεώρηση «Αρμενόπουλος», 2004, σελ. 980-983

Δ'. ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ.

Ζητήματα μπορούν να γεννηθούν και από τη στάση του πατέρα ή των «πατέρων» του τέκνου. Κατά την Εισηγητική Έκθεση, θα ακολουθείται ως προς την πατρότητα το τεκμήριο της καταγωγής από το γάμο (ΑΚ 1465 παράγραφος 1), δηλ. όσο λειτουργεί το τεκμήριο, πατέρας θα θεωρείται ο σύζυγος της κοινωνικοσυναισθηματικής μητέρας, εφόσον αυτό ανατραπεί, ο σύζυγος της κυοφόρου. Οποιοσδήποτε από αυτούς στερείται του δικαιώματος να προσβάλλει την πατρότητα, λόγω του ότι είχε συναινέσει στην τεχνητή γονιμοποίηση της συζύγου του, συνεπώς αποκλείεται από την προσβολή(νέα ΑΚ 1471 παράγραφος 2, περ.2). Ρητά βεβαίως προβλέπεται ο αποκλεισμός του δικαιώματος προσβολής μόνον για τον σύζυγο της μητέρας, κάτι που θα μπορούσε να ερμηνευτεί ότι αναφέρεται στον σύζυγο της κοινωνικοσυναισθηματικής μητέρας, αφού υπέρ αυτής λειτουργεί το τεκμήριο μητρότητας και ο νόμος αποφεύγει να χρησιμοποιήσει για την κυοφόρο τον όρο «μητέρα». Από την άλλη μεριά, και η τελευταία θεωρείται μητέρα και μάλιστα αναδρομικά από τη γέννηση, αν τελικώς ανατραπεί το τεκμήριο μητρότητας (νέα ΑΚ 1464 παράγραφος 3). Συνεπώς ο όρος σύζυγος της μητέρας, που εμπίπτει στον αποκλεισμό προσβολής της πατρότητας, θα ερμηνευτεί ως σύζυγος της εκάστοτε μητέρας.

Αξίζει να παρατηρηθεί ότι υπάρχει κάποια υποβάθμιση της πατρότητας, επειδή και η κυοφόρος και η κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα μπορούν να προσβάλλουν την πατρότητα, αν και είχαν συναινέσει σε αυτήν, ενώ οι σύζυγοί τους δεν μπορούν. Ας λάβουμε όμως υπόψην ότι το τέκνο αυτό μπορεί να φτάσει στον «συνδυασμό» των πέντε «γονέων» (δότηρια ωαρίου, κοινωνικοσυναισθηματική, κυοφόρος μητέρα, δότης σπέρματος, κοινωνικοσυναισθηματικός πατέρας) και δεν είναι ορθό να γίνεται αντικείμενο ισάριθμων προσβολών. Άρα ο αποκλεισμός του κοινωνικοσυναισθηματικού πατέρα ή του συζύγου της κυοφόρου, που συνήνεσαν στην εξωσωματική γονιμοποίηση, από το δικαίωμα προσβολής της πατρότητας, είναι ορθός και λειτουργεί προς το συμφέρον του τέκνου.⁴⁶

46. Παντελίδου Κ, «Αποκλεισμός της προσβολής της πατρότητας», Άρθρο από τη νομική επιθεώρηση «Άρμενόπουλος», 2004, σελ.983-984

Ε' ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΙΟΘΕΣΙΑ

Εάν δεν καταφύγουν οι ενδιαφερόμενοι στο δικαστήριο για να λάβουν την απαραίτητη άδεια, ακόμη και αν ατύπως υπάρχουν όλες οι προϋποθέσεις της παρένθετης μητρότητας, το παιδί που θα γεννηθεί θα έχει ως μητέρα την κυοφόρο, σύμφωνα με την ΑΚ 1463 εδ.1. Το ίδιο ισχύει και αν η κυοφόρος γονιμοποιήθηκε με ωάρια της μητέρας που επιθυμεί να αποκτήσει το παιδί. Στο παλαιό δίκαιο, το οποίο δεν αναγνώριζε την παρένθετη μητρότητα, η μόνη λύση από την άποψη του θετού δικαίου ήταν η υιοθεσία. Τίθεται συνεπώς το ερώτημα, αν επιβίωσε η δυνατότητα αυτή και θα ισχύει παράλληλα με την δικαστική άδεια, ή αποκλείεται στο εξής. Έχει υποστηριχθεί ότι αν δεχτούμε πως η υιοθεσία εξακολουθεί να επιτρέπεται, υπάρχει ο κίνδυνος να καταστρατηγηθεί η διαδικασία της παροχής δικαστικής άδειας και του ελέγχου της συνδρομής των προϋποθέσεων για την παρένθετη μητρότητα. Αυτό είναι ορθό και λειτουργεί περισσότερο εξασφαλιστικά για τη γυναίκα που επιθυμεί το παιδί. Αντί να διακινδυνεύει να αναμένει την κυοφορία και τον τοκετό και όσους κινδύνους συνεπάγονται, καταφεύγει στην υιοθεσία, που θα της επιτρέψει ως ένα βαθμό να ελέγξει και την υγεία του τέκνου που επιθυμεί.

Από την άλλη μεριά, δεν είναι όλες οι περιπτώσεις που οι ενδιαφερόμενοι δεν κατέφυγαν στην δικαστική άδεια δόλιες ούτε υποκρύπτουν πάντοτε πρόθεση καταστρατηγήσεως, όπως πχ η απλή

αμέλεια προσφυγής στο δικαστήριο. Δεν μπορούμε ακόμη να αρνηθούμε ότι η υιοθεσία, παρόλες τις διαφορές, παρουσιάζει χαρακτηριστικά που οδηγούν πρακτικά σε ανάλογα αποτελέσματα με αυτά της παρένθετης μητρότητας. Με την δημιουργία της τεχνητής συγγένειας της υιοθεσίας οι ανήλικοι εντάσσονται πλήρως στην οικογένεια των θετών – κοινωνικοσυναισθηματικών γονέων, ενώ αποκόπτονται οι δεσμοί με τη φυσική οικογένεια (ΑΚ 1561 εδ 1), η οποία δεν έχει ούτε δικαίωμα επικοινωνίας με τον ανήλικο(ΑΚ 1566 εδ 2). Ας σημειωθεί ότι παρά την διακοπή των δεσμών με την φυσική οικογένεια, διατηρούνται τα κωλύματα γάμου των ΑΚ 1356 και 1357 (ΑΚ 1561 εδ 1). Η διατήρηση ή μάλλον η ύπαρξη των κωλυμάτων είναι ορθό να ισχύσει αναλογικά και στην σχέση του ανηλίκου με την κυοφόρο γυναίκα και την οικογένειά της.

Εξάλλου το δικαστήριο έχει την ευχέρεια να απορρίψει την αίτηση της υιοθεσίας, αν κρίνει ότι αυτή δεν συμφέρει στον ανήλικο. Αφενός δεν επιτρέπεται, το δικαστήριο να συναγάγει από την συμφωνία για την παρένθετη μητρότητα ότι οπωσδήποτε η υιοθεσία θα συμφέρει στον ανήλικο. Αφετέρου δεν πρέπει να δίδει σε κάθε περίπτωση πρόθεση καταστρατηγήσεως της διαδικασίας και να απορρίψει την υιοθεσία. Διατηρεί όμως αυτήν την δυνατότητα, οπότε θα κρίνει ότι δεν συμφέρει η υιοθεσία τον ανήλικο. Γενικότερα, στο πλαίσιο του ελέγχου του συμφέροντος του ανηλίκου (ΑΚ 1542 εδ.2.), θα πρέπει να εξεταστούν

όλες οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για την παροχή δικαστικής άδειας σχετικά με την παρένθετη μητρότητα, εφόσον βεβαίως είναι γνωστό ότι προηγήθηκε τέτοια συμφωνία.

Ασθενές σημείο ως προς την επιλογή της υιοθεσίας αποτελεί η δυνατότητα της λύσεως, έστω για πολύ σοβαρούς λόγους (ΑΚ 1571) ή συναινετικά (ΑΚ 1573). Η λύση της υιοθεσίας είναι αντίθετη στη μονιμότητα του τεκμηρίου μητρότητας (και πατρότητας), που δημιουργεί η παρένθετη μητρότητα. Όσο και αν είναι απίθανο να επιλεγεί η υιοθεσία για να διατηρηθεί η διέξοδος της λύσεως, δεν αποκλείεται εντελώς. Το δεδομένο αυτό θα συνυπολογισθεί από το δικαστήριο, το οποίο μπορεί να κρίνει ότι ασκείται καταχρηστικά το δικαίωμα λύσεως. Εξάλλου μπορεί το δικαστήριο που εκδικάζει την λύση της υιοθεσίας, αφού λάβει υπόψη ότι η υιοθεσία καλύπτει παρένθετη μητρότητα, να κρίνει ότι αρκούν οι ελαφρότερες συνέπειες της εκπτώσεως από την γονική μέριμνα ή της αφαιρέσεως της ασκήσεως κατά την ΑΚ 1532 ή της αποκληρώσεως και να μην προχωρήσει στην λύση της υιοθεσίας (ΑΚ 1571 στο τέλος).⁴⁷

47. Παντελίδου Κ. «Παρένθετη μητρότητα και υιοθεσία», Άρθρο από τη νομική επιθεώρηση «Αρμενόπουλος», 2004, σελ. 984-985

ΣΤ'. ΑΡΝΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΕΩΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ

Δεν αποκλείεται να τηρήθηκαν οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την παρένθετη μητρότητα, αλλά παρ' όλα αυτά η γυναίκα που κυοφόρησε και γέννησε το παιδί να μετάνιωσε και να αρνείται να το αποδώσει. Με πολλές επιφυλάξεις δεν αποκλείσθηκε, όπως είδαμε παραπάνω, η δυνατότητα να ζητήσει ανάκληση της αποφάσεως που χορήγησε την δικαστική άδεια. Εκτός από την δυνατότητα αυτήν, ερωτάται τι θα συμβεί, αν η κυοφόρος και τεκούσα αρνηθεί να το αποδώσει στην κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα, η οποία θα καταφύγει και σε αναγκαστική εκτέλεση, εφόσον είναι η νομική μητέρα του παιδιού. Υποστηρίχτηκε βεβαίως ότι θα πρόκειται για την έμμεση εκτέλεση του άρθρου 946 ΚπολΔ (εκτέλεση για την επιχείρηση αναντικατάστατων πράξεων), οπότε το δικαστήριο θα καταδικάζει αυτεπαγγέλτως την κυοφόρο μητέρα σε χρηματική ποινή και προσωπική κράτηση.

Το ζήτημα όμως δεν είναι τόσο απλό. Καταρχήν σύγκριση με την υιοθεσία πρέπει ειδικώς στο σημείο αυτό μάλλον να αποφεύγεται, επειδή η φυσική μητέρα του υποψηφίου θετού τέκνου αποφασίζει αφού το γεννήσει, περάσουν τουλάχιστον τρεις μήνες από τον τοκετό (ΑΚ 1551) και προηγηθεί δικαστική απόφαση για το αν θα δώσει το παιδί της (ΑΚ 1549 επ.), το οποίο κατά κανόνα παραδίδεται πριν από την συντέλεση

της υιοθεσίας. Στην παρένθετη μητρότητα αντιθέτως, η κυοφόρος συναινεί πριν από την κυοφορία, πριν να συνδεθεί δηλαδή το παιδί με την κυοφορία και τον τοκετό, και καλείται αμέσως μόλις το γεννήσει, να το παραδώσει στην κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα. Δεν μπορούμε να αρνηθούμε ότι η κυοφόρος είναι και αυτή «μητέρα» και μάλιστα μπορεί να προσφέρει τα ωάρια της. Το τελευταίο δεν επιτρέπεται από το νέο άρθρο 1458 ΑΚ, που αναφέρεται σε μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την κυοφόρο, μετά την τελική του μορφή, ενώ δεν απαγορευόταν ρητά από το αρχικό Σχέδιο Νόμου. Δεν πρέπει όμως να αποκλείεται ότι θα παρουσιαστεί στην πράξη, διότι αναγνωρίζεται δικαίωμα προσβολής μητρότητας και από την κυοφόρο, αν αυτή είναι και η βιολογική μητέρα του βρέφους (νέα ΑΚ 1464 παράγραφος 2). Επομένως το ερώτημα είναι: Θα εμμείνουμε σε κάθε περίπτωση στην έγγραφη συμφωνία κυοφόρου – συναισθηματικής μητέρας και στην άδεια του δικαστηρίου που επακολούθησε, ή θα επιτραπεί στην πράξη στην κυοφόρο να «υπαναχωρήσει» από την διαδικασία, αν της είναι αφόρητο να παραδώσει το παιδί;

Τουλάχιστον όσον αφορά στην διαδικασία της αναγκαστικής εκτελέσεως, νομίζω ότι πρέπει να μας προβληματίσουν έντονα οι αναφορές της συνδεόμενης με σφοδρή αντιδικία διαδικασίας αυτής στο Συνταγματικό Δίκαιο. Στο Οικογενειακό Δίκαιο μάλιστα οι αναφορές αυτές αποκτούν μεγαλύτερη αξία. Η μητρότητα (και η κυοφορία) τελεί

υπό την προστασία του Κράτους (άρθρο 21 παράγραφος 1 Συντ) και δεν μπορούμε να πούμε ότι προηγείται ή να επικρατεί η προστασία της κοινωνικοσυναισθηματικής μητέρας, διότι οπωσδήποτε η μητρότητα έχει χαρακτήρα αναπαλλοτριώτο και η αξία του βουλευτικού στοιχείου των ενδιαφερομένων μερών είναι σχετική. Ειδικότερα, η γενική απαγόρευση καταχρήσεως δικαιώματος (25 παράγραφος 3 Συνταγμ.) δίνει την ευκαιρία ακόμη και στο εξ ορισμού «σκληρό» στάδιο της αναγκαστικής εκτελέσεως, να αποφεύγονται πράξεις με ανυπόφορες ή δυσανάλογες σε σχέση με το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα συνέπειες.

Συνεπώς στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας, η άρνηση της κυοφόρου μητέρας, που βιολογικά είναι και αυτή μητέρα, να αποδώσει το παιδί, θα μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ικανή να δικαιολογεί άσκηση της ανακοπής του άρθρου 933 ΚπολΔ, η οποία επιτρέπεται και στην περίπτωση της ΚπολΔ 946 (εκτέλεση για την επιχείρηση αναντικατάστατων πράξεων), για το λόγο ότι είναι καταχρηστική η αναγκαστική εκτέλεση, τουλάχιστον όταν το γονιμοποιημένο ωάριο προέρχεται από την ίδια και αυτή έχει ασκήσει ήδη αγωγή προσβολής της μητρότητας ή από την Τρίτη δότρια, είναι δηλαδή ξένο προς την κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα. Αξίζει να διευκρινιστεί ότι η επιλογή της λύσης αυτή επιβάλλεται από λόγους ανθρωπιστικούς και δεν αποκλείει αξίωση αποζημιώσεως της αρχικώς αιτούσας εναντίον της κυοφόρου για την αθέτηση της συμφωνίας τους».⁴⁸

4.2 ΚΑΛΥΨΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ

Αν υπολογίσουμε ότι η μέση πιθανότητα σύλληψης ενός νεαρού και γόνιμου ζευγαριού είναι λιγότερο από 20% για κάθε προσπάθεια στις γόνιμες ημέρες, τότε φαίνεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια αποτελεσματική επιλογή. Παρ' όλα αυτά, η κάθε προσπάθεια έχει υψηλό κόστος, που σε συνδυασμό με το κόστος των φαρμάκων κάνουν την προσπάθεια δύσκολη και απρόσιτη για πολλά ζευγάρια. Δυστυχώς οι παρούσες ασφαλιστικές ρυθμίσεις για την υπογονιμότητα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ανεπαρκείς, και το κυριότερο ασφαλιστικό ταμείο, το ΙΚΑ, προσφέρει υποτυπώδη αποζημίωση της τάξεως των 360,00 Ευρώ, ποσό το οποίο αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 20% του συνολικού κόστους ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης. Προσφάτως άλλοι σημαντικοί ασφαλιστικοί φορείς, όπως το ΤΕΒΕ, πέραν της καταβολής του εφάπαξ επιδόματος των 360,00 Ευρώ ανά προσπάθεια, ενέκριναν την κάλυψη του 75% του κόστους των φαρμάκων που απαιτούνται. Σε χώρες όπου υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη του συνολικού κόστους κάθε προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης, περίπου το 2% των παιδιών,

48. Παντελίδου Κ. «Άρνηση αποδόσεως του παιδιού που γεννήθηκε», από τη νομική επιθεώρηση «Αρμενόπουλος», 2004, σελ.985-986.

γεννιούνται μετά από εφαρμογή τεχνικών υποβοήθησης της αναπαραγωγής.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Ελλάδα αποτελεί μοναδική εξαίρεση, ως προς την κρατική οικονομική υποστήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών. Στις υπόλοιπες χώρες οι αντίστοιχοι ασφαλιστικοί φορείς καλύπτουν το 70-100% του συνολικού κόστους (ιατρικές πράξεις, φάρμακα) κάθε προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ακόμα και σε χώρες όπως η Τουρκία, που δεν υπάρχει υπογεννητικότητα, παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης μέχρι και 80 έως 100% του κόστους. Είναι πιθανόν στην Ελλάδα να υπάρχει έλλειψη ευαισθητοποίησης στο μεγάλο αυτό πρόβλημα.

Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι η πολιτεία προσφέρει οικονομική υποστήριξη σε ζευγάρια για την απόκτηση του τρίτου ή τέταρτου παιδιού, ενώ κάτι ανάλογο δεν γίνεται σε υπογόνιμα ζευγάρια για να αποκτήσουν το πρώτο παιδί τους και έτσι να ικανοποιήσουν ένα από τα βασικά δικαιώματα που είναι η τεκνοποίηση. Βέβαια, η υπάρχουσα πολιτική της ενίσχυσης των πολυτέκνων ελάχιστα έχει αποδώσει, μιας και υπάρχει κάθετη πτώση του αριθμού των πολυτέκνων νοικοκυριών.

Οι συνέπειες που προκύπτουν από την υπογεννητικότητα είναι γνωστές. Η γήρανση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού έχει σαν συνέπεια την αποδυνάμωση του με σοβαρές συνέπειες στη παραγωγή και

στη δημιουργία του εθνικού προϊόντος που θα είναι ιδιαίτερα εμφανείς τα επόμενα χρόνια και θα σημαίνουν και αύξηση των δαπανών για υγεία και συντάξεις. Στην πορεία αυτή θα απαιτείται από μία συρρικνούμενη ομάδα του πληθυσμού να υποστηρίξει όλο και περισσότερο τις ανάγκες του αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων.

Για τον έλεγχο του δημογραφικού ζητήματος είναι πολύ σημαντική η στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών ώστε να δικαιούνται και να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στις σύγχρονες μεθόδους της ιατρικώς υποβοηθούμενης τεκνοποίησης. Είναι ανάγκη να δούμε όλοι, και ειδικά η πολιτεία, με ενδιαφέρον το πρόβλημα της μερίδας αυτής του πληθυσμού και να διατεθούν οι απαραίτητοι πόροι για την επίλυσή του. Πόροι που θα είναι επένδυση για το μέλλον της οικονομίας, της κοινωνικής και πολιτισμικής ύπαρξής μας.⁴⁹

49. www.newsroom.gr

4.2.1 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ

«Το Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ στο πλαίσιο της προσπάθειας εκσυγχρονισμού του έχει θεσπίσει τη διαδικασία αναλυτικής πληροφόρησης των ασφαλισμένων του για θέματα που τους αφορούν, κρίνοντας ότι με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η εξυπηρέτησή τους και αναβαθμίζεται η παροχή των υπηρεσιών του ιδρύματος προς αυτούς. Σ' αυτό το link, οι ενδιαφερόμενες, ασφαλισμένες στο Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ, μπορούν να ενημερωθούν, για όλες τις πιθανές απορίες τους γύρω από την εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία αποτελεί πλέον μια νέα πραγματικότητα. Στο κείμενο που ακολουθεί, περιγράφονται αναλυτικά οι προϋποθέσεις που έχει θεσπίσει το Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ για την εξωσωματική γονιμοποίηση, τα δικαιολογητικά που απαιτούνται, τη συχνότητα με την οποία μπορεί να επαναληφθεί η διαδικασία, καθώς και τα δικαιολογητικά που χρειάζονται προκειμένου να συνταγογραφηθούν τα φάρμακα που απαιτούνται για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας.

A. Προϋποθέσεις για εξωσωματική γονιμοποίηση:

Στη συγκεκριμένη μέθοδο μπορούν να προσφύγουν προκειμένου να αποκτήσουν παιδί, έγγαμες γυναίκες, ηλικίας 23 έως 45 χρόνων.

B. Διαδικασίες:

Η ασφαλισμένη θα πρέπει να προσφύγει σε γυναικολόγο του Ι.Κ.Α.- ΕΤΕΜ για έλεγχο των προϋποθέσεων και σχηματισμό του σχετικού φακέλου για παραπομπή σε ειδική επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η ειδική επιτροπή θα εγκρίνει τελικά την ένταξη της ασφαλισμένης σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι επιτροπές εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δύο για όλη την Ελλάδα.

- 1^η Επιτροπή εξωσωματικής Αθήνας (πλ. Θεάτρου 18- Αθήνα τηλ.: 210- 3222923). Καλύπτει όλες τις ασφαλισμένες εκτός εκείνων της Βορείου Ελλάδας.
- 2^η Επιτροπή εξωσωματικής Θεσσαλονίκη (ιατρεία Αγ. Δημητρίου: Ίωνος Δραγούμη 61 Θεσσαλονίκη τηλ.: 2310- 235928). Καλύπτει τις ασφαλισμένες της Βορείου Ελλάδας.

Γ. Δικαιολογητικά για την επιτροπή:

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται από την επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι:

- Παραπεμπτικό (προς την επιτροπή) από τον γυναικολόγο του Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ και υποβολή του συνημμένου ειδικού εντύπου, αφού προηγηθεί έλεγχος των εξετάσεων που αναφέρονται σ' αυτό από τον γυναικολόγο του υποκαταστήματος Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ στο οποίο υπάγεται η ασφαλισμένη.

- Βιβλιάριο υγείας με ασφαλιστική ικανότητα και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- Αστυνομική ταυτότητα
- Δύο πλήρη σπερμοδιαγράμματα του συζύγου που πρέπει να έχουν γίνει με μεσοδιάστημα 3 μηνών το ένα από το άλλο και το ένα τουλάχιστον να έχει γίνει στο Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ. Και τα δύο σπερμοδιαγράμματα θα πρέπει να υπογράφονται από ιατρό μικροβιολόγο- βιοπαθολόγο ή και βιολόγο, αλλά όχι από ιατρό γυναικολόγο του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης.
- Σε περίπτωση παθολογικού σπερμοδιαγράμματος, εκτός περιπτώσεων με σπέρμα κάτω του 1.000.000/ml έως και αζωοσπερμία, απαιτείται ιατρική γνωμάτευση ενδοκρινολόγου ή ουρολόγου για τα πιθανά αίτια της νόσου, η θεραπευτική προσπάθεια που έγινε και αν αυτή είχε και ποια αποτελέσματα.
- Μια σαλπιγγογραφία, η οποία πρέπει να έχει γίνει μέσα στην τελευταία 5ετία, ή εναλλακτικά, γνωματευμένη λαπαροσκόπηση και υποβάλλεται μαζί με το εξιτήριο του νοσοκομείου ή της κλινικής που έγινε, ή με την ένδειξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στο βιβλιάριο υγείας και γενικά σε έντυπο σφραγισμένο από κρατικό ή ιδιωτικό νοσηλευτήριο. Χωρίς σαλπιγγογραφία, ή λαπαροσκοπική έκθεση δεν γίνεται δεκτή η αίτηση της ενδιαφερόμενης. Εννοείται ότι σε καμία περίπτωση δεν

υποκαθιστά η υστεροσκόπηση την σαλπινγογραφία ή την λαπαροσκόπηση.

- Εάν υπάρχει πλήρης απόφραξη σαλπίγγων, δεν απαιτείται σπερμοδιάγραμμα και βέβαια σε περίπτωση αποδεδειγμένης με νοσηλεία άμφω χειρουργικής εξαίρεσης σαλπίγγων, δεν απαιτείται ούτε σαλπινγογραφία.
- Υπερηχογράφημα τελευταίου εξαμήνου με έκθεση υπογεγραμμένη από γυναικολόγο ή ακτινολόγο.

Η επιτροπή έχει δικαίωμα να ζητήσει επιπλέον εξετάσεις στις εξής περιπτώσεις:

- Σε περιπτώσεις ανωμαλιών ή ευρημάτων από την ενδομητριάκη κοιλότητα (βάση της σαλπινγογραφίας), οπότε απαιτείται υστεροσκόπηση ή θεραπεία και επανεξέταση του θέματος μετά από 6 μήνες, δηλαδή μετά την αποκατάστασή του προβλήματος.
- Σε ενδομητριοσικές κύστες μεγαλύτερες των 3 εκατοστών, οπότε απαιτείται να προηγηθεί της εξωσωματικής θεραπευτική αντιμετώπιση και επανεξέταση του θέματος μετά από 6 μήνες.
- Απαραιτήτως, σε όλες τις ασφαλισμένες άνω των 39 ετών, απαιτείται έλεγχος FSH, E2, PRL 2^{ης} – 6^{ης} ημέρας κύκλου, που να έχει διενεργηθεί από εργαστήριο του Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ ή κρατικού

νοσοκομείου, ή ιδιωτικό εργαστήριο, υπογεγραμμένο από μικροβιολόγο.

Εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, κάθε γυναίκα δικαιούται να υποβληθεί στη μέθοδο, μέχρι τέσσερις φορές συνολικά και ανά τετράμηνο τουλάχιστον.

Η κρίση της επιτροπής θα αφορά δύο προσπάθειες οι οποίες δεν μπορούν να απέχουν μεταξύ τους λιγότερο από 4 μήνες ούτε περισσότερο από έτος. Εννοείτε ότι η ασφαλισμένη θα ξαναπεράσει από επιτροπή για τις υπόλοιπες δύο προσπάθειες. Καθώς επίσης και ότι περνάει κάθε φορά από επιτροπή όταν οι προσπάθειες γίνονται ανά έτος.

Η ασφαλισμένη θα παρίσταται αυτοπροσώπως στην επιτροπή και θα υποβάλλεται σε γυναικολογική εξέταση. Μετά την έκδοση της γνωμάτευσης, η ασφαλισμένη θα πρέπει να προχωρήσει στην προσπάθεια μέσα σε τρεις (3) μήνες τουλάχιστον.

Εάν δεν χορηγηθεί παραπεμπτικό για την επιτροπή, λόγω αντίρρησης επιστημονικά τεκμηριωμένης και αναγραφόμενης στο βιβλίο ασθενών από τον γυναικολόγο, η ασφαλισμένη δικαιούται εντός 48ώρου να ζητήσει την επανεξέτασή της από την Α.Υ.Ε του υποκαταστήματος στο οποίο υπάγεται (παρουσία γυναικολόγου), η οποία και θα κρίνει για την παραπομπή ή όχι της ασφαλισμένης στην επιτροπή εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Μετά την γέννηση ακολουθεί υπεύθυνη δήλωση της ασθενούς όταν θα λαμβάνει το επίδομα τοκετού, εάν η σύλληψη ήταν IVF, σε ποιο κέντρο πραγματοποιήθηκε και αν χρησιμοποίησε όλα τα φάρμακα που της δόθηκαν.

Σε περίπτωση αρνητικής απόφασης της επιτροπής εξωσωματικής γονιμοποίησης, η ασφαλισμένη μπορεί να ζητήσει νέο ραντεβού μετά από 6 μήνες.

Εάν η επιτροπή εξωσωματικής κρίνει από την εξέταση των παραστατικών, ότι πρέπει να γίνει διέγερση ωοθηκών ή και ενδομητρίακή σπερματέγχυση, έχει το δικαίωμα να ζητήσει να γίνουν έως 4 προσπάθειες διέγερσης ωοθηκών ή και ενδομητρίακής σπερματέγχυσης.

Δ. Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας:

Για να συνταγογραφηθούν από το γυναικολόγο Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ τα φάρμακα που απαιτούνται για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, η ασφαλισμένη έχει την υποχρέωση να προσκομίσει τα εξής δικαιολογικά:

- Υπερηχογράφημα.
- Σπερμοδιάγραμμα από μικροβιολόγο.
- Γνωματευμένη σαλιγγογραφία τελευταίας διατροφής όπου θα φαίνεται ότι δεν υπάρχει σαλιγγικός παράγων (δεν νοείτε

πρόκληση και πιθανόν σπερματέγχυση με σπερμοδιάγραμμα κάτω των 1.000.000/ml ή με κλειστές σάλπιγγες).

Στην συνταγή επισυνάπτεται η έκθεση της σαλπιγγογραφίας και το υπερηχογράφημα, καθώς και η γνωμάτευση του ιατρού. Εάν υπάρχει άρνηση του γυναικολόγου να αναγράψει φάρμακα πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας, αυτή πρέπει να είναι στοιχειοθετημένη, εκτός εάν υπάρχει απόφαση της επιτροπής εξωσωματικής του Ι.Κ.Α.- ETAM. Οι συνταγές θα ελέγχονται ως προς την τήρηση των ως άνω προϋποθέσεων και θα θεωρούνται από ελεγκτή γιατρό.

Ε. Παροχές Ι.Κ.Α.- ETAM για κάθε προσπάθεια εξωσωματικής – χορήγηση φαρμάκων:

- Για κάθε προσπάθεια εξωσωματικής (τέσσερις (4) συνολικά) το Ι.Κ.Α.- ETAM καταβάλλει το προβλεπόμενο από το ισχύον Προεδρικό Διάταγμα ποσό των 352,16 Ευρώ (120.000 δρχ).
- Καλύπτονται όλες οι εξετάσεις που είναι αναγκαίο να προηγηθούν του σχηματισμού του φακέλου παραπομπής της ασφαλισμένης στην επιτροπή.
- Καλύπτονται πλέον και τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την πραγματοποίηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης, για την πραγματοποίηση σπερματέγχυσης και για την πρόκληση ωορρηξίας (πλην των ARVEKAP 0,1mg, PREGNYL, PROFASI,

UTROGESTAN, DARONDA 2,8ml, SUPREFACT Amp 2x7 και NASAL Spray).

Τα φάρμακα χορηγούνται από τα φαρμακεία του Ιδρύματος και συγκεκριμένα:

- Από το Κεντρικό Φαρμακείο (Αγ. Κωνσταντίνου 16- 18, Αθήνα, τηλ.: 210- 5200022, 5222605)
- Από το Ογκολογικό Νοσοκομείο (Ασωπίου 4 & Παράσχου, Γκύζη, τηλ.: 210- 6495236 & 210- 6495237- 6495246).
- Από το Β' Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Νικ. Πλαστήρα 22, Ν. Κρήνη, τηλ.: 2310- 465892 & 2310- 451241- 9 (τηλ. Κέντρο), εσωτ. 1643).

ΣΤ. Δικαιολογητικά πληρωμής της ασφαλισμένης:

Μετά το πέρας κάθε προσπάθειας εξωσωματικής γονιμοποίησης, για να εισπράξει η ασφαλισμένη το ποσό που προβλέπεται, πρέπει να υποβάλει σχετική αίτηση στο Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ της περιοχής της στην οποία θα επισυνάπτονται:

- Γνωμάτευση της Επιτροπής Εξωσωματικής Γονιμοποίησης του Ι.Κ.Α.- ΕΤΑΜ
- Βεβαίωση του κέντρου εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην οποία θα αναφέρονται: η πραγματοποίηση της εξωσωματικής, καθώς και η ολοκλήρωσή της προσπάθειας μέχρι και το στάδιο της

εμβρυομεταφοράς και κατά συνέπεια μη ολοκλήρωσης της προσπάθειας αποδίδεται το ήμισυ του προβλεπομένου ποσού της κρατικής διατίμησης.

- Βιβλιάριο Ασθενείας». ⁵⁰

50. www.IKA.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

5.1 Γενικά

Η επιθυμία μας να αποκτήσουμε ένα παιδί απορρέει από τα ατομικά μας ενδιαφέροντα,(το μητρικό ένστικτο υπάρχει φυσιολογικά στις γυναίκες),είναι κοινό στους περισσότερους ανθρώπους και φυσικά αυξάνεται καθώς μεγαλώνουμε. Καθοριστικό παράγοντα για την επιθυμία μας να δημιουργήσουμε μια οικογένεια παίζουν όμως και οι καταστάσεις, οι συγκυρίες και οι συνθήκες

Σίγουρα, όταν δύο άνθρωποι πάρουν την απόφαση να αποκτήσουν παιδί, θα πρέπει να νοιώθουν πως οι συνθήκες θα τους βοηθήσουν στο να τα καταφέρουν, να είναι έτοιμοι και οι δύο να κάνουν αυτό το μεγάλο βήμα, και να έχουν βέβαια μια πολύ καλή σχέση μεταξύ τους.⁵¹

51.Δάλλα Α, «Η κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της υπογονιμότητας», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.47

5.2 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΣΥΖΥΓΩΝ

Καταρχάς, θα πρέπει να θυμίσουμε ότι ένα ζευγάρι είναι πιθανόν, να μην μπορεί να κάνει παιδιά, επειδή έχει «πρόβλημα» είτε ο άντρας είτε η γυναίκα, ή σπανιότερα και οι δύο. Φυσικά, ανάλογα με την περίπτωση, οι ευθύνες που επιφορτίζεται ο καθένας, αλλάζουν και καθορίζουν την ψυχολογική κατάσταση του ίδιου και κατ' επέκταση του ζευγαριού. Με πιο απλά λόγια, όταν δύο σύντροφοι αρχίζουν να υποψιάζονται ότι ίσως δεν μπορούν να κάνουν παιδιά ακολουθώντας την «φυσιολογική» οδό, αλλά και όταν μπουν στην διαδικασία των εξετάσεων για την διερεύνηση του προβλήματος, η ψυχολογία τους σίγουρα δεν θα είναι καλή ούτε και θετική. Ας δούμε τις συναισθηματικές επιπτώσεις του προβλήματος υπογονιμότητας για τον άντρα και την γυναίκα χωριστά, αλλά και από κοινού ως ζευγάρι.⁵²

5.2.1 Η ΓΥΝΑΙΚΑ

Κατά κανόνα –και αυτή είναι μία αντίληψη που υπάρχει ανά τους αιώνες- οι γυναίκες είναι αυτές που επιφορτίζονται πρώτες τις ευθύνες εξαιτίας της υπογονιμότητας και αυτό είναι φυσικά κάτι που χειροτερεύει την ψυχολογία τους, μια που:

- Αντιμετωπίζουν πρώτες τις «κατηγορίες» από το στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και θεωρούνται υπεύθυνες για την αδυναμία να «προσφέρουν ένα παιδί στον σύζυγό τους»
- Είναι υποχρεωμένες να είναι οι πρώτες που θα υποβληθούν σε πολλές και «οδυνηρές » εξετάσεις, για να διαπιστωθεί εάν έχουν κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα.
- Σε ορισμένες κοινωνίες, η στειρότητα αποτελεί αιτία διαζυγίου ή
- εγκατάλειψης της γυναίκας από τον σύζυγό της

5.2.2 Ο ΑΝΤΡΑΣ

Παρ' όλο που οι εξετάσεις για να εξακριβωθεί η ανδρική γονιμότητα είναι πολύ πιο απλές και λιγότερες από αυτές που χρειάζεται να υποστούν οι γυναίκες, οι άνδρες, σε τέτοιες περιπτώσεις αντιμετωπίζουν μεγάλη ψυχολογική πίεση. Έτσι, είναι πιθανόν να νοιώθουν ότι:

- Η σύντροφός τους θα αντιδράσει άσχημα ή και απαξιωτικά για εκείνους, εάν αποδειχτεί ότι έχουν πρόβλημα υπογονιμότητας.
- Αισθάνονται ότι χάνουν την « εξουσία » τους μέσα στην οικογένεια.

Έχει αποδειχτεί ότι οι άντρες, σε περίπτωση που αποδειχτεί αντιμετωπίζουν τελικά πρόβλημα υπογονιμότητας, έχουν ψυχολογία χειρότερη από εκείνη των γυναικών αντίστοιχα. Γεγονός που μπορεί να δικαιολογείται ίσως, καθώς θεωρείται παραδοσιακά πιο « φυσιολογικό » να ευθύνονται οι γυναίκες για την υπογονιμότητα του ζευγαριού.

5.2.3 ΤΙ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ

- Αίσθηση απώλειας, που μπορεί να μοιάζει με την απώλεια ενός πολυαγαπημένου προσώπου.
- Αίσθημα κοινωνικής ανεπάρκειας (νοιώθουν ότι δεν είναι ικανοί να φέρουν σε πέρας την κοινωνική τους « υποχρέωση », που δεν είναι άλλη από την δημιουργία οικογένειας.)
- Θλίψη και δυστυχία. Κατάθλιψη, άγχος, ενοχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόγνωση και διαταραχές στην σκέψη.(αυτές εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες)

5.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΡΥΝΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ.

Το να μην μπορούν δύο άνθρωποι να κάνουν παιδιά, να υποβάλλονται συνέχεια σε εξετάσεις και σε διαδικασίες για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι μία κατάσταση ήδη δύσκολη, την οποία μπορεί να δυσχεράνουν ακόμη περισσότερο κάποιοι παράγοντες.

«Τέτοιοι πιθανοί παράγοντες είναι:

- Ένα προϋπάρχον ψυχικό πρόβλημα, π.χ κατάθλιψη, που απασχολεί πριν από την εμφάνιση του προβλήματος της υπογονιμότητας το ένα από τα δύο μέλη.
- Το φύλο. Στην πραγματικότητα η υπογονιμότητα τόσο για την γυναίκα όσο και για τον άνδρα, τίθεται ψυχολογικά ως πρόβλημα ταυτότητας φύλου, μια που κατά έναν τρόπο νοιώθουν ότι δεν εκπληρώνουν τον « ρόλο » τους, όταν δεν μπορούν να αποκτήσουν ένα παιδί. Επειδή ο ρόλος της γυναίκας είναι πιο κοντά στην τεκνοποίηση, στην περίπτωση που εκείνη έχει το « πρόβλημα » της υπογονιμότητας, βρίσκεται και σε μειονεκτικότερη θέση.
- Το είδος του προβλήματος που προκαλεί υπογονιμότητα (αν για παράδειγμα οφείλεται σε γενετικές ανωμαλίες ή επίκτητες , θεραπεύσιμες ή μη κτλ)

- Πεποιθήσεις που έχει το κάθε μέλος του ζευγαριού σχετικά με την απόκτηση ενός παιδιού και την δημιουργία οικογένειας.(αν δηλαδή τοποθετούν αυτόν τον στόχο στην κορυφή των επιτευγμάτων για την προσωπική τους ζωή ή αν είναι δευτερεύουσας σημασίας)
- Το είδος της σχέσης που έχει το ζευγάρι.
- Ο τρόπος με τον οποίο τους « στηρίζουν » ή τους « επιβαρύνουν » οι συγγενείς και φίλοι.
- Η συμμετοχή σε κοινωνικές ή οικογενειακές εκδηλώσεις που υπενθυμίζουν το πρόβλημα (πχ το να υπάρχει κάποια άλλη γυναίκα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον που είναι έγκυος).
- Οι τυχόν παρενέργειες ή προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η θεραπεία για τη υπογονιμότητα (πόννοι, ή άλλα προβλήματα υγείας που μπορεί να έχουν παρουσιαστεί).
- Η αδυναμία να επιτευχθεί τελικά μια εγκυμοσύνη.(πχ αποβολή) ή η συνολική αποτυχία της θεραπείας και της προσπάθειας γενικότερα». ⁵³

53.Δάλλα Α, «Παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχολογία του ζευγαριού», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», 2005, σελ.48-50

5.4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η πλειοψηφία των ζευγαριών, συνειδητά τουλάχιστον, επιχειρεί να αποφύγει μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και έχει τη βεβαιότητα ότι όταν αποφασίσει να αποκτήσει ένα παιδί και σταματήσει να λαμβάνει μέτρα προφύλαξης, θα προκύψει αυτομάτως η επιθυμητή εγκυμοσύνη. Συχνά όμως η εγκυμοσύνη αυτή δεν πραγματοποιείται και ξεκινάει ο Γολγοθάς της εμπειρίας της θεραπείας της υπογονιμότητας, που οδηγεί στην γνωριμία με τις νέες τεχνολογίες της αναπαραγωγής και στην εισβολή του γιατρού στην πιο προσωπική πλευρά της ζωής του ζευγαριού.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας αφορούν τόσο κάθε μέλος του ζευγαριού όσο και την σχέση τους. Επηρεάζεται η εικόνα εαυτού, επηρεάζεται η σεξουαλική σχέση, -μιας και αυτή υπενθυμίζει την αδυναμία του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί- και βιώνεται η απογοήτευση όταν η θεραπεία αποτυγχάνει.

Κατά την διάρκεια των διαφόρων μεθόδων που χρησιμοποιούνται η ζωή του ζευγαριού επικεντρώνεται στον κύκλο της γονιμότητας. Στην πρώτη φάση του κύκλου, υπάρχει η ελπίδα, και στην δεύτερη επέρχεται η απογοήτευση. Κάποια ζευγάρια επιτυγχάνουν σχετικά ανώδυνα, δηλαδή ύστερα από περιορισμένες μόνο απόπειρες, την πολυπόθητη εγκυμοσύνη. Κάποια άλλα όμως εμπλέκονται σε ατέρμονες προσπάθειες

αδυνατώντας να εγκαταλείψουν το κυνήγι της πραγματοποίησης της επιθυμίας αυτής.(επιτυχία 20%).

Τα περισσότερα ζευγάρια που απευθύνονται στις νέες τεχνολογίες για να αποκτήσουν παιδιά, ξεκινούν με την κλασική μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην οποία χρησιμοποιούνται οι γαμέτες τους. Στην περίπτωση αυτή συνειδητά, ή ασυνείδητα, επεξεργάζονται το γεγονός του διαχωρισμού της σεξουαλικής τους σχέσης από την τεκνοποίηση. Καμιά γυναίκα δεν είχε φανταστεί ότι θα έμενε έγκυος έχοντας κάνει άπειρες ενέσεις προκειμένου να προκληθούν πολλαπλά ωοθυλάκια και ότι η σύλληψη του μωρού της θα γινόταν σε ένα εργαστήριο. Κανένας άνδρας δεν είχε φανταστεί ότι για να αποκτήσει ένα παιδί θα έπρεπε να πάρει το σπέρμα του σε ένα δωμάτιο ενός εργαστηρίου και να το παραδώσει στον γιατρό για να το τοποθετήσει κατόπιν εκείνος σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα προκειμένου να γίνει η γονιμοποίηση.

Επιπλέον, οι ταλαιπωρίες της εξωσωματικής δεν εξασφαλίζουν την εγκυμοσύνη. Παρ' όλη την πρόοδο της τεχνογνωσίας και της τεχνολογίας που σημειωθεί τα τελευταία χρόνια, η εξωσωματική γονιμοποίηση και οι παραλλαγές της έχουν ένα ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 20%. Στο σημείο αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί ότι όσον αφορά τα ίδια τα ζευγάρια το ποσοστό επιτυχίας των μεθόδων που έχει σημασία είναι εκείνο που αναφέρεται στα ζωντανά βρέφη που φεύγουν από το μαιευτήριο.

Τα ποσοστά επιτυχίας που αναφέρονται σε θετικά τεστ εγκυμοσύνης ενδιαφέρουν μόνο τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Είναι προφανές ότι, ακόμη και σήμερα, ένα μεγάλο ποσοστό ζευγαριών που εμπλέκονται στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν ένα παιδί.

Η ψυχολογική στήριξη κατά την δύσκολη αυτή περίοδο είναι συχνά απαραίτητη. Αλλά, ακόμη και όταν επιτυγχάνεται η πολυπόθητη εγκυμοσύνη, η αγωνία δεν σταματά διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μιας αποβολής ή ενός πρόωρου τοκετού, καθώς επίσης και η πιθανότητα μίας πολύδυμης κύησης. Οι επιπτώσεις- όχι μόνο οι ιατρικές αλλά και οι ψυχολογικές- τέτοιων κυήσεων μπορεί να σοβαρές, τόσο για την μητέρα όσο και για τα παιδιά, κυρίως στις περιπτώσεις εγκυμοσύνης με περισσότερα από δίδυμα.

Οι πολύδυμες κυήσεις αντιμετωπίζονται με την μέθοδο της εμβρυϊκής μείωσης, όπου μία ένεση στην καρδιακή κοιλότητα προεπιλεγμένων εμβρύων σταματά την ανάπτυξή τους. Η εμβρυϊκή μείωση είναι μία τεχνική απλή, αλλά ιδιαίτερα οδυνηρή ψυχολογικά. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας, στις χώρες εκείνες όπου η συμμετοχή τους έχει προ πολλού κριθεί αναγκαία, συνιστούν την συνεργασία των ζευγαριών με ειδικούς, τόσο πριν όσο και μετά την διαδικασία της μείωσης, διότι οι γονείς πρέπει να ζήσουν με την απόφασή τους να καταστρέψουν κάποια έμβρυα, αλλά και διότι τα παιδιά που θα

γεννηθούν είναι πιθανόν να έχουν ενοχές επειδή αυτά ήταν τα έμβρυα εκείνα που επελέγησαν να επιζήσουν.

Τα ζευγάρια που δεν επιτυγχάνουν μια εγκυμοσύνη με τους δικούς τους γαμέτες οδηγούνται σταδιακά στην απόφαση εξωσωματικής γονιμοποίησης με την συμμετοχή δότη σπέρματος, δότριας ωαρίων ή στη δωρεά εμβρύων. Η συμμετοχή τρίτου στην αναπαραγωγή καθιστά την συνθήκη εξαιρετικά πολύπλοκη από ψυχολογική άποψη. Οι γιατροί συνήθως παρουσιάζουν στα ζευγάρια την επιλογή του δότη ή της δότριας ως μία τυπική παραλλαγή της ήδη εφαρμοζόμενης θεραπείας, με αποτέλεσμα τα ζευγάρια να επιλέγουν τη λύση αυτή χωρίς να κατανοούν απολύτως την πολυπλοκότητά της. Δεν συνειδητοποιούν, δηλαδή, ότι διαχωρίζεται ο γενετικός από τον κοινωνικό ρόλο των γονέων, ότι η υπογονιμότητα δεν θεραπεύεται, ότι ο μη γόνιμος σύντροφος παραμένει μη γόνιμος και μετά την απόκτηση παιδιού, ότι αυτός υιοθετεί το παιδί του ή της γόνιμου συντρόφου, ότι συνήθως η διαδικασία κρατείται μυστική και ότι είθισται ο δότης ή η δότρια να είναι ανώνυμοι.

Ο κίνδυνος να εμπλακούν τα ζευγάρια στην απόκτηση παιδιού με την συμμετοχή τρίτου θεωρώντας ότι πρόκειται απλώς για παραλλαγή των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν προγενέστερα συνίσταται στο ότι δεν επεξεργάζονται το γεγονός ότι το παιδί που θα αποκτηθεί δεν θα είναι βιολογικά συγγενείς και με τους δύο γονείς του.

Η ψυχική διεργασία αυτού του γεγονότος είναι εξαιρετικά οδυνηρή και χρονοβόρα και προϋποθέτει την συνεργασία με ειδικό της ψυχικής υγείας. Η μη επεξεργασία του δεδομένου αυτού μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα τόσο στο ζευγάρι όσο και στο παιδί τους. Η γέννηση του παιδιού αυτού μπορεί να αποτελεί τη μαρτυρία της στειρότητας του ενός ή του άλλου μέλους του ζευγαριού. Η ψυχική διεργασία για τη λήπτρια του γενετικού υλικού, όταν χρησιμοποιούνται ωάρια δότριας, είναι ευκολότερη από ό,τι στην αντίστοιχη περίπτωση του λήπτη σπέρματος διότι στην πρώτη περίπτωση η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και ο θηλασμός συνιστούν μία βιολογική συμμετοχή της λήπτριας, με αποτέλεσμα να «θεραπεύεται» φαντασιωσικά η υπογονιμότητα της λήπτριας. Αντίθετα όταν χρησιμοποιείται σπέρμα δότη ο σύζυγος είναι εντελώς αμέτοχος σε όλη την βιολογική διαδικασία.⁵⁴

54.Στύλλου Χ, «Δυσκολίες και διλήμματα κατά την τεχνητή γονιμοποίηση», εφημ. «Η καθημερινή», 2004, σελ.18-19

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

«Όταν γεννήθηκε η Louise Brown, το πρώτο « παιδί του σωλήνα » στον κόσμο, οι αντιδράσεις ήταν μεγάλες. Παρόμοιες αντιδράσεις ξέσπασαν όταν, μετά μερικά χρόνια αργότερα, γεννήθηκε το πρώτο παιδί από έμβρυο που είχε καταψυχθεί. Φυσικά, η Καθολική Εκκλησία ήταν από τους πρώτους που εξέφρασαν ανησυχίες και τοποθετήθηκε αμέσως αρνητικά ως προς τις νέες αυτές « δυνατότητες » του ανθρώπου, δηλαδή να τεκνοποιεί παρά τη Θεία Θέληση. Οι καιροί όμως είχαν αλλάξει και η εποχή του Γαλιλαίου είχε οριστικώς παρέλθει. Δεν υπήρξαν πυρές, ούτε αφορισμοί, μόνο φραστικές αντιδράσεις. Ας μην ξεχνούμε ότι η Καθολική Εκκλησία και ο ίδιος ο Πάπας, έχουν επανειλημμένως τονίσει την αντίδρασή τους σε τεχνολογικά επιτεύγματα, όταν εκείνα δημιουργούν καταστάσεις οι οποίες έρχονται σε σύγκριση με τα δόγματά της. Επί παραδείγματι, αντιδρούσε ανέκαθεν στην χρησιμοποίηση των προφυλακτικών , επειδή τα πλαστικά αυτά « κατασκευάσματα » εμποδίζουν την τεκνοποιία. Όταν εμφανίστηκε και άρχισε να εξαπλώνεται ραγδαίως η επιδημία του AIDS, η Καθολική Εκκλησία βρέθηκε προ ενός διλήμματος : να επιτρέψει ή όχι την χρήση των προφυλακτικών, τα οποία, όπως γνωρίζουμε, είναι ο πλέον φθηνός και ασφαλής τρόπος αποφυγής της μολύνσεως ;

Το παράδειγμα των προφυλακτικών είναι χαρακτηριστικό: τι είναι ηθικό στην προκειμένη περίπτωση; Ποιος είναι αρμόδιος να κρίνει κάτι τέτοιο; Είναι το θέμα καθαρώς εκκλησιαστικό, ή μήπως η κοινωνία-κυρίως η κοινωνία- πρέπει να διαμορφώνει και να επιβάλλει, τελικώς, τους ηθικούς κανόνες; Σαφώς η Εκκλησία έχει δικαίωμα, ίσως και υποχρέωση να ασχολείται με τα θέματα της Ηθικής. Δεν νομίζω όμως .ότι έχει και την αποκλειστικότητα του δικαιώματος αυτού, ούτε και καμία υποχρέωση να ασχολείται μόνο με την Ηθική. Η θετική αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ιατρικής τεχνολογίας από την Εκκλησία θα μπορούσε να βοηθήσει ψυχολογικώς πολλά ζευγάρια που ακόμη και σήμερα φοβούνται, προσφεύγοντας στην ΙΥΤ , ότι πράττουν κάτι ανήθικο ή αφύσικο, επειδή ακριβώς η Εκκλησία έχει δηλώσει την αντίθεσή της με την ανθρώπινη παρέμβαση στον τομέα της τεκνοποιίας. Από την άλλη πλευρά η κοινωνία σιωπά. Ούτε συζητά, ούτε ρωτά, ούτε θέτει φραγμούς, κανόνες και όρια.

Η Εκκλησία δεν έχει αντιδράσει αρνητικά στις μεταμοσχεύσεις οργάνων τόσο σημαντικών για την υγεία όσο η καρδιά ή ο νεφρός, αντιδρούν όμως κοινωνικές δυνάμεις, όταν το σύστημα των καταλόγων αναμονής στα νοσοκομεία δεν ακολουθεί κάποιους κανόνες « ηθικής » τουλάχιστον ως προς τις προτεραιότητες. Φανταστείτε τι εκκλησιαστικές και κοινωνικές αντιδράσεις θα ξεσήκωνε όμως μία μεταμόσχευση εγκεφάλου, παρά το γεγονός ότι ο εγκέφαλος είναι όργανο σχεδόν

...περιττό για την υγεία, σε σύγκριση με την καρδιά. Στην κοινωνία μας, ίσως πράγματι ισχύει εκείνο που οπωσδήποτε δεν ισχύει στην περίπτωση του Πάπα της Ρώμης, ίσως δηλαδή η ελληνική κοινωνία δεν έχει καμία απολύτως θέση επί του θέματος, επειδή δρα παρορμητικά, χωρίς να έχει προϋπάρξει ούτε ενημέρωση, ούτε συζήτηση.

Είναι λυπηρό το γεγονός ότι η Εκκλησία σπάνια συνέδραμε την προσπάθεια της Επιστήμης διεθνώς, μάλλον προσπαθούσε συχνά να καταστείλει τα επιστημονικά επιτεύγματα και τις επί πλέον ελευθερίες του ανθρώπου που απέρρεαν από αυτά. Βεβαίως, δεν υπάρχει λόγος να αναλύσουμε εδώ το θέμα αυτό, οφείλουμε ωστόσο να επισημάνουμε ότι ο στόχος θα έπρεπε να είναι κοινός και μοναδικός :η βελτίωση της ζωής μας. Εκκλησία και επιστήμη συχνά συνεπλάκησαν σε αντιδικίες για την υπεράσπιση των εκατέρωθεν συμφερόντων τους, αφήνοντας το λαό στο περιθώριο, με μοναδικό αποτέλεσμα μία τεράστια καθυστέρηση στην ηθική εξέλιξη του ανθρώπου. Σε οχτώ χιλιάδες χρόνια γραπτής ιστορίας, από τους Σουμερίους έως το πρώτο γνωστό ανθρώπινο ταξίδι στην Σελήνη, οι άνθρωποι δεν έχουμε ξεφύγει από την χαμέρπεια του πάθους της εξουσίας, που καταδυναστεύει την συνείδησή μας, αποτρέποντας την αφύπνισή της, και που μας υποχρεώνει να ζούμε ακόμη σαν τα ζώα, ή ίσως και χειρότερα. Παράλληλα, οι κοινωνικές μάζες, χωρίς ικανοποιητική ενημέρωση, χωρίς ιδιαίτερη εκπαίδευση, χωρίς ηθική υποστήριξη από την εκκλησία(μάλλον με γνώμονα την κάθετη άρνησή

της , στην περίπτωση του Καθολικισμού...), χωρίς καν ιατρική υποστήριξη τις περισσότερες φορές, κατ' ανάγκη βρίσκονται προ αλληπάλληλων εκπλήξεων. Δεν έχουν τρόπο να γνωρίσουν την αλήθεια, δεν μπορούν να εκτιμήσουν ελεύθερα τα πράγματα, άγονται και φέρονται, επηρεάζονται από κάθε είδους δημοσιογραφικά πυροτεχνήματα και τελικώς αποπροσανατολίζονται, ασχολούμενες με επουσιώδη προβλήματα, με άχρηστες γενικότητες, παραβλέποντας τους κινδύνους που εγκυμονεί αυτή ακριβώς η απουσία κοινωνικής ηθικής τοποθετήσεως. Το πρόβλημα είναι επομένως κατά κύριο λόγο κοινωνικό.

Η ηθική έχει και τα όριά της :δε νομίζω ότι έχουμε το ...ηθικό δικαίωμα να ασχολούμεθα με δήθεν θεμελιώδεις ηθικούς προβληματισμούς που απορρέουν από την εφαρμογή της ΙΥΤ στον άνθρωπο. Η δυστυχία του ανθρώπου στις μέρες μας επιβάλλει να μετριάσουμε τα λόγια και να βλέπουμε τα πράγματα στην αληθινή τους διάσταση. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα που δείχνουν πόσο υπεροπτικά ανάρμοστες είναι κάποιες γενικές συζητήσεις. Ας εξετάσουμε το θεμελιώδες ηθικό θέμα : επιτρέπεται να δημιουργούμε παιδιά του σωλήνα ;Πολλοί λένε ότι αυτό είναι ανήθικο, διότι υπάρχουν τόσα πολλά εγκαταλελειμμένα παιδιά. Όμως, τι είδους « αριθμητικό » επιχείρημα είναι αυτό, όταν αναλογισθούμε ότι κάθε τρία δευτερόλεπτα, πεθαίνει ένα παιδί από ασιτία, κάπου στον Κόσμο μας; Η εφαρμογή της ΙΥΤ σε ευρεία κλίμακα, εδώ και τόσα χρόνια, έχει επιτύχει να γνωρίσουν

την γονική ευτυχία μερικές δεκάδες χιλιάδες ζευγαριών το πολύ. Η ΙΥΤ δεν έχει παράγει ορδές άχρηστων παιδιών διεθνώς. Έχει απλώς βοηθήσει ελάχιστους ανθρώπους να ζήσουν κάτι που η Φύση τους είχε προσωρινώς απαγορεύσει. Για ποιον λόγο κανείς (ούτε λαϊκός ούτε κληρικός) δεν εξανίστανται κατά της υπέρξεως των Μονάδων εντατικής Θεραπείας στα νοσοκομεία μας, όπου με σαφέστατη ιατρική παρέμβαση σώζονται καθημερινώς ζωές που θα είχαν χαθεί εάν δεν υπήρχε αυτή η παρέμβαση; Για λόγους καθαρώς συμφεροντολογικούς, ακολουθώντας- ίσως και χωρίς να το γνωρίζουν- την γνωστή διαφημιστική τακτική της «δημιουργίας της ζήτησεως» η κοινωνία, ένα μέρος της εκκλησίας, μία μερίδα του τύπου(γραφτού και ηλεκτρονικού), διαμορφώνουν συζητήσεις γύρω από ψεύτικα προβλήματα. Δεν συγκρίνουν τα συγκρίσιμα, δημιουργούν προβλήματα εκεί που δεν υπάρχουν, και ,της αγνοίας βοηθούσης, δεν ασχολούνται με τα αληθινά προβλήματα.

Ο Pasteur έλεγε ότι δεν υπάρχει εφαρμοσμένη επιστήμη, παρά μόνο εφαρμογές της επιστήμης. Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόζονται οι ανακαλύψεις μπορεί και οφείλει να αποτελεί αντικείμενο συζητήσεως. Από αυτόν εξαρτάται ευθέως η ποιότητα της ζωής μας, όχι από την φιλολογική συζήτηση του κατά πόσο η έρευνα σε ορισμένα θέματα πρέπει να επιτρέπεται ή όχι. Επειδή όμως ο άνθρωπος έχει επιμελώς φροντίσει να διατηρεί όσο το δυνατόν περισσότερους συνανθρώπους του στην άγνοια, με μοναδικό σκοπό να τους εξουσιάζει ευκολότερα, η

έρευνα αυτομάτως γίνεται κάτι το αφ' εαυτού επικίνδυνο, ένα «μαγικό» προνόμιο που μόνο ορισμένοι «ειδικοί» πρέπει να έχουν, αφού μάλιστα περάσουν από «ψιλό κοσκίνισμα» και κριθούν ικανοί να διατηρήσουν επτασφράγιστα τα «μυστικά» της «λέσχης». Αδιάψευστο παράδειγμα : η χρήση της πυρηνικής ενέργειας! Μία τεχνολογική καινοτομία, η οποία, εάν είχε τελειοποιηθεί με ορθολογικό και προγραμματισμένο τρόπο, με τον δέοντα σεβασμό, θα είχε ίσως λύσει το ενεργειακό πρόβλημα του πλανήτη μας. Αντί για κάτι τέτοιο, χρησιμοποιήθηκε για στρατιωτικούς σκοπούς και αποτελεί σήμερα έναν άμεσο κίνδυνο ολικής καταστροφής του: παρά την «νέα τάξη πραγμάτων», κανείς ενημερωμένος άνθρωπος δεν μπορεί βεβαίως να πιστέψει σοβαρά ότι ο κίνδυνος πυρηνικού ολοκαυτώματος έχει εκλείψει ή καν σημαντικά μειωθεί...απλώς, δημοσιογράφοι και πολιτικοί παραλείπουν να αναφερθούν στο θέμα και ο «κοσμάκης» σιγά - σιγά το λησμονεί. Κυρίως όμως, πράγμα πολύ χειρότερο, η πυρηνική τεχνολογία λειτουργεί ως ωρολογιακή βόμβα εναντίον των μελλοντικών γενεών: οι σημερινοί τεχνοκράτες δεν γνωρίζουν τι να κάνουν τα απόβλητα των πυρηνικών εργοστασίων ή των υπό διάλυση πυρηνικών εξοπλισμών και, ελλείψει άλλων ιδεών, τα...φουντάρουν στην θάλασσα, τα διοχετεύουν στο λαθρεμπόριο ή τα θάβουν στο χώμα, ελπίζοντας ότι οι ίδιοι θα έχουν προλάβει να πεθάνουν πριν αρχίσουν οι μεγάλες δηλητηριώδεις διαρροές και οι παρεπόμενες μηνύσεις για μαζικές ανθρωποκτονίες εκ προ μελέτης ... Ανηθικότητες.

Στον τομέα της ΙΥΤ , οι ανακαλύψεις δεν είναι πολλές, έχουν όμως ιδιαίτερη σημασία, εφ' όσον αναφέρονται στο «ένστικτο» της διαίωσισης του είδους. Οι «στείροι» υποψήφιοι γονείς είναι διατεθειμένοι να υποστούν οποιαδήποτε θυσία, και να διατρέξουν απίστευτους κινδύνους, προκειμένου να τεκνοποιήσουν. Μάλιστα, όσο η τύχη δεν τους βοηθά, τόσο περισσότερο πεισμώνουν και τόσο περισσότερο καταρρακώνουν την ψυχή τους, μεγιστοποιώντας περαιτέρω το «πρόβλημα». Στην ΙΥΤ ειδικά στην Ελλάδα, η ουσιαστική ενημέρωση χωλαίνει, με αποτέλεσμα οι υποψήφιοι γονείς να ,ην πληροφορούνται τους «κανόνες του παιχνιδιού» και να μην βλέπουν τις εναλλακτικές λύσεις (π.χ σπερματεγχύσεις αντί για άχρηστες απόπειρες εξωσωματικής γονιμοποίησης, λαπαροσκοπική λύση σαλπινγικών συμφύσεων αντί για περιττές μεγάλες επεμβάσεις ή άχρηστες σπερματεγχύσεις κ.ο.κ)»⁵⁵

55.Καζλαρήs Χ, Άρθρο «Η ηθική έχει και τα όριά της», «Το χρυσό μου παιδί», Αθήνα 1996, σελ.220-222

5.5.1 ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

«Η ιατρική, εφ' όσον ανακουφίζει τον ανθρώπινο πόνο, είναι ευλογημένη επιστήμη και κάθε πρόοδός της προς την κατεύθυνση αυτή πρέπει να χαιρετίζεται και να εγκαρδιώνεται. Σε καμία όμως περίπτωση δεν πρέπει να αλλοιώνει τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπου, όπως ο πάνσοφος Δημιουργός την καθόρισε. Όσα ακούγονται και κάποτε γίνονται τον τελευταίο καιρό και έχουν τέτοια κατεύθυνση, δεν συμβιβάζονται με το ορθόδοξο ήθος, λόγου χάριν καθορισμός φύλου, σπερματέγχυση, δανεικές μητέρες, τεκνοποιία ομοφυλοφίλων γυναικών με εξωσωματική γονιμοποίηση κλπ, δημιουργούν τεράστια προβλήματα, όχι μόνο ηθικά, αλλά και ιατρικά, γενετικά ζητήματα.

Η ατεκνία, οφειλόμενη σε οποιοδήποτε σωματικό λόγο, φέρνει δυστυχία σε ζευγάρια, που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Εφ' όσον αυτά έχουν δεθεί με το δεσμό του μυστηρίου του γάμου, η υποβοήθηση με εξωσωματική γονιμοποίηση, όπου θα χρησιμοποιείται ωάριο από τη σύζυγο και σπέρμα από τον σύζυγο, δεν παρουσιάζει πρόβλημα, παρά μόνο εκείνο της κατάψυξης των σπερμάτων που περισσεύουν και που δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να χρησιμοποιούνται για τη γονιμοποίηση ωαρίου ξένης γυναίκας. Ότι ισχύει στο γάμο γενικά, ισχύει και στην

τεχνητή γονιμοποίηση. Δεν μπορεί δηλαδή να χρησιμοποιείται «δανεικό» σπέρμα ή ωάριο, να εγκυμονεί η μητέρα, η αδελφή, όπως και μία ξένη το παιδί κλπ. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, οι συνέπειες είναι απρόβλεπτες και εμπλέκονται με νομικές, ηθικές, οικογενειακές και άλλες παραμέτρους.

Όπως τονίστηκε στην Β' σύναξη των Προκαθημένων των Ορθοδόξων Εκκλησιών, που συνήλθε τον Σεπτέμβριο 1995 στην Μονή του Αγίου Ιωάννου Θεολόγου Πάτμου, η Ορθοδοξία οφείλει να παρακολουθεί την εξέλιξη της βιολογίας με τις θετικές αλλά και τις αρνητικές επιπτώσεις της. Δεν είναι δυνατόν να αγνοείται από τις διάφορες ιατρικές επεμβάσεις, όποιο και αν είναι το σκοπούμενό τους(ευθανασία, αμβλώσεις, κλπ), ο ψυχικός και ο ηθικός παράγοντας. Ο άνθρωπος είναι ψυχή και σώμα σε αδιάσπαστο σύνολο. Δεν είναι πειραματόζωο. Είναι πρόσωπο, στο οποίο οφείλεται κάθε σεβασμός. Και η ιατρική από την αρχαιότητα απέδιδε πάντοτε σπουδαία σημασία στον παράγοντα αυτόν.

Σήμερα επικρατεί στον ιατρικό κόσμο στα θέματα αυτά διχασμός. Ιδίως ως προς την υποβοήθηση της αναπαραγωγής του ανθρωπίνου είδους (την τεχνητή γονιμοποίηση). Εντούτοις, όσα ακούγονται και για δυνατότητα τεκνοποίησης ανδρών ή δημιουργίας ζωής με εξ ολοκλήρου τεχνητούς τρόπους, είναι ασυμβίβαστα όχι μόνο με την ηθική τάξη της ανθρωπότητας, αλλά και με τον σκοπό και προορισμό της ίδιας της ιατρικής, που από επιστήμη ανακούφισης του ανθρωπίνου πόνου,

αναπόφευκτα μεταβάλλεται σε εφιάλτη. Θυμηθείτε τα περί «ευγονισμού» ή τα «ρομποτάκια» σε τι καταστροφικά αδιέξοδα οδηγούν».⁵⁶

Αθήνα 12 Ιουνίου 1996.

Ιωάννης Μ. Χατζηφώτης

Διευθυντής Γραφείου Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων Αρχιεπισκοπής

Αθηνών

56.Καζλαρής Χ, Άρθρο «Οι θέσεις της εκκλησίας της Ελλάδος», «Το χρυσό μου παιδί», Αθήνα 1996, σελ.250-251

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος του κοινωνικού Λειτουργού σε μία κλινική εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι συμβουλευτικός, υποστηρικτικός, και εμπνευστικός. Εφαρμόζει τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με ζευγάρια (οικογένεια), τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, και σε ορισμένες περιπτώσεις εφαρμόζει και τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες, που λειτουργεί σαν ομαδική ψυχοθεραπεία με ζευγάρια που πρόκειται ή που ήδη έχουν αποκτήσει παιδί με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Με τη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με ζευγάρια (οικογένεια), ο Κοινωνικός Λειτουργός επιδιώκει να στηρίξει το ζευγάρι που αποφάσισε να αποκτήσει παιδί μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης, να το συμβουλέψει ώστε να ακολουθήσει με προσοχή και ακρίβεια τις εντολές του γιατρού, να το εμπνεύσει για να μπορέσει να προχωρήσει θετικά προς το βήμα του αυτό, να υποστηρίξει το ζευγάρι βοηθώντας το να εκφράσει τους φόβους του και τις ανησυχίες του, και τέλος, προετοιμάζει την ψυχολογία του ζευγαριού ώστε να μπορέσει να δεχτεί και το θετικό αλλά και το αρνητικό αποτέλεσμα.

Με την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα, ο Κοινωνικός Λειτουργός ασχολείται μεμονωμένα με την γυναίκα και τον άντρα, κι

αυτό γιατί κάποια συναισθήματα και σκέψεις δεν μπορούν να εκφραστούν εύκολα όταν είναι παρών και οι δύο σύζυγοι. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα βοηθήσει τον κάθε σύζυγο ξεχωριστά να αντιμετωπίσει αυτά τα συναισθήματα και τις σκέψεις που επηρεάζουν τις μεταξύ τους σχέσεις, και να τα εξαλείψει ώστε να μπορέσουν να προχωρήσουν πιο ήρεμοι και αποφασισμένοι στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Με την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες που λειτουργεί σαν ομαδική ψυχοθεραπεία ζευγαριών, ο Κοινωνικός Λειτουργός στοχεύει στο να φέρει σε επαφή το νέο ζευγάρι με άλλα ζευγάρια που σκοπεύουν να αποκτήσουν ή που έχουν ήδη αποκτήσει παιδί μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ώστε να μπορέσουν να βοηθηθούν να ξεπεράσουν τους ενδοιασμούς και τους φόβους τους, αλλά και να διαπιστώσουν ότι δεν είναι το μοναδικό ζευγάρι που καταφεύγει σ' αυτόν τον τρόπο τεκνοποίησης.

Τέλος, παρόλο που οι υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι πολύτιμες, δυστυχώς στα περισσότερα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην χώρα μας, η ειδικότητα αυτή δεν υπάρχει μέσα στο ειδικό επιστημονικό προσωπικό που απαρτίζει κάθε κέντρο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το θέμα της υπογονιμότητας αποτελούσε για χρόνια ένα έντονο κοινωνικό πρόβλημα. Μέχρι πρόσφατα ήταν ένα ζήτημα ταμπού και πολύ ευαίσθητο να το αγγίξεις καθώς είχε πολλές ψυχολογικές επιπτώσεις στα ζευγάρια που το αντιμετώπιζαν.

Τα χρόνια όμως πέρασαν, και χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής γενικότερα βρέθηκαν λύσεις που βοήθησαν πολλά ζευγάρια να πραγματοποιήσουν το όνειρο τους. Συγκεκριμένα, από τότε που ήρθε στη ζωή το πρώτο παιδί της εξωσωματικής γονιμοποίησης, η Λουίζ Μπράουν, η επιστήμη έκανε σημαντική πρόοδο, με αποτέλεσμα, εκατομμύρια άτεκνα ζευγάρια να δουν το όνειρο τους να πραγματοποιείται και άλλα τόσα ζευγάρια να βλέπουν με ανακούφιση στο μέλλον να γίνονται γονείς.

Στην σημερινή εποχή, οι λόγοι που μπορούν να επηρεάσουν την γονιμότητα ενός ζευγαριού, εκτός από την ύπαρξη κάποιου γεννητικού προβλήματος, είναι πολλοί, όπως για παράδειγμα η ηλικία της γυναίκας, η οποία αποφασίζει να αποκτήσει παιδί από τα 30 έτη και μετά. Ένας άλλος παράγοντας είναι, ότι λόγω των δύσκολων συνθηκών διαβίωσης, το ζευγάρι φροντίζει πρώτα την επαγγελματική του αποκατάσταση, ώστε να μπορέσει να διαμορφώσει ένα κατάλληλο περιβάλλον, το οποίο θα παρέχει τα πάντα στο παιδί που θα έρθει αργότερα. Επιπλέον, το άγχος που κυριεύει το ζευγάρι, το οποίο υπάρχει και από το οικογενειακό

περιβάλλον για το πότε το ζευγάρι θα αποκτήσει παιδιά είναι ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας της γονιμότητας. Σήμερα, όμως χάρη στην ιατρική εξέλιξη, η υπογονιμότητα, μπορούμε πια να πούμε ότι αποτελεί παρελθόν.

Μπορεί όμως η υπογονιμότητα να αποτελεί πλέον παρελθόν, αλλά η ψυχολογία που έχει το ζευγάρι επηρεάζει κατά πολύ την πορεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αυτό συμβαίνει γιατί το ζευγάρι και κυρίως η γυναίκα, δέχεται πολλά αρνητικά σχόλια κυρίως από το οικογενειακό περιβάλλον του συζύγου, με αποτέλεσμα να επιθυμεί όλο και περισσότερο την εγκυμοσύνη, γεγονός που της δημιουργεί περισσότερο άγχος. Αλλά και ο άντρας, όταν διαπιστωθεί ότι αυτός έχει το πρόβλημα, αισθάνεται ότι χάνει την εξουσία μέσα στην οικογένεια.

Όταν όμως όλα αυτά ξεπεραστούν και φτάσουν στην απόκτηση ενός παιδιού με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, έρχονται να αντιμετωπίσουν ένα ακόμη πρόβλημα-το οικονομικό-καθώς το κόστος της όλης διαδικασίας είναι πολύ μεγάλο και η κάλυψη των ασφαλιστικών ταμείων σχεδόν μηδαμινή, αλλά και χρονοβόρα.

Για τα ζευγάρια λοιπόν που έχουν την οικονομική άνεση το όνειρο της απόκτησης ενός παιδιού πραγματοποιείται εύκολα, για τα ζευγάρια όμως που τα οικονομικά τους δεν το επιτρέπουν το όνειρο αυτό εργεί να γίνει πραγματικότητα.

Ελπίζουμε όμως, κάποια στιγμή στο μέλλον, το κράτος να πάρει σοβαρά το πρόβλημα της υπογονιμότητας, και να βοηθήσει τα άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν το παιδί που επιθυμούν, μειώνοντας τα έξοδα, και παρέχοντας καλύτερη ασφαλιστική κάλυψη από τα υπάρχον ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας. Επιπλέον, θα πρέπει το θέμα της υπογονιμότητας να πάψει να είναι ένα θέμα ταμπού και να αντιμετωπίζεται με περισσότερη σκέψη και ευαισθησία από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ζευγαριού που αντιμετωπίζει το πρόβλημα.

Στα παραρτήματα που ακολουθούν παρατίθενται συνεντεύξεις από εξειδικευμένους γυναικολόγους στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Επίσης, παρατίθενται περιπτώσεις γυναικών, οι οποίες έχουν υποβληθεί στην μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης και μιλούν για το πρόβλημα που είχαν αλλά και για το πώς είναι η ζωή τους τώρα μαζί με τα παιδιά τους.

Τέλος, ακολουθούν κάποιες προτάσεις μας σχετικά με την καλύτερη λειτουργία των κέντρων εξωσωματικής γονιμοποίησης, την καλύτερη ενημέρωση των ζευγαριών καθώς και την επέκταση και καλύτερης κάλυψης της νομοθεσίας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος προτείνουμε τα εξής:

- Την δημιουργία περισσότερων κέντρων στις πόλεις όπου ήδη υπάρχουν για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ζευγαριών.
- Την ίδρυση κέντρων εξωσωματικής γονιμοποίησης και στις επαρχιακές πόλεις, ώστε να μπορούν τα ζευγάρια που μένουν μακριά από τα αστικά κέντρα να πραγματοποιήσουν το όνειρο τους γλιτώνοντας χρόνο και κόπο στην μεταφορά αλλά και περιορίζοντας τα έξοδα.
- Περισσότερη και ουσιαστικότερη ενημέρωση των ζευγαριών από τα Μ.Μ.Ε. αναφορικά με το θέμα της υπογονιμότητας και τους μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με στόχο την καταπολέμηση της υπογονιμότητας στην χώρα μας.
- Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, ώστε να σταματήσει να αποτελεί ένα θέμα ταμπού και ταυτόχρονα ‘ρατσισμού’.
- Δημιουργία μιας πλήρους νομοθετικής κάλυψης, η οποία θα προσφέρει περισσότερη ασφάλεια στα ζευγάρια που αποφασίζουν να ακολουθήσουν την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.
- Οικονομική συμπαράσταση από το κράτος και μεγαλύτερη συνεισφορά από τα ασφαλιστικά ταμεία με σκοπό την ενθάρρυνση

και βοήθεια των ζευγαριών με χαμηλό εισόδημα στο να προβούν σε αυτό το μεγάλο βήμα.

- Επειδή στα περισσότερα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης λείπει η ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού και του ψυχολόγου, θεωρούμε ότι όλα τα κέντρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν αυτές τις δύο ειδικότητες γιατί η παροχή των υπηρεσιών που προσφέρουν είναι πολύ σημαντική για τα ζευγάρια που επισκέπτονται τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.
- Επίσης, προτείνουμε ότι θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο σε πέντε τουλάχιστον χρόνια από τώρα, η εξωσωματική γονιμοποίηση να γίνεται και στα κρατικά νοσοκομεία και όχι μόνο στα ιδιωτικά κέντρα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και φυσικά για το μικρότερο κόστος της όλης διαδικασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αποστολάκης Σ, «Κύριες ενδείξεις για μικρογονιμοποίηση», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005.
- Αρμενόπουλος, «Μηνιαία Νομική Επιθεώρηση», Εκδ. Δικηγορικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2004, τευχ. 7^ο.
- Δάλλα Α, «Άλλες χρήσεις της τράπεζας σπέρματος», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Αποτελεσματικότητα – Πιθανότητα Αποβολής», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Δότρια ωαρίου», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Εναλλακτικοί τρόποι λήψης σπέρματος και ωαρίου», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Εξωσωματική Γονιμοποίηση», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Η κοινωνική και ψυχολογική διάσταση της υπογονιμότητας», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.

- Δάλλα Α, «Η τράπεζα σπέρματος λειτουργεί ως μεσάζοντας ανάμεσα στο δότη και τις λήπτριες», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Θέλουμε παιδί τώρα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Στεριότητα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Συχνές ερωτήσεις ζευγαριών», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Τα συναισθήματα των δύο συζύγων», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Δάλλα Α, «Τι πρέπει να γνωρίζετε για την υπογονιμότητα», Άρθρο από το περ. «Το παιδί μου κι εγώ», Εκδ. Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Καζλαρή Χ, «Το χρυσό μου παιδί», Εκδ. Π. Τραυλός – Ε. Κωσταράκη, Αθήνα, 1996.
- Μελισουργού Μ, «Εξωσωματική, Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή», Άρθρο από το περ. «FORMA», 2005, τεύχ.23^ο.
- Μπουφάνο Μ, «Κάπνισμα και υπογονιμότητα», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005.

- Πάλμερ Τ, «Αισθανόμουν ότι είμαι ένοχος», εφημ. «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ», Εκδ Απογευματινή Α.Ε, Αθήνα 2004.
- Πάλμερ Τ, «Δεν το πίστευα μέχρι τον υπέρηχο», εφημ. «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ», Εκδ Απογευματινή Α.Ε, Αθήνα 2004.
- Πάλμερ Τ, «Ποτέ δε φανταζόμουν ότι θα κατέφευγα στην μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης για να αποκτήσω παιδί», εφημ. «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ», Εκδ Απογευματινή Α.Ε, Αθήνα 2004.
- Πάλμερ Τ, «Το πιο ψυχοφθόρο είναι η αναμονή του αποτελέσματος», εφημ. «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ», Εκδ Απογευματινή Α.Ε, Αθήνα 2004.
- Πάλμερ Τ, «Χρειάστηκαν τρεις προσπάθειες για να έρθει η επιτυχία», εφημ. «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ», Εκδ Απογευματινή Α.Ε, Αθήνα 2004.
- Παναγόπουλος Ε, «Παρένθετη μητρότητα», άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.kosmogonia.gr, 2005.
- Σταθάκου Α, «Δάνεια ελπίδας από τις τράπεζες ωαρίων», εφημ. «ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ», Εκδ Απογευματινή Α.Ε, Αθήνα 2005.
- Στύλλου Χ, «Δυσκολίες και διλήμματα κατά την τεχνητή γονιμοποίηση», εφημ. «Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», Εκδ Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ Α.Ε, Έκδοση Εντύπων – Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας, Νέο Φάληρο 2004.
- Ταρλατζής Α, «Ανεξήγητη υπογονιμότητα», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005.
- Φριτς Ρ, «Δίαιτες και υπογονιμότητα», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005.

- Χριστοφορίδης Ν, «Κίνδυνοι εξωσωματικής γονιμοποίησης», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005.
- Χριστοφορίδης Ν, «Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.kosmogonia.gr, 2005.
- Χριστοφορίδης Ν, «Σπερματέγχυση», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.kosmogonia.gr, 2005.
- Χριστοφορίδης Ν, «Φάρμακα που προτείνονται στην εξωσωματική γονιμοποίηση», Άρθρο από την ηλ. Διεύθ. www.gynecology.gr, 2005.

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

- www.embryo.gr
- www.exosomatiki.gonimopiisi.gr
- www.gynecology.gr
- www.IKA.gr
- www.kosmogonia.gr
- www.newsroom.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο

ΕΞΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΚΤΗΣΑΝ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΟΙΓΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΤΟΥΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

« Χρειάστηκαν τρεις προσπάθειες για να έρθει η επιτυχία .»

«Όταν η Λώρα απέκτησε τα ηλικίας 6 ετών, σήμερα δίδυμα αγοράκια της, ήταν 42 ετών, ενώ ο σύζυγός της Νίκος 45 ετών. Η εξωσωματική ήταν η μόνη λύση, καθώς η Λώρα αντιμετώπιζε πρόβλημα γονιμότητας, που ελαχιστοποιούσε τις πιθανότητες φυσικής σύλληψης, και ταυτόχρονα ο χρόνος πίεζε. Χρειάστηκαν τρεις προσπάθειες, αλλά η επιτυχία ήρθε, παίρνοντας την μορφή του ... θαύματος.

« Η πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης πέτυχε, αλλά η Λώρα απέβαλε έπειτα από ένα μήνα. Η απογοήτευση ήταν μεγάλη. Από πολύ ψηλά, βρεθήκαμε πολύ χαμηλά ...Μετά την απώλεια βρισκόμασταν πάλι στο μηδέν και, ίσως χειρότερα », διηγείται ο Νίκος.

Όμως, η σύζυγος του είχε στο μυαλό της μόνο το θετικό αποτέλεσμα και έδινε κουράγιο και στον ίδιο! « Τα έβλεπα όλα σαν βήματα. Δεν άφηνα ούτε στιγμή να υπονοηθεί πως δεν θα πετύχουμε. » σημειώνει η Λώρα. Όλα στην ζωή της περιστρεφόταν γύρω από τον στόχο της.

« Αν το βλέπεις ως ντροπή το καλύπτεις, εάν το βλέπεις ως ευκαιρία δεν υπάρχει λόγος. Εμείς δεν το είχαμε κρατήσει μυστικό αναφέρει ο Νίκος, αλλά προσθέτει :Οι συνεχείς ερωτήσεις σε αγχώνουν γι' αυτό πρέπει να προσέχεις με ποιον το συζητάς. Καλύτερα είναι να το γνωρίζει εκείνη την περίοδο μόνο ο στενός κύκλος, που ξέρει πώς να σε υποστηρίξει. Οικογένεια και φίλοι δεν πρέπει να κυνηγούν το ζευγάρι ζητώντας πληροφορίες, αλλά να περιμένουν ώσπου να είναι έτοιμο να μιλήσει. »⁵⁷

57.Πάλμερ Τ, «Χρειάστηκαν τρεις προσπάθειες για να έρθει η επιτυχία», εφημ. «Απογευματινή»,2004, σελ.19

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

« Δεν το πίστευα μέχρι τον υπέρηχο. »

«Ακόμη και όταν είδε το θετικό αποτέλεσμα του τεστ εγκυμοσύνης, η 35χρονη Αλεξάνδρα δεν μπορούσε να πιστέψει πως τελικά το όνειρό της έγινε πραγματικότητα...

« Το πιστέψαμε τελικά στον υπέρηχο, που είδαμε την καρδιά του μωρού », θυμάται σήμερα. Μέχρι να αρχίσει αυτή η καρδούλα να χτυπάει, η Αλεξάνδρα πέρασε στιγμές αγωνίας, όχι τόσο κατά την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αλλά περιμένοντας το τελικό αποτέλεσμα με φοβερή αγωνία.

« Η όλη διαδικασία της εξωσωματικής δεν ήταν επίπονη αλλά ήταν άβολη γιατί έπρεπε να παίρνω άδεια από την δουλειά μου κάθε δύο με τρεις ημέρες για να κάνω το πρωί υπέρηχο και εξετάσεις » αναφέρει η Αλεξάνδρα, υπενθυμίζοντας πόσο χρόνο και κόπο πρέπει να επενδύσει μία γυναίκα σε αυτήν την προσπάθεια. « Το πιο δύσκολο όμως ήταν οι 14 ημέρες που δεν γνωρίζαμε αν είμαι έγκυος ή όχι », προσθέτει.⁵⁸

58. Πάλμερ Τ, «Δεν το πίστευα μέχρι τον υπέρηχο», εφημ. «Απογευματινή», 2004, σελ.19

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3η

« Αισθανόμουν ότι είμαι ένοχος .»

« Οι περιπτώσεις της ανδρικής υπογονιμότητας αποτελούν πλέον, ειδικά στις νεότερες ηλικίες, συχνό φαινόμενο. Παρ'όλα αυτά, ο άντρας αντιμετωπίζει πολλές φορές ακόμη περισσότερη προκατάληψη από την γυναίκα που νοιώθει τύψεις. Μάλιστα, δεν λείπουν οι περιπτώσεις, όπως αυτή του Νικόλα, που ένοιωθε ένοχος γιατί « υπέβαλε » την σύζυγό του Μαίρη στην διαδικασία της εξωσωματικής!

« Είχα σπερματοζώαρια με χαμηλή κινητικότητα. Οι εξετάσεις της γυναίκας μου δεν είχαν δείξει κανένα πρόβλημα. Η γυναίκα μου αρκετά νευρική κατά την προετοιμασία, πράγμα που με έκανε να νοιώθω ένοχος, μια και εκείνη δεν είχε πρόβλημα γονιμότητας » λέει ο 30χρονος άντρας.

Η πρώτη προσπάθεια του νεαρού ζευγαριού δεν πέτυχε. Στην αρχή είχαν απογοητευτεί πολύ .Όμως, οι συζητήσεις με άλλα ζευγάρια και φίλους, που δεν είχαν ούτε αυτοί επιτυχία με την πρώτη, τους βοήθησαν πολύ.

Η δεύτερη προσπάθεια όμως είχε ως αποτέλεσμα να αποκτήσουν τα δίδυμα αγγελούδια τους σήμερα τριών μηνών». ⁵⁹

59. Πάλμερ Τ, «Αισθανόμουν ότι είμαι ένοχος», εφημ. «Απογευματινή»,2004, σελ.19

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4^η

« Το πιο ψυχοφθόρο είναι ...η αναμονή του αποτελέσματος .»

« Όταν βγάζω τα τρίδυμα βόλτα, πολλά ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα γονιμότητας, αλλά δεν τολμούν να το ψάξουν, με πλησιάζουν και με πιάνουν κουβέντα. Καταλαβαίνω γιατί είναι προβληματισμένοι. Τους λέω ότι τα απέκτησα με εξωσωματική και τους εξηγώ πόσο απλή είναι η διαδικασία » διηγείται η 29χρονη Μαρία. Πριν καν παντρευτεί τον 30χρονο σύζυγό της Χρήστο, έκαναν εξετάσεις και διαπίστωσαν ότι υπήρχε πρόβλημα κινητικότητας σπέρματος. Αρχικά δοκίμασαν την μέθοδο της σπερματέγχυσης αλλά δεν υπήρξε αποτέλεσμα. Η εξωσωματική γονιμοποίηση όμως, πέτυχε με την πρώτη και τους χάρισε πριν από 6 μήνες τα τρίδυμα αγοράκια τους.

« Το πιο ψυχοφθόρο στην διαδικασία της εξωσωματικής είναι η αναμονή στην διαδικασία της εμβρυομεταφοράς, γιατί το αν θα μείνεις τελικά έγκυος δεν εξαρτάται από εσένα. Γενικά πήρα ψύχραιμα την διαδικασία γιατί ήξερα ότι είναι η μόνη λύση. Δεν σκέφτηκα ποτέ « γιατί σε μένα;» αναφέρει η Μαρία. Ωστόσο έκρυσαν το γεγονός ακόμη και από συγγενείς, κυρίως γιατί ο σύζυγός της δεν ήθελε να τον βομβαρδίζουν με ενοχλητικές ερωτήσεις.

« Υπάρχουν κοινωνικά ταμπού όσον αφορά την υπογονιμότητα των ανδρών... Έχω τέσσερις συνομήλικες γνωστές, που απέκτησαν παιδιά με εξωσωματική, όμως στον κόσμο έχει περάσει η φιλοσοφία ότι η

εξωσωματική συνδέεται με γυναίκες μεγάλης ηλικίας ή με σοβαρά προβλήματα, και ότι είναι κάτι κακό.»⁶⁰

60.Πάλμερ Τ, «Το πιο ψυχοφθόρο είναι η αναμονή του αποτελέσματος»,εφημ. «Απογευματινή», 2004, σελ.19

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 5^η

« Το όνειρό μου έγινε πραγματικότητα»

Η Ελένη, ηλικίας 40 ετών σήμερα, 6 χρόνια μετά την γέννηση των δίδυμων παιδιών της, (αγόρι και κορίτσι), ανοίγει την καρδιά της και εξομολογείται την προσπάθειά της να αποκτήσει παιδιά με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Σύμφωνα με τα λεγόμενά της, η επιθυμία της να δημιουργήσει οικογένεια και η πίστη της στον θεό, ήταν οι δύο βασικοί παράγοντες που της έδωσαν δύναμη για την διαδικασία που επρόκειται να ακολουθήσει.

Η Ελένη είναι βρεφονηπιοκόμος, κι επειδή η καθημερινή της ενασχόληση είχε να κάνει με παιδιά, η επιθυμία της να γίνει μητέρα γινόταν ακόμη πιο έντονη.

Είχε φτάσει σε ηλικία 33 ετών, κι ένοιωθε ότι ο χρόνος την πίεζε ιδιαίτερα για την δημιουργία οικογένειας. Παρ'όλο που το ζευγάρι δεν αντιμετώπιζε πρόβλημα γονιμότητας, το « άγχος » τους ήταν ο ανασταλτικός παράγοντας που εμπόδιζε την σύλληψη με φυσιολογικό τρόπο, με αποτέλεσμα να καταφύγουν στην μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης

Η διαδικασία δεν ήταν τόσο επίπονη, όπως αναφέρει, αλλά την κούραζε η αναφορά που έπρεπε να δίνει στους προϊσταμένους της και οι άδειες που έπρεπε να παίρνει από την δουλειά της αιτιολογώντας τους λόγους.

Δύο ακόμη βασικοί παράγοντες που βοήθησαν την Ελένη, ήταν η κατανόηση και η στήριξη που είχε από την πλευρά του συζύγου της, καθώς και το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης που επισκέφθηκε, όπου όλο το προσωπικό (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, γυναικολόγοι) την στήριζαν και την εμπύχωναν με κάθε τρόπο.

Ήταν Τρίτη και 13 όταν έμαθε τελικά ότι το αποτέλεσμα ήταν θετικό. Καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ζούσε σε μία κατάσταση αγωνίας και άγχους και είχε τον φόβο μήπως κάτι δεν πάει καλά και το υπέροχο όνειρο που ζούσε έπαυε να είναι πραγματικότητα.

Σήμερα κρατώντας στην αγκαλιά της τα δύο αγγελούδια της, νοιώθει ευτυχισμένη και η ίδια και ο σύζυγός της.

Τέλος, μία συμβουλή της Ελένης προς τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα γονιμότητας, είναι να πάψουν να θεωρούν « ταμπού » το γεγονός ότι ίσως χρειαστεί να καταφύγουν και σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προκειμένου να δημιουργήσουν οικογένεια.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 6^η

«Ποτέ δε φανταζόμουν ότι θα κατέφευγα στην μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης για να αποκτήσω παιδί».

« Όταν παντρευτήκαμε, δεν είχαμε σκεφτεί ούτε για μία στιγμή την πιθανότητα να μην μπορούμε να κάνουμε παιδιά. Είχαμε όλη την ζωή μπροστά μας και όλα φάνταζαν εύκολα και παραμυθένια. Στην πρώτη επέτειο του γάμου μας είχαμε ήδη αποφασίσει ότι θέλουμε να γίνουμε γονείς και σταμάτησα το αντισυλληπτικό χάπι. Οι πρώτοι έξι μήνες πέρασαν χωρίς καμία αρνητική σκέψη και άγχος για να συλλάβω. Γνώριζα ότι είχα πολυκυστικές ωοθήκες, αλλά ο γιατρός μου είχε πει πως δεν είναι κάτι σοβαρό. Άλλωστε, αρκετές φώλες μου με πολυκυστικές ωοθήκες είχαν κάνει παιδιά. Μετά τους πρώτους έξι μήνες, άρχισα να είμαι πιο προσεκτική, να σημειώνω ποιες ημέρες του κύκλου μου θα ήταν θεωρητικά γόνιμες και να επιδιώκω σεξουαλική επαφή με τον άνδρα μου εκείνες τις ημέρες. Προμηθεύτηκα από το φαρμακείο και ένα τεστ ωορρηξίας για να είμαι πιο σίγουρη για την ημέρα, αλλά χωρίς αποτέλεσμα.

Ύστερα από έναν χρόνο άκαρπων προσπαθειών και με αρκετό άγχος αποφασίσαμε με τον άνδρα μου να επισκεφθούμε έναν ειδικό σε θέματα υπογονιμότητας. Οι εξετάσεις που κάναμε έδειξαν ότι εγώ είχα βουλωμένες σάλπιγγες και ο άνδρας μου ένα μικρό πρόβλημα κινητικότητας στο σπέρμα. Ήμασταν και οι δύο συντετριμμένοι. Ο

γιατρός μας είπε να μην ανησυχούμε και να σκεφτούμε την εξωσωματική θεραπεία (I V F) ως μία λύση στο πρόβλημά μας.

Δύο μήνες αργότερα, αποφασίσαμε να ξεκινήσουμε την εξωσωματική θεραπεία, χωρίς να γνωρίζουμε τι ακριβώς περιελάμβανε. Ο γιατρός μας εξήγησε με κάθε λεπτομέρεια την διαδικασία, η οποία βέβαια βάραινε τους δικούς μου ώμους επί το πλείστον πρακτικά, και τον άνδρα μου περισσότερο σε ψυχολογικό επίπεδο.

Την 21^η ημέρα του κύκλου μου, ξεκίνησε η θεραπεία με την χορήγηση ενέσεων στην κοιλιά, οι οποίες καταστέλλουν τις φυσικές ορμόνες που παράγονται κατά την διάρκεια του μηνιαίου κύκλου μιας γυναίκας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ωοθήκες να ανταποκρίνονται καλύτερα στα φάρμακα και επιτρέπει τον πλήρη έλεγχο της θεραπείας. Ξεκίνησα επίσης να κάνω εξετάσεις αίματος κάθε δύο ημέρες, ώστε να ελέγχονται τα επίπεδα των ορμονών LH και FSH. Ήμουν τόσο αποφασισμένη, που δεν με πείραζε να κάνω μόνη μου τις ενέσεις κάθε μέρα, περιμένοντας με αγωνία τον επόμενο υπέρηχο που θα έδειχνε εάν οι ωοθήκες μου ήταν έτοιμες ώστε να περάσουμε στην επόμενη φάση, αυτή της διέγερσης των ωοθηκών. Το μόνο σύμπτωμα από τα φάρμακα ήταν η αυξημένη υπνηλία.

Στη δεύτερη φάση, στόχος είναι οι ωοθήκες να παράγουν περισσότερα από ένα ωάριο, τα οποία θα ωριμάσουν ελεγχόμενα, με την βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε η γυναίκα να επιτύχει

πολλαπλή ωορρηξία. Ο υπέρηχος έδειξε ότι οι ωοθήκες μου ήταν έτοιμες να διεγερθούν και έτσι ξεκίνησα να κάνω άλλη μία διαφορετική ένεση, κάθε μέρα στην κοιλιά μου. Ο γιατρός όριζε τις δόσεις των ενέσεων σχεδόν κάθε τρεις ημέρες ύστερα από κολλικό υπέρηχο και εξέταση αίματος.

Ανάλογα λοιπόν με την «πορεία» των ωαρίων μου και τα επίπεδα των ορμονών μου, οι δόσεις των εναίσιμων φαρμάκων αυξομειώνονταν. Έτσι έμαθα να διαβάζω τον υπέρηχο, να καταλαβαίνω εάν τα ωάρια μου μεγάλωναν μέρα με την μέρα όπως έπρεπε και να περιμένω αγωνιωδώς τα αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος που έδειχναν τα επίπεδα των δύο αυτών ορμονών που καθόριζαν ουσιαστικά την πορεία εξέλιξης των ωαρίων μου.

Ο γιατρός μου ήταν πολύ αισιόδοξος, καθώς 15 ωάρια μεγάλωναν όπως ήθελε ώστε να τα συλλέξει στην επόμενη φάση της συλλογής ωαρίων και σπέρματος. Κάθε του θετική κουβέντα λειτουργούσε σαν βάλαμο στην δική μου ψυχολογία και περίμενα να γυρίσω σπίτι για να πω τα καλά νέα στον άνδρα μου. Ας μην γελιόμαστε όμως. Η ζωή μου και το μυαλό μου ήταν δοσμένο 100% σε αυτήν την προσπάθεια.

Ξύπναγα και κοιμόμουν με αυτές τις σκέψεις και τις ερωτήσεις που είχα να κάνω στον γιατρό την επόμενη ημέρα.

Όταν πλέον τα 15 ωάρια μου είχαν φτάσει το μέγιστο δυνατό μέγεθος, έκανα την τελική ένεση για την ωρίμανση τους, 36 ώρες πριν

μπω στο χειρουργείο για την συλλογή τους. Το προηγούμενο βράδυ, το μόνο που ένιωθα ήταν ελαφριά ενόχληση χαμηλά στην κοιλιά μου, όπως ο πόνος της περιόδου και ο γιατρός μου είπε να πάρω ένα Ponstan για να μπορέσω να κοιμηθώ. Ο πόνος οφειλόταν στην πολλαπλή ωορρηξία που ετοιμαζόταν ο οργανισμός μου να κάνει.

Έτσι, φτάσαμε στην ημέρα όπου εγώ και ο άνδρας μου επισκεφθήκαμε το κέντρο υπογονιμότητας για την συλλογή των ωαρίων και του σπέρματος. Ο άνδρας μου πήρε το ειδικό δοχείο και μετά από 15 λεπτά βγήκε από το ειδικά διαμορφωμένο δωμάτιο και το επέστρεψε γεμάτο στην νοσοκόμα.

Ευτυχώς, δεν διαμαρτυρήθηκε καθόλου, όπως αρχικά περίμενα και έτσι πλέον είχα να ανησυχώ μόνο για τον εαυτό μου, που σύντομα θα δεχόταν ελαφριά νάρκωση στο χειρουργείο για την συλλογή των ωαρίων. Ο λόγος που χορηγείται νάρκωση είναι γιατί η γυναίκα πρέπει να είναι εντελώς χαλαρωμένη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Η διαδικασία απαιτεί απόλυτη ακρίβεια από τον γιατρό, ώστε να μπορέσει να ρουφήξει με μία μικρή βελόνα τα ωάρια μέσα από τα ωοθυλάκιά τους. Η βελόνα αυτή είναι συνδεδεμένη με τον υπέρηχο και κατ' αυτό τον τρόπο, ο γιατρός είναι σε θέση να βλέπει με ακόμη μεγαλύτερη ακρίβεια τι κάνει. Συνήλθα περίπου 20 λεπτά αργότερα και ο γιατρός με διαβεβαίωσε ότι όλα είχαν πάει μια χαρά. Αν και δεν είχα ταλαιπωρηθεί καθόλου από την διαδικασία, τώρα είχαμε να ανησυχούμε για την φάση της

γονιμοποίησης. Συνήθως, 16-20 ώρες μετά την συλλογή εμφανίζονται τα πρώτα δείγματα γονιμοποίησης στο μικροσκόπιο. Δύο με τρεις ημέρες αργότερα, τα γονιμοποιημένα ωάρια έχουν γίνει μικροσκοπικά έμβρυα και μεταφέρονται στην μήτρα της γυναίκας.

Οι επόμενες ώρες, μέχρι το τηλεφώνημα του γιατρού για την πορεία της γονιμοποίησης ήταν πραγματικά ψυχολογικά εξαντλητικές. Συζητήσαμε ως ζευγάρι όλα τα ενδεχόμενα, ώστε να είμαστε προετοιμασμένοι σε περίπτωση που τα νέα δεν ήταν ενθαρρυντικά. Το επόμενο πρωί, όταν χτύπησε το τηλέφωνο ένοιωσα ότι η καρδιά μου θα έσπαγε. Ο γιατρός μου είπε ότι είχαν γονιμοποιηθεί τα περισσότερα και ότι θα γινόταν εμβρυομεταφορά με τα 3 καλύτερα έμβρυα, ώστε να έχουμε περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας. Θα μπορούσαμε ακόμη να καταψύξουμε ορισμένα για μία πιθανή επόμενη προσπάθεια. Δεν είχα νοιώσει μεγαλύτερη ανακούφιση στην ζωή μου. Τουλάχιστον πλέον γνωρίζαμε πως μπορούσαμε να παράγουμε καλά έμβρυα.

Δύο ημέρες αργότερα, επιστρέψαμε με τον άνδρα μου στο κέντρο για την εμβρυομεταφορά. Στην φάση αυτή τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα μέσω του τραχήλου χρησιμοποιώντας καθετήρα. Αυτή τη φορά, δεν χρειάστηκε νάρκωση και ένοιωσα μόνο ένα τσίμπημα. Όταν σηκώθηκα από το κρεβάτι ύστερα από μισή ώρα, φοβόμουν να περπατήσω. Προσπαθούσα όλες μου οι κινήσεις να είναι προσεκτικές

για να μην « σπάσω τα αυγά »!Ο γιατρός μου συνέστησε ξεκούραση και σύνεση στις κινήσεις μου τις επόμενες ημέρες.

Οι 15 ημέρες που μεσολάβησαν μέχρι να κάνω το τεστ εγκυμοσύνης μου φάνηκαν Γολγοθάς. Ο άνδρας μου με ρωτούσε συνέχεια πως αισθάνομαι, κι εγώ προσπαθούσα να ερμηνεύσω τα σημάδια που μου έδινε το σώμα μου, χωρίς επιτυχία. Προσπαθούσα να μην σκέφτομαι και παρακαλούσα να περάσουν οι μέρες γρήγορα ώστε να μάθω το αποτέλεσμα. Κάποιες μέρες ήμουν σίγουρη πως ήμουν έγκυος και άλλες σίγουρη πως δεν ήμουν. Στην πραγματικότητα δεν υπήρχε τρόπος να καταλάβω εάν όντως ήμουν έγκυος καθώς τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης και του ερχομού της περιόδου είναι σχεδόν όμοια.

Τέλος, έφτασε η μέρα που θα έκανα το τεστ εγκυμοσύνης. Νομίζω ότι η αδρεναλίνη μου είχε φτάσει στο υψηλότερο σημείο, κοιτώντας εάν το τεστ θα δείξει θετικό. Μετά από ένα λεπτό, είδα μία λεπτή γραμμή να διαγράφεται στο δεύτερο κουτάκι του τεστ. Ξανακοίταξα τις οδηγίες για να βεβαιωθώ ότι όταν εμφανίζεται η δεύτερη γραμμή το τεστ είναι θετικό. Άρχισα να κλαίω από χαρά. Δεν μπορούσα να το πιστέψω. Ήμουν επιτέλους έγκυος. Πήρα αμέσως τηλέφωνο τον άνδρα μου και στην συνέχεια τον γιατρό μου.

Δεν νομίζω ότι υπάρχουν λόγια για να περιγράψουν τα συναισθήματα αυτής της στιγμής. Όλη αυτή η διαδικασία άξιζε τον κόπο. Εάν χρειαζόταν να ξαναπροσπαθήσω θα το έκανα χωρίς να

διαμαρτυρηθώ. Γιατί πάνω απ' όλα, για εμάς τις γυναίκες σημασία έχει να αποκτήσεις ένα παιδί, όσες θυσίες και αν χρειαστεί να κάνεις».⁶¹

61. Πάλμερ Τ, «Ποτέ δε φανταζόμουν ότι θα κατέφευγα στην μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης για να αποκτήσω παιδί», εφημ. «Απογευματινή», 2004, σελ. 21-22

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 1^η

Από τον κύριο Πιστόλα Χαράλαμπο, Μαιευτήρας – Χειρουργός

Γυναικολόγος, Ειδικευμένος στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση

Διεύθυνση: Κωλέτη 1, Λάρισα, 2^{ος} όροφος

Τηλέφωνο: 2410 625626

**-ΕΡ1^η: ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ
ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;**

ΑΠ: Το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης που εργάζομαι απαρτίζεται από γυναικολόγο, βιολόγο, ενδοκρινολόγο και συνεργαζόμαστε με ψυχολόγο σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο.

**-ΕΡ 2^η: ΟΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ
ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΛΟ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ Η ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΑ
ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ;**

ΑΠ: Οι διαδικασίες γίνονται όλο τον χρόνο, εκτός από τις περιόδους διακοπών, όπως των εορτών των Χριστουγέννων, του Πάσχα και των διακοπών του Καλοκαιριού.

-ΕΡ 3^Η: ΠΟΣΟ ΔΙΑΡΚΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ; (ΈΝΑΣ ΚΥΚΛΟΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ)

ΑΠ: Ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης διαρκεί 3 με 4 εβδομάδες.

-ΕΡ 4^Η: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΟΤΑΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ;

ΑΠ: Πολλά ζευγάρια που επισκέπτονται για πρώτη φορά το κέντρο, εκφράζουν συναισθήματα φόβου και απογοήτευσης. Άλλα ζευγάρια πάλι, δείχνουν συναισθήματα αισιοδοξίας και πιστεύουν ότι θα επιτύχουν τον στόχο τους, και υπάρχουν ζευγάρια που η όλη κατάσταση τους έχει δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα.

ΕΡ 5^Η: ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

ΑΠ: Ανάλογα με την περίπτωση και τι έχει προηγηθεί στο κάθε ζευγάρι, δηλαδή αν το ζευγάρι έχει ξαναπροσπαθήσει και απέτυχε, υπάρχουν συναισθήματα απογοήτευσης και θυμού. Υπάρχουν ζευγάρια που μπαίνουν για πρώτη φορά σ' αυτήν την διαδικασία και νοιώθουν αμηχανία, και υπάρχουν ζευγάρια που έχουν καλή ψυχολογία και πιστεύουν ότι θα καταφέρουν τελικά να αποκτήσουν ένα παιδί.

-ΕΡ 6^Η: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΟΤΑΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ Η ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

ΑΠ: Όταν αποτύχει η εξωσωματική γονιμοποίηση φυσικά δημιουργούνται αρνητικά συναισθήματα, και ψάχνουμε να βρούμε το αίτιο της αποτυχίας και να δούμε τι μπορούμε να κάνουμε για να το διορθώσουμε.

-ΕΡ 7^η: ΠΩΣ ΕΞΗΓΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ Η ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ: Για να επιτύχει μία εξωσωματική γονιμοποίηση θα πρέπει να υπάρχουν θετικά ωάρια, θετικό ενδομήτριο, για να έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία καλών εμβρύων.

-ΕΡ 8^η: ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΚΑΙ ΠΟΣΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟ ΚΥΡΙΩΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΑΘΕ ΖΕΥΓΑΡΙ;

ΑΠ: Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας. Μεγάλη μερίδα των ζευγαριών είναι ενημερωμένη από τα Μ.Μ.Ε κυρίως, και υπάρχει και κάποια μερίδα που δεν είναι ιδιαίτερα ενημερωμένη, όπου τους ενημερώνουμε εμείς εδώ στο κέντρο.

-ΕΡ 9^η: ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ: Γύρω στο 35% με 40% περίπου.

-ΕΡ10^η: ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΟΛΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ;

ΑΠ: Στην Αθήνα η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης στοιχίζει περίπου 3000 ευρώ. Στις υπόλοιπες επαρχιακές πόλεις και συγκεκριμένα στο κέντρο μας, στοιχίζει 1500 με 1700 ευρώ, ανάλογα με την περίπτωση. Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις που ανάλογα με την αγωγή που θα χρειαστεί να ακολουθήσει το ζευγάρι να στοιχίσει παραπάνω από 1700 ευρώ.

-ΕΡ 11^η: ΤΟ ΚΑΘΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΡΧΕΤΑΙ ΤΥΧΑΙΑ Η ΣΥΣΤΗΜΕΝΑ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ) ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΣΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;

ΑΠ: Νομίζω ότι τα περισσότερα ζευγάρια έρχονται τυχαία στο κέντρο μας. Όσο για τις εξετάσεις κάποια ζευγάρια έρχονται έχοντας κάνει ήδη τις κατάλληλες εξετάσεις, ενώ άλλα όχι.

-ΕΡ 12^η: ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΘΕΣΕΤΕ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ Η ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΤΕ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ, Η ΝΑ ΚΑΤΑΦΥΓΟΥΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ; ΠΧ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ;

ΑΠ: Παρόλο που είναι πολύ λεπτό το θέμα, αν έχουν προηγηθεί αρκετές αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης και είναι αδύνατο κάποιο ζευγάρι να αποκτήσει βιολογικά δικό του παιδί, τους προτείνουμε να καταφύγουν σε άλλες μεθόδους, όπως την υιοθεσία ή την παρένθετη μητρότητα, κυρίως όμως την λύση της υιοθεσίας.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 2"

*Από την κυρία Κεραμιδά Μαρία- Ενδοκρινολόγος συνεργάτρια στο
Γυναικολογικό Κέντρο Πάτρας.*

Διεύθυνση: Κολοκοτρώνη 40 και Κορίνθου

Τηλ. 2610 220156

ΕΡ.1 ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Οι ειδικότητες που μπορεί να απασχολεί ένα κέντρο εξωσωματικής
γονιμοποίησης είναι οι εξής:

Γυναικολόγος με ειδικότητα στην αναπαραγωγή

Ενδοκρινολόγος (η ειδικότητα αυτή είναι προαιρετική)

Κλινικός Εμβρυολόγος

Παρασκευαστής

Νοσηλεύτρια/της

Ψυχολόγος (η ειδικότητα αυτή είναι προαιρετική).

ΕΡ.2 ΟΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΛΟ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ Η ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ;

ΑΠ. Οι διαδικασίες για την απόκτηση παιδιού μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης γίνονται όλο τον χρόνο.

ΕΡ.3 ΠΟΣΟ ΔΙΑΡΚΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

ΑΠ. Η θεραπεία διαρκεί από την στιγμή που η αρχίζει η αγωγή φαρμάκων μέχρι την εμφύτευση 16 με 18 ημέρες.

ΕΡ.4 ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Τα συναισθήματα που μπορεί να έχει ένα ζευγάρι εξαρτώνται από την ηλικία του και το μορφωτικό επίπεδό του. Δηλαδή ένα ζευγάρι που το μορφωτικό επίπεδό του είναι υψηλό θα είναι πιο συνεργάσιμο με το προσωπικό του κέντρου, ήρεμο και πιο θετικά έτοιμο να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο τρόπο το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, σε αντίθεση με ένα ζευγάρι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το οποίο θα έχει μία αρνητική διάθεση.

ΕΡ.5 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

ΑΠ. Το κυριότερο συναίσθημα που επικρατεί κατά την διάρκεια της θεραπείας είναι τα άγχος για την πορεία της θεραπείας και τα αποτελέσματα που αυτή θα έχει.

ΕΡ.6 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΧΕΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

ΑΠ. Τα συναισθήματα που έχει το ζευγάρι όταν αποτύχει η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι απογοήτευση, αρνητισμό και φόβο μήπως αποτύχει και η δεύτερη προσπάθεια.

ΕΡ.7 ΠΩΣ ΕΞΗΓΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ Η ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Η αποτυχία δεν εξηγείται ιατρικά. Το ποσοστό επιτυχίας είναι 25-40%

ΕΡ.8 ΠΟΙΟ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Το ποσοστό των ζευγαριών είναι περίπου 15%.

ΕΡ.9 ΠΟΙΑ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Το ποσοστό επιτυχίας είναι 25 με 40% ανάλογα με την ηλικία του ζευγαριού και του προβλήματος που έχει. Υπάρχουν και ζευγάρια που κατάφεραν να αποκτήσουν παιδί στην τρίτη προσπάθεια.

ΕΡ.10 ΠΟΙΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΟΛΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ;

ΑΠ. Παρακολούθηση και εξέταση σπέρματος κυμαίνεται στα 300 ευρώ. Εξωσωματική γονιμοποίηση με μικρογονιμοποίηση από 2500-3000 ευρώ. Το maximum κόστος ανέρχεται στα 3000 ευρώ.

**ΕΡ.11 ΤΟ ΚΑΘΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΡΧΕΤΑΙ ΤΥΧΑΙΑ Η ΣΥΣΤΗΜΕΝΑ
(ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ) ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΣΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΒΑΣΙΚΕΣ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;**

ΑΠ. Το 1% το ποσοστό των ζευγαριών έρχεται συστημένο, και με όλες τις βασικές ιατρικές εξετάσεις, από τον γυναικολόγο που παρακολουθεί την γυναίκα. Συνήθως όμως, ένα μεγάλο ποσοστό έρχεται τυχαία και μερικά από αυτά έχουν ολοκληρωμένες τις βασικές ιατρικές εξετάσεις και άλλα όχι.

**ΕΡ.12 ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΘΕΣΕΤΕ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ
ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ Η' ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΤΕ ΝΑ
ΣΥΝΕΧΙΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ Η' ΝΑ ΚΑΤΑΦΥΓΟΥΝ ΣΕ
ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ Π.Χ. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ;**

ΑΠ. Εάν γίνουν τρεις προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης χωρίς κανένα αποτέλεσμα τότε προτείνουμε στο ζευγάρι να επιλέξουν έναν άλλο τρόπο απόκτησης παιδιού όπως η υιοθεσία.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 3^η

*Από τον κύριο Νικολάου Απόστολο – Γυναικολόγος Ειδικευμένος στην
Εξωσωματική Γονιμοποίηση στην Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.*

Διεύθυνση: Παπακυριαζή 22

Τηλ. 2410 552135

ΕΡ.1 ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ ΕΝΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Οι ειδικότητες των επιστημόνων που απασχολεί ένα τέτοιο κέντρο
είναι:

Γυναικολόγος, ο οποίος θα ειδικεύεται στην εξωσωματική γονιμοποίηση

Νοσηλεύτης/τρια

Κλινικός Εμβρυολόγος

Παρασκευαστής και

Ψυχολόγος.

ΕΡ.2 ΟΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΛΟ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ Η' ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ;

ΑΠ. Οι διαδικασίες γίνονται όλο τον χρόνο.

ΕΡ.3 ΠΟΣΟ ΔΙΑΡΚΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

ΑΠ. Η μέγιστη διάρκεια μιας θεραπείας είναι έως 1 μήνα.

ΕΡ.4 ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Τα συναισθήματα που έχει ένα ζευγάρι μπορεί να είναι άγχος, προκατάληψη και να είναι αρνητικοί στο γεγονός ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα.

ΕΡ.5 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

ΑΠ. Τα συναισθήματα που επικρατούν είναι το άγχος και η αγωνία για το αν θα αποτύχει ή θα επιτύχει η προσπάθεια.

ΕΡ.6 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΧΕΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

ΑΠ. Τα κυριότερα συναισθήματα είναι η λύπη, η απογοήτευση και η θλίψη.

ΕΡ.7 ΠΩΣ ΕΞΗΓΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ Η ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Δεν υπάρχει ακριβής ιατρική εξέταση για αυτό το γεγονός.

ΕΡ.8 ΠΟΙΟ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Το ποσοστό των ζευγαριών που επισκέπτονται ένα κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης κυμαίνεται στο 10 %.

ΕΡ.9 ΠΟΙΑ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται στο 20% και είναι ανάλογο με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ζευγάρι.

ΕΡ.10 ΠΟΙΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΟΛΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ;

ΑΠ. Το κόστος είναι:

Η εξωσωματική γονιμοποίηση κυμαίνεται στα 3.000 ευρώ.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση με μικρογονιμοποίηση κυμαίνεται στα 2.500-3.000 ευρώ.

Και μια απλή παρακολούθηση με εξέταση σπέρματος κυμαίνεται στα 300 ευρώ.

Οι τιμές είναι ίδιες για όλα τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

ΕΡ.11 ΤΟ ΚΑΘΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΡΧΕΤΑΙ ΤΥΧΑΙΑ Η' ΣΥΣΤΗΜΕΝΑ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ) ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΣΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;

ΑΠ. Τα περισσότερα ζευγάρια που επισκέπτονται το κέντρο έρχονται συστημένα, συνήθως από τον γιατρό που τους παρακολουθεί και με ολοκληρωμένες τις βασικές ιατρικές εξετάσεις. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό ζευγαριών που έρχονται τυχαία με σκοπό να εξεταστούν και αν κριθεί απαραίτητο να προχωρήσουν σε εξωσωματική γονιμοποίηση.

ΕΡ.12 ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΘΕΣΕΤΕ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ Η' ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΤΕ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ Η' ΝΑ ΚΑΤΑΦΥΓΟΥΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ (Π.Χ. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ);

ΑΠ. Όχι, δεν έχω έρθει σε μια τέτοια κατάσταση, αλλά εάν μου τύχει θα πρότεινα την υιοθεσία.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ 4^η

*Από την κα Χλιούμνη Δήμητρα (Μαιευτήρας-Γυναικολόγος)
συνεργάτρια στο Κέντρο Γονιμότητας και Εξωσωματικής
Γονιμοποίησης(Διαβαλκανικό Κέντρο) Θεσσαλονίκης.*

Διεύθυνση: Ασκληπιού 10, Πυλαία Θεσσαλονίκης.

Τηλ.2310 400226

ΕΡ.1 ΠΟΙΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ ΕΝΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Οι ειδικότητες των επιστημόνων που απασχολεί ένα τέτοιο κέντρο
είναι:

Γυναικολόγος, ειδικευμένος στην εξωσωματική γονιμοποίηση

Νοσηλεύτης/τρια

Κλινικός Εμβρυολόγος

Ψυχολόγος

Ενδοκρινολόγος

Βιολόγος

ΕΡ.2 ΟΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΟΛΟ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ Η' ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ;

ΑΠ. Οι διαδικασίες γίνονται όλο τον χρόνο, εκτός από τις περιόδους διακοπών. Βέβαια, τα περισσότερα ζευγάρια προτιμούν να υποβληθούν σε αυτή την διαδικασία κατά την χειμερινή περίοδο.

ΕΡ.3 ΠΟΣΟ ΔΙΑΡΚΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

ΑΠ. Η μέγιστη διάρκεια της θεραπείας είναι ένας μήνας.

ΕΡ.4 ΠΟΙΑ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Τα συναισθήματα που έχει το ζευγάρι είναι συνήθως αρνητικά γιατί αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα.

ΕΡ.5 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

ΑΠ. Τα συναισθήματα που επικρατούν είναι το άγχος και η αγωνία για το αποτέλεσμα της προσπάθειας, δηλαδή αν είναι θετικό ή αρνητικό.

ΕΡ.6 ΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΧΕΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΟΤΑΝ ΑΠΟΤΥΧΕΙ Η ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ;

ΑΠ. Μετά την αποτυχία συνήθως το ζευγάρι νοιώθει απογοητευμένο και λυπημένο.

ΕΡ.7 ΠΩΣ ΕΞΗΓΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ Η ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Δεν εξηγείται ιατρικώς η επιτυχία και η αποτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, απλά κάποια ζευγάρια καταφέρνουν να επιτύχουν με την πρώτη προσπάθεια, ενώ άλλα ζευγάρια με περισσότερες.

ΕΡ.8 ΠΟΙΟ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Γύρω στο 15% - 20%.

ΕΡ.9 ΠΟΙΑ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ;

ΑΠ. Γύρω στο 30%.

ΕΡ.10 ΠΟΙΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΟΛΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ;

ΑΠ. Η όλη διαδικασία στοιχίζει 2500 με 3000 ευρώ..

ΕΡ.11 ΤΟ ΚΑΘΕ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΡΧΕΤΑΙ ΤΥΧΑΙΑ Η' ΣΥΣΤΗΜΕΝΑ (ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ) ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΣΟ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ;

ΑΠ. Συνήθως τα περισσότερα ζευγάρια έρχονται συστημένα είτε από τον γιατρό τους είτε από γνωστούς τους. Όσο για τις εξετάσεις κάποια

ζευγάρια έχουν κάνει ήδη κάποιες εξετάσεις , και κάποια ζευγάρια που δεν έχουν κάνει τους προτείνουμε εμείς τις εξετάσεις που χρειάζεται να κάνουν.

ΕΡ.12 ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΥΧΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΘΕΣΕΤΕ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ Η' ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΤΡΥΝΕΤΕ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ Η' ΝΑ ΚΑΤΑΦΥΓΟΥΝ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ (Π.Χ. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ);

ΑΠ: Εφόσον έχουν προηγηθεί αρκετές προσπάθειες και αντιληφθούμε ότι ένα ζευγάρι δεν μπορεί να τεκνοποιήσει ούτε με την βοήθεια των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, βεβαίως και προτείνουμε το ζευγάρι να καταφύγει σε άλλη μέθοδο, όπως πχ της υιοθεσίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3^ο

ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ 2004 – 2005

%	Κύκλοι με φρέσκα έμβρυα	Κύκλοι με φρέσκα και κατεψυγμένα έμβρυα	Κύκλοι με κατεψυγμένα έμβρυα
Συνολικό ποσοστό κνήσεων ανά εμβρυομεταφορά	43,3	55,3	37,1
Κνήσεις με σάκκο	32,4	31,3	19,3
Βιοχημικές κνήσεις	10,9	24	17,8
Ποσοστό εμφύτευσης	14,9	11,2	7,3
Κνήσεις μετά από μεταφορά βλαστοκύστεων	33,4	–	–



Σημειώνεται ότι: Τα αναφερόμενα ανωτέρω ποσοστά περιλαμβάνουν περιστατικά με βάση της μεθόδους IVF, ICSI, MESA, TESA.

Τα ανωτέρω αναφερόμενα ποσοστά περιλαμβάνουν και περιστατικά προχωρημένης ηλικίας, τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας των οποίων επηρεάζουν αρνητικά το σύνολο των αποτελεσμάτων.

ΟΡΟΛΟΓΙΑ

- **Ποσοστό κήσεων** Αριθμός κήσεων που επιτεύχθηκαν ανά 100 κύκλους θεραπείας με τις μεθόδους IVF(Εξωσωματική Γονιμοποίηση), ICSI(Μικρογονιμοποίηση), MESA(Σπερματοζωάρια που λαμβάνονται από την κεφαλή της επιδυιδιμίδας), TESA(Βιοψία Όρχεων).
- **Κυήσεις με σάκκο** Υπερηχογραφική αναγνώριση ύπαρξης σάκκου κύηματος στην μητρική κοιλότητα.
- **Βιοχημική κύηση** Κύηση χωρίς υπερηχογραφική αναγνώριση σάκκου.
- **Βλαστοκύστη** Στάδιο της εμβρυικής ανάπτυξης το οποίο παρατηρείται 4 με 6 ημέρες μετά την γονιμοποίηση.
- **Ποσοστό εμφύτευσης** Προκύπτει από το πηλίκο του αριθμού των σάκκων προς τον αριθμό μεταφερθέντων εμβρύων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4^ο

ΚΕΝΤΡΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ

ΑΘΗΝΑ

- Αττικό Νοσοκομείο

Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Γ' Πανεπιστημιακής Κλινικής

Τηλ. 210 5832283, Fax. 210 532 6447

- « Εμβρυογένεση»

Λ.Κηφισίας 60

Μαρούσι, 151 55

Τηλ. 210 6104682

info@embryogenesis.gr

- «Serum»

Ευήνου 8

Αθήνα, 115 27

Τηλ. 210 7700744

thim@ath.forthnet.gr

- «Ακεσώ»

Αδριανού 7

Ψυχικό, 151 24

Τηλ. 210 6776700

- «Βιοδημιουργία»

Ερ. Σταυρού 5

Μαρούσι, 151 23

Τηλ. 210 6801775

- Γυναικολογικό Κέντρο Αναπαραγωγής και Γενετικής

Σοφοκλέους 10

Χαλάνδρι, 152 32

Τηλ. 210 6851945

captains@otenet.gr

- «Διάγνωση»

Λ. Αλεξάνδρας 166

Αθήνα, 115 21

Τηλ. 210 6438838

- «Αρεταίειο» Νοσοκομείο

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Β. Σοφίας 76

Αθήνα

Τηλ. 210 7286000

- «Εμβρυϊκή Δημιουργία»

Σκαλίδη 16 – 18 και Κατεχάκη

Ψυχικό, 115 25

Τηλ. 210 6774104

embrynet@otenet.gr

- «Euromedica IVF»

Λ. Μεσογείων 2 – 4

Αθήνα, 115 24

Τηλ. 210 7799134

euromedi@hol.gr

- «Εμβρυογονία – Λητώ»

Μουσών 7 – 13

Αθήνα, 115 24

Τηλ. 210 6902000

- «Ιασώ Α.Ε.»

Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Λ. Κηφισίας 37 – 39

Μαρούσι, 151 23

Τηλ. 210 6184022

- «Ιατρική Έρευνα – Ευγονία»

Βεντήρη 7

Αθήνα, 115 28

Τηλ. 210 7236333

- «Ινστιτούτο Γυναικολογίας και Υποβοηθούμενης

Αναπαραγωγής»

Λ. Κηφισίας 296 και Ναβαρίνου

Χαλάνδρι, 152 32

Τηλ. 210 685 9000

contact@ivf.gr

- «Ινστιτούτο Γονιμότητας»

Παστέρ 15

Αθήνα, 115 27

Τηλ. 210 6454902

- Κέντρο Ανθρώπινης Αναπαραγωγής «Γένεσις»

Παπανικολή 16

Χαλάνδρι, 151 23

Τηλ. 210 6894326

Info@pantos.gr

- «Κέντρο Βιογενετικής»

(Ευγενίδειο)

Β. Σοφίας 50

Αθήνα, 115 28

Τηλ. 210 7235080

- «Κέντρο Γονιμότητας»

Βουρνάζου 10 – 12

Αθήνα, 151 21

Τηλ. 210 6411417

- «Μητέρα»

Μαιευτήριο και Χειρουργικό Κέντρο Α.Ε

Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Λ. Κηφισίας και Ερ. Σταυρού 6

Μαρούσι, 151 23

Τηλ. 210 6869853

- «Μητρότητα»

Παπαδιαμαντοπούλου 14

Αθήνα, 115 28

Τηλ. 210 7293415

mitrotis@hol.gr

- «Μητρότητα και Υγεία»

Σεμιτέλου 4

Αθήνα, 115 28

Τηλ 210 7757016

- «Μίτωση»

Κολοκοτρώνη 154

Πειραιάς, 185 36

Τηλ. 210 4535285

- Μονάδα Αναπαραγωγικής Ιατρικής «Μ.Α.Ν.Ι»

Αναστασίου 8

Αθήνα, 115 24

Τηλ. 210 6912900

- «Νεογένεσις»

Λ. Κηφισίας 3

Μαρούσι, 115 23

Τηλ. 210 6828150

pathenonmed@techlink.gr

- Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα»

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Λαμψάκου 6

Αθήνα, 115 – 28

Τηλ. 210 7254224

- Νοσοκομείο Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Κυριάκου 2

Αθήνα, 115 21

Τηλ. 210 6432220

- «Τιτάνη»

Κηφισίας 34

Αθήνα, 115 26

Τηλ. 210 7786149

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- «IVF Gentrum»

Θ. Σοφούλη 125

Θεσσαλονίκη, 551 31

Τηλ. 2310 4274427

- Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ

Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

- Ευκαρπία

Θεσσαλονίκη, 564 29

Τηλ. 2310 693000

- Γενική Κλινική

Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Γραβιάς 2

Θεσσαλονίκη, 546 46

Τηλ. 2310 866477

- «Εμβρυογένεση» Θεσσαλονίκης

Βούλγαρη 1

Θεσσαλονίκη, 542 49

Τηλ. 2310 402885

- «Ιάκεντρο»

Αγ. Βασιλείου 4

Θεσσαλονίκη, 551 33

Τηλ. 2310 325525

- Ιατρική Έρευνα Θεσσαλονίκης

Βογιάτσικου 6

Θεσσαλονίκη, 546 22

Τηλ. 2310 256335

- Κέντρο Γονιμότητας και Εξωσωματικής

Γονιμοποίησης(Διαβαλκανικό Κέντρο)

Ασκληπιού 10

Πυλαία Θεσσαλονίκης, 546 36

Τηλ. 2310 400226

ΠΑΤΡΑ

- «Βιογένεση»

Ερμού 6, Πάτρα 262 21

Τηλ 2610 223833

- Γυναικολογικό Κέντρο Πάτρας

Κολοκοτρώνη 40 και Κορίνθου

Πάτρα, 262 21

Τηλ 2610 220156

ivfpatra@otenet.gr

- «Εμβρυογονιμότητα»

Κολοκοτρώνη 35

Πάτρα, 262 24

Τηλ. 2610 653233

- Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης «Γυνή»

Κορίνθου 267

Πάτρα, 262 21

Τηλ. 2610 651274

- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Ρίο Πάτρας

Πάτρα, 264 42

Τηλ. 2610 999111

ΒΟΛΟΣ

- «Μητρότητα»

Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης

Κ. Καρτάλη 150

Βόλος 382 – 21

Τηλ. 24210 22828

ΛΑΡΙΣΑ

- «Γονιμότης»

Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Παναδούλη και Μανδηλαρά 46

Λάρισα, 412 22

Τηλ. 2410 551325

- «Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης»

Κωλέτη 1

Λάρισα, 412 22

Τηλ. 2410 625626

- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική

Παπακυριαζή 22

Λάρισα, 412 22

Τηλ. 2410 552135

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

- Κέντρο Εξωσωματικής Γονιμοποίησης «Μητέρα»

Δωδώνης 44

Ιωάννινα, 455 00

Τηλ. 26510 46672

- Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική

Λ. Πανεπιστημίου

Ιωάννινα, 455 00

Τηλ. 26510 99111

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ

- Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Αλεξανδρούπολης

Κων/νου Παλαιολόγου 37

Αλεξανδρούπολη, 681 00

Τηλ. 25510 76274

- Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής «Otmar Bauer»

Ιωάννου Δραγούμη 24

Αλεξανδρούπολη, 681 00

Τηλ. 25510 35534

ΚΡΗΤΗ

- Μαιευτήριο «Μητέρα» Κρήτης

Δημοκρατίας 61

Ηράκλειο, 716 06

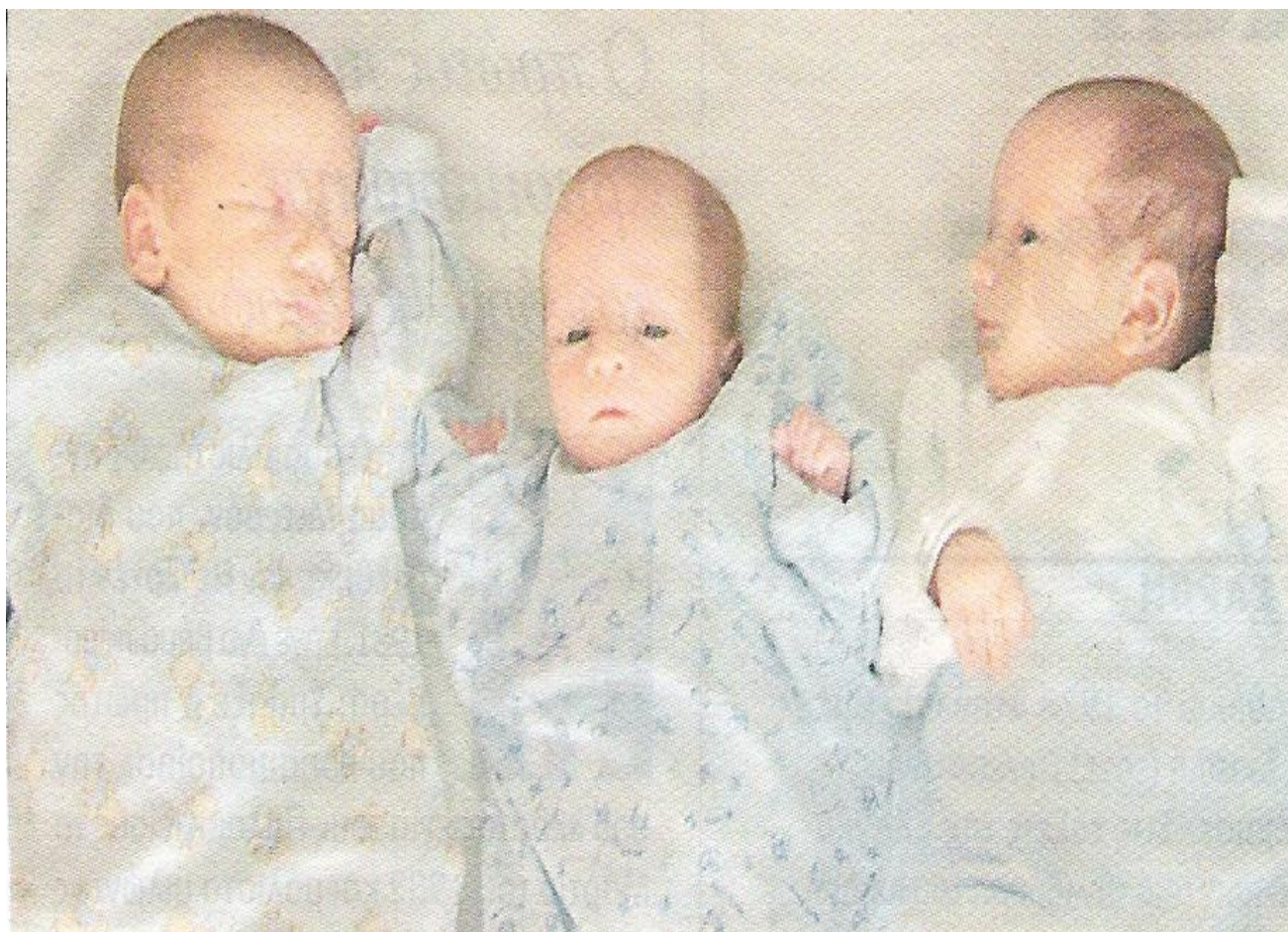
Τηλ. 2810 245253

- Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Κελαϊδή 45

Χανιά, 731 36

Τηλ. 28210 73750



Πολύδυμη κύηση που πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της
εξωσωματικής γονιμοποίησης.