

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ &
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ
ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
ΚΟΝΤΣΕ ΑΝΝΑ**



ΠΑΤΡΑ 2006

Ευχαριστούμε τον καθηγητή μας,
κ.Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο
για την πολύτιμη βοήθειά του,
την πρόθυμη συνεργασία του
και το ενδιαφέρον του γι' αυτή
την εργασία.

Ευχαριστούμε τον Δρ. Αμπέτ
Χασιάν για το χρόνο που διέ-
θεσε και για την συνέντευξη
που μας παραχώρησε.

Ευχαριστούμε την κ. Αθανασία
που μας άνοιξε την καρδιά της,
για την εμπειρία της στην εξώ-
σωματική γονιμοποίηση.

Αφιερωμένο, στους πολυαγαπημένους μας γονείς,
που πάντα μας στηρίζουν και μας προσφέρουν
ό,τι καλύτερο δυνατόν. Ένα ευχαριστώ, είναι λίγο,
για όλα όσα έχετε Κάνει...!!!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ. 04

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 05

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

Α) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ / ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ. 06

Β) ΠΟΤΕ ΚΑΝΟΥΜΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ. 08

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ

ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....σελ. 09

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

Α) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....σελ. 15

Β) ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ. 17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....σελ. 32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

Α) ΩΟΛΗΨΙΑ / ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ.....σελ. 38

Β) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....σελ. 41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ. 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....σελ. 48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

Α) Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....σελ. 57

Β) ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....σελ. 63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

Α) ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟ ΑΣΘΕΝΗ.....σελ. 69

Β) Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....σελ. 91

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ. 96

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ. 99

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ. 100

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. 101

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....σελ. 103

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1) ΣΚΟΠΟΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....σελ. 106

2) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....σελ. 107

3) ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ. 108

4) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....σελ. 112

5) ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ. 146

6) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....σελ. 150

7) ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ. 151

* ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΜΠΕΡΙΕΧΟΝΤΑΙ ΔΥΟ ΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ. Η ΠΡΩΤΗ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Η ΔΕΥΤΕΡΗ ΑΦΟΡΑ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μετά τη δεκαετία του 1960 η εφαρμογή στην πράξη των θεωρητικών γνώσεων της φυσιολογίας, της ανθρώπινης αναπαραγωγής αναβαθμίστηκε με την ανάπτυξη διάφορων μεθόδων για να οδηγήσει στην κλινική εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η τεχνογνωσία που αποκτήθηκε από την εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης είχε ως αποτέλεσμα να δρομολογηθούν νέες εξελίξεις και τεχνικές.¹

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια μέθοδος που παρουσιάζει ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον και ελπιδοφόρο μήνυμα για ζευγάρια τα οποία για ποικίλους λόγους δεν κατάφεραν να αποκτήσουν παιδιά. Υπό κάποιες προϋποθέσεις, οι γυναίκες μπορούν να απολαύσουν το αγαθό και το δώρο της μητρότητας που το στερούνται από ιδιοτροπίες και αδυναμίες της φύσης. Μαζί όμως με αυτές τις ελπίδες έρχεται η πιθανότητα μακροχρόνιων θεραπειών που περιλαμβάνουν τις περισσότερες φορές επεμβάσεις και ακριβές μεθόδους, οι οποίες δεν επιφέρουν πάντα το ποθητό αποτέλεσμα.

Η εργασία αυτή επεκτείνεται στις ιατρικές διαδικασίες που ακολουθούν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, επικεντρώνεται στα ηθικά προβλήματα της συγκεκριμένης τεχνικής και στο ρόλο του νοσηλευτή προς τον υπογόνιμο ασθενή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πάρα πολλά ζευγάρια στη σημερινή εποχή αντιμετωπίζουν προβλήματα στειρότητας η οποία μπορεί να αφορά τον άνδρα, τη γυναίκα, ή ακόμα και τα δύο μέλη. Η αδυναμία τεκνοποίησης δρα καταλυτικά στη ψυχολογία του ατόμου και η διαπίστωση της οδηγεί στην πρόκληση μιας σειράς συναισθημάτων, όπως οργή, ενοχή, αδικία, άρνηση. Το άγχος, η διατροφή, ο τρόπος ζωής, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, το κάπνισμα, οι αλλαγές στις σχέσεις των ανθρώπων είναι μερικοί από τους λόγους που το πρόβλημα της στειρότητας εμφανίζεται όλο και πιο συχνά.²

Σύμφωνα με διεθνή στατιστικά στοιχεία τα οποία ισχύουν και για την Ελλάδα, στην εποχή μας, το 15% - 20% των νέων ζευγαριών αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας. Τελευταία, ένας παράγοντας έχει γίνει εξαιρετικά σημαντικός για την υπογονιμότητα στον άνθρωπο. Είναι η πτώση των χαρακτηριστικών του σπέρματος, που φαίνεται ότι είναι ένα γεγονός με παγκόσμιες διαστάσεις. Στατιστικές μελέτες που έγιναν σε πολλές χώρες (Αγγλία, Σκοτία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα κ.α.), έδειξαν ότι και ο όγκος του σπέρματος και ο αριθμός και η κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, είναι σε πτώση τις τελευταίες δεκαετίες. Μάλιστα στη Γαλλία ανακοινώθηκε ότι ο αριθμός πτώσεως του αριθμού των σπερματοζωαρίων είναι περίπου 2% ετησίως. Ανάλογα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν πρόσφατα και για τον ελληνικό πληθυσμό. Η αύξηση της υπογονιμότητας είναι μια πραγματικότητα παγκοσμίως.

Η υπογονιμότητα, εκτός από ιατρικό πρόβλημα, είναι συνδεδεμένη και με τη δημογραφική κρίση και τη γήρανση του πληθυσμού. Μια και το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται, είναι προφανές ότι ο ελληνικός πληθυσμός γηράσκει και συνεπώς μειώνεται ο αριθμός των ζευγαριών της αναπαραγωγικής ηλικίας και συνεπώς και των γεννήσεων. Είναι γεγονός ότι η αναλογία των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών σχεδόν τριπλασιάστηκε από το 1941 έως το 1986. Αυτό είναι ένα ζήτημα που θα μας απασχολήσει σημαντικά τα επόμενα χρόνια καθ' όσον η στρέβλωση της ηλικιακής πυραμίδας οδηγεί σε μείωση του πληθυσμού της αναπαραγωγικής ηλικίας και αυτό θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη³.

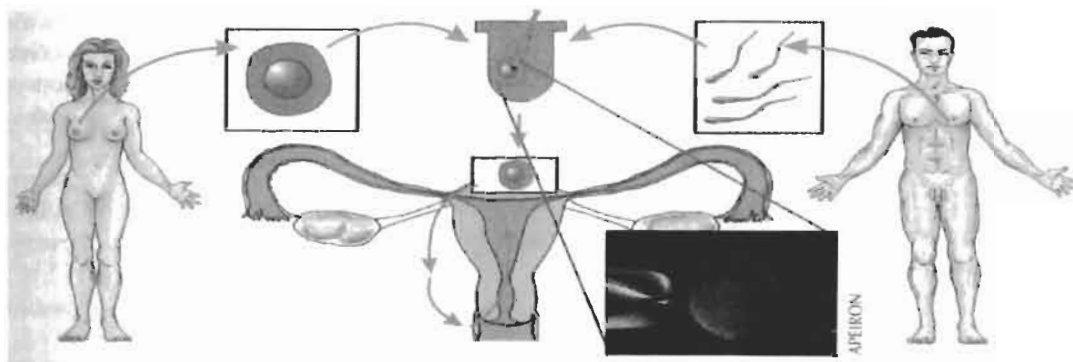
Ο πιο δημοφιλής τρόπος αντιμετώπισης της στειρότητας είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση. Η γέννηση της Louise Brown το 1978, το πρώτο παιδί μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση στο Bourne Hall της Αγγλίας, αποτέλεσε ορόσημο στο μακροχρόνιο αγώνα στον τομέα της ανθρώπινης αναπαραγωγής και υπήρξε ο καταλύτης για μια σειρά νέων μεθόδων και τεχνικών που ραγδαία επακολούθησαν.²

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Α) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η τεχνική της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπου το σπέρμα του άνδρα και τα ωάρια της γυναίκας έρχονται σε επαφή και αρχίζει η γονιμοποίηση εκτός σώματος, στο εργαστήριο, μέσα σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα ή ένα



τριβλίο. Τα έμβρυα που προκύπτουν τοποθετούνται μετά από 2-3 μέρες στην μήτρα.

Η πρόοδος που σημειώθηκε στην διάρκεια των τελευταίων 25 ετών στον χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στηρίζεται στις γνώσεις που είχαν αποκτηθεί στις αρχές του αιώνα με την αλματώδη ανάπτυξη διαφόρων τομέων της επιστήμης και της τεχνολογίας. Οι γνώσεις που αποκτήθηκαν αρχικά, ήταν αποτέλεσμα του εμμηνορρυσιακού κύκλου των θηλαστικών. Ο συνδυασμός των νέων θεραπευτικών μεθόδων και τεχνικών, σε συνδυασμό με την ενδομήτρια μεταφορά εμβρύων των ζώων, οδήγησε τελικά στην εισαγωγή και την καθιέρωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης σαν μέθοδος αντιμετώπισης της στειρότητας και της υπογονιμότητας στο ανθρώπινο γένος.

Ο αριθμός των ερευνητών που διαχρονικά ασχολήθηκαν με την μελέτη της ανθρώπινης αναπαραγωγής είναι πολύ μεγάλος. Πρωτοπόρος μιας ερευνητικής ομάδας που επέδρασε καταλυτικά στις εξελίξεις που επακολούθησαν, ήταν ο Piuscus. Οι παρατηρήσεις αυτές αναφερόταν:

- Στον τρόπο ωρίμανσης
- Στην γονιμοποίηση in vitro αρχικά σε πειραματόζωα και στη συνέχεια στον άνθρωπο

Η σχεδόν ταυτόσημη ωρίμανση τόσο in vitro όσο και in vivo επιβεβαιώθηκε αργότερα. Στη συνέχεια, το 1978 οι επιστήμονες Edwards και



Η Louise Brown, το πρώτο παιδί υπέρτα από Εξωσωματική Γονιμοποίηση, αγγέλονται στα παρτιζ και σε ηλικία 10 ετών (βέλγη)



Stephoe, καθόρισαν αναμφίβολα τις νέες μεθόδους



Οι διακελευτές της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, Patrick Steptoe και Robert Edwards, ανακοινώνουν τη γέννηση του πρώτου παιδιού με τη μέθοδο αυτής (The Daily Telegraph, 1978)

εξωσωματικής γονιμοποίησης και οι προσπάθειες τους στέφθηκαν από την

επιτυχία της γέννησης του πρώτου παιδιού του σωλήνα ή όπως έγινε κοινό γνωστό "test tube baby" στον κόσμο, της Louise Brown. Φυσικά το γεγονός αυτό προσέλκυσε την προσοχή του κοινού παγκοσμίως. Το μόνο μειονέκτημα στην συνεργασία των δύο επιστημόνων ήταν η μεταξύ τους χιλιομετρικά απόσταση (ο Edwards ήταν καθηγητής της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο Cambridge και ο Steptoe 500km. μακριά).

Από την γέννηση της Louis Brown το 1978, μέχρι σήμερα είχαν γεννηθεί περισσότερα από 100.000 παιδιά σε όλο τον κόσμο από την εφαρμογή της μεθόδους αυτής. Στην Ελλάδα το πρώτο παιδί του σωλήνα γεννήθηκε το 1983. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γεννιούνται 400-600 παιδιά με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Πέρασαν 25 χρόνια από τότε, που η εξωσωματική γονιμοποίηση επικράτησε σαν η «μοναδική λύση» στην ζωή των ζευγαριών με προβλήματα υπογονιμότητας. Όλα αυτά τα χρόνια η μέθοδος δεν αμφισβητήθηκε αντιθέτως ενισχύθηκε. Και γι' αυτό, η επιστήμη κάθε μέρα που περνάει καλείτε να δώσει απαντήσεις σε ολοένα δυσκολότερα και πιο περίπλοκα προβλήματα.⁴

Β) ΠΟΤΕ ΚΑΝΟΥΜΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Το πότε κάνουμε εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ σημαντικό:

α) Ενδείξεις από τον γυναικείο παράγοντα

-Σάλπιγγες (προβλήματα διαβατότητας και λειτουργικότητας)

-Ωοθήκες (βαριά προβλήματα ανωορρηξίας)

-Ενδομητρίωση

β) Ενδείξεις από τον ανδρικό παράγοντα

-Βαριά προβλήματα σπέρματος

-Αζωοσπερμία (με βιοψιακό υλικό από τον όρχι)

-Διαταραχές στύσης

γ) Ενδείξεις και από τους δύο

-Ηλικία

-Αποτυχία απλών μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής για αντιμετώπιση προβλημάτων ενός εκ των δύο

-Αγνώστου αιτιολογίας υπογονιμότητα που δεν ευοδώθηκε με απλές μεθόδους

-Κληρονομικές παθήσεις για τις οποίες πρέπει να γίνει προεμφυτευτική διάγνωση (preimplantation diagnosis)

-Δωρεές γαμετών (ωαρίων, σπερματοζωαρίων).⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η υπογονιμότητα τα τελευταία χρόνια, εμφανίζει ένα μεγάλο και διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό, παίρνοντας διαστάσεις σοβαρού κοινωνικού προβλήματος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένα στα 10 ζευγάρια αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας, που σημαίνει πως παγκοσμίως υπάρχουν 50 με 80 εκατομμύρια υπογόνιμα ζευγάρια, ενώ στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός υπολογίζεται στις 300.000 ζευγάρια.

Ως αιτία της αύξησης του αριθμού των υπογόνιμων ζευγαριών, έχει ενοχοποιηθεί από πολύ νωρίς το τοξικό περιβάλλον στο οποίο ζούμε, το οποίο επηρεάζει την γονιμότητα κυρίως του άνδρα. Στην βιβλιογραφία μάλιστα, συζητείται έντονα πως τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μείωση του μέσου όρου του αριθμού των σπερματοζωαρίων.

Αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει συμβάλλει στην αύξηση της υπογονιμότητας. Σήμερα, παρ' όλο που οι γυναίκες θεωρούνται πολύ νεότερες στην ηλικία των 30 από ότι στο παρελθόν, δεν παύει ο χρόνος να έχει αποφασιστική σημασία στα ζητήματα γονιμότητας, με αποτέλεσμα λόγω των κοινωνικών και επαγγελματικών υποχρεώσεων, οι περισσότερες γυναίκες να αργούν να παντρευτούν, να αργούν να αποφασίσουν να κάνουν παιδί, φθάνοντας στην ηλικία των 30 και πολλές φορές πάνω από τα 35. Εν τω μεταξύ, στατιστικά, μετά τα 35 αρχίζει να πέφτει η γονιμότητα και μετά τα 40 ακόμα πιο πολύ.

Θα πρέπει να τονισθεί πως η μέση συχνότητα σύλληψης σε ζευγάρια αποδεδειγμένης γονιμότητας, κυμαίνεται περίπου στο 20% ανά εμμηνορυσιακό κύκλο. Μόνο το 90% των γόνιμων ζευγαριών επιτυγχάνει κύηση στον πρώτο χρόνο και το 95% στη διετία. Έτσι, ένα ζευγάρι χαρακτηρίζεται ως υπογόνιμο, εάν δεν επιτευχθεί εγκυμοσύνη σε διάστημα μεγαλύτερο των δύο ετών, μετά από συστηματικές επαφές.

Οι παράγοντες, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), στους οποίους οφείλεται η υπογονιμότητα, συνοψίζονται στον πίνακα 1. Το άθροισμα των ποσοστών υπερβαίνει το 100% επειδή στο 15% των ζευγαριών η αιτία είναι πολυπαραγοντική.

Προβλήματα ωοθηλακιορρηξίας	21%
Σαλπιγγική βλάβη	14%
Ενδομητρίωση	6%
Τραχηλικός Παράγων	3%
Δυσμορφία δυσλειτουργία σπέρματος	24%
Άλλες μορφές ανδρικής στείροτητας	2%
Ανεξήγητη στείροτητα	28%
Άλλα	11%

ΠΙΝ.1 – ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ (Π.Ο.Υ. 1985)

Ο πίνακας αυτός, είναι το αποτέλεσμα μιας πολυεθνικής μελέτης του ΠΟΥ, από την οποία εξάγεται το συμπέρασμα πως ο ανδρικός παράγοντας υπεισέρχεται στο 30% των υπογόνιμων ζευγαριών, ο γυναικείος στο 40% ενώ υπάρχει και ένα 30% το οποίο αναφέρεται ως ανεξήγητη στείροτητα.

ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Το πρώτο βήμα στην θεραπεία της υπογονιμότητας είναι να βρεθεί το αίτιο της. Δεν είναι διάγνωση το ότι μια γυναίκα δεν κάνει ωοθυλακιορρηξία. Αυτό είναι το σύμπτωμα, θα πρέπει να ακολουθηθεί μια διαγνωστική μεθοδολογία, όπου θα αναζητηθούν τα ή τα αίτια που προκαλούν την όποια διαταραχή στον φυσιολογικό κύκλο και στην γονιμότητα μιας γυναίκας. Τα αίτια υπογονιμότητας στην γυναίκα είναι τα εξής:

- Διαταραχές της ωοθηλακιορρηξίας
- Σαλπιγγική (ωαγωγοί) βλάβη
- Ενδομητρίωση
- Τραχηλικός παράγοντας
- Πολυκυστικές ωοθήκες
- Ανεξήγητη στείροτητα

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΩΟΘΗΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ:

Το θηλυκό αναπαραγωγικό σύστημα βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - ωοθήκη. Εάν ο άξονας αυτός παρουσιάζει διαταραχές στην λειτουργία του, θα υπάρξουν επιπτώσεις στον ομαλό κύκλο της ανάπτυξης των ωοθυλακίων και της ωορρηξίας. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- η παντελής έλλειψη ωορρηξίας (ανωορρηξία)
- η άρρυθμη ή σπάνια ωορρηξία

Οι δύο αυτές καταστάσεις εμφανίζονται σε γυναίκες που

εκδηλώνουν αμηνόρροια (μη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως) και ολιγομηνόρροια (άρρυθμη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως). Αυτό όμως δεν αποτελεί κανόνα, μιας και σε γυναίκες με φυσιολογική εμφάνιση της περιόδου έχει διαγνωστεί ανωορρηξία.

Οι διαταραχές της ωοθηλακιορρηξίας οφείλονται στην έκλυση των γοναδοτροπίνων LH και FSH σε επίπεδα διαφορετικά από τα φυσιολογικά. Για παράδειγμα υπάρχουν γυναίκες που εμφανίζουν μια κατάσταση γνωστή ως υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός, όπου παρατηρείται μια σημαντική μείωση στην έκλυση της GnRH εξαιτίας της μειωμένης υποθαλαμικής δραστηριότητας. Ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες αυτές, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα FSH και LH, τα οποία δεν είναι ικανά να επάγουν την ωρίμανση των ωοθυλακίων και των ωορρηξία.

Μια ακόμη περίπτωση όπου παρατηρείται ακανόνιστη έκλυση γοναδοτροπίνων, είναι και αυτή του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών (Polycystic Ovary - PCO). Μια εξέταση αίματος σε αυτή την περίπτωση, δείχνει αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών. Το κυριότερο χαρακτηριστικό είναι τα ελαττωμένα επίπεδα της FSH και τα αυξημένα επίπεδα της LH και των ανδρογόνων.

Οι πολυκυστικές ωοθήκες περιέχουν πολλαπλές μικρές κύστες. Μερικές από αυτές περιέχουν ωάρια, άλλες είναι αδρανείς, ενώ άλλες μπορεί να απελευθερώσουν ωοκύτταρα. Η αιτία του συνδρόμου αυτού δεν είναι γνωστή.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Εκτιμάται ότι η ενδομητρίωση ευθύνεται για το 6% περίπου του συνόλου των άτεκνων ζευγαριών. Πρόκειται για μια κατάσταση, κατά την οποία κύτταρα του ενδομητρίου αναπτύσσονται έξω από την μήτρα, προσκολλημένα στις ωοθήκες ή άλλα όργανα. Έτσι δημιουργούνται συμφύσεις οι οποίες όταν βρίσκονται στις ωοθήκες εμποδίζουν την απελευθέρωση των ωαρίων, ενώ όταν βρίσκονται στις σάλπιγγες εμποδίζουν την διάβαση των σπερματοζωαρίων. Και στις δύο περιπτώσεις αποτρέπεται η γονιμοποίηση. Αναλυτικές μελέτες έδειξαν ότι και μικρού βαθμού ενδομητρίωση σχετίζεται με ουσιαστική μείωση της γονιμότητας. (Jansen 1986, Matorras 1996).

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΑΛΠΙΓΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η σάλπιγγα αποτελεί ένα άκρως περίπλοκο όργανο. Καθοδηγεί τους γαμέτες με αντίστροφη κατεύθυνση στο σημείο της συνάντησης και παρέχει το κατάλληλο μεταβολικό περιβάλλον για τη γονιμοποίηση και για τις πρώτες ώρες της ζωής του εμβρύου.

Καταστάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα την μερική ή ολική απόφραξη της σάλπιγγας αποτρέπουν την παραπάνω κίνηση των γαμετών με αποτέλεσμα να μην επιτελείται γονιμοποίηση.

Αυτή η ελάττωση της διαβατότητας των σαλπίγγων, μπορεί να προκληθεί είτε από την παρουσία συμφύσεων, είτε από κάποια φλεγμονή που προκλήθηκε από μόλυνση. Τέτοιες περιπτώσεις μπορούν να θεραπευτούν χειρουργικά. Προτιμάται όμως η μέθοδος της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, όπου με το στάδιο της ωοληψίας και την γονιμοποίηση in vitro, παρακάμπτεται ο ρόλος της σάλπιγγας.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Ή ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΒΛΕΝΝΗΣ

Πριν το στάδιο της ωοθυλακιορρηξίας, η τραχηλική βλέννη έχει συγκεκριμένη σύνθεση, διαμορφώνοντας ένα όξινο περιβάλλον το οποίο σκοτώνει τα βακτήρια, αποτρέποντας έτσι τη μόλυνση της μήτρας. Τα σπερματοζωάρια δεν επιζούν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα τέτοιο περιβάλλον. Γι' αυτό τον λόγο, η βλέννη, ανταποκρινόμενη στα αυξανόμενα επίπεδα οιστραδιόλης, αλλάζει την σύσταση της επιτρέποντας την γρήγορη κίνηση των σπερματοζωαρίων.

Εάν η σύνθεση της βλέννης, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά, δεν είναι η απαιτούμενη, θα εμποδιστεί η κίνηση των σπερματοζωαρίων και η συνάντησή τους με το ωάριο.

Επιπλέον, σε σπάνιες περιπτώσεις, παρατηρούνται στην βλέννη αντισώματα έναντι των σπερματοζωαρίων.

ΑΝΕΞΗΓΗΤΗ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ

Η αιτία της υπογονιμότητας ενός ζευγαριού, μπορεί να μην βρεθεί ακόμα και αν πραγματοποιηθούν λεπτομερείς εξετάσεις. Ο όρος «ανεξήγητη στειρότητα» αποδίδεται σε ζευγάρια που δεν πέτυχαν εγκυμοσύνη μετά από διετή προσπάθεια και στα οποία δεν έχει διαπιστωθεί διαταραχή ή ανωμαλία στο αναπαραγωγικό σύστημα. Εκτιμάται όπως το 28% περίπου των ασθενών με ιστορικό υπογονιμότητας ανήκει στην κατηγορία αυτή. Στην πραγματικότητα, στα ζευγάρια αυτά διαπιστώνεται ότι υπάρχουν παθολογικές καταστάσεις που δεν εντοπίζονται εύκολα. Τέτοιες είναι ανεπαίσθητες διαταραχές της (ωοθυλακιορρηξίας, δυσχέρεια παραλαβής των ωαρίων και προβλήματα μεταφοράς των γαμετών.

ΑΝΔΡΙΚΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Παρά το γεγονός ότι ο ανδρικός παράγοντας υπεισέρχεται στο μεγαλύτερο ποσοστό ζευγαριών που επιζητούν λύση στο πρόβλημα

της ατεκνίας, και παρ' ότι ο βασικός έλεγχος του άνδρα είναι απλός, φθηνός και γρήγορος, σε αρκετά κέντρα γονιμότητας ο παράγων αυτός συνεχίζει να υποτιμάται. Η ύπαρξη φυσιολογικού σπερμοδιαγράμματος αποτελεί ένδειξη για την γονιμοποιητική ικανότητα του σπέρματος. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα κριτήρια φυσιολογικού σπέρματος είναι τα εξής :

• Όγκος	2κ.ε.
• pH	7,2-8
• Αρ. σπερματοζωαρίων	$>20 \times 10^6 / \text{κ.ε.}$
• Κινητικότητα	$>50\%$
• Μορφολογία	$>30\%$ φυσιολογικά
• Ζωτικότητα	$>75\%$ ζωντανά

Σε γενικές γραμμές, η λογική σειρά στην προσπάθεια διερεύνησης της αναπαραγωγικής ικανότητας του άνδρα, είναι η λήψη του ιστορικού, η φυσική εξέταση και σε μια σειρά εργαστηριακών εξετάσεων. Η διάγνωση στηρίζεται συνήθως στο σπερμοδιάγραμμα, με κύρια αναφορά στον αριθμό, την κινητικότητα και την μορφολογία των σπερματοζωαρίων. Στην πραγματικότητα όμως η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί μια όχι πάντα αξιόπιστη διαγνωστική παράμετρο για την εκτίμηση της γονιμότητας. Υπάρχουν περιπτώσεις με «φυσιολογικό» αριθμό σπερματοζωαρίων που δεν επιτυγχάνουν γονιμοποίηση, ενώ αντίθετα άνδρες με μικρό αριθμό σπερματοζωαρίων δεν αποκλείεται να είναι γόνιμοι.

Η ανδρική υπογονιμότητα οφείλεται κυρίως σε προβλήματα που σχετίζονται με την παραγωγή και ωρίμανση των σπερματοζωαρίων. Όταν ο αριθμός τους είναι χαμηλός, τότε μειώνονται και οι πιθανότητες για τουλάχιστον ένα από αυτά να συναντήσει το ωάριο και επομένως μειώνονται οι πιθανότητες επιτυχούς γονιμοποίησης. Ακόμα και όταν τα σπερματοζωάρια παράγονται σε ικανοποιητικό αριθμό, μπορεί να μην έχουμε γονιμοποίηση είτε γιατί είναι ανώριμα, είτε γιατί δεν έχουν φυσιολογική μορφολογία και τέλος γιατί δεν έχουν προωθητική ικανότητα.

Η μείωση της ποιότητας και της ποσότητας των σπερματοζωαρίων οφείλεται σε ορισμένους παράγοντες:

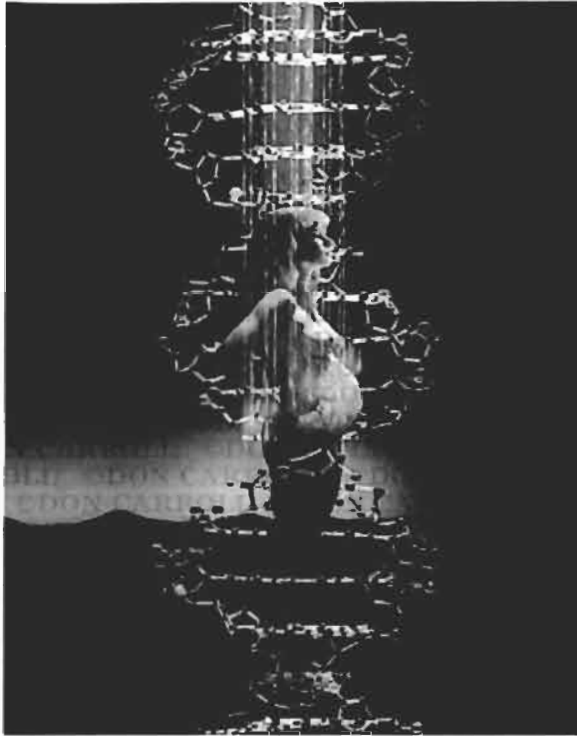
- Μολυσματικές ασθένειες. Η βλεννόρροια και τα χλαμύδια είναι γνωστό πως προκαλούν φλεγμονές και προκαλούν καταστροφή των σπερματικών πόρων.
- Ανεπαρκή παραγωγή των γοναδοτροπινών FSH και LH. Αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα.

- Παρουσία αντισπερματικών αντισωμάτων στο σπερματικό υγρό.
- Έκθεση σε ακτινοβολίες.

Η Εξωσωματική Γονιμοποίηση αποτελεί την μόνη λύση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις με ολιγοσπερμία, όπου πυκνότητες μέχρι και 2×10^6 ml, με καλή όμως προωθητική ικανότητα θεωρούνται αποδεκτές. Αντίθετα η ύπαρξη δυσλειτουργίας στο σπέρμα (ασθενосπερμία) συνοδεύεται από απογοητευτικά αποτελέσματα. Η θεραπεία του σπέρματος με δυσλειτουργικές ανωμαλίες δεν είναι αποτελεσματική και δεν προβλέπεται να βελτιωθεί, έως ότου κατανοηθούν καλύτερα οι βασικοί μηχανισμοί που τις προκαλούν. Σε περιπτώσεις σοβαρού βαθμού ανδρικής υπογονιμότητας, η προσοχή επικεντρώνεται σε μηχανικές μεθόδους, όπως η ενδοκυτταροπλασματική ένεση σπερματοζωαρίου (ICSI).¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

A) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ



Κάθε ζευγάρι πρέπει να υποβληθεί σε ένα βασικό εργαστηριακό έλεγχο. Η σειρά των εξετάσεων ρυθμίζεται ανάλογα με το ιστορικό και τα αντικειμενικά ευρήματα.

Η έρευνα πρέπει να στοχεύει στον προσδιορισμό των αιτιών της υπογονιμότητας και στην επιλογή της κατάλληλης σε κάθε περίπτωση θεραπευτικής αγωγής, αλλά και στην εκτίμηση της πιθανότητας ή στην πρόγνωση της επιτυχίας της θεραπευτικής αγωγής.

Η εξέταση του σπέρματος πρέπει να γίνεται νωρίς, επειδή μια μεγάλη ανεπάρκεια στο σπέρμα μπορεί να αναβάλλει την παραπέρα έρευνα στην γυναίκα. Στη διάρκεια της έρευνας ο γυναικολόγος πρέπει να προστρέχει στις συμβουλές ουρολόγου και ενδοκρινολόγου ακόμη και ψυχολόγου και ψυχιάτρου εάν είναι απαραίτητο.⁶

Βασικός Εργαστηριακός Έλεγχος

A. Εξετάσεις στον ΑΝΔΡΑ:

- Σπερμοδιάγραμμα και Percoll Test.
- Εξετάσεις αίματος.

B. Εξετάσεις στη ΓΥΝΑΙΚΑ:

-).Υστεροσαλπιγγογραφία και υπερηχογράφημα μήτρας και ωοθηκών.
- Εξετάσεις αίματος και ορμονικός έλεγχος: FSH, LH, TSH, PRL, Δ4, DHEA-S
- Μαστογραφίες σε κάθε γυναίκα πάνω από 35 χρονών.
- Καλλιέργεια κολπικού υγρού (αερόβια και αναερόβια), καλλιέργεια τραχηλικής βλέννας (χλαμύδια, μυκόπλασμα

Εξειδικευμένες Εξετάσεις

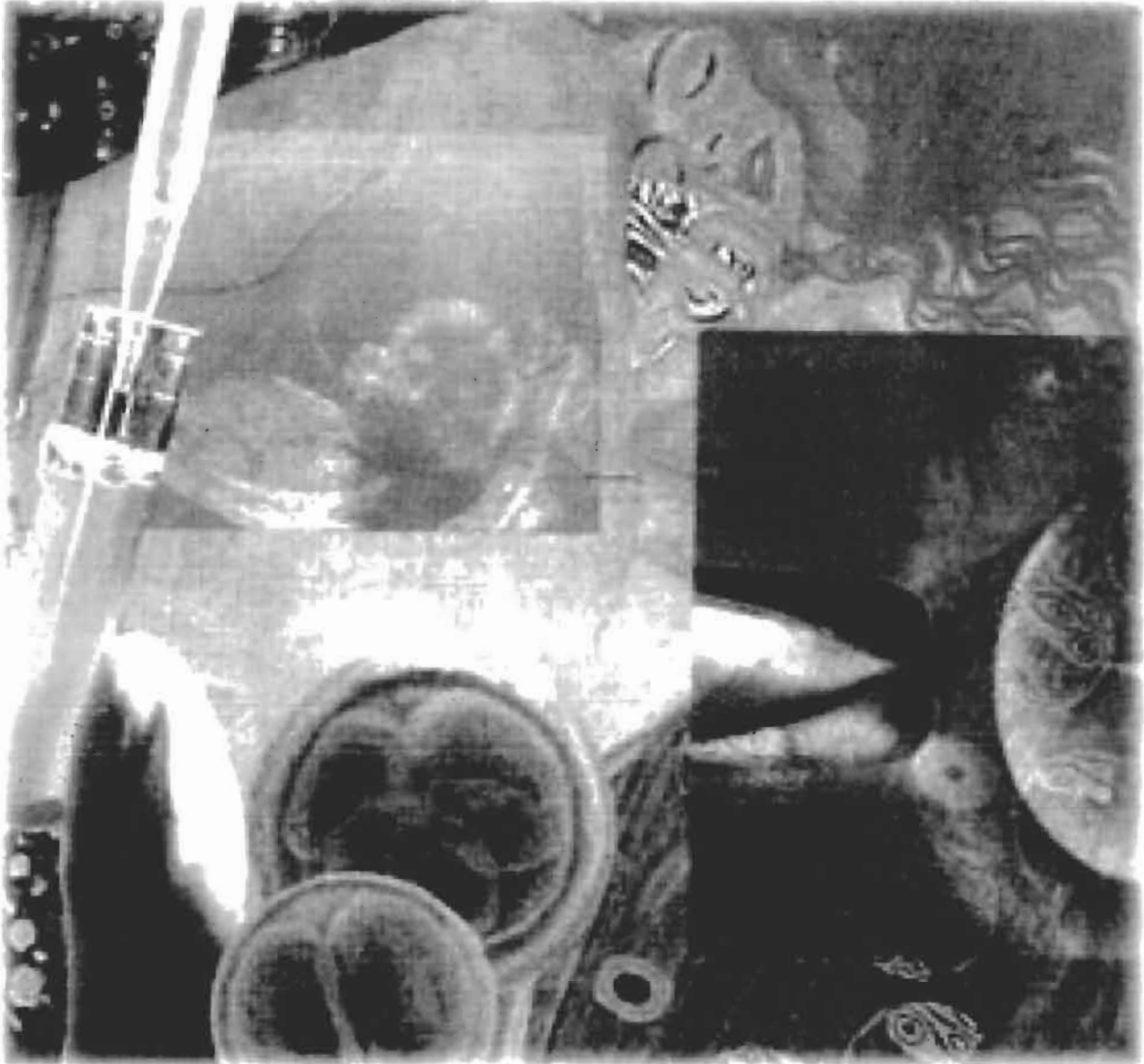
A.Εξετάσεις στον ΑΝΔΡΑ:

- Ορμονικός έλεγχος: FSH, LH, TSH, PRL, TESTOSTERONE.
- Υπερηχογράφημα προστάτου, σπερματοδόχων κύστεων, όρχεων και έγχρωμο Doppler σπερματικών αγγείων.
- Αιματολογικές εξετάσεις για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος.

B.Εξετάσεις στη ΓΥΝΑΙΚΑ:

- Λαπαροσκόπηση και υστεροσκόπηση.
- Κολπικό υπερηχογράφημα και έγχρωμο Doppler για έλεγχο υποδεκτικότητας του ενδομητρίου.
- Αιματολογικές εξετάσεις για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος.
- Ειδική ιστολογική εξέταση του ενδομητρίου με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για πινοπόδια και ανταπόκριση στην προγεστερόνη ώστε να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η καλύτερη μέρα για την εμβρυομεταφορά.⁵

Β) ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ



ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗ ΩΟΘΗΚΩΝ

Κατά την διάρκεια του φυσιολογικού κύκλου μια ορμόνη που εκκρίνεται από τον υποθάλαμο η GnRH επιδρά στην υπόφυση και εκκρίνει τις υποφυσιακές γοναδοτροπίνες δηλαδή την FSH



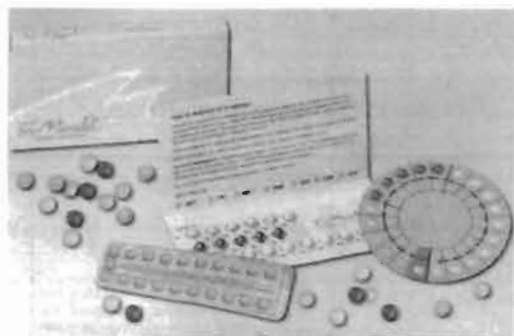
(θυλακητρόπο ορμόνη) και LH (ωχριονοποιητική ορμόνη). Στον άνδρα οι γοναδοτροπίνες επιδρούν στον όρχι και συμμετέχουν στην παραγωγή σπερματοζωαρίων μέσω μιας άλλης ορμόνης της τεστοστερόνης. Στη γυναίκα η ωοθήκη υπό την επίδραση κυρίως της

ορμόνης, FSH ωριμάζει ένα ωοθυλάκιο και σπανίως περισσότερα. Όσο το ωοθυλάκιο αναπτύσσεται παράγει την ορμόνη E2 (οιστραδιόλη) η οποία προετοιμάζει το ενδομήτριο για να δεχθεί το έμβρυο. Όταν το ωοθυλάκιο ωριμάσει αρκετά ρήγνεται (ωοθυλακιορρηξία και απελευθερώνει το ωάριο υπό την επίδραση της ορμόνης LH.

Στην εξωσωματική γονιμοποίηση προσπαθούμε να υποχρεώσουμε την ωοθήκη να παράγει περισσότερα του ενός ωοθυλάκια ώστε να ληφθούν αρκετά ωάρια. Αυτό γίνεται κυρίως επειδή έχει αποδειχθεί ότι τα ποσοστά επιτυχίας εγκυμοσύνης αυξάνουν όταν μεταφέρονται στην μητρική κοιλότητα περισσότερα του ενός έμβρυα. Για να έχουμε την πολλαπλή ανάπτυξη των ωοθυλακίων πρέπει να ελέγχονται απόλυτα οι δόσεις γοναδοτροπινών και αυτό επιτυγχάνεται καλύτερα όταν η υπόφυση δεν παράγει από μόνη τις ορμόνες αυτές. Για το λόγο αυτό χορηγούνται τα λεγόμενα «ανάλογα GnRH φάρμακα τα οποία αναστέλλουν προσωρινά την λειτουργία της υπόφυσης με αποτέλεσμα να διακοπεί η παραγωγή ενδογενών FSH και LH και επομένως να παύσει η λειτουργία της ωοθήκης.

Στο πρώτο σκέλος της θεραπείας χορηγούνται τα ανάλογα GnRH (φάση καταστολής) και σε δεύτερο σκέλος χορηγούνται φάρμακα που βοηθούν την ωοθήκη να αναπτύξει πολλά ωοθυλάκια.⁷

Τα πρωτόκολλα που χρησιμοποιούνται είναι δυο το μακρύ (long) και το βραχύ (short) στο «μακρύ» πρωτόκολλο η έναρξη του αναλόγου GnRH γίνεται την 21^η μέρα του προηγούμενου κύκλου ή εναλλακτικά την 1^η μέρα της περιόδου. Η χορήγηση του φαρμάκου συνεχίζεται για τουλάχιστον 10 ημέρες μέχρις ότου επιτευχθεί πλήρης



καταστολή της υπόφυσης – ωοθηκών. Ακολουθεί η προσθήκη των ενέσεων FSH για την διέγερση των ωοθηκών.

Στο βραχύ πρωτόκολλο το ανάλογο GnRH αρχίζει την 1^η ή 2^η μέρα του κύκλου, ενώ οι ενέσεις FSH χορηγούνται 2-3 μέρες αργότερα.

Τα περισσότερα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης χρησιμοποιούν κατά κύριο λόγο το μακρύ πρωτόκολλο. Φαίνεται πάντως ότι η επιλογή του ενός ή του άλλου πρωτοκόλλου θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση του ασθενούς. Για παράδειγμα στο βραχύ πρωτόκολλο, ανταποκρίνονται καλύτερα γυναίκες με εν γένει πτωχή απάντηση στην ωθητική διέγερση ή γυναίκες μεγαλύτερης

ηλικίας.

Αντίθετα σε νέες γυναίκες ή γυναίκες με πολυκυστικές ωθήκες το μακρύ πρωτόκολλο φαίνεται να έχει καλύτερα αποτελέσματα. Ανεξάρτητα από το χρησιμοποιούμενο πρωτόκολλο η διέγερση των ωθηκών πρέπει να παρακολουθείται στενά με συχνή μέτρηση της ορμόνης οιστραδιόλη που παράγουν τα ωριμάζοντα ωθυλάκια και με υπερηχογραφικό έλεγχο του μεγέθους τους.



Για την τελική ωρίμανση των ωθυλακίων απαιτείται η χορήγηση της ορμόνης χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG). Η χορήγηση της HCG (5.000-10.000 μονάδες) γίνεται όταν υπάρχει τουλάχιστον ένα ωθυλάκιο με μέση διάμετρο 17mm και επίπεδα οιστραδιόλης πάνω από 2.000 pmol/ml. Αν η χορήγηση της HCG γίνει νωρίς τότε θα ληφθούν ανώριμα ωάρια ενώ αν γίνει αργά είτε θα είναι υπερώριμα ή δεν θα ληφθούν καθόλου προηγηθείσης ωορρηξίας. Και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να αποτύχει η γονιμοποίηση ή να προκύψουν έμβρυα πτωχής ποιότητας.

Στην προσπάθεια να παραχθούν πολλά ώριμα ωάρια μπορεί να προκληθεί υπερδιέγερση των ωθηκών ιδίως σε γυναίκες με πολυκυστικές ωθήκες που έχουν την τάση να παράγουν πολλά ωθυλάκια (πολυκυστικές ωθήκες).

Η υπερδιέγερση των ωθηκών είναι μια δυσάρεστη κατάσταση που μπορεί να συμβεί σε ένα ποσοστό 1-2% και παρουσιάζεται με σημαντική διόγκωση των ωθηκών, συλλογή υγρού και πόνο στην κοιλιά, τάση για εμετό και δυσκολία στην αναπνοή. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική και στοχεύει στη διόρθωση των υγρών του σώματος, χορήγηση φαρμάκων για την καταπολέμηση της ναυτίας του πόνου κ.τ.λ.⁸

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (IVF)

Το ποσοστό κύησης ανά κύκλο κυμαίνεται από 18% ως 20% ανά ωοληψία από 20% ως 24% και ανά εμβρυομεταφορά από 24% ως 26%. Στις κυήσεις αυτές το ποσοστό αποβολής είναι 20% έως 22% και το ποσοστό των έκτοπων κυήσεων περίπου 4%. Επιπλέον το ποσοστό πολύδυμων κυήσεων είναι σημαντικά ψηλότερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό 25% - 38%. Οι κυήσεις αυτές όμως παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για προωρότητα, εγκεφαλική παράλυση καθώς και άλλα νεογνολογικά προβλήματα και γι' αυτό συνιστάται να μην μεταφέρονται στην μήτρα περισσότερα από 3 έμβρυα. Για το λόγο αυτό προκύπτει πρόβλημα διάθεσης των υπεράριθμων ωαρίων ή εμβρύων τα οποία μπορεί να καταψυχθούν να δωρισθούν σε άλλα ζευγάρια να χρησιμοποιηθούν για έρευνα ή να καταστραφούν.

Ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τα αποτελέσματα της εξωσωματικής είναι η ηλικία της γυναίκας. Οι στατιστικές δείχνουν ότι τα ποσοστά της κύησης αρχίζουν να μειώνονται μετά την ηλικία των 37 ετών ενώ μετά τα 40 η μείωση είναι μεγάλη.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από τα παιδιά που έχουν γεννηθεί μέχρι σήμερα από εξωσωματική γονιμοποίηση δεν φαίνεται να είναι αυξημένο το ποσοστό χρωματοσωματικών ανωμαλιών ή συγγενών δυσπλασιών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.⁹

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Παρατίθεται το ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις ενός υπογόνιμου ζεύγους, τόσο για την σύζυγο όσο και για τον σύζυγο.

Όνομα:(Γυναίκας) Ημερ/νία:

.....

(Ανδρα)..... Τηλ:

.....

ΓΥΝΑΙΚΑ:

1. Ηλικία:..... Ομάδα αίματος:

.....

2. Επάγγελμα:..... Ηλεκτροφόρηση:

.....

3. Κάπνισμα:..... Οινόπνευμα:

.....

Φάρμακα:.....

.....

4. Στείρωση: α)Πρωτοπαθής β)Δευτεροπαθής Διάρκεια:

.....

5. Διάρκεια γάμου ή συμβίωσης (νυν σύζυγος):

.....

6. Αιτία στειρότητας: Σπέρμα σάλπιγγες μήτρα
ενδομητρίωση

ανεξήγητος πολυκυστικές ωοθήκες
ανωορρηξία

Προηγούμενες εξετάσεις στειρότητας:

.....

Προηγηθείσα θεραπεία στειρότητας:

.....

7. Προηγούμενες κυήσεις:

.....

Παρόν γάμος:Προηγούμενος γάμος:Σύνολο:

.....

8. Μαιευτικό ιστορικό:

Ζώντα τέκνα:Parity:Gravity:

.....

Τ.Ε.: Α.Ε.: Π.Ε.:Εξωμήτριες
κυήσεις:.....

Φ.Τ.: Κ.Τ.: Εμβρυουλκίες:Γαλουχία:

.....

Παθολογικές κυήσεις:

.....

Ανοσολογία κύησης:Δοκ. Καρδιολιπίνης:

.....

9. Γυναικολογικό ιστορικό:

.....

Εμμηναρχή:Τ.Ε.Ρ.:Ημ. κύκλου:

.....

Κύκλος: Κανονικός:Ανώμαλος:

.....

Αραιομηνόρροια:Συχνομηνόρροια:

.....Μητρορραγία:

Αμηνόρροια:Δυσμηνόρροια:Δυσπαρεύνεια:

.....

Δυσπαρεύνεια εν τω βάσει:Υπερηχογράφημα:

.....

Πυελική φλεγμονή:

.....Ενδομητρίωση:.....

Σαλπινγγίτιδες:Υδροσάλπιγγες:

.....

Κύστη ωθήκης:Υπερτρίχωση:Τριχόπτωση:

.....

Γαλακτόρροια:Πολυκυστικές ωθήκες:Ακμή:

.....

Κολπική φλεγμονή:

.....

10. Αντισύλληψη (τελευταίων 2 ετών):

.....

11. Ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων:

.....

Κονδυλώματα:...AIDS:....Ηπατίτιδες:...Σύφιλη:....Βλεννόρροια:....Έρπης:...

12. Παθολογικό ιστορικό: Χειρουργικό ιστορικό:

Αρτηριακή Πίεση: Σκωληκοειδεκτομή:

.....

Σακχαρώδης διαβήτης: Λαπαροσκόπηση:

.....

Καρδιοπάθεια: Εγχείρηση σαλπίγγων:

.....

Νεφροπάθεια: Εγχείρηση ωθηκών:

.....

Θυροειδοπάθεια: Εγχείρηση μήτρας:

.....

Ηπατοπάθεια: Εγχείρηση τραχήλου:

.....

Κολλαγονώσεις: Υστεροσκόπηση:

.....

Ενδοκρinoπάθειες:

.....

13. Σεξουαλικές επαφές:

Συχνότητα: Ολοκλήρωση επαφής:

.....

Πρόωρη εκσπερμάτωση:..... Διάφορα:

.....

14. Φάρμακα που επηρεάζουν την γονιμότητα: Ορμόνες:

.....

Κυτταροστατικά:..... Κορτιζόνη:..... Ψυχοφάρμακα:.....

Ακτινοβολία:.....

15. Προηγούμενες προσπάθειες IVF:

Φυσική Εξέταση:

16. Σωματικό Βάρος: Ύψος: Πίεση:

.....

Αύξηση βάρους >10% τον τελευταίο χρόνο:

Ελάττωση βάρους >10 % τον τελευταίο χρόνο:

17. Καλλιέργεια τραχηλικής βλέννης:

18. Γενική εξέταση: 1) Φυσιολογική:
2) Παθολογική (προσδιόρισε):

19. Μαστοί:

Φυσιολογικοί: Καλοήθεις νόσοι:

Γαλακτόρροια:

20. Κόλπος: Φυσιολογικός: Κολπική Υπερέκκριση:

Συγγενείς ανωμαλίες.....

21. Τράχηλος: Τραχηλίτιδα: Μήτρα:
Ινομύωμα:

Πολύποδας: Αδενομύωση:

Εστενωμένος: Φλεγμονή:

Test rap:

22. Εξαρτήματα: Φυσιολογικά: Θυρεοειδής αδένας:

Υδροσάλπιγγες: Υπερλειτουργία:

Πολυκυστικές ωοθήκες: Υπολειτουργία:

Κύστη: Επινεφρίδια:

Εργαστηριακά:

23. Γενική αίματος: Ουρία:
Σάκχαρο:

24. Γενική ούρων: Δοκιμασία ανοχής γλυκόζης:
25. Τοξοπλάσμωση: Ερυθρά: AIDS: Ηπατίτιδες:
26. Ορμονικός Έλεγχος: LH: FSH: PRL:
E2:
SHBG: Testosterone: DHEA: DHEAS – S:
F – Testo: LH – RH test: F - T3: F - T4:
Δ4 - A: 17 – OH - Προγεστερόνη: Κορτιζόλη:
Προγεστερόνη 21:
27. Ωοθυλακιορρηξία: ΝΑΙ:.....
ΟΧΙ:.....
28. Διάφορες εξετάσεις:
Καρυότυπος:.....
Ακτινογραφία τουρκικού
εφίππειου:.....
Μαστογραφία (> 30
ετών):.....
Υπερηχογράφημα
πυέλου:.....
Αντισώματα (Hunner
test):.....
29. Υστεροσαλπιγγογραφία:
Φυσιολογική:
Παθολογική:.....
- 30: Κολπικές Καλλιέργειες: Αιμόφιλος: Κόκκοι:
Χλαμύδια: Μυκόπλασμα:
31. Λαπαροσκόπηση:
Ημερομηνία: Πύελος φυσιολογική:
Συμφύσεις: Πολυκυστικές:
Ενδομητρίωση: Πυελική Φλεγμονή:
Κύστη ωοθήκης: Ινομύωματα:
Υδροσάλπιγγα: Σαλπιγγίτις:
Συγγενείς ανωμ. μήτρας:
Σάλπιγγες (διαβατότης):

32. Τελική Διάγνωση:

Συμφύσεις:.....
.....

Ανωθυλακιορρηξία (υπεργοναδοτροπισμός-
υπογοναδοτροπισμός):.....

Σαλπιγγικός
παράγοντας:.....

Ενδομήτριο:.....
.....

Ενδομητρίωση:
.....

Μήτρα:
.....

33. Θεραπεία (γυναίκας):

Φάρμακα:

HMG:

GnRH – agonists:

Εξωσωματική γονιμοποίηση:

Σπερματεγχύσεις:

Χειρουργική:

ΑΝΔΡΑΣ:

34. Ηλικία:..... Σωματικό Βάρος:.....
Επάγγελμα:.....

35. Κάπνισμα:..... Οινόπνευμα:.....
Φάρμακα:.....

Εργασία σε ζεστό περιβάλλον: Στενά εσώρουχα: Αθλήματα:
Σχέση με γεωργικά φάρμακα / βενζίνη / χρωστικές / χημικά.

36. Πρόκληση εγκυμοσύνης τώρα ή
πριν:.....

37. Ιστορικό: Προηγηθείσες εξετάσεις
στεριότητας:.....

Διάγνωση:.....
.....

38. Προηγηθέν παθολογικό ιστορικό:	Παρωτίτιδα:
Ορχίτιδα:	Επιδιδυμίτιδα:
Σακχαρώδης διαβήτης:	Φυματίωση:
Βρογχιεκτασία:	Γοναδοτροπική
ανεπάρκεια:	
Προστατίτιδα:	Κυστίτιδα:
Ουρηθρίτιδα:	Νεφρική
ανεπάρκεια:	
Ηπατική ανεπάρκεια:	Καρδιακή ανεπάρκεια:
Δρεπανοκυτταρική αναιμία:	Υπερπρολακτιναιμία:

39. Χειρουργικό Ιστορικό:	Έκτοπος όρχις:
Κιρσοκήλη:	Υδροκήλη:
Βουβωνοκήλη:	Βιοψία όρχεως:

40. Ιστορικό σεξουαλικά μεταδιδόμενων νόσων:	
Κονδυλώματα:	Σύφιλη:
Ηπατίτιδα-B / C:	Γονόρροια:
Έρπης II:	AIDS:

41. Φάρμακα που επηρεάζουν την γονιμότητα:	
GnRH – agonists:	Κυτταροστατικά:

Κορτιζόνη:

Νιτροφουραντοίνη:

Σιμεθιδίνη:

Βαρβιτουρικά:

42. Εκσπερμάτωση:

Φυσιολογική:

43. Στύση: Φυσιολογική:

Γενταμικίνη:

Ρεζερπίνη:

Ακτινοβολία:

Restandol:

Πρόωρη:

Ανικανότητα:

Φυσική εξέταση:

44. Πίεση: Σφίξεις: Σωματικό Βάρος:
45. Γενική Εξέταση:
 Φυσιολογική:.....
 Παθολογική:.....

46. Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου:.....
 Σεξουαλική ανικανότητα: Παθολογική
 τριχοφυΐα:
 Υπογοναδισμός: Γυναικομαστία:
 Υποσπαδίας: Κρυφορχία:
47. Πέος: Φυσιολογικό: Μη φυσιολογικό:
 48. Όρχεις: Μέγεθος: (Δεξιά): (Αριστερά):
49. Επιδιδυμίδες: Φυσιολογικές: Επώδυνες:
 50. Προστάτης: Φυσιολογικός: Επώδυνος
 51. Βουβώνες: Κήλες: Ουλές: Λεμφαδένες:

Εργαστηριακές Εξετάσεις

52. Γενική αίματος:..... Γενική σύρων:.....
53. Ουρία: Σάκχαρο: HBsAg: AIDS:
 54. Ορμόνες: LH: FSH: PRL:
 Testosterone: SHBG:
55. Σπερμοδιάγραμμα: A B
 Όγκος: Ph:
 Συγκολλήσεις:
 Ρευστοποίηση:
 Αριθμός / ml:
 Ολικός αριθμός:
 Μορφολογία:
 Κινητικότητας: (1^η ώρα:)

Ζωηρή:

Μέτρια:

Επιτόπια:

Ακίνητα:

Μικροσκοπική

Εξέταση:.....

Βιοχημεία

σπέρματος:.....

Αντισώματα:

Mar

Test:.....

Αντισώματα

Ορού:.....

Καλλιέργεια

—

Αντιβιογράμμα:.....

Δραστικότητα

ακροσίνης

/

υποσμωτικό

test:.....

Λειτουργικός

Δείκτης

Σπέρματος:.....

Test

—

Percoll:.....

.....

56.

Διάφορα:

Καρυότυπος:.....

Ακτινογραφία

τουρκικού

επιπτείου:.....

Υπερηχογράφημα

οσχέου

/

προστάτη:.....

Βιοψία

όρχεως:.....

57. Διάγνωση: Παθολογικό σπερμοδιάγραμμα (προσδιόρισε):

Φλεγμονή:.....

.....

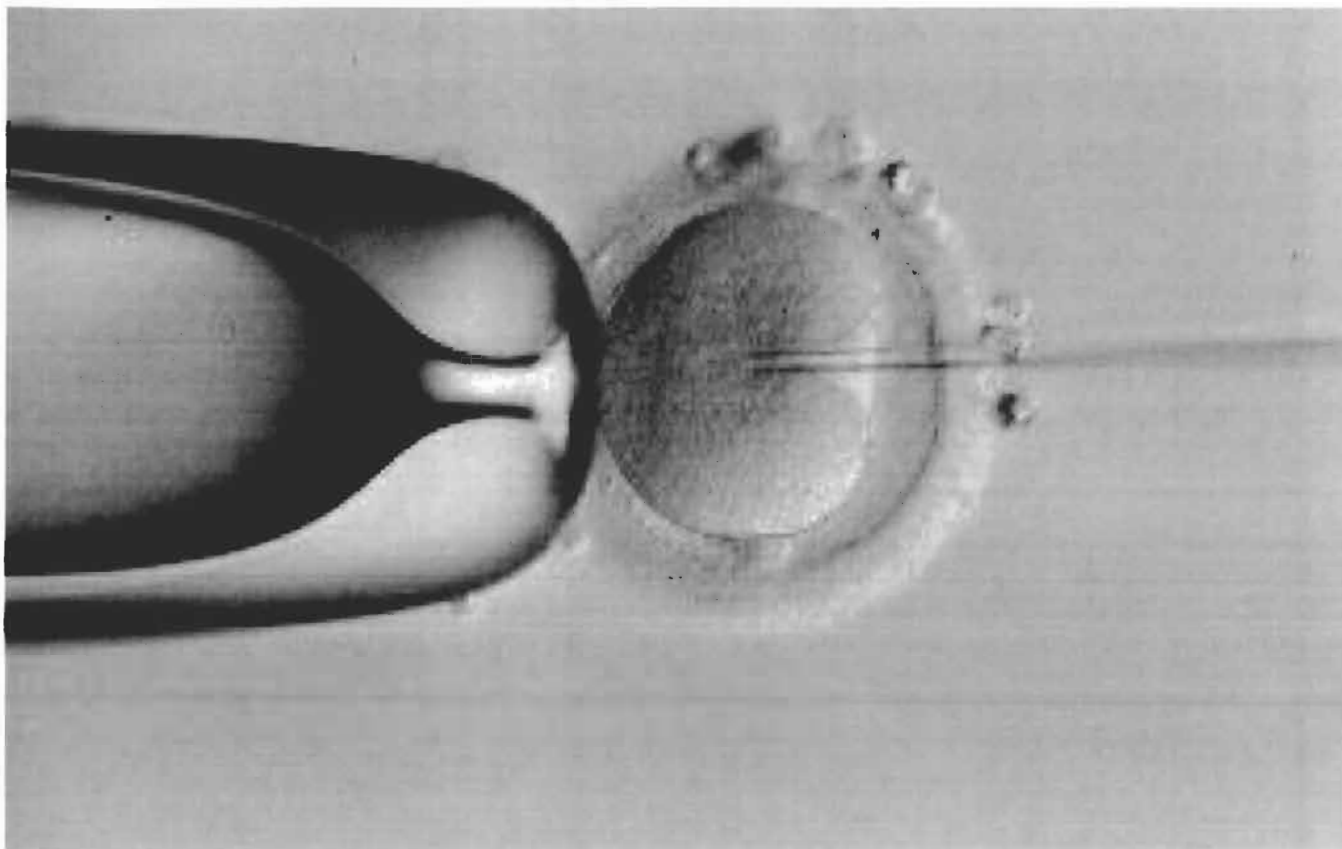
Αντισώματα:.....

.....

Απόφραξη κιρσοκήλη:.....				—
Σύνδρομο cells:.....	Sertoli	—		only
58. (προσδιόρισε):.....	Θεραπεία			άνδρα
59. Αντιβίωση:.....	Θεραπεία			ζεύγους:
Αντιοιστρογόνα:		Χειρουργική:		
Διέγερση ωοθηκών:		Σπερματέγχυση:		
Εξωσωματική γονιμοποίηση:				
Δωρεά εμβρύων:		Κατάψυξη:		
60. Έκβαση: Κύηση: ΝΑΙ		ΟΧΙ	Τοκετός:	
Παλίνδρομος κύηση:		Βιοχημική κύηση: ¹⁰		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

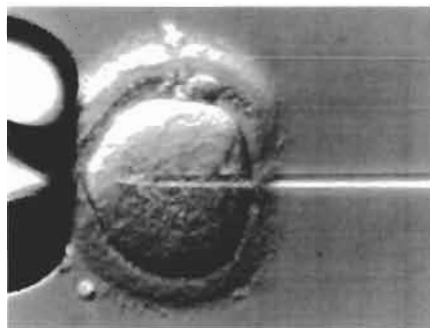
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ



Σήμερα στην υπηρεσία της ολοκλήρωσης της ευτυχίας του ζευγαριού τίθενται στην διάθεση του, σύγχρονες και επαναστατικές μέθοδοι, συνεχώς εξελισσόμενες που παρέχουν υψηλά ποσοστά επιτυχίας μιας κύησης.

Η εξέλιξη, λοιπόν, της τεχνολογίας μας δίνει την δυνατότητα να επιλεγεί η κατάλληλη και αποτελεσματικότερη μέθοδος ανάλογα με το πρόβλημα, που αντιμετωπίζει το ζευγάρι.

Αναφέρω παρακάτω τις συνηθέστερες μεθόδους που



χρησιμοποιούνται σήμερα στα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης:

α)Κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση

Απαιτείται ένας συγκεκριμένος αριθμός σπερματοζωαρίων ανά ωάριο, ο οποίος προστίθεται στην καλλιέργεια των ωαρίων την ημέρα της ωοληψίας. Την επόμενη ημέρα το πρωί, δηλ 15-20 ώρες μετά, σ ένα σπερματοζωάριο έχει διεισδύσει σε ένα ωάριο και έχει επιτευχθεί η γονιμοποίηση. Στο στάδιο αυτό διακρίνουμε μικροσκοπικά δυο προπυρήνες και δυο πολικά σωμάτια. Στο επόμενο στάδιο, οι δυο προπυρήνες συνενώνονται σε ένα πυρήνα και έχουμε ουσιαστικά το αρχικό κύτταρο του νέου οργανισμού.

Η εμβρυομεταφορά, που είναι η αποκορύφωση της προσπάθειας της εξωσωματικής γονιμοποίησης, προγραμματίζεται 2-5 μέρες μετά την ωοληψία, ώστε το έμβρυο να έχει ανάπτυξη από το επίπεδο των τεσσάρων κυττάρων ως το στάδιο της βλαστοκύστης.

Μετά τον εργαστηριακό έλεγχο των γονιμοποιήσεων και την καταγραφή τους τα αρχέγονα έμβρυα τοποθετούνται πάλι σε κυτταροκαλλιέργειες ώστε να υποστηριχθούν για να αρχίσουν να διαιρούνται.

β)Μικρογονιμοποίηση- Intracytoplasmic Sperm Injection (icsi)

Κατά την Μικρογονιμοποίηση ενίεται το σπερματοζωάριο ενδοωριακά.

Τα ωάρια, μετά την ωοληψία, επεξεργάζονται με ειδικό ένζυμο για να καθαρισθούν από την κοκκιώδη στιβάδα, έτσι ώστε να εκλεχθεί η ωριμότητα των ωαρίων με σιγουριά και ο χειρισμός να είναι ευκολότερος.

Επιλέγονται ωάρια που έχουν ολοκληρώσει τη δεύτερη μετά φάση, συλλαμβάνονται ένα προς ένα τα ωάρια με ειδική πιπέττα συγκρατήσεως μέσω ενός μικροχειριστηρίου μέσα σε μια σταγόνα ειδικού καλλιεργητικού υλικού. Με ένα δεύτερο μικροχειριστήριο ακινητοποιείται πλήρως το σπερματοζωάριο με πίεση στη ρίζα της ουράς, αναρροφείται στην ειδική βελόνα ενέσεως το σπερματοζωάριο και στη συνέχεια διαπερνάται με μια κίνηση η διαφανή ζώνη του ωαρίου και εναποτίθεται.

Ενδείκνυται σε σοβαρές περιπτώσεις ανδρικής υπογονιμότητας όπως:

- i. Χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων
- ii. Βαρύ πρόβλημα συγκόλλησης των σπερματοζωαρίων

- iii. Χρόνια φλεγμονή του σπέρματος που δεν ανταποκρίνεται στις διάφορες ειδικές αντιβιοτικές αγωγές.
- iv. γλομπουλοσπερμία, κατά την οποία απουσιάζει το ακρόσωμα, που είναι απαραίτητο για να μπορέσει το σπερματοζώαριο να διαβρώσει το περίβλημα του ωαρίου και να μπει μέσα.

γ) Μέθοδος GIFT- Gamete Intrafallopian Transfer

Κατά την μέθοδο αυτή γίνεται ενδοσαλπιγγική έγχυση γαμετών (ωαρίων- σπερματοζωαρίων).

δ) Μέθοδος ZIFT-Zygote Intrafallopian Transfer

Και σε αυτή την μέθοδο ο χειρισμός γίνεται με ενδοσαλπιγγική έγχυση αλλά με τη διαφορά ότι εγχύονται ζυγώτες, δηλ αρχόμενα έμβρυα.

Για να εφαρμοσθούν οι δυο παραπάνω μέθοδοι θα πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον μια υγιή σάλπιγγα γιατί ουσιαστικά η σάλπιγγα μετατρέπεται σε τριβλίο.

Τα μειονεκτήματά τους είναι ότι χρειάζεται γενική αναισθησία, υπάρχει κίνδυνος να τραυματισθεί το ωάριο, να επιτευχθεί αυξημένος αριθμός εξωμήτριων κυήσεων και δεν υπάρχει δυνατότητα απόδειξης της γονιμοποίησης σε περιπτώσεις αποτυχίας.

Οι μέθοδοι αυτοί για τους παραπάνω λόγους εφαρμόζονται σε περιορισμένα εργαστήρια και εγκαταλείπονται προοδευτικά.

ε) Βιοψία όρχεως (Tesa-Testicular Sperm Aspiration, Mesa-Micro Epididymal Aspiration)

Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αζωοσπερμίας με γενική νάρκωση. Η βιοψία του όρχεως (Tesa) μπορεί να καθορίσει αν τα σπερματοζώαρια μπορούν να ληφθούν από τους όρχεις. Κατά την απλή ανάλυση του σπέρματος όπου τα σπερματοζώαρια δεν είναι ορατά, υπάρχει η δυνατότητα να περισυλλέγουν από διάφορα μέρη των όρχεων.

Η μικροχειρουργική αυτή επέμβαση, μπορεί να γίνει μια μέρα πριν την ωοληψία, ή πριν ακόμη αρχίσει η θεραπεία της γυναίκας και ο ορχικός ιστός να καταψυχθεί. Η μέθοδος Mesa είναι συναφής μέθοδος μικρογονιμοποίησης. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι τα σπερματοζώαρια λαμβάνονται από την κεφαλή της επιδιδυμίδας.

στ) Μέθοδος PZD (Partial Zone Dissection)

Σε αυτή γίνεται μερική διάνοιξη της διαφανούς ζώνης του ωαρίου, ώστε να δημιουργηθούν οπές από τις οποίες θα βρουν τρόπο να περάσουν σπερματοζωάρια ακόμη και με ασθενέστατη κίνηση.

ζ) Μέθοδος Suzi (Subzonal Insemination)

Σε αυτή τη μέθοδο μικρογονιμοποίησης η τοποθέτηση των σπερματοζωαρίων γίνεται κάτω από τη διαφανή ζώνη του ωαρίου με μικροσκοπική γυάλινη λεπτή βελόνη.

η) Μέθοδος AHA (Assisted Hatcing)

Υποβοηθούμενη εμφύτευση – εκκόλαψη εμβρύου σε γυναίκες άνω των 39 ετών, ασθενής με παχιά διαφανή ζώνη ωαρίου ή αποτυχημένες προσπάθειες IVF.

θ) Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (ΠΓΔ)

Με τον όρο αυτό εννοούμε την διαδικασία διάγνωσης γενετικών ασθενειών με βιοψία του εμβρύου και χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του φύλου των εμβρύων για φυλοσύνδετα νοσήματα αλλά και την διάγνωση εμβρύων φορέων αυτοσωματικών νόσων όπως σύνδρομο DOWN, μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, μυοτονική δυστροφία, δυστροφία του Dussen. Γίνεται σε επίπεδο ωαρίου ή εμβρύου τεσσάρων με οκτώ κυττάρων - που είναι και το επικρατέστερο- ή βλαστοκύστης και πραγματοποιείται μετά την ωοληψία.



Η επιτυχημένη εμφύτευση εξαρτάται από:

- Την ποιότητα των ωαρίων
- Τις εργαστηριακές συνθήκες
- Τα καλλιεργητικά υγρά
- Την Υποδεκτικότητα του ενδομητρίου

Μετά το τέλος της εν γένει διάγνωσης μόνο τα υγιή και ικανά έμβρυα μεταφέρονται στη γυναίκα.

Δεν είναι επίπονη διαδικασία, διαρκεί από 5-10 λεπτά. Τα έμβρυα τοποθετούνται στη μήτρα μέσω ενός καθετήρα και δεν χρειάζεται αναισθησία.

Έχει σαν σκοπό της η διαδικασία αυτή να :

- 1) Εξαλειφθεί ο κίνδυνος για εκείνα τα ζευγάρια που κινδυνεύουν να μεταδώσουν στους απογόνους τους κληρονομικά νοσήματα.

- 2) Να μειωθεί ο χρόνος των δώδεκα εβδομάδων που πρέπει να υποστεί το ζευγάρι σε προγεννητικό έλεγχο.
- 3) Να αποφευχθεί η ψυχολογική φθορά από την αναγκαστική διακοπή κύησης εμβρύων που είναι φορείς γενετικών ανωμαλιών.

1)Κρυοσυντήρηση / κατάψυξη εμβρύων

Σε πολλά ζευγάρια και κυρίως νεαρής ηλικίας επιτυγχάνεται γονιμοποίηση πολλών εμβρύων. Αυτά μπορούν να διατηρηθούν με την κρυοσυντήρηση και να μεταφερθούν σε επόμενο κύκλο σε περιπτώσεις αποτυχίας. Η κρυοσυντήρηση γίνεται με ειδικό μηχάνημα και τεχνικές προοδευτικής κατάψυξης ως τους -196 βαθμούς Κελσίου και οι παγιέτες, τα σωληνάκια, όπου τοποθετούνται τα έμβρυα, αποθηκεύονται σε ειδικά δοχεία υγρού αζώτου.

Η διατήρησή τους φθάνει ως και την πενταετία. Κατά την διαδικασία καταψύξεως- αποψύξεως καταστρέφεται το 30% περίπου των κυττάρων και αυτό γιατί δεν έχουν όλα τα έμβρυα την ίδια δυνατότητα να αντιμετωπίσουν αυτή την "ταλαιπωρία". Δεν έχουν αναφερθεί παρ' όλα αυτά παιδιά που γεννήθηκαν με αυτή την διαδικασία να εμφανίζουν αύξηση των χρωμοσωμικών και των δομικών τους διαταραχών.⁵

Δύο ακόμη μέθοδοι που δεν θεωρούνται αμιγώς εξωσωματικές διαδικασίες και είναι:

-Η ομόλογη σπερματέγχυση (IVI- Intrauterine Insemination)

Σε αυτή την διαδικασία το σπέρμα του συζύγου εισάγεται με ειδική βελόνη από τον γυναικολόγο στη μήτρα της γυναίκας.

-Η ετερόλογη σπερματέγχυση

Εδώ εισάγεται στη μήτρα της γυναίκας από τον γυναικολόγο με ειδική λεπτή βελόνη σπέρμα δότη δηλ άνδρα εκτός γάμου.

Είναι σημαντικό για να επιτευχθούν αυτές οι δυο τεχνικές να μην έχει η γυναίκα φανερές αναπαραγωγικές ανωμαλίες στην ωοθηκική λειτουργία και στην διαβατότητα των σαλπίγγων.

Ενδείκνυνται, όταν συνηγορούν:

- Ανεξήγητα στείρωση
- Αντί-σπερματικά αντισώματα
- Οριακή ολιγοασθενοσπερμία
- Ήπια ενδομητρίωση

Μετά το τέλος της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης η γυναίκα παρακολουθείται υπερηχογραφικά και με

πλήρη εργαστηριακό έλεγχο, εφόσον το test κύησης μετά την πάροδο 15 ημερών είναι θετικό.

Αν επισυμβεί τυχόν αποτυχημένη προσπάθεια της διαδικασίας τότε το επόμενο εγχείρημα θα γίνει δυο με τρεις μήνες μετά. Αν όμως χρησιμοποιηθούν κατεψυγμένα έμβρυα τότε η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης επαναλαμβάνεται σε ένα μήνα γιατί η γυναίκα δεν υποβάλλεται εκ νέου σε φαρμακευτική διέγερση των ωοθηκών. **ια) Δωρεά ωαρίων ή εμβρύων**¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

A) ΩΟΛΗΨΙΑ / ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ

ΩΟΛΗΨΙΑ:

Η ασθενής προσέρχεται στη μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης για να γίνει η ωοληψία (oocytes recovery) πρωί νηστική, μαζί με το σύζυγο, αφού θα δώσει σπέρμα. Η γυναίκα τοποθετείται σε γυναικολογική καρέκλα (bumt), αφού έχει ουρήσει, παίρνει νάρκωση και καθαρίζεται ο κόλπος και ο τράχηλος με φυσιολογικό ορό και καλλιεργητικό υγρό Ham-F 10, ποτέ όμως με Betadine (βλάπτει τα ωάρια). Στη συνέχεια ετοιμάζεται η κολπική κεφαλή του υπερηχογράφου και πριν τοποθετηθεί η βελόνα ωοληψίας (με διπλό αυλό για έκπλυση ωοθυλακίων) γίνεται ένα γρήγορο υπερηχογράφημα για να φανεί αν υπάρχει υγρό στο δουγλάσειο, πράγμα που δεν το επιθυμούμε, γιατί σημαίνει ωορρηξία. Οι ωοθήκες πρέπει να βρίσκονται σε επαφή με τον οπίσθιο κολπικό θόλο, να είναι δηλαδή όσο το δυνατόν πιο χαμηλά και όχι βαθιά μέσα στην κοιλιά, διότι τότε ο κίνδυνος για αιμορραγία είναι μεγάλος. Αν οι ωοθήκες είναι ευκίνητες, η βοηθός μαία πρέπει να ασκήσει πίεση κοιλιακά με το χέρι της ώστε να σταθεροποιηθούν. Η βελόνα παρακεντήσεως έχει άκρο ορατό στην οθόνη τού υπερηχογράφου κοφτερό (cutting needle), η δε κεφαλή του υπερηχογράφου (κολπική) πρέπει να βρίσκεται στην εγκάρσια τομή κατά την ωοληψία ώστε τα λαγώνια αγγεία (αρτηριακή φλέβα) να φαίνονται επιμήκη και όχι στην επιμήκη θέση που φαίνονται ωοειδή γιατί μπορεί να εκληφθούν σαν ωοθυλάκια και να παρακεντηθούν. Στην επιμήκη τομή καλύτερα να δουλεύει κανείς σπανιότερα. Η ωοθήκη υπερηχογραφικά βρίσκεται κάτω από τα λαγώνια αγγεία και πρέπει να τα αποφεύγουμε.

Παρακεντώντας ένα ωοθυλάκιο, πάντα μαλακά και χωρίς βίαιες κινήσεις, αναρροφάται το ωοθυλακικό υγρό, δίνεται στο βιολόγο για ανεύρεση του ωαρίου και περιμένουμε να μας πει τι βρήκε από κύτταρα. Αν δε βρήκε ωάριο θα πρέπει να πει αν βρήκε κοκκιώδη κύτταρα (granulosa cells) που σημαίνει ότι οι πιθανότητες να βρεθεί ωάριο είναι λίγες λόγω ανωριμότητας του ωοθυλακίου ή αν βρήκε κύτταρα ωοφόρου δίσκου και ακτινωτού στεφάνου (cumulus cells), που σημαίνει ότι υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βρεθεί ώριμο ωάριο. Τότε γίνονται 2-3 εκπλύσεις

του ωοθυλακίου με Ham – F 10 στους 37°C και περιμένουμε να δούμε αν πήραμε το ωάριο. Πρώτα αναρροφάται η μία ωοθήκη με μια παρακέντηση του κοιλιακού θόλου και μετά η άλλη με δεύτερη παρακέντηση. Προσπαθούμε να αποφύγουμε τις διατετραίνουσες αρτηρίες του κόλπου, αν όμως προκληθεί κοιλιακή αιμορραγία, τότε ταμπονάρονται οι πλάγιοι κοιλιακοί θόλοι και αν δεν σταματήσει το αίμα τότε βάζουμε θυριδωτή λαβίδα και στραγγαλίζουμε την αρτηρία που αιμορραγεί. Σε περίπτωση παρακέντησης της λαγώνιου φλέβας, συνήθως δεν προκαλείται εσωτερική αιμορραγία. Αν όμως μαζευτεί αίμα στον δουγλάσειο χώρο, τότε πρέπει να αναρροφηθεί στο τέλος της ωοληψίας, για λόγους αποφυγής φλεγμονής και συμφύσεων, αλλά και επειδή μπορεί να βρεθούν μέσα σε αυτό ωάρια. Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται επίσης στο να μη μολυνθούν τα ωάρια, τηρώντας όλους τους κανόνες ασηψίας και κυρίως στη μεταφορά των δοκιμαστικών σωλήνων με το ωοθυλακικό υγρό στους βιολόγους.

ΕΜΒΡΥΟΜΕΤΑΦΟΡΑ:

Η αποκορύφωση της προσπάθειας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η εμβρυομεταφορά, που αποτελεί την τελική διαδικασία σε αυτή τη «σκυταλοδρομία». Η περίοδος δεκτικότητας του ενδομητρίου όπου είναι δυνατή η εμφύτευση των εμβρύων δεν υπερβαίνει τις 48 ώρες κι ενώ στο φυσιολογικό κύκλο είναι την 20^η – 21^η μέρα του κύκλου, στις γυναίκες που κάνουν πρόκληση ωορρηξίας για εξωσωματική γονιμοποίηση είναι την 19^η – 20^η μέρα του κύκλου τους. Η διαφοροποίηση του ενδομητρίου γίνεται υπό την επίδραση της προγεστερόνης του ωχρού σωματίου (επέρχεται κένωση των υποδοχέων προγεστερόνης στο ενδομήτριο) οπότε και εμφανίζονται τα πινοπόδια στη μεμβράνη των επιθηλιακών κυττάρων του ενδομητρίου, πράγμα το οποίο διευκολύνει την προσκόλληση και την εμφύτευση της βλαστοκύστης. Αυτό ονομάζεται παράθυρο εμφύτευσης εμβρύου.

Για να γίνει μία εμβρυομεταφορά εξετάζονται τα έμβρυα ποιοτικά και σε συνεννόηση με τους βιολόγους αποφασίζεται πόσα θα τοποθετηθούν ενδομητρίως και αν θα καταψυχθούν τα υπόλοιπα. Γενικός κανόνας είναι να μεταφέρονται όσο το δυνατό λιγότερα π.χ. δύο αν τα έμβρυα είναι άριστης ποιότητας (grade I), για αποφυγή πολύδυμης κύησης. Στη διάθεσή μας έχουμε διάφορους καθετήρες, μαλακούς και ατραυματικούς, αλλά και με οδηγό σκληρό. Αφού πλυθεί ο κόλπος της γυναίκας με φυσιολογικό ορό και ο ενδοτράχηλος με βαμβακοφόρο στείλειό εμβαπτισμένο με Ham – F 10, τότε δοκιμάζεται η διαβατότητα του

έσω τραχηλικού στομίου με ένα καθετήρα χωρίς να περιέχει έμβρυα και αποφασίζουμε αν θα χρησιμοποιήσουμε μαλακό καθετήρα. Αφού ελέγξει ο βιολόγος το μαλακό καθετήρα στο μικροσκόπιο και αναφέρει ότι τοποθετήθηκαν όλα τα έμβρυα ενδομήτρια τότε τοποθετείται κολπικά κρέμα Crinone και παίρνονται τα ούρα της γυναίκας με καθετήρα για να μην πιέζει η κύστη τη μήτρα και να συσπάται. Αφού τοποθετηθούν τα έμβρυα στον πυθμένα της μήτρας, που στο υπερηχογράφημα φαίνονται σαν μια άσπρη κουκίδα τότε, αφαιρείται ο μαλακός καθετήρας σιγά – σιγά και περιστροφικά, για να μην κολλήσουν τα έμβρυα πάνω του με βλέννη και αφαιρεθούν μαζί του.

Η εμβρυομεταφορά γίνεται σε χώρους απλής αποστείρωσης ακόμα και στο απλό γυναικολογικό εξεταστήριο. Δε χρειάζεται νάρκωση ούτε αναλγησία, σε μερικές μόνο περιπτώσεις χορηγούμε για λόγους χαλάρωσης απλά ηρεμιστικά χάπια ή ενέσεις. Μισή ώρα στο κρεβάτι μετά την εμβρυομεταφορά είναι υπεραρκετή για να χαλαρώσει σωματικά και πνευματικά η γυναίκα και να αιματωθεί καλύτερα η μήτρα για να βελτιώσει την υποδεκτικότητά της στα έμβρυα, όπως έχει αποδειχθεί και εφαρμόζεται στις σύγχρονες μονάδες IVF. Μετά από αυτή τη μικρή ανάπαυση επιστρέφει στο σπίτι της. Θεωρείται ωφέλιμος ο περιορισμός των δραστηριοτήτων και η χαλάρωση για μερικές ημέρες. Πρέπει να αποφεύγει τη σεξουαλική επαφή, την πολύωρη ορθοστασία και τις βαριές οικιακές εργασίες.¹⁰

B) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ **ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Η διείσδυση και εμφύτευση στο ενδομήτριο γίνεται 4 με 7 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά. Αν ένα έμβρυο εγκατασταθεί αρχίζει να παράγεται μια ορμόνη η χοριακή γοναδοτροπίνη η οποία φθάνει σε ανιχνεύσιμα επίπεδα στο αίμα περί τις 10 με 12 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά(τεστ κυήσεως στο αίμα).Μετά 2 με 3 μέρες θα γίνει νέα εξέταση αίματος για να μετρήσουμε ξανά χορική γοναδοτροπίνη. Σε περίπτωση διπλασιασμού της τιμής ανάμεσα στις δύο μετρήσεις θεωρούμε σίγουρη την βιοχημική παρουσία κυήσεως μετά από μια εβδομάδα βλέπουμε τον ή τους σάκους της κυήσεως με κολπικό υπερηχογράφημα και μετά από δύο εβδομάδες με νέο κολπικό υπερηχογράφημα βλέπουμε καρδιακή λειτουργία στο αίμα ή στα έμβρυα. Αμέσως μετά το ζευγάρι παραπέμπεται στον θεράποντα γυναικολόγο, ο οποίος αναλαμβάνει πλέον την παρακολούθηση της κυήσεως.

Σε αρνητικό αποτέλεσμα χωρίς να έχουμε ακόμη περίοδο επαναλαμβάνουμε σε 2 με 3 μέρες την εξέταση αν είναι θετική ακολουθούμε την προηγούμενη οδηγία αν είναι αρνητική σταματάμε τα φάρμακα και έρχεται περίοδος. Τότε η προσπάθεια έχει αποτύχει. Είναι από τις δυσκολότερες και τις πλέον δυσάρεστες στιγμές η αντιμετώπιση του αρνητικού αποτελέσματος. Αποτυχία σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης σημαίνει ότι θα πρέπει να βρεθεί πάλι το ζευγάρι με τα μέλη της ομάδας για να συζητήσουν τις παραμέτρους της αποτυχίας ώστε να καθορίσουν τα περαιτέρω βήματα και την προοπτική για επιτυχία σε μια επόμενη προσπάθεια.⁵

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΥΗΣΕΩΣ:

Μια εγκυμοσύνη, που προέρχεται από εμφύτευση, πρέπει να θεωρείται υψηλού κινδύνου και να παρακολουθείται εντατικά με ειδικό πρωτόκολλο. Η διάρκειά της θα είναι 37 εβδομάδες μετά την εμφύτευση ή 259 ημέρες και ως τελευταία ημερομηνία έμμηνης ρύσης θεωρείται η ημέρα της εμφύτευσης με την αφαίρεση τριών εβδομάδων. Στο πρώτο τρίμηνο ελέγχεται η τιμή της προγεστερόνης και της χοριακής γοναδοτροπίνης και η γυναικολογική εξέταση θεωρείται απαραίτητη για τον καθορισμό του μεγέθους της μήτρας. Η έγκυος πρέπει να εξετάζεται μια φορά στην Πέμπτη εβδομάδα, στη συνέχεια κάθε δύο εβδομάδες από

την 8^η μέχρι την 28^η. μετά η εξέταση γίνεται κάθε βδομάδα μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Σε αυτό το διάστημα ελέγχεται η πρόοδος της εγκυμοσύνης, τόσο από κλινική πλευρά, όσο και από εργαστηριακή. Σε περίπτωση πρόωρου τοκετού γίνεται προσπάθεια αναστολής του, ενώ ελέγχονται όλοι οι παράγοντες της εμβρυϊκής ωριμότητας. Ο τοκετός αποπερατώνεται με τα σημερινά δεδομένα με καισαρική τομή, εκτός αν πρόκειται για νεκρό ή ανώμαλο έμβryo. ⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

1) ΒΡΕΤΑΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Στην Βρετανία, χώρα όπου γεννήθηκε το πρώτο "παιδί του σωλήνα" στον κόσμο, η επίσημη κρατική νομοθεσία ήταν σχεδόν ανύπαρκτη για την εξωσωματική γονιμοποίηση, μέχρι το 1990. Δύο Νόμοι ρύθμιζαν τα θέματα πατρότητας που αφορούν την χρήση μήτρας υποκαταστάσεως ("δανεικής μήτρας") και την συγκατάθεση του συζύγου για χρήση σπέρματος δότη. Με τους Νόμους αυτούς, απαγορεύονται οι εμπορικές συναλλαγές και η διαφήμιση του "δανεισμού μήτρας" και επιβάλλεται η αναγνώριση τέκνων από πατέρες που έχουν συγκατατεθεί για την χρήση σπέρματος δότη.

Ωστόσο, έπειτα από την ψήφιση του ειδικού «νόμου για την ανθρώπινη γονιμοποίηση και εμβρυολογία», το Βρετανικό σύστημα ελέγχου της πρακτικής της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ίσως ένα από τα καλύτερα του κόσμου. Χρειάστηκαν 6 χρόνια εντατικών συζητήσεων και διαβουλεύσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων στην εξωσωματική γονιμοποίηση, ώστε να διαμορφωθεί το ακριβές πλαίσιο αρμοδιοτήτων μιας ανεξάρτητης ελεγκτικής υπηρεσίας. Ο έλεγχος στηρίζεται στην λειτουργία ενός ειδικού σώματος, της HFEA, η οποία εξεπόνησε τον πρώτο κώδικα δεοντολογίας το 1991. Στον κώδικα περιγράφεται η πρακτική που «πρέπει» να ακολουθείται ("must" practice), και η πρακτική που «θα έπρεπε» να ακολουθείται ("should" practice), από όλους όσους ασχολούνται με την εξωσωματική γονιμοποίηση στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στο νόμο περιλαμβάνονται ορισμοί του εμβρύου και της γονιμοποίησεως (θεωρείται έμβρυο το προϊόν γονιμοποίησεως στο στάδιο 2 βλαστομεριδίων). Επίσης, θεωρείται ότι η κύηση αρχίζει με την εγκατάσταση του εμβρύου στο ενδομήτριο, αφήνοντας επομένως ελεύθερο το πεδίο σε πειραματισμούς επί των «εμβρύων» μέχρι την 6^η ή 7^η μέρα αναπτύξεως. Οι μόνες ρητές απαγορεύσεις που περιλαμβάνονται στο νόμο αφορούν:

- Τη μεταφορά ανθρωπίνων εμβρύων σε ζώα,
- Τη μεταφορά εμβρύων ζώων σε γυναίκα,
- Τη μεταφορά μη ανθρωπίνων γαμετών σε γυναίκα,

- Την αντικατάσταση πυρήνων σε βλαστομερίδια (πυρηνική κλωνοποίηση, δηλαδή αφαίρεση του πυρήνα ενός βλαστομεριδίου και αντικατάστασή του με πυρήνα που προέρχεται από άλλο σωματικό ή γενετικό κύτταρο είτε ανθρώπου είτε ζώου),
- Την καλλιέργεια εμβρύων μετά την 14^η μέρα, δηλαδή μετά την εμφάνιση της «αρχικής γραμμής» ή «αρχηγόνου ταινίας».

Όλες οι υπόλοιπες πράξεις που σχετίζονται με την εξωσωματική γονιμοποίηση και τον πειραματισμό με ανθρώπινους γαμέτες και έμβρυα επιτρέπονται από τον νόμο, αλλά υπόκεινται στην έγκριση και τον έλεγχο των πειραματικών μεθόδων και των αποτελεσμάτων από την ανεξάρτητη υπηρεσία. Ο νόμος διατυπώνει σαφώς τη σύνθεση και τις αρμοδιότητές της, στις οποίες περιλαμβάνεται η χορήγηση αδειών λειτουργίας στα κέντρα και ετήσια καταγραφή των γενικών αποτελεσμάτων της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε εθνικό επίπεδο. Οι διατάξεις του νόμου προβλέπουν τέλος και ποινές, που φθάνουν τη δεκαετή κάθειρξη για ορισμένες παραβάσεις.

Οι συζητήσεις συνεχίστηκαν μετά την ψήφιση του νόμου και κατετέθησαν προτάσεις διαφόρων ενδιαφερομένων. Πολλές βελτιώσεις συμπεριλαμβάνονται στον κώδικα όπως διαμορφώθηκε στην νέα του έκδοση, τον Ιούνιο του 1993. Σήμερα, η βιοιατρική της αναπαραγωγής είναι η μόνη ειδικότητα στην Βρετανία, της οποίας η πρακτική ρυθμίζεται από ειδική επίσημη υπηρεσία ελέγχου. Η HFEA έχει απόλυτη αρμοδιότητα και για την επεξεργασία των θεμάτων ηθικής και δεοντολογίας, στον τομέα της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τόσο από απόψεως πειραματισμού, όσο και εφαρμογών.¹²

2) ΝΟΜΟΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Το νομοθετικό πλαίσιο του υπουργείου υγείας έρχεται να συμπληρώσει το νόμο 3089/2002 του υπουργείου δικαιοσύνης περί ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγής. Ο νέος νόμος προβλέπει, μεταξύ άλλων, την ίδρυση μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εκτός νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών.

Παράλληλα απελευθερώνει τη διακίνηση ανθρώπινου γενετικού υλικού και γονιμοποιημένων ωαρίων μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγχρόνως δίνει στους γονείς την δυνατότητα να επιλέξουν το φύλο του παιδιού τους, μόνο όμως για την αποφυγή σοβαρής κληρονομικής νόσου που συνδέεται με το φύλο. Επίσης ως όριο ηλικίας της γυναίκας που επιθυμεί να

τεκνοποιήσει με μια από της μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τίθεται το 50^ο έτος – αρχικός είχε αναφερθεί το 55^ο έτος, ωστόσο έπειτα από εισηγήσεις και αντιδράσεις ο υπουργός κατέβασε το όριο αυτό. Απαγορεύει επίσης την κλωνοποίηση για αναπαραγωγικούς σκοπούς, ενώ προβλέπει τη γέννηση παιδιού με «παρένθετη» μητέρα. Προβλέπει συγχρόνως τη σύσταση Εθνικής Αρχής για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και την ίδρυση Τραπεζών Κρυοσυντήρησης, ενώ θέτει όρια ηλικίας για τους δότες σπέρματος και ωαρίων. Επίσης κατηγοριοποιεί τα αδικήματα και επιβάλλει ποινικές και διοικητικές κυρώσεις.

3) ΜΕΜΟΝΤΙΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ IVF

Ένα σημαντικό μέτρο για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και συνεπώς για τον έλεγχο του δημογραφικού ζητήματος είναι η ιατρική και κοινωνικοοικονομική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών, ούτως ώστε να δικαιούνται και να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες και στην ασφαλιστική κάλυψη για την επίλυση του προβλήματος.

Η επιτυχία της αντιμετώπισης της υπογονιμότητας είναι υψηλή (25-30% ανά προσπάθεια) και εξαρτάται από τα αίτια της στειρότητας, την ηλικία του ζευγαριού, το είδος της φαρμακευτικής αγωγής. Αν υπολογίσουμε ότι η μέση πιθανότητα σύλληψης εντός νεαρού και γόνιμου ζευγαριού είναι λιγότερο από 20% για κάθε προσπάθεια στις γόνιμες ημέρες, τότε φαίνεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μία αποτελεσματική επιλογή.

Κάθε προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης 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 , 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 , όπου 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 .³

Υπάρχουν κάποια μελλοντικά σχέδια του νόμου που πρόκειται να εφαρμοσθούν στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Όλα τα ασφαλιστικά ταμεία θα καλύπτουν στο εξής τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης , όπως προβλέπεται στο σχέδιο νόμου για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή , που δόθηκε στη δημοσιότητα από το υπουργείο υγείας στις 1 Νοεμβρίου του 2004 .

Σκοπός του υπουργείου είναι να προστατευθούν τα ζευγάρια , που καταφεύγουν στην εξωσωματική γονιμοποίηση για να αποκτήσουν παιδί , καθώς αποκαλύφθηκε , ότι μέχρι σήμερα τουλάχιστον 10.000 ζευγάρια έχουν γίνει « εύκολα θύματα » όσων ασχολούνται με την συγκεκριμένη μέθοδο.

Στο σχέδιο νόμου για την εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνονται , επίσης μια σειρά από προϋποθέσεις τις οποίες θα πρέπει να πληροί η υποψήφια μητέρα προκειμένου να προχωρήσει στη συγκεκριμένη παραγωγική μέθοδο . Ειδικότερα προβλέπεται , ότι μια γυναίκα θα μπορεί να προσπαθεί μέχρι την αναπαραγωγική της ηλικία , δηλαδή μέχρι την εμμηνόπαυση . Επίσης , στην υποψήφια μητέρα θα εμφυτεύονται από 2 έως 4 γονιμοποιημένα ωάρια και όχι περισσότερα , όπως γίνονταν μέχρι σήμερα . Το μέτρο αυτό λαμβάνεται , καθώς πολλές γυναίκες βρίσκονταν στη δυσάρεστη θέση να τερματίσουν την κύηση κάποιων γονιμοποιημένων ωαρίων στον τέταρτο μήνα , καθώς

εμφυτεύουν πολλά για να διασφαλιστεί η επιτυχία της μεθόδου .

Το σχέδιο νόμου προβλέπει , επίσης , ότι δεν θα αμείβονται πλέον οι λεγόμενες «δανεικές μητέρες» , ενώ απαγορεύεται η επιλογή του φύλου του παιδιού και ρυθμίζονται μια σειρά από ζητήματα που σχετίζονται με το γενετικό υλικό . Στο πλαίσιο αυτό , τα σπερματοζώαρια και τα ωάρια δεν θα παραμένουν κατεψυγμένα έπ' αόριστον , ενώ στις τράπεζες γενετικού υλικού το σπέρμα θα παραμένει μόνο για δέκα χρόνια και τα ωάρια δεν θα φυλάσσονται για περισσότερα από πέντε χρόνια . Παράλληλα , η κλωνοποίηση θεωρείται παράνομη για οποιοδήποτε λόγο κι αν πραγματοποιείται .

Προβλέπεται , επίσης , η ίδρυση ανεξάρτητης διοικητικής αρχής , η οποία θα ελέγχει τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης και θα μπορεί να επιβάλει κυρώσεις , που διαπιστώνονται παρατυπίες και παραβάσεις του νέου νόμου .¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η τεράστια εξέλιξη στο χώρο της εξωσωματικής γονιμοποίησης τα τελευταία 30 χρόνια, οδήγησε την επιστημονική κοινότητα σε σκεπτικισμό, σχετικά με τα ηθικά διλήμματα τα οποία αναπόφευκτα προκύπτουν, αλλά και σχετικά με τις μελλοντικές εφαρμογές της μεθόδου αυτής. Οι τοποθετήσεις πάνω σε αυτά τα ζητήματα πολλές, αξίζει όμως να αναφέρουμε τις κυριότερες.¹

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 αναλογιστούμε ότι κάθε 3 δευτερόλεπτα πεθαίνει ένα παιδί από ασιτία, κάπου στον Κόσμο μας;¹²

Τα περισσότερα ηθικά προβλήματα συγκεντρώνονται, στην ετερόλογη μορφή τεχνητής γονιμοποίησης (όταν χρησιμοποιείται σπέρμα άλλου άνδρα και όχι του συζύγου). Για την ομόλογη (όταν επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση σπέρματος του συζύγου) θα μπορούσε κανείς να επισημάνει τον κίνδυνο να υποτιμηθεί το βαθύτερο νόημα του γάμου που είναι τελικά η ψυχοσωματική ένωση των συζύγων με αποτέλεσμα το «όνειδος» της ατεκνίας να αχρηστεύει το γάμο και να βραχυκυκλώνει τη συζυγία.

Στην περιοχή όμως της ετερόλογης τεχνητής γονιμοποίησης τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά. Η τεχνητή γονιμοποίηση με ξένο σπέρμα φέρνει στο γάμο ένα ξένο στοιχείο, που στο στείρο γονέα του καταγράφει ακριβώς τη στειρώσή του. Το παιδί έχει δικαίωμα να είναι καρπός της αμοιβαίας αγάπης των γονέων του. Αυτό δε συμβαίνει στην ετερόλογη γονιμοποίηση. Ένας δότης δε μπορεί να διεκδικήσει το τίτλο του πατέρα. Σπάει ο πνευματικός σύνδεσμος των συζύγων. Πέρα από αυτό όμως το παιδί έχει δικαίωμα να γνωρίζει τον πατέρα του. Ένα τέτοιο δικαίωμα όμως στη μέθοδο αυτή αποκλείεται συνειδητά.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ:

Όταν εφαρμόστηκε για πρώτη φορά η τεχνητή γονιμοποίηση φάνηκε ότι το πρόβλημα των άτεκνων ζευγαριών θα λυνόταν οριστικά. Πίσω όμως από τις εντυπωσιακές διακηρύξεις και τα συναισθηματικά σλόγκαν κρύβεται ένας τρομερός κίνδυνος, που οι επιστήμονες έφθασαν σαν να τον παρομοιάζουν με την

παραγωγή της ατομικής βόμβας και την πυρηνική επανάσταση στη φυσική. Που βρίσκεται όμως ο κίνδυνος; Ο κίνδυνος δεν είναι ορατός, όταν δούμε απλά και μόνο την τεχνητή γονιμοποίηση. Ο κίνδυνος παραμονεύει στις άπειρες προεκτάσεις της. Σαν τέτοιες θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν οι :

1) ΚΑΤΑΨΥΞΗ ΣΠΕΡΜΑΤΟΣ – ΩΟΘΗΚΩΝ - ΕΜΒΡΥΩΝ

Αν και ηθικά η μέθοδος αυτή κρίνεται απαράδεκτη, γιατί διαχωρίζει ριζοσπαστικά τη τεκνοποιία και την αναπαραγωγή, το πρόβλημα είναι : ποιος μπορεί να εγγυηθεί ότι με την κατάψυξη δεν θα προκληθεί καμιά ζημιά στο σπέρμα ή τις ωοθήκες πολύ δε περισσότερο στο έμβρυο.

Προς το παρόν δεν έχει δημοσιευτεί καμιά εργασία που να καθησυχάζει τις ανησυχίες μας. Λένε ότι μετά από έρευνες που έγιναν με ποντικούς υπάρχουν πολύ καλές προοπτικές για την επιτυχία της μεθόδου καταψύξεως εμβρύων. Τι σημαίνει όμως καλές προοπτικές; Το ποσοστό 90 % θα αποτελούσε επί των ποντικών ένα δείκτη επιτυχίας, όταν όμως αναφέρεται κανείς στον άνθρωπο, εκείνο που μετράει είναι το 10 % της αποτυχίας.

Αλλά τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά όσο φαίνονται. Εξωτερικές καταστάσεις μπορεί να περιπλέξουν την μέθοδο. Τι πρέπει να γίνει στην περίπτωση που οι γονείς πεθάνουν;¹⁴

Πολλά από τα κατεψυγμένα έμβρυα για διάφορους λόγους, παραμένουν στην κατάψυξη και η τύχη τους αποτελεί δυσεπίλυτο πρόβλημα. Στις Η.Π.Α. υπάρχουν σήμερα περί τα 10.000 κατεψυγμένα έμβρυα. Διερωτηθήκαμε τι θα γίνουν τα κατεψυγμένα έμβρυα αν οι γονείς δεν τα θέλουν πια, γιατί απέκτησαν άλλο παιδί ή γιατί χώρισαν; Τι τύχη θα έχουν οι ανθρώπινες αυτές υπάρξεις και ποιος θα έχει την αρμοδιότητα και θα φέρει ευθύνη για την τύχη τους;¹⁵

2) ΑΜΒΛΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η άμβλωση συνιστάται στις περιπτώσεις που οι γονείς πεθαίνουν ή διαφωνούν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ή όταν διαπιστωθούν ανωμαλίες και ασθένειες στο έμβρυο. Όσοι υποστηρίζουν την εφαρμογή άμβλωσης στις περιπτώσεις αυτές, χρησιμοποιούν έντεχνα τις εξής ερωτήσεις: «πότε αρχίζει η ζωή» ή με άλλα λόγια «πότε εμψυχούται το έμβρυο;» και «πότε το έμβρυο γίνεται ανθρώπινο πρόσωπο;».

Η πρώτη έχει απαντηθεί στα πλαίσια του γενικότερου θέματος των αμβλώσεων. Για να απαντήσουμε στη δεύτερη θα

χρησιμοποιήσουμε την φράση του John Locke: «η λέξη πρόσωπο δεν είναι βιολογικός αλλά ρητορικός όρος».

3) ΠΕΙΡΑΜΑΤΑ ΣΕ ΕΜΒΡΥΑ

Σε διάλεξή του, ο εισηγητής της τεχνητής γονιμοποίησης R.G.Edwards αναφερόμενος στην προοπτική να χρησιμοποιηθούν τα έμβρυα σε πειράματα, δε δίστασε να διακηρύξει: «τα δικαιώματα του εμβρύου είναι κατώτερα και λιγότερο σημαντικά, από τα δικαιώματα ενός ενήλικα. Γι' αυτό και πρέπει να υπάρχουν και διαφορετικά επίπεδα σεβασμού προς τη ζωή, ανάλογα με την εξέλιξή της... πιστεύω ότι τα ανθρώπινα έμβρυα αξίζουν το σεβασμό μας, αλλά στις πρώιμες μορφές τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μελέτη και μάθηση...». Το έναυσμα δόθηκε και ήρθαν έπειτα οι υποστηρικτές του Edwards να συνηγορήσουν: το έμβρυο της πρώτης εβδομάδες (έως τις 18) δεν αισθάνεται τον πόνο γιατί το νευρικό του σύστημα δεν έχει σχηματιστεί.

Η αλήθεια, ότι το έμβρυο ήδη από τη στιγμή της σύλληψης του είναι άνθρωπος με ψυχή, λογική και σώμα δεν αφήνει περιθώρια για συζήτηση. Η ανθρώπινη προσωπική ζωή κατέχει ανεξάρτητα από την αξιολόγησή της στο χρηματιστήριο της ανθρώπινης δυναμικής της κοινωνίας τόσο μεγάλη υπόληψη και αξιοπρέπεια ώστε να μην είναι δυνατό ποτέ ο άνθρωπος να αξιολογηθεί μόνο σαν αντικείμενο, δηλαδή σαν μέσο για σκοπό.

Η προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν έμβρυα για πειραματόζωα υποκρύπτει την ουλιταριανιστική φιλοσοφική θεώρηση της ζωής: «το μεγαλύτερο καλό για το μεγαλύτερο αριθμό».

4) ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

Αποτελεί θέση του R.G.Edwards, ότι οι ιστοί και τα κύτταρα του εμβρύου είναι κατάλληλα για μεταμοσχεύσεις σε ενήλικες. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι μεταμόσχευση εμβρυϊκών κυττάρων θεραπεύει μια μορφή αναιμίας, ενώ η μεταμόσχευση ιστών μπορεί να έχει ποικίλες εφαρμογές από εφήβους μέχρι και ηλικιωμένους. Τονίζει ακόμη ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι με τη μεταμόσχευση εμβρυϊκού νευρικού ιστού, μπορούν να θεραπευτούν νευρολογικές διαταραχές στους ενήλικες, ενώ με νευρικά κύτταρα του εμβρύου μεταμοσχευμένα στο νευρικό σύστημα του ανθρώπου, θα μπορούσαν να θεραπευτούν ασθένειες όπως η νόσος του Parkinson.

Αν και οι προοπτικές που ανοίγονται είναι πραγματικά ευεργετικές, το γεγονός παραμένει: στο τέλος όλων των

μεταμοσχευτικών μεθόδων το έμβρυο οδηγείται στο θάνατο. Είναι όμως επιτρεπτό να θανατώσουμε το ανθρώπινο έμβρυο;

5) ΚΛΩΝΩΣΗ

Είναι η αναπαραγωγή ζωντανών οργανισμών χωρίς να προηγηθεί ένωση του ωαρίου με το σπερματοζωάριο. Ειδικότερα, από ώριμο ωάριο που δεν έχει γονιμοποιηθεί, αφαιρείται ο πυρήνας, με ακτινοβολία ή μικροχειρουργική, και στη θέση του τοποθετείται πυρήνας κυττάρου, συνήθως εντέρου ή δέρματος, από άτομο του ίδιου γένους. Το έμβρυο που θα αναπτυχθεί έχει όλα τα χαρακτηριστικά του δότη, είναι πιστό αντίγραφο του. Δεν γνωρίζουμε τι ακριβώς γίνεται σχετικά με την κλώνωση στα διάφορα ερευνητικά εργαστήρια. Πάντως ένα είναι το γεγονός: με τη μέθοδο αυτή μπορούν να αναπαραχθούν εκατοντάδες ή και χιλιάδες αντίγραφα του δότη του πυρήνα. Ο κίνδυνος αρχικά δεν είναι αισθητός. Όταν όμως μεταφέρουμε το μοτίβο στα χέρια μιας ισχυρής κυβερνήσεως και στη δημιουργία πολυπληθών στρατευμάτων, καταλαβαίνουμε όλοι μας τι συνέπειες μπορεί να επιφέρει μια τέτοια μέθοδος στον πλανήτη μας...

Ακραία περίπτωση κλώνωσης είναι η μηχανική διασταύρωση ανθρώπου και ζώου. Ήδη σε βιολογικά ερευνητικά κέντρα, υπάρχουν καλλιέργειες κυτταρικές ή ιστολογικές ανθρώπου-ζώου, όπως ανθρώπου-πιθήκου, ανθρώπου-ποντικού κ.α. Οι ταινίες επιστημονικής φαντασίας αρχίζουν να γίνονται μια απελπιστική πραγματικότητα.

Οι τελευταίες εξελίξεις πάντως, ξαναφέρνουν στην επιφάνεια το φάντασμα του ναζιστή γιατρού Μέγκελε και το όραμα του Χίτλερ για την δημιουργία της Άριας φυλής.

6) ΕΥΓΟΝΙΑ – ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΥΠΕΡΑΝΘΡΩΠΩΝ

Με την τεχνητή γονιμοποίηση και την εφαρμογή των τραπεζών σπέρματος θα μπορούσαν να δημιουργηθούν άτομα με εξαιρετικές σωματικές, καλλιτεχνικές, επιστημονικές κ.α. δυνατότητες. Άλλοι μιλούν για γέννηση υπεράνθρωπων κ.λ.π. Αν και όλα αυτά φαίνονται ότι κινούνται στο χώρο της φαντασίας, γίνονται τέτοιες προσπάθειες στα επιστημονικά εργαστήρια.

Η τεχνητή γονιμοποίηση παρέχει κάτω από ορισμένες συνθήκες την δυνατότητα επιλογής του φύλου. Περιπτώσεων να σημειωθεί ότι κάτι τέτοιο είναι απαράδεκτο. «Ουκ έني άρσεν και θήλυ». Όλα τα τέκνα είναι ευπρόσδεκτα ανεξάρτητα από το φύλο τους.

(7) ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΦΥΛΟΥ

8) ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΧΩΡΙΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

(ΠΑΡΘΕΝΟΓΕΝΕΣΗ).

Πρόκειται για εξωφρενική παραποίηση του νοήματος της τεκνογονίας, η οποία αν λάβει χώρα θα υποθάψει καταστάσεις διαστροφής. Όπως και ομοφυλόφιλα ζευγάρια που προσδοκούν στην απόκτηση ενός παιδιού.

9) Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΕΡΟΥΣΑΣ Ή ΔΑΝΕΙΚΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Η ανάπτυξη του ωαρίου που γονιμοποιήθηκε τεχνητά μπορεί να γίνει στη μητέρα ή σε άλλη γυναίκα, που αποκαλείται φέρουσα μητέρα. Συνήθως οι φέρουσες αναλαμβάνουν την κυοφορία εμβρύων ασθενών γυναικών. Δεν αποκλείεται όμως στο μέλλον γυναίκες που για λόγους επαγγελματικούς, ακόμη και σιλουέτας, δεν θα θέλουν να κυοφορήσουν, να χρησιμοποιήσουν φέρουσες μητέρες. Η τεκνογονία έτσι θα καταντήσει μια εμπορική συναλλαγή με αποτέλεσμα η κοινωνία να χωρισθεί σε δύο τάξεις: στους φτωχούς που θα γενούν παιδιά και στους πλούσιους που θα πληρώνουν και θα γεννιέται το παιδί. Κι ίσως βέβαια η μέθοδος αυτή να γίνει μέσον πλουτισμού των πτωχών, θα τους επισωρεύσει όμως πλήθος ψυχολογικών προβλημάτων.

Αλλά εκτός από την υποτιθέμενη φοβερή κατάληξη, ήδη με την εφαρμογή του ο θεσμός συνάντησε ανυπέρβλητα εμπόδια. Υπήρξαν περιπτώσεις όπου φέρουσες μητέρες όταν γεννήθηκε το παιδί αρνήθηκαν να το επιστρέψουν. Άλλες εκβίαζαν τους γονείς λέγοντας ότι θα κάνουν άμβλωση, για να κερδίσουν περισσότερα χρήματα. Αλλά υπήρξαν και περιπτώσεις γονέων που αρνήθηκαν να δεχτούν το παιδί, γιατί γεννήθηκε με κάποια αναπηρία. Κι επειδή στα θέματα αυτά δεν υπάρχει νομικό καθεστώς η ασυδοσία οργιάζει.

Και το ερώτημα έρχεται σκληρό: «μήπως το παιδί και η φέρουσα από υποκείμενα δικαιωμάτων γίνονται αντικείμενα ικανοποίησης ενός εγωιστικού ναρκισσισμού;». ¹⁴

10) ΑΓΑΜΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει σε άγαμες γυναίκες την ευκαιρία να δημιουργήσουν οικογένεια, της οποίας τα παιδιά δεν

θα γνωρίσουν τον πατέρα τους. Αυτό ασφαλώς αποτελεί σοβαρό πλήγμα για το θεσμό της οικογένειας. Επιπλέον παρέχει τη δυνατότητα σε γυναίκες πέραν της αναπαραγωγικής ηλικίας να κυοφορήσουν και να γεννήσουν.

11) ΔΩΡΕΕΣ ΕΜΒΡΥΩΝ

Σύμφωνα με την απόλυτη αξιωματική μας τοποθέτηση, στα πλαίσια του «γονικού σχεδίου» δε μπορεί να υπάρχει ιατρική ένδειξη για την δωρεά εμβρύων, εφ' όσον το παιδί δεν έχει καμία γενετική συγγένεια με τους υποψήφιους γονείς. Ακόμη παρουσιάζεται ένα σοβαρό πρόβλημα, διότι τα ωάρια δε μπορούν να εξεταστούν, παρά μόνο ο δότης οπότε δε μπορούμε να γνωρίζουμε αν είναι υγιή. Η δωρεά εμβρύων ισοδυναμεί με υιοθεσία, επιτρέποντας ωστόσο στη μεν γυναίκα να ζήσει την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Στον δε άντρα να την παρακολουθήσει. Το θέμα είναι πολύπλοκο: αν θεωρήσουμε ότι ανακύπτει εδώ θέμα ψυχικής ισορροπίας του άτεκνου ζευγαριού, η οποία δε μπορεί να επανέλθει παρά μόνο εάν υπάρξει εγκυμοσύνη και τοκετός, τότε βεβαίως η δωρεά εμβρύων αποκτά μία... ψυχιατρική ένδειξη. Για να δικαιολογηθεί όμως η πρακτική αυτή, θα έπρεπε επιπλέον να αποδειχθεί ότι η υιοθεσία δεν αποκαθιστά επαρκώς τη ψυχική υγεία του ζευγαριού, πράγμα που απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Τα άτεκνα ζευγάρια θέλουν κυρίως να ζήσουν τη χαρά του να είναι γονείς, θέλουν να μοιραστούν τη συγκίνηση και τις ευθύνες ανατροφής των παιδιών τους και όταν το επιτυγχάνουν, γίνονται πολύ καλοί γονείς, τουλάχιστον όσο και οι άλλοι. Μπορούν όμως να πράξουν κάτι τέτοιο με συνέπεια, μόνον αφού ξεπεράσουν την προσωπική ψυχική πικρία της στειρότητάς τους (το ίδιο ισχύει, όπως προκύπτει και από ψυχολογικές μελέτες, για την αποδοχή δωρεάς γαμετών από το γονέα του οποίου οι γαμέτες θα υποκατασταθούν). Το να παρέχουμε τη δυνατότητα στα ζευγάρια αυτά να βιώσουν την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού ισοδυναμεί με το να τους «χρυσώσουμε το χάπι», χωρίς να είμαστε βέβαιοι ότι τους έχουμε ουσιαστικώς βοηθήσει να γίνουν καλοί και άξιοι γονείς.

Η δωρεά εμβρύων εξυπηρετεί μόνον κοινωνικούς σκοπούς και όχι ιατρικούς. Φαίνεται ότι αναφέρεται μάλλον στη ικανοποίηση μιας ιδιοτροπίας, παρά στην επίλυση ενός συγκεκριμένου ιατρικού ή βιολογικού προβλήματος μέσω ιατρικής παρεμβάσεως. Είναι επομένως επιπλέον «ανήθικη», διότι εγκαθιδρύει δύο μέτρα και δύο σταθμά: κάποιοι υποχρεώνονται να περιμένουν 2 ή 3 χρόνια, προκειμένου να υιοθετήσουν ένα παιδάκι ενώ άλλοι,

προσφεύγοντας σε ένα ιατρικό κέντρο μπορούν μέσα σε μερικές εβδομάδες να αποκτήσουν ένα παιδί, το οποίο μάλιστα θα... κυφορήσουν κι από πάνω, «αποδεικνύοντας» στο κοινωνικό περιβάλλον τους ότι όλα πάνε καλά στη σχέση τους, ότι η αρμονία του γάμου τους τελικώς... καρποφόρησε. Εκτός από την κοινωνική αυτή αδικία, προκύπτει και μία άλλη ανηθικότητα: εφόσον το παιδί δεν είναι υιοθετημένο, αλλά φαίνεται και «ουσιαστικά» δικό τους, οι γονείς έχουν κάθε «συμφέρον» να το αναθρέψουν μέσα στο ψέμα ως προς τη προέλευσή του (πράγμα που συμβαίνει σε περισσότερα από 90% των ζευγαριών, σύμφωνα με γαλλικές μελέτες), με αποτέλεσμα να στηρίζουν σε σαθρές ηθικές βάσεις όλη τους την οικογένεια. Επιπλέον, εφόσον το παιδί δε γνωρίζει την προέλευσή του, ανακύπτει και ο κίνδυνος αιμομιξίας, όταν φτάσει σε ηλικία γάμου... ειδικά στην Ελλάδα όπου οι γαμέτες και τα έμβρυα μοιράζονται εδώ και χρόνια χωρίς να τηρούνται πρακτικά των δωρεών, το πρόβλημα αυτό είναι υπαρκτό και ότι θα μας απασχολήσει αναπόφευκτα στο μέλλον, με απρόβλεπτες συνέπειες.

Έχει ακουστεί ότι είναι ανήθικο η ιατρική να επιτρέπει τέτοιες εξελίξεις. Βεβαίως ωφελείν, αλλά και μη βλάπτειν. Υπό τη στενή έννοια του όρου, όλοι οι ιατροί και οι εμβρυολόγοι που επιτρέπουν, παροτρύνουν ή ανέχονται τις ανεξέλεγκτες δωρεές θα έπρεπε επομένως να θεωρούνται ηθικοί αυτουργοί, διότι δημιουργούν λανθάνοντες κινδύνους στους ασθενείς τους.

12) ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΩΑΡΙΑ

Από τα 10 γονιμοποιημένα ωάρια που θα εμφυτευτούν, τα 7 θα καταστραφούν και μόνο τα 3 θα εξελιχθούν. Το ερώτημα είναι: έχουμε το δικαίωμα να κατασκευάζουμε ανθρώπινες ζωές, οι περισσότερες των οποίων είναι εκ των προτέρων βέβαιο ότι θα χαθούν; Στην εξωσωματική γονιμοποίηση η διαδικασία δεν ωφελεί το έμβρυο, ούτε στόχο έχει να διορθώσει κάποια ανωμαλία, αποκλειστικός στόχος είναι η ικανοποίηση της επιθυμίας του ζευγαριού για την απόκτηση τέκνου. Έτσι η απώλεια της ανθρώπινης ζωής χρεώνεται χωρίς δικαιολογία.¹⁵

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΗΘΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ

-Για γυναίκες άνω των 48 ετών δε θα πρέπει να προσφέρεται η εναλλακτική λύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης με ωάρια δότριας. Τα ποσοστά επιτυχίας δεν είναι υψηλά και οφείλονται κατά το πλείστον στην ελαττωμένη ικανότητα υποδοχής της μήτρας.

-Τα φυσικά χαρακτηριστικά των γονέων – δεκτών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, αλλά θα πρέπει να αποθαρρύνονται επιλογές χαρακτηριστικών (π.χ. χρώμα δέρματος) για κοινωνικούς λόγους.

-Επιλογή του φύλου με τις σύγχρονες τεχνικές θα πρέπει να περιορίζεται μόνο σε γονείς που έχουν μεγάλες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδιά με φυλοσύνδετες γενετικές ασθένειες.

-Η δυσκολία ανεύρεσης ωαρίων τόσο για θεραπευτικούς όσο και πειραματικούς σκοπούς έχει οδηγήσει πολλούς ερευνητές στην ανάπτυξη ειδικών τεχνικών συλλογής ωαρίων από πτωματικές ωοθήκες.

Οι ωοθήκες αυτές προέρχονται τόσο από ενήλικες γυναίκες όσο και από έμβρυα που για οποιοδήποτε λόγο κατέληξαν. Τα νομικά προβλήματα που δημιουργούνται από το νέο αυτό πεδίο έρευνας δεν έχουν λυθεί ακόμα (συγκατάθεση κ.λ.π.).¹⁶

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως το ζευγάρι πριν πάρει την απόφαση να προβεί στην εξωσωματική γονιμοποίηση, να λάβει σοβαρά υπόψη του όλους τους ηθικούς προβληματισμούς αλλά και την πιθανότητα δημιουργίας καρκίνου εξαιτίας της υπογονιμότητας της γυναίκας. Και αυτό γιατί έχει δημιουργηθεί πολύς θόρυβος σχετικά με την υποτιθέμενη σχέση καρκίνου και εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Παρόλο που δεν έχει αποδειχτεί επιστημονικά, έχουν γίνει κάποιες μελέτες που δείχνουν ότι μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνος του μαστού, των ωοθηκών και του ενδομητρίου λόγω ορμονών που εμπλέκονται κατά τη διάρκεια εξωσωματικής γονιμοποίησης που έχουν σαν συνέπεια να διεγείρουν τις ωοθήκες με αποτέλεσμα να παράγουν περισσότερα ωάρια.¹⁷

ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Η ιατρική εφόσον 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, δε συμβιβάζονται με το ορθόδοξο ήθος. Λόγου χάρη, καθορισμός φύλου, σπερματέγχυση, δανεικές μητέρες, τεκνοποιία ομοφυλοφίλων γυναικών με εξωσωματική γονιμοποίηση κ.λ.π., 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. Εφόσον 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. Ό,τι ισχύει στο γάμο γενικά, ισχύει και στην τεχνητή γονιμοποίηση. Δε μπορεί δηλαδή να χρησιμοποιείται «δανεικό» σπέρμα ή ωάριο, να εγκυμονεί η μητέρα, η αδελφή, όπως και μία ξένη το παιδί, κ.λ.π.. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι συνέπειες είναι απρόβλεπτες και εμπλέκονται με νομικές, ηθικές, οικογενειακές και άλλες παραμέτρους.

Όπως τονίσθηκε στην Β΄ σύναξη των Προκαθημένων των Ορθοδόξων Εκκλησιών, που συνήλθε το Σεπτέμβριο του 1995 στη Μονή του Αγίου Ιωάννου Θεολόγου Πάτμου, η Ορθοδοξία οφείλει να παρακολουθεί την εξέλιξη της βιολογίας με τις θετικές αλλά και τις αρνητικές επιπτώσεις τις. Δεν είναι δυνατόν να αγνοείται από τις διάφορες ιατρικές επεμβάσεις, όποιο και αν είναι το σκοπούμενό τους (ευθανασία, αμβλώσεις, κ.λ.π.), 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 ανθρώπινου είδους (την τεχνητή γονιμοποίηση). Εν τούτοις, 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 ανθρώπινου πόνου, αναπόφευκτα μεταβάλλεται σε εφιάλη. Θυμηθείτε τα περί «ευγονισμού» ή τα «ρομποτάκια» (A. Huxley: "Brave New World"), σε τι καταστροφικά διέξοδα οδηγούν.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

A) Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η σημασία της αναπαραγωγής για να κατανοήσουμε καλύτερα το πλαίσιο στο οποίο καλούνται να λειτουργήσουν η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία, είναι σημαντικό να ερευνήσουμε την έκταση των ψυχολογικών και συναισθηματικών συνεπειών που αντιμετωπίζουν τα άτομα, όταν οι προσδοκίες, οι αξίες και τα πιστεύω τους δοκιμάζονται από δυσκολίες στην επίτευξη της αναπαραγωγής. Έχει τονισθεί ότι, για τους περισσότερους ανθρώπους, η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με τη συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής: εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μια μορφή αθανασίας. Η ανικανότητα απόκτησης ενός παιδιού γίνεται η αφορμή για μια μάλλον απροσδόκητη κρίση ζωής, για την αντιμετώπιση της οποίας πολλά ζευγάρια ή άτομα είναι απροετοίμαστα.

Για τους περισσότερους άνδρες και γυναίκες, η σύλληψη και η γέννηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζει την αντίληψη που είχαν σε όλη τους τη ζωή για τη θηλυκότητα και τον ανδρισμό, την ταυτότητα του φύλου τους και, τελικά, το νόημα της ζωής. Η κύηση και η απόκτηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζουν την έννοια της «παραγωγικότητας» του Erickson και συχνά αποτελούν τα θεμέλια στα οποία ένα ζευγάρι χτίζει μία σχέση. Οι Benedek και Bibring περιέγραψαν πως με την κύηση το άτομο εισέρχεται σε μια νέα αναπτυξιακή φάση και ότι η στέρηση της ευκαιρίας για απόκτηση παιδιού, λόγω της υπογονιμότητας, μπορεί να προκαλέσει διακοπή της ανάπτυξης, η οποία οδηγεί σε στασιμότητα. Όταν οι προσπάθειες για την απόκτηση ενός παιδιού αποτυγχάνουν, η ζωή «μπαίνει στην αναμονή» και πολλά υπογόνιμα άτομα μένουν σε μια βαθιά αίσθηση ενοχής, αυτοκατηγορίας και ανεπάρκειας. Συχνά παρουσιάζεται μια άκαρπη, αλλά συνεχής ανασκόπηση των γεγονότων του παρελθόντος τα οποία εκλαμβάνονται ως αιτίες που οδήγησαν στην υπογονιμότητα. Η αναδρομή αυτή μπορεί να συνοδεύεται από εσωτερικούς μονολόγους, οι οποίοι συχνά ξεκινούν με τη φράση «Αν...».

i) Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών σε αντιδιαστολή με τις αντιδράσεις των γυναικών.

Έρευνες για τις διαφορές των δύο φύλων στις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα δείχνουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τους άνδρες. Σε μια ανασκόπηση των εμπειρικών ερευνών για τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, ο Wright και οι συνεργάτες του συμπέραναν ότι οι γυναίκες έχουν μια τάση να επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες από την εμπειρία της ατεκνίας και της θεραπείας της, ακόμη και όταν η διάγνωση της υπογονιμότητας δεν αφορά τις ίδιες ή είναι αμφιλεγόμενη. Ωστόσο, οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες θα ζητήσουν πιο εύκολα πληροφορίες ή βοήθεια που θα βρουν πιθανή κοινωνική υποστήριξη από άλλες πηγές έξω από το γάμο.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα της ψυχολογικής προσαρμογής των ανδρών στην ατεκνία, γιατί, αν η υπογονιμότητα οφείλεται στους ίδιους, παρουσιάζουν πιο έντονες αρνητικές αντιδράσεις, μεταξύ των οποίων, αίσθηση στίγματος, απώλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Επίσης, οι άνδρες τείνουν να κάνουν περισσότερα αυτοσαρκαστικά σχόλια, εάν η ατεκνία οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επακόλουθων της υπογονιμότητας, πιο συχνά οι άνδρες χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως είναι η άρνηση, η απομάκρυνση, η αποφυγή του προβλήματος και το κλείσιμο στον εαυτό τους, ενώ σπάνια θα αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη ή συμβουλευτική αγωγή. Μια διαχρονική έρευνα για την ανδρική υπογονιμότητα έδειξε ότι η «στρατηγική» αντιμετώπισης της υπογονιμότητας σε αρχικά στάδια είχε άμεσο αντίκτυπο στη μετέπειτα προσαρμογή: οι άνδρες που βρήκαν υποκατάστατο φροντίζοντας ένα αντικείμενο(π.χ. στο σπίτι, σε ένα κατοικίδιο, στον κήπο) ή κάποιο παιδί (π.χ. αναλαμβάνοντας μια ομάδα νέων στην Εκκλησία) κατά την περίοδο αυτή, είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν πατέρες, ενώ εκείνη που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα(π.χ. body building)δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν παιδί ως τη μέση ηλικία.

Οι γυναίκες συνδέονται με την «ανάγκη για σχέσεις» και οι άντρες με την «αυτονομία». Αυτή η διχοτόμος επιβεβαιώνεται περισσότερο μέσα από τον τρόπο με τον οποίο άτεκνοι άνδρες και άτεκνες γυναίκες περιγράφουν συνήθως την εμπειρία της υπογονιμότητας και τις αντιδράσεις τους απέναντι σ' αυτήν: οι γυναίκες έχουν την ανάγκη να εκφράσουν τη θλίψη τους στους άλλους, ενώ οι άνδρες καταπιέζουν τα συναισθήματά τους και απομονώνονται, προκειμένου να φανούν «δυνατοί και αρρενωποί». Τόσο στην ψυχολογία όσο και στην ψυχολογία της υπογονιμότητας αυξάνονται οι ενδείξεις ότι οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν ως προς τις ψυχολογικές οπτικές γωνίες τους και τις αντιδράσεις τους απέναντι σε διάφορες εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένης και της υπογονιμότητας.

Η ψυχολογία των γυναικών, ξεκινώντας με το έργο της Horney, ήταν αρχικά βασισμένη σε προσαρμογές των θεωριών της ανδρικής ψυχολογίας και έδινε έμφαση στη σημασία της αυτοσυνειδητοποίησης των γυναικών. Όλες οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, ότι «η ικανότητα αναπαραγωγής μιας γυναίκας διαμορφώνει την ψυχική της ζωή». Η μητρότητα και η αναπαραγωγή, ως βάσεις της ζωής και της ταυτότητας μιας γυναίκας, θεωρούνταν ισχυροί παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του εαυτού, την προσωπική ολοκλήρωση και τις επιλογές ζωής. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση αποτέλεσε τη βάση για τις θεωρίες ψυχογενούς υπογονιμότητας και κυρίως ενέτεινε τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στις γυναίκες, μειώνοντας τις δυνατότητες επιλογής των γυναικών οι οποίες δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά.

Αυτό που παραμένει αδιευκρίνιστο είναι κατά πόσων επηρεάζεται το ζευγάρι ως ενότητα. Ως ομάδα, τα υπογόνημα ζευγάρια αναφέρουν φυσιολογικά επίπεδα συζυγικής σχέσεις. Ωστόσο ορισμένα ζευγάρια για επιδείνωση της συζυγικής λειτουργίας, ενώ άλλα δήλωσαν ότι η κρίση της υπογονιμότητας βελτίωσε τη συζυγική επικοινωνία και κατά συνέπεια και τη συναισθηματική επαφή. Άλλοι πάλι θεώρησαν ότι μπορεί να επηρεαστεί η σεξουαλική σχέση του ζευγαριού, αλλά η ικανοποίηση από το γάμο παραμένει αναλλοίωτη.

ii) Στρατηγικές αντιμετώπισης των υπογόνιμων γυναικών και ανδρών.

Οι υπογόνιμες γυναίκες: (1) απομακρύνονται από καταστάσεις που τους υπενθυμίζουν την υπογονιμότητα, (2) λαμβάνουν μέτρα για την επανάκτηση του ελέγχου, (3) προσπαθούν να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση με το να γίνουν οι καλύτερες (π.χ. έλεγχος σωματικού βάρους και εμφάνισης), (4) αναζητούν το κρυμμένο νόημα της υπογονιμότητας, (5) υποτάσσονται στα συναισθήματα και (6) εκμυστηρεύονται το πρόβλημα σε άλλους.

Οι υπογόνιμοι άνδρες: (1) υποκαθιστούν τον εαυτό τους, φερόμενοι στον εαυτό τους σαν να ήταν το μοναχοπαίδι τους (π.χ. ασχολούνται με τη γυμναστική, την υγιεινή διατροφή), (2) υποκαθιστούν ένα αντικείμενο, φερόμενοι απέναντί του σαν να είναι το καμάρι τους (π.χ. πατρική αφοσίωση στο σπίτι, στο κατοικίδιο ζώο, στον κήπο ή στο αυτοκίνητο) και (3) υποκαθιστούν ένα παιδί ή άλλο κατάλληλο άτομο, ενασχολούμενοι «δι' αντιπροσώπου) με δραστηριότητες ανατροφής παιδιών άλλων ανθρώπων (π.χ. επικεφαλής ομάδας νέων, διδασκαλία στο κατηχητικό). Κανένας απ' τους άνδρες που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα δεν ήταν αναπαραγωγική (και γονείς) έως τη μέση ηλικία.

Οι ενδεχόμενες διαφορές των δύο φύλων στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω σε σχέση με τον αντίκτυπό τους στην ατομική και συζυγική λειτουργία, καθώς και σε σχέση με τις επιπτώσεις τους στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε άνδρες και γυναίκες.

B) ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

1) Συναισθηματικές διαταραχές

Οι αντιδράσεις της θλίψης είναι κοινές σε άνδρες και γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας, δεδομένου ότι η υπογονιμότητα σημαίνει απώλεια σε πολλά επίπεδα: από την απώλεια της αίσθησης του εαυτού και της πίστης στις δημιουργικές δυνάμεις του σώματος ως την απώλεια της ευκαιρίας να αποκτήσει και να αναθρέψει κάποιος το βιολογικό του παιδί. Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι πολλές γυναίκες θεωρούν τη θεραπεία της υπογονιμότητας την πιο δυσάρεστη εμπειρία της ζωής τους – πιο οδυνηρή και από την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή από ένα διαζύγιο. Αλλά και πολλοί άνδρες, επίσης, αναφέρουν σημαντική συναισθηματική ένταση εξαιτίας της διάγνωσης και της θεραπείας της υπογονιμότητας. Παρ' όλο αυτά, οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στη συχνότητα, στην ένταση και στη διάρκεια των αντιδράσεων θλίψης και οι περισσότερες συμφωνούν στο ότι οι γυναίκες υποφέρουν πιο πολύ από τους άνδρες ύστερα από μια διάγνωση υπογονιμότητας.

Επομένως, είναι σημαντικό να μπορούν οι κλινικοί να κάνουν διάγνωση διακρίνοντας την αναμενόμενη αντίδραση θλίψης που εμφανίζεται στους περισσότερους ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας, από τη λιγότερο συνηθισμένη και σοβαρή επιπλοκή της παθολογικής θλίψης. Διακρίνουμε τη φυσιολογική θλίψη χαρακτηρίζεται απ' το συνήθη συνδυασμό συμπτωμάτων, ο οποίος περιλαμβάνει τον αρχικό κλονισμό και το μούδιασμα, που ακολουθούνται από επίμονη λύπη και στενοχώρια, συχνό θυμό και επιθετικότητα, ενοχές και αυτοκατηγορία. Οι αντιδράσεις θλίψης συνήθως εντάσσονται στις Διαταραχές Προσαρμογής. Είναι φυσιολογικό για τους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας να νιώθουν θλίψη και μάλιστα

πιστεύεται ότι η διεργασία πένθους παίζει σημαντικό ρόλο στη τελική λύση της κρίσης που προκαλεί η υπογονιμότητα. Αντίθετα, η παθολογική θλίψη θεωρείται ψυχιατρική ασθένεια και απαιτεί άμεση αξιολόγηση και αντιμετώπιση. Η παθολογική θλίψη είναι, ανάλογη με την κατάθλιψη σοβαρής μορφής και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, ψυχοκινητικές διαταραχές, ανηδονία, αυτοκτονική ιδεοποίηση και προβλήματα μνήμης της συγκέντρωσης. Η παθολογική θλίψη μπορεί να περιλαμβάνει και ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως παρανοϊκές ή σωματικές παραισθήσεις και υπερβολικές τιμωρητικές σκέψεις.

1) Διαταραχές άγχους

Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι τα επίπεδα άγχους είναι αυξημένα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Οι διαταραχές άγχους, και κυρίως οι φοβίες, είναι πολύ συνηθείς στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων φοβιών, σε ένα εξάμηνο, κυμαίνεται μεταξύ 4,5% και 11,8%. Η φοβία προς το αίμα και τις σύριγγες μπορεί να βλάψει σοβαρά τη θεραπεία της υπογονιμότητας. Τα ζευγάρια, των οποίων ο ένας ή και οι δύο πάσχουν από τις συγκεκριμένες φοβίες, μπορεί να προβάλλουν σημαντικές δυσκολίες ως προς τις ενέσεις και να αντιμετωπίσουν σοβαρές συναισθηματικές εντάσεις κατά την προετοιμασία και την ανάρρωση από χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες ιατρικές διαδικασίες. Κατά το σχεδιασμό της θεραπείας, οι γιατροί πρέπει να εξετάσουν τόσο το ατομικό όσο και το οικογενειακό ιστορικό ως προς τις φοβίες του αίματος και των ενέσεων, γιατί οι διαταραχές άγχους έχουν έντονη γενετική βάση.

2) Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής

Η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι πολύ συχνές αιτίες δυσλειτουργιών στην ωορρηξία, ωστόσο, οι διατροφικές διαταραχές συχνά παραβλέπονται στην αξιολόγηση γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Οι ενεργείς διαταραχές διατροφής συνδέονται όχι μόνο με νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένης και της καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης, καθώς και αυξημένων συγγενών δυσπλασιών. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο τους, πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για την παρουσία υποκείμενης διαταραχής στην πρόσληψη τροφής, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί πριν από την έναρξη της θεραπείας της υπογονιμότητας.

3) Διαταραχές της προσωπικότητας

Μελέτες που έγιναν σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες με τη χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών τεστ, όπως το Πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα και το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenk, δεν βρήκαν αυξημένη συχνότητα προϋπαρχουσών διαταραχών προσωπικότητας σε γυναίκες που κάνουν θεραπεία υπογονιμότητας. Παρ'ολ' αυτά, λόγω της εμφάνισης αυτών των ασθενειών στο γενικό πληθυσμό, είναι πιθανόν οι γιατροί να συναντήσουν υπογόνιμα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, τα οποία μπορεί να δυσκολέψουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας. Οι διαταραχές αυτές διακρίνονται σε: - Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας

- Διαταραχή Нарκισσιστικής Προσωπικότητας
- Διαταραχή της Οιστριονικής Προσωπικότητας
- Διαταραχή της Ιδεοψυχαναγκαστικής Προσωπικότητας
- Διαταραχή της Αποφεύγουσας και Εξαρτημένης Προσωπικότητας (Παρ. 1)

ii) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι σύμβουλοι υπογονιμότητας ως επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, συνήθως χρησιμοποιούν ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους και σπάνια υιοθετούν μια μονομερή προσέγγιση. Η ατομική συμβουλευτική είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της προσωπικής συναισθηματικής κατάπτωσης και δυσλειτουργίας, είτε αυτή προκλήθηκε είτε επιδεινώθηκε από την υπογονιμότητα. Βοηθάει στη δημιουργία μιας ασφαλούς και έμπιστης σχέσης με το θεραπευτή, για την ανακούφιση απ'τον πόνο της υπογονιμότητας ή από προηγούμενα ψυχολογικά τραύματα. Η συμβουλευτική ζευγαριών είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων της σχέσης ή του γάμου και, κυρίως, προβλημάτων που αφορούν την επικοινωνία, τη λήψη αποφάσεων και τη λύση συγκρούσεων. Είναι μια ιδιαίτερα κατάλληλη προσέγγιση στην υπογονιμότητα, η οποία είναι συνήθως «πρόβλημα ζευγαριού» και η οποία προκαλεί θλίψη για κοινές απώλειες και των δύο συντρόφων, διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων και έντονο στρες για το ζευγάρι (π.χ. αυξημένες οικονομικές ανάγκες, παρατεταμένη ιατρική θεραπεία). Η ομαδική συμβουλευτική βοηθά τα άτομα και τα ζευγάρια που χρειάζονται επιβεβαίωση ή προσωπική προοπτική, ώστε να προαχθεί η ψυχολογική ανάπτυξή τους. Τα μέλη της ομάδας αλληλοβοηθούνται στην ομαλοποίηση της υπογονιμότητας και το μοίρασμα των εμπειριών της, καθώς και στον περιορισμό των συναισθημάτων απομόνωσης και στιγματισμού.

Στο πλαίσιο των τριών αυτών θεραπευτικών μεθόδων μπορούν χρησιμοποιηθούν διαφορετικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις. Η συμπεριφορική προσέγγιση στην υπογονιμότητα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, γιατί συνενώνει τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και την ψυχολογία της υγείας, δίνοντας έμφαση στο ρόλο του ασθενούς στην ιατρική φροντίδα. Υποδεικνύει τρόπους αντιμετώπισης του άγχους, όπως γνωστική αναδιάρθρωση, καθοδηγούμενη φαντασία και τεχνικές χαλάρωσης. Η σεξουαλική συμβουλευτική είναι συχνά τόσο απαραίτητη όσο και αποτελεσματική για ζευγάρια που αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα, είτε ως αποτέλεσμα της θεραπείας είτε ως αντίδραση στη διάγνωση της υπογονιμότητας. Είτε ο σύμβουλος υπογονιμότητας προσφέρει ο ίδιος αυτές τις συμβουλευτικές υπηρεσίες είτε παραπέμπει σε κάποιον άλλον επαγγελματία για συναφή αγωγή, είναι φανερό ότι οι διαφορετικές μέθοδοι προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Α) ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟ ΑΣΘΕΝΗ

- i) Η καθιέρωση της Συμβουλευτικής στους επαγγελματίες υγείας, στην εποχή μας, σε σχέση με την υπογονιμότητα.**

Για πολλά χρόνια, οι περισσότεροι γιατροί και πολλοί νοσηλευτές δεν είχαν αντιληφθεί τις σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας. Και μάλιστα, θεωρείτο ότι τα ψυχολογικά προβλήματα προκαλούσαν την υπογονιμότητα και όχι ότι ήταν αποτελεσμά της. Είναι αλήθεια ότι η διαταραχή του υποθαλαμο-υποφυσικού άξονα- κοινώς στρες- είναι συνέπεια και μπορεί να προκαλέσει υπογονιμότητα. Θεωρητικά, και το στρες θα μπορούσε να προκαλέσει δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, επηρεάζοντας την εμφύτευση ή τη φυσιολογική έκκριση κατεχολαμίνης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργία των σάλπιγγων. Ωστόσο, αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες αιτίες υπογονιμότητας. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι το ψυχολογικό στρες πάντοτε συνοδεύει την υπογονιμότητα και ότι δεν είναι σπάνιες οι σοβαρές δυσλειτουργίες.

Η συνειδητοποίηση αυτού του γεγονότος οφείλεται εν πολλοίς στην BARBARA Eck Menning, η οποία, το 1980, περιέγραψε τις αντιδράσεις ζευγαριών απέναντι στην εμπειρία της υπογονιμότητας, βασιζόμενη στην αντίδραση στο θρήνο της Kubler-Ross. Αυτό το σημαντικότερο άρθρο, το οποίο δημοσιεύτηκε σε ένα αναγνωρισμένο επιστημονικό περιοδικό, έκανε για πρώτη φορά, πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές να

συνειδητοποιήσουν τις ψυχολογικές πτυχές της υπογονιμότητας. Από τότε, διάφορες οργανώσεις και επαγγελματικές ομάδες αύξησαν εντυπωσιακά τις γνώσεις μας και μας βοήθησαν να κατανοήσουμε και να δώσουμε προσοχή σε αυτή τη πλευρά της υπογονιμότητας. Σήμερα, οι οργανώσεις και οι ομάδες αυτές, παρέχουν εξαιρετική εκπαιδευτική και επιστημονική υποστήριξη στους απλούς ανθρώπους, τους νοσηλευτές, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους γιατρούς.

Έχει, ακόμη, διαπιστωθεί ότι οι γιατροί το νοσηλευτικό προσωπικό και οι ασθενείς αντιλαμβάνονται διαφορετικά την εμπειρία της υπογονιμότητας. Γενικά, το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε το συναισθηματικό και σωματικό στρες των ασθενών μεγαλύτερο από ό,τι το αντιλαμβάνονται ίδιοι οι ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι ασθενείς θεωρούσαν ότι είναι μεγαλύτερη η συναισθηματική δυσκολία από τη σωματική. Όλοι συμφωνούσαν ότι η μεγαλύτερη συναισθηματική δυσκολία της υπογονιμότητας συνδεόταν με τις αποτυχημένες προσπάθειες σύλληψης (π.χ. διακοπή ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης, αρνητικό τεστ κύησης, έναρξη έμμηων κύκλων, εξωμήτριος κύηση ή αποβολή). Επόμενες σε επίπεδο στρες έρχονταν συγκεκριμένες διαδικασίες (π.χ. ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμέτων, λήψη ωαρίων, λαπαροτομία). Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούσαν ότι οι ασθενείς βίωναν λιγότερο στρες από ό,τι θεωρούσαν οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό νεότερης ηλικίας. Ωστόσο, καθώς μεγάλωνε η επαγγελματική εμπειρία, οι μεν νοσηλευτές θεωρούσαν ότι οι ασθενείς βίωναν μεγαλύτερο στρες, ενώ οι γιατροί μικρότερο. Δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες γιατρούς. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι ασθενείς θεωρούσαν ότι η απόφαση να προχωρήσουν σε διαδικασίες υιοθεσίας τους προκαλούσε λιγότερο στρες από ότι πίστευαν οι γιατροί και το νοσηλευτικό τους προσωπικό.

Γενικά, το νοσηλευτικό προσωπικό έδινε μεγαλύτερα ποσοστά στη σωματική και ψυχολογική δυσκολία από τους γιατρούς σε όλους τους παράγοντες εκτός από την φαρμακευτική αγωγή. Είναι πιθανόν η παρουσία των αναπτυσσόμενων τεχνολογιών στην αναπαραγωγική ιατρική να θέτει όλο και μεγαλύτερες απαιτήσεις για τεχνικές γνώσεις και ιατρικές διαδικασίες και να δυσκολεύει περισσότερο τους γιατρούς να επικεντρώνονται στις ψυχολογικές παραμέτρους. Αυτό μπορεί να διαχωρίσει περισσότερο τους ρόλους των γιατρών, του

νοσηλευτικού προσωπικού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Είναι σαφές ότι η ομαδική προσέγγιση από γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό και επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη για την βελτίωση της ψυχολογικής φροντίδας των υπογόνιμων ζευγαριών.

Οι Berg και Wilson έδειξαν ότι τα ψυχολογικά ζητήματα αλλάζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας. Τα ζευγάρια αντιμετώπιζαν περισσότερο συναισθηματικό στρες τον πρώτο χρόνο, λιγότερο τον δεύτερο και πολύ περισσότερο τον τρίτο χρόνο. Ο δεσμός μέσα στο γάμο και η σεξουαλική ολοκλήρωση παρέμεναν σε ικανοποιητικά επίπεδα τα δύο πρώτα χρόνια αλλά, συχνά, εμφανίζονταν προβλήματα τον τρίτο χρόνο. Θέματα στα οποία επικεντρώθηκαν ήταν η σεξουαλική λειτουργία, η συζυγική προσαρμογή και το ψυχολογικό στρες. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική θεραπεία πρέπει να επικεντρώνεται αρχικά σε ζητήματα επικοινωνίας, στη συνέχεια σε συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και μετά στην αίσθηση απώλειας. Προφανώς, αυτά τα στάδια μπορεί να συμπίπτουν και δεν είναι αμετάβλητα. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζουν τα στάδια αυτά, ώστε να προσαρμόζουν ανάλογα τις θεραπείες τους και να ανταποκρίνονται στους ασθενείς με τον αρμόζοντα τρόπο.

Η μετάδοση της γνώσης μπορεί να είναι δύσκολη λόγω της πολυπλοκότητας της κλινικής συνθήκης. Πολύ παράγοντες κατά κανόνα επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται τις πληροφορίες και τα ζευγάρια ξεχνούν πολλά απ' αυτά που τους έχουν λεχθεί. Ενδεικτικά, τα ζευγάρια με την ίδια ευκολία ξεχνούν μια πολύ σημαντική πληροφορία όπως και μια λιγότερο ουσιαστική πληροφορία.

Είναι σημαντικό ότι αρκετές έρευνες τις οποίες περιέγραψαν οι Reading και Kerrin, έδειξαν ότι τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών τέστ σε υπογόνιμες γυναίκες ήταν, ουσιαστικά, σε φυσιολογικά επίπεδα. Επομένως, η ψυχολογική συμβουλευτική, συνήθως επικεντρώνεται, σε ζητήματα που προκύπτουν άμεσα από την υπογονιμότητα, όπως η επικοινωνία, τα συζυγικά ή σεξουαλικά ζητήματα ή η διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να θυμούνται ότι δεν έχουν όλα τα ζευγάρια επίγνωση των ψυχικών δυναμικών της κατάστασής τους ή των αιτίων της στενοχώριας ή της κατάθλιψης που νιώθουν. Επίσης, ενώ πολλά ζευγάρια λένε ότι οι ψυχολογικές υπηρεσίες είναι επιθυμητές, τα περισσότερα αισθάνονται ότι τις χρειάζονται πιο πολύ οι άλλοι και δεν αναγνωρίζουν πόσο θα

μπορούσαν να βοηθηθούν οι ίδιοι απ' αυτές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι προσωπικές ερωτήσεις και οι ήπιες συστάσεις για συμβουλευτική είναι απαραίτητες.

Έχει αναφερθεί ότι υπάρχουν τέσσερις ψυχολογικοί στόχοι, τους οποίους πρέπει να εκπληρώσουν τα ζευγάρια ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την υπογονιμότητα: -να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους, να θρηνήσουν, να αξιολογήσουν τους λόγους για τους οποίους επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί, να πάρουν αποφάσεις.

Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί, πρέπει να εντοπίσουν τους στόχους στους οποίους επικεντρώνεται περισσότερο το ζευγάρι, ώστε να έχουν την κατάλληλη προσέγγιση και την ικανοποίηση των αναγκών του ζευγαριού.

Οι Davis και Dearman διατύπωσαν έξι στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας:

Αύξηση της απόστασης ανάμεσα στο ζευγάρι και σε ότι του υπενθυμίζει την υπογονιμότητα. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να στηρίξουν τους ασθενείς βοηθώντας τους να εντοπίσουν δραστηριότητες της ζωής τους που δεν συνδέονται με την υπογονιμότητα. Ορισμένες γυναίκες ανακουφίζονται μιλώντας με άλλους για την υπογονιμότητά τους, ενώ άλλες όχι. Είναι σημαντικό να σεβαστεί κανείς τη διαφορά και να μη κάνουμε τους ασθενείς να νιώθουν ενοχές που βρίσκουν τους δικούς τους τρόπους αποστασιοποίησης από την υπογονιμότητα.

Επανάκτηση του ελέγχου της ζωής τους, που μπορεί να σημαίνει παροχή πληροφοριών στους ασθενείς και εντοπισμό τρόπων υποστήριξης, καθώς και βοήθεια να κάνουν σχέδια, με χρονικά πλαίσια, για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να βοηθήσουν τα ζευγάρια να τηρήσουν μια θετική στάση όσον αφορά στην ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την υπογονιμότητα και να αναπτύξουν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Παροχή γραπτών θεραπευτικών σχεδίων, μακροπρόθεσμων θεραπευτικών στόχων ή αποφάσεων ή διαβεβαίωση των ασθενών ότι θα ενημερωθούν εάν/ όταν θεωρηθεί απίθανη η επιτυχία. Αυτό μπορεί να σημαίνει απώλεια βάρους και βελτίωση της εμφάνισής τους, διακοπή συνηθειών, όπως το κάπνισμα ή μεγαλύτερη δημιουργικότητα στο σεξ. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους να εντοπίσουν τομείς της ζωής τους στους οποίους μπορούν να επιβληθούν ή να αποκτήσουν τον έλεγχο, ώστε να ανανεωθεί η αυτοεκτίμησή τους, να επιδιώκουν δραστηριότητες που

απολαμβάνουν.

Ανακάλυψη ενός κρυφού νοήματος στην υπογονιμότητα. Αυτό μπορεί να εμπλέκει τη θρησκεία, την πίστη ή την πνευματικότητα, όπως ορίζεται από τον ασθενή, αλλά να εμπλέκει, ακόμη, την αποστασιοποίηση και την εκτίμηση των θετικών πτυχών, όπως, για παράδειγμα, την απόκτηση περισσότερων πληροφοριών σχετικά με την αιτιολογία της υπογονιμότητας μετά από έναν αποτυχημένο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης ή καλύτερη επικοινωνία με τον σύντροφο.

Αναγνώριση των συναισθημάτων. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να βοηθήσουν αποδίδοντας αξία στα συναισθήματα και στις αντιδράσεις, όπως το κλάμα, η αποφυγή δυσάρεστων καθηκόντων (π.χ. οικιακά).

Μοίρασμα του φορτίου, πιθανόν με τον/ την σύζυγο, την οικογένεια, τους φίλους, τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, τον σύμβουλο υπογονιμότητας ή/ και την ομάδα υποστήριξης.

ii) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟ ΑΣΘΕΝΗ

Οι νοσηλευτές δεν παρέχουν μόνο ιατρική φροντίδα, αλλά παράλληλα είναι εκπαιδευτές και σύμβουλοι και παίζουν βασικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς, συχνά, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καλύτερη «αίσθηση» της ψυχολογικής κατάστασής του ζευγαριού, γιατί περνά περισσότερο καιρό μαζί του και έχει άλλου είδους επαφή μαζί του. Το ζευγάρι μπορεί να νιώθει πιο άνετα με το νοσηλευτικό προσωπικό και να μη θέλει να διακινδυνεύσει τη σχέση του με το γιατρό. Οι νοσηλευτές (όπως και οι γιατροί) πρέπει να αναγνωρίσουν το βαθμό δυσφορίας, κατάθλιψης και άγχους που βιώνουν τα ζευγάρια και, περιορισμένο χρονικό διάστημα, να εντοπίζουν τους πιο κρίσιμους τομείς στους οποίους πρέπει να επικεντρωθούν. Μεταξύ αυτών είναι:

- εκπαίδευση
- αξιολόγηση και υποστήριξη
- παραπομπή
- ομαδική εργασία

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση είναι ένα σημαντικό μέρος του συμβουλευτικού ρόλου του νοσηλευτή. Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν τις λεπτομέρειες των διαδικασιών και των εξετάσεων. Γνωρίζοντας πόση ώρα διαρκεί μια εξέταση, πώς θα νιώσουν, τότε θα έχουν τα αποτελέσματα καθώς και το θεραπευτικό πλάνο, οι ασθενείς αισθάνονται ότι έχουν, κάποιον, έλεγχο. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη από συγκεκριμένες οδηγίες για τις ενέσεις, τις παρενέργειες των φαρμάκων και τις διαδικασίες.

Ως εκπαιδευτές, οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν το γεγονός ότι το υψηλό άγχος που βιώνουν οι ασθενείς, τους εμποδίζει να αφομοιώσουν τις πληροφορίες. Σύμφωνα με ερευνητικό δεδομένο οι ασθενείς, συνήθως, ξεχνούν σχεδόν το 50% των πληροφοριών που τους δίδονται στη διάρκεια μιας επίσκεψης. Συνεπώς, είναι σημαντική η επανάληψη των οδηγιών καθώς και η παράδοσή τους και γραπτώς. Τα ενημερωτικά φυλλάδια, καθώς και η προσωπική παροχή οδηγιών, μειώνουν το άγχος του ασθενούς και του δίνουν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου. Λόγω του έντονου αισθήματος μοναξιάς που νιώθουν οι ασθενείς, οι εκπαιδευτικές συνεδρίες της κλινικής σε μορφή ενημέρωσης μπορούν να βοηθήσουν. Οι συμμετέχοντες μπορούν να επωφεληθούν από τις ερωτήσεις των άλλων καθώς και από την αναγνώριση ότι δεν είναι μόνοι τους. Νιώθοντας λιγότερο μοναχικοί, έχουν λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη ικανότητα αντιμετώπισης.

Μέρος του εκπαιδευτικού ρόλου των νοσηλευτών είναι να δείξουν ότι οι αντιδράσεις απέναντι στη κρίση της υπογονιμότητας είναι φυσιολογικές. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε έρευνες που δείχνουν ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας βιώνουν ανάλογα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που πάσχουν από απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, όπως ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις. Οι έρευνες αυτές επιβεβαιώνουν την υποκειμενική εμπειρία κάθε ζευγαριού και καταδεικνύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει πόσο έντονη είναι η θλίψη που προκαλεί η υπογονιμότητα και πόσο απειλεί την αίσθηση ευημερίας που επιθυμεί να έχει ένα ζευγάρι. Επιπλέον, η απώλεια της αθωότητας που βιώνουν τα ζευγάρια, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο θα χειριστούν την πορεία της θεραπείας τους.

Η προληπτική καθοδήγηση είναι μια μορφή εκπαίδευσης και συμβουλευτικής που μπορεί ευκολα να εφαρμοστεί απ'το νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι απαραίτητο να εξηγηθεί στους συμμετέχοντες ότι τα ζευγάρια σπάνια «συγχρονίζονται». Οι άντρες και οι γυναίκες δεν αντιδρούν στην υπογονιμότητα με τον ίδιο τρόπο ούτε, απαραίτητα, ταυτόχρονα. Η αναφορά του γεγονότος ότι τα ζευγάρια, συχνά, βιώνουν ένταση με την υπογονιμότητα και ότι η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας μπορεί να επηρεάσει την σεξουαλικότητα και την τρυφερότητα τα καθησυχάζει. Η συζήτηση σχετικά με τη συχνότητα της ανικανότητας πριν από την εξέταση μετά τη συνουσία ή της δυσκολίας στη συλλογή δείγματος σπέρματος για ανάλυση, βοηθά τα ζευγάρια να νιώσουν «φυσιολογικά» και τους δίνει την ευκαιρία να σκεφτούν λύσεις που μπορεί να τα βοηθήσουν.

Πίνακας 1 Θα σας βοηθούσε η συμμετοχή σας σε μια ομάδα υποστήριξης;

Μπορεί να είστε επιφυλακτικοί ως προς την ένταξή σας σε μια ομάδα υποστήριξης, λόγω ορισμένων αντιλήψεων σας σχετικά με το τι συμβαίνει στην ομάδα:

Μύθος

Η συμμετοχή σε μια ομάδα υποστήριξης είναι σαν να κάνεις θεραπεία

Πρέπει να ανοίξω τη ψυχή μου και να μιλήσω για τις πιο προσωπικές πλευρές της ζωής μου

Μια ομάδα υποστήριξης διαρκεί μήνες

Η συμμετοχή μου σε μια ομάδα υποστήριξης με υπογόνιμες γυναίκες ή υπογόνημα ζευγάρια απλώς θα με κάνει να νιώσω χειρότερα

Πραγματικότητα

Όχι, μια ομάδα υποστήριξης δεν δημιουργείται για να προσφέρει επαγγελματική συμβουλευτική ψυχολογική θεραπεία. Είναι, ωστόσο, θεραπευτικό να μιλάει κανείς με άλλους για την έντονη εμπειρία της υπογονιμότητας.

Εσείς αποφασίζετε για τις πληροφορίες και ποια συναισθήματα θα μοιραστείτε με την ομάδα.
Εσείς έχετε τον έλεγχο.

Οι ομάδες υποστήριξης ΕΠΙΛΥΣΗ(RESOLVE) περιορίζονται σε 10-12 συνεδρίες.

Θα νιώσετε συμπαράσταση στον πόνο και την απογοήτευσή σας και θα

μάθετε νέες μεθόδους

αντιμετώπισης, οι οποίες θα βοηθήσουν να προχωρήσετε.

Εάν μια από τις παρακάτω δηλώσεις σας ταιριάζει, ίσως θα θέλατε να σκεφτείτε τη συμμετοχή σας σε μια ομάδα υποστήριξης ΕΠΙΛΥΣΗ (RESOLVE):

- Νιώθω μόνος/η και απομονωμένος/η
- Δεν έχω σχεδόν κανέναν με τον οποίο να μπορώ να μιλήσω για το πρόβλημα υπογονιμότητας. Κανείς δεν καταλαβαίνει!
- Όλοι οι γνωστοί μου είτε περιμένουν είτε έχουν ήδη παιδιά.
- Ο/Η σύζυγος μου είναι το μόνο άτομο που έχω να μου προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη.
- Η υπογονιμότητα επηρεάζει την εργασία και την καριέρα μου.
- Αισθάνομαι ότι δεν ελέγχω τη ζωή μου.
- Δυσκολεύομαι να εξετάσω τις ιατρικές θεραπευτικές επιλογές μου.
- Δεν μπορώ να αποφασίσω πότε «δεν πάει άλλο».
- Οι διακοπές και η αντιμετώπιση των συγγενών και των φίλων γίνονται όλο και πιο δύσκολα.

Είναι σημαντικό να εξηγηθεί στα ζευγάρια ότι η θεραπεία της υπογονιμότητας είναι προαιρετική, ότι μπορούν να σταματήσουν όποτε θελήσουν και ότι η ιατρική ομάδα αναγνωρίζει την ανάγκη των ζευγαριών να κάνουν ένα διάλειμμα. Βοηθάει να ερωτηθεί το ζευγάρι πόσα χρήματα υπολογίζει να διαθέσει για τη θεραπεία της υπογονιμότητας. Σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ η θεραπεία δεν καλύπτεται επαρκώς από τις ασφαλιστικές εταιρίες και έτσι επιβαρύνονται τα ζευγάρια γεγονός που προκαλεί επιπλέον στρες. Όταν τα ζευγάρια βοηθιούνται να θέσουν ρεαλιστικά οικονομικά και χρονικά όρια, είναι σε θέση να πάρουν δύσκολες αποφάσεις χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μπορούν αργότερα οι αποφάσεις αυτές να επανεκτιμηθούν.

Μια άλλη πτυχή της εκπαίδευσης είναι η συζήτηση με τα ζευγάρια σχετικά με τη διαθεσιμότητα των συμβούλων υπογονιμότητας. Η συζήτηση αυτή εάν γίνει πριν το ζευγάρι βρεθεί σε κρίση, μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες να αισθανθεί το στίγμα που μπορεί να συνδέεται με την «ψυχοθεραπεία». Είναι ανεκτίμητες οι πληροφορίες σχετικά με ομάδες υποστήριξης/ συζήτησης μέσα στο ιατρείο ή μέσω του τοπικού παρατηρήματος ΕΠΙΛΥΣΗ (RESOLVE) ή ακόμη και το τηλέφωνο ενός θεραπευτή. Τα υπογόνιμα ζευγάρια αναφέρουν συχνά συναισθήματα όπως της μοναξιάς και της απομόνωσης. Η μοναξιά είναι αντιστρόφως ανάλογη προς την κοινωνική υποστήριξη. Οι έρευνες δείχνουν πόσο η κοινωνική υποστήριξη και η υποστήριξη από τον/ την σύζυγο βοηθούν τους ασθενείς να προσαρμοστούν σε δυσάρεστα γεγονότα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα άτομα που βιώνουν την υπογονιμότητα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αξιολογεί την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου ή του ζευγαριού. Υπάρχουν λεκτικές και μη λεκτικές ενδείξεις. Τα τρία συγκεκριμένα στοιχεία που επηρεάζουν τη συμπεριφορά ενός υπογόνιμου ασθενούς στο χώρο της κλινικής, οφείλονται στο γεγονός ότι η υπογονιμότητα είναι μία μη αναμενόμενη κρίση στη ζωή, ένα ναρκισσιστικό τραύμα και μία διαδικασία που ενέχει πένθος και θρήνο, πριν βρεθεί λύση. Όσον αφορά στη μη αναμενόμενη κρίση στη ζωή και στο ναρκισσιστικό τραύμα, η συμπεριφορά των ζευγαριών δείχνει ότι αισθάνονται σύγχυση και ότι δεν έχουν τον έλεγχο του σώματος τους. Είναι σημαντικό να δίνουμε στα ζευγάρια, όποτε είναι δυνατόν, μία αίσθηση ελέγχου. Να τα αφήνουμε να καθορίζουν πόσες διαγνωστικές εξετάσεις και πότε θέλουν να τις κάνουν και να διασφαλίζουμε ότι είναι ενημερωμένοι πριν ακολουθήσουν οποιαδήποτε θεραπευτική επιλογή, ώστε να επανακτούν μία αίσθηση ελέγχου. Οι ασθενείς, συχνά, εκμυστηρεύονται στους νοσηλευτές ότι νιώθουν «ότι δεν ξέρουν που στέκονται» και «αποδιοργανωμένοι». Στο στάδιο αυτό, έχουν ανάγκη από επιβεβαίωση και χρειάζονται γραπτές πληροφορίες ώστε να μπορούν να τις κατανοήσουν λόγω του υψηλού άγχους που βιώνουν. Οι υπογόνιμοι ασθενείς αναπόφευκτα αισθάνονται ενοχές για την υπογονιμότητάς τους. Βασανίζονται από την ερώτηση «γιατί σ' εμένα;». Έχει ουσιαστική σημασία να ενημερώνουμε τους ασθενείς για το ενδεχόμενο της αυτοκατηγορίας και να τους διαβεβαιώνουμε ότι η υπογονιμότητα είναι μία ασθένεια και όχι κάτι που προκαλείται από «κακή» συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση ιατρικής ορολογίας, όπως «εχθρική βλέπνη του τραχήλου», και ο «πολλαπλά αποβάλλων» γιατί έτσι μπορεί να αυξηθούν οι ενοχές των ασθενών.

Ορισμένοι υπογόνιμοι ασθενείς μπορεί να βιώσουν άρνηση. Συχνά, οι σύζυγοι παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα άρνησης. Οι άνδρες νιώθουν αισιόδοξοι, ενώ οι γυναίκες νιώθουν απόγνωση.

Πολλές φορές σ' αυτό το στάδιο, οι νοσηλευτές και οι γιατροί βλέπουν το θυμό και τη διαπραγματέυση σε συμπεριφορές στις οποίες συχνά καταφεύγουν τα υπογόνιμα ζευγάρια. Η διαπραγματέυση, συχνά, προκύπτει από τις προσπάθειες του

ζευγαριού να ελέγξει το θρήνο που διαισθάνεται ότι μπορεί να του επιφυλάσσει το μέλλον. Μια σημαντική συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να βοηθήσουν το ζευγάρι να δει την πραγματικότητα. Τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν επίγνωση του τρόπου με τον οποίο παρουσιάζουν τα αποτελέσματα διαφόρων θεραπευτικών κύκλων και να λαμβάνουν υπόψη τους ότι για κάθε αναφορά στη στατιστική, υπάρχει μια θετική και μια αρνητική ερμηνεία. Αν το ποσοστό επιτυχίας είναι 20 %, υπάρχει και ένα 80% που αντιπροσωπεύει το ποσοστό αποτυχίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει πώς αντιλαμβάνονται τα υπογόνιμα ζευγάρια τα ποσοστά επιτυχίας και αποτυχίας.

Οι ασθενείς, σταδιακά, αρχίζουν να συμφιλιώνονται με τις απώλειες που συνδέονται με την υπογονιμότητα-τις απώλειες των σχεδίων τους για τη ζωή, και το γεγονός ότι δεν συγχρονίζονται με τους συνομήλικους τους στην κοινωνία. Συχνά, σ' αυτό το στάδιο, ανακύπτει το ερώτημα του τι και σε ποιον να μιλήσεις. Τα ζευγάρια απομονώνονται και διαπιστώνουν ότι οι διακοπές των Χριστουγέννων και του Πάσχα, ακόμη και της Αποκριάς, αποτελούν επώδυνη υπόμνηση του τι δεν συμβαίνει στη ζωή τους.

Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρούν τα ζευγάρια στην κρίση ζωής που προκαλεί η υπογονιμότητα εξαρτάται από την προσωπική τους ανθεκτικότητα μπροστά στις κρίσεις, τη συζυγική τους προσαρμογή σε αυτή την εμπειρία και το ιστορικό τους ως ζευγαριού στην αντιμετώπιση κρίσεων. Η μακροχρόνια υπογονιμότητα μπορεί να προκαλέσει χρόνιο θρήνο. Κάθε ανεπιτυχής κύκλος μπορεί να είναι για το ζευγάρι σαν ένας θάνατος. Δεν υπάρχει τέλος. Τα ραντεβού και οι νέες θεραπείες αποτελούν νέες ελπίδες, αλλά και υπενθυμίζουν στα ζευγάρια τι δεν πήγε καλά. Κάποια ζευγάρια με σκυλίσια επιμονή συνεχίζουν τις θεραπείες. Δείχνουν ότι φοβούνται να σταματήσουν τη θεραπεία για διαφορετικούς λόγους. Το ζευγάρι μπορεί να μη συμφωνεί ως προς τις μελλοντικές εναλλακτικές λύσεις. Αυτό ισχύει, κυρίως, αν ένας από τους δύο συντρόφους θέλει να σκεφτούν το ζήτημα της υιοθεσίας ή της ατεκνίας και ο άλλος δεν θέλει. Αυτή η διαφορά απόψεων μπορεί να κρατήσει το ζευγάρι σε θεραπεία, ακόμη και όταν οι προοπτικές δεν είναι καλές. Ο άλλος λόγος για τον οποίο κάποια ζευγάρια επιμένουν να συνεχίζουν ιατρικές προσπάθειες, ακόμη και πέρα από το «εύλογο», είναι ότι δεν αισθάνονται αρκετά δυνατοί, ώστε να αντιμετωπίσουν το θρήνο που θα προκαλέσει ο τερματισμός της θεραπείας.

Στον Πίνακα 2 υπάρχουν εργαλεία που θα βοηθήσουν τους ασθενείς να δουν πότε πρέπει να πουν «ως εδώ».

Πίνακας 2 Ερωτήσεις που μπορεί να χρησιμοποιήσει το νοσηλευτικό προσωπικό για να βοηθήσει τα άτομα ή τα ζευγάρια να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματά τους απέναντι στην αποτυχία της θεραπείας και να αξιολογήσουν τις ικανότητες τους να τα αντιμετωπίσουν.

Έχετε μιλήσει με το σύντροφό σας για ένα χρονικό πλαίσιο εξακολούθησης ή διακοπής της θεραπείας;

Γνωρίζετε ότι η μηνιαία απογοήτευση όταν δεν είστε έγκυος προκαλεί συναισθήματα που κυμαίνονται από το φθόνο των εγκύων γυναικών μέχρι τη θλίψη και το θρήνο; (Είναι σημαντική η αναγνώριση των συναισθημάτων που προκαλεί αυτή η εμπειρία και ακόμη αν χρειαστεί να γίνει αναφορά και στα επιμέρους συναισθήματα όπως στη δυσπιστία, στο θυμό, στις ενοχές και στη θλίψη).

Ποιο είναι το πιο δύσκολο μέρος μιας ανεπιτυχούς θεραπείας;

Για σας, η μεγαλύτερη απώλεια είναι να μην βιώσετε την εμπειρία μιας εγκυμοσύνης ή να μην αποκτήσετε παιδί;

Σας βασανίζει κάτι για το οποίο έχετε μετανιώσει ή σκέφτεστε κάποια «ίσως» που σας προβληματίζουν;

Από πού αντλείτε τη συναισθηματική σας υποστήριξη και παρηγοριά;

Ποιον, εάν υπάρχει κάποιος, θα απογοητεύατε στην περίπτωση που η θεραπεία εξακολουθούσε να είναι ανεπιτυχής ή που θα αποφασίζατε να σταματήσετε τη θεραπεία;

Έχετε ξεκινήσει να συλλέγετε πληροφορίες σχετικά με άλλες θεραπευτικές επιλογές ή εναλλακτικούς τρόπους δημιουργίας οικογένειας;

Πίνακας 3 Ερωτήσεις που το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να ενθαρρύνει τους ασθενείς να διατυπώσουν προκειμένου να επιλέξουν έναν ειδικό της ψυχικής υγείας

Σε ποιο πανεπιστήμιο σπούδασε ο θεραπευτής και τι πτυχίο έχει;

Ποια ήταν η διάρκεια και το αντικείμενο εξειδίκευσης της κλινικής εκπαίδευσης του ειδικού;

Πότε πήρε άδεια άσκησης;

Σε ποιες επαγγελματικές εταιρείες είναι μέλος;

Έχει ο σύμβουλος εμπειρία σε θέματα υπογονιμότητας και αντιμετώπισής της, συμπεριλαμβανομένων και των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Έχει εμπειρία σε ζητήματα απώλειας κύησης, υιοθεσίας, φέρουσας μητέρας, δωρεάς γαμετών ή ατεκνίας;

Ποια είναι η προσέγγιση του ειδικού; Χρησιμοποιεί φαρμακευτική αγωγή; Χρησιμοποιεί ειδικές τεχνικές; Χρησιμοποιεί υπνοθεραπεία;

Πόσο συχνές θα είναι οι συνεδρίες; Ποια είναι η διάρκειά τους;

Ποιο είναι το κόστος της αρχικής συνέντευξης; Ποια είναι η αμοιβή του για κάθε συνεδρία; Υπάρχει μια κλίμακα βάσει της οποίας μειώνεται η αμοιβή καθώς αυξάνεται ο αριθμός των συνεδριών;

Υπάρχει χρονοδιάγραμμα πληρωμών ; Δέχεται ασφαλιστικά ταμεία;

Θα ήθελε ο θεραπευτής να συζητήσει με το ιατρικό προσωπικό;

Η υποχρέωση του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν την ανάγκη παραπομπής σε συμβουλευτική και να την φέρουν σε πέρας. Μία παραπομπή μπορεί να υποστηριχθεί από δηλώσεις, όπως «Δικαιούσαι να έχεις κάποιον στον οποίο να μπορείς να μιλάς για γι' αυτά τα θέματα» ή «Πολλοί ασθενείς μας έχουν επωφεληθεί μιλώντας σε έναν σύμβουλο». Επιπλέον, ρωτώντας τους ασθενείς αν θα ήθελαν να μιλήσει το νοσηλευτικό προσωπικό ή ο γιατρός στο θεραπευτή, μειώνεται το άγχος που μπορεί να έχουν σχετικά με την παραπομπή. Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι γιατροί μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αξιολογήσουν με προσοχή τους επαγγελματίες υγείας.

Είναι υποχρέωση του γιατρού και του νοσηλευτή να βοηθήσει στη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος για τους ασθενείς. Έχει ουσιαστική σημασία μιας ατμόσφαιρας φιλικής προς τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Αυτό μπορεί να εκτείνεται από τα έργα τέχνης στους τοίχους και τα έντυπα που βρίσκονται στην αίθουσα αναμονής ως την ποιότητα του προσωπικού και την ευαισθησία του απέναντι στην κρίση που αντιμετωπίζουν οι υπογόνιμοι ασθενείς. Το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει βασικό ρόλο στη διασφάλιση ότι η ομάδα δείχνει ευαισθησία και είναι προστατευτική προς τα ζευγάρια, τονίζοντας, παραδείγματος χάρη, τη σημασία της εμπιστευτικότητας, η οποία προστατεύεται με το να μη δίνονται εργαστηριακά αποτελέσματα από το τηλέφωνο διότι μπορεί να τα ακούσουν από όλους όσοι τυχαίνει να βρίσκονται στην αίθουσα αναμονής. Αυτές οι λεπτομέρειες μπορεί να προκαλέσουν εκρήξεις συναισθημάτων σε έναν ασθενή, ο οποίος αισθάνεται ήδη ανασφαλής και ευάλωτος.

Η απόφαση τερματισμού της θεραπείας είναι δύσκολη όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Κάποια στιγμή, τα ζευγάρια πρέπει να καταλήξουν σε μία απόφαση και, κάνοντάς το, μπορεί να αισθανθούν ότι απογοητεύουν την ιατρική ομάδα. Μπορεί να προκληθούν έντονα συναισθήματα απώλειας, καθώς διακόπτουν τη σχέση τους με την ιατρική ομάδα, την οποία γνωρίζουν μήνες ή και χρόνια. Μπορούν οι γιατροί ή και το νοσηλευτικό προσωπικό να συντάξουν μια επιστολή, είτε προσωπική χωρίς συγκεκριμένο

αποδέκτη, εκφράζοντας ευχές και την ελπίδα να μάθουν για τις εναλλακτικές λύσεις ή τις αποφάσεις του ζευγαριού. Είναι σημαντικό να υπάρχει στην αίθουσα αναμονής έντυπο υλικό σχετικό με τις εναλλακτικές λύσεις, όπως βιβλία για μια ζωή χωρίς παιδιά, την υιοθεσία τη γονιμοποίηση με τη συμμετοχή δότη, τη δωρεά ωαρίων, την φέρουσα μητέρα ή ενημερωτικά φυλλάδια για οργανισμούς που σχετίζονται με αυτές τις εναλλακτικές λύσεις. Ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού είναι, επίσης, η τηλεφωνική επικοινωνία με ζευγάρια που βίωσαν μια απώλεια εγκυμοσύνης ώστε να πληροφορηθούν για την ψυχική κατάσταση των ζευγαριών αυτών. Ο θρήνος μετά την απώλεια μιας εγκυμοσύνης, είναι έντονος και η προσπάθεια προσέγγισης του ασθενούς από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τη συμβουλευτική.

Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και η επίλυση της χρειάζεται κουράγιο. Τα ζευγάρια υφίστανται μεγάλο πόνο θρηνώντας για τις σωματικές και τις συμβολικές τους απώλειες. Η υπογονιμότητα αναγκάζει τα άτομα να πάρουν αποφάσεις που δεν θα ήθελαν και να ζήσουν μία ζωή που δεν θα την επέλεγαν. Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι γιατροί συνοδεύουν τα ζευγάρια σε αυτή την πορεία, παρέχοντάς τους κουράγιο, ελπίδα και συμβουλευτική, όποτε χρειάζεται. Ο στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με υπογόνιμους ασθενείς είναι να βοηθήσει τα ζευγάρια να πετύχουν όχι μόνο μία γέννηση, αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, να επιβιώσουν από μία κρίση στη ζωή τους, να μπορέσουν να εξετάσουν εναλλακτικές λύσεις και να πάρουν αποφάσεις που θα τους προσφέρουν μια ολοκληρωμένη ζωή, μετά από την εξοντωτική εμπειρία της υπογονιμότητας.

iii) ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΓΙΑΤΡΩΝ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για τη συνολική φροντίδα των ασθενών και επικεντρώνονται στη σωματική υγεία τους και στις ιατρικές πτυχές της θεραπείας της υπογονιμότητας είναι εκπαιδευμένοι να μπορούν να διαγνώσουν και να αντιμετωπίσουν ψυχολογικά προβλήματα και πρέπει να μπορούν να παράσχουν βασικές υπηρεσίες συμβουλευτικής σε όλους τους ασθενείς. Ωστόσο, οι περισσότεροι γιατροί περιορίζονται από την έλλειψη γνώσεων και χρόνου και δεν μπορούν να προσφέρουν εμπειριστατωμένες υπηρεσίες συμβουλευτικής.

Πολλοί νοσηλευτές υπογονιμότητας γνωρίζουν πολύ καλά τα κλινικά ζητήματα της υπογονιμότητας. Έχουν ιατρικές γνώσεις αλλά και εκπαίδευση στην αξιολόγηση και συμβουλευτική ασθενών. Καθώς, περνούν περισσότερες ώρες συνήθως, με τους ασθενείς από ότι οι γιατροί, μπορούν να παρέχουν εξαιρετικές υπηρεσίες αξιολόγησης και συμβουλευτικής στα υπογόνιμα ζευγάρια. Ωστόσο, πολλοί νοσηλευτές περιορίζονται λόγω της εκπαίδευσης, της εμπειρίας, των γνώσεων ή και του χρόνου και δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα σοβαρά και σύνθετα ψυχολογικά ζητήματα της υπογονιμότητας, ιδίως όταν αυτά συνοδεύονται από άλλα προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα.

Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας έχουν εκπαιδευτεί και έχουν την ανάλογη εμπειρία για την αντιμετώπιση σύνθετων ψυχολογικών ζητημάτων και μπορούν να προσφέρουν το χρόνο και την προσοχή που χρειάζεται για τη διαχείριση αυτών των ζητημάτων. Ωστόσο, οι ιατρικές τους γνώσεις είναι, συνήθως, περιορισμένες και μπορεί να μη γνωρίζουν τις λεπτομέρειες της ιατρικής φροντίδας των ασθενών. Η Ομάδα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας Εταιρείας Αναπαραγωγικής Ιατρικής έχει εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες για τα απαραίτητα προσόντα των συμβούλων υπογονιμότητας. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να βοηθήσουν ιδιαίτερα στην αξιολόγηση των

προσόντων ενός συγκεκριμένου επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Είναι σαφές ότι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση απαιτεί τη συμμετοχή γιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Οι περισσότεροι γιατροί συνεργάζονται με ένα νοσηλευτή. Είναι ευθύνη των γιατρών να διασφαλίζουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο στη διαχείριση των ψυχολογικών ζητημάτων. Σε μεγάλα ιατρικά κέντρα, μπορεί να υπάρχει νοσηλευτής εξειδικευμένος στη συμβουλευτική υπογονιμότητας, αλλά αυτό είναι σπάνιο. Σε πολύ μεγάλα ιατρεία, μπορεί να υπάρχει σύμβουλος υπογονιμότητας στο προσωπικό, στον οποίο να παραπέμπονται όλοι οι ασθενείς είτε πριν είτε αφού έχουν υποβληθεί σε συμβουλευτική από το νοσηλευτικό προσωπικό ή ως μέρος ειδικών θεραπευτικών σχεδίων (π.χ., πριν από την εξωσωματική γονιμοποίηση ή τη γονιμοποίηση με τη συμμετοχή δοτή). Η πιο σημαντική πλευρά σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η διασφάλιση του γεγονότος ότι οι ρόλοι του γιατρού, του νοσηλευτικού προσωπικού και του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι σαφώς καθορισμένοι, έτσι ώστε να παρέχεται υψηλής ποιότητας, κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και φροντίδα.

Κάθε κλινική υπογονιμότητας πρέπει να ορίζει τις προϋποθέσεις για τη διαχείριση των ψυχολογικών ζητημάτων. Αυτό μπορεί να σημαίνει την παροχή σε όλους τους ασθενείς εκπαιδευτικού υλικού σχετικού με τα ψυχολογικά ζητήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν, καθώς και την παροχή υποστήριξης από το γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό ή την ομάδα ΕΠΙΛΥΣΗΣ (RESOLVE) και άλλες ανάλογες ομάδες υποστήριξης και συμβούλους υπογονιμότητας. Οι πληροφορίες αυτές πρέπει να ελέγχονται εν συντομία από το γιατρό και, πιο λεπτομερώς, από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε πολλά ιατρικά κέντρα, δεν μπορεί να συγκαταλέγεται στο προσωπικό επαγγελματία ψυχικής υγείας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πρέπει να βρίσκεται ένας ή, καλύτερα, περισσότεροι ικανοί σύμβουλοι υπογονιμότητας που να ενδιαφέρονται να αναλάβουν υπογόνιμους ασθενείς. Τότε, ο σύμβουλος υπογονιμότητας πρέπει να εξοικειωθεί με το ιατρικό κέντρο και ο γιατρός ή και ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει τον σύμβουλο υπογονιμότητας για τις προσδοκίες του ιατρικού κέντρου, όταν παραπέμπονται σε αυτόν ασθενείς. Επιπλέον, είναι σημαντικό να υπάρξει μία συμφωνία για τον τρόπο και το είδος της επικοινωνίας που προτιμώνται και τις προσδοκίες όλων των ενδιαφερομένων. Σε μεγάλες πόλεις, μπορεί να υπάρχει η δυνατότητα εξεύρεσης

αρκετών συμβούλων υπογονιμότητας, καθένας εξειδικευμένος σε διαφορετικές πλευρές της υπογονιμότητας (π.χ., περιγεννητική απώλεια, αναπαραγωγή με συμμετοχή τρίτου). Έτσι, υπάρχει το πλεονέκτημα της παροχής εξειδικευμένης συμβουλευτικής σε ασθενείς με διαφορετικές ανάγκες. Ωστόσο, είναι επιτακτική η ανάγκη διατήρησης μιας αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ του ιατρού και του επαγγελματία ψυχικής υγείας, ώστε να διασφαλισθεί η συνέπεια και η πραγματοποίηση των προσδοκιών.

Υπάρχουν επιχειρήματα τόσο για την πρόσληψη ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας από την κλινική υπογονιμότητας όσο και για την ανεξάρτητη συνεργασία εκτός κλινικής. Τα πλεονεκτήματα της συμμετοχής ενός συμβούλου υπογονιμότητας ως μέλους του προσωπικού είναι ότι είναι πιο εξοικειωμένος με τις συνήθειες και τα ζητήματα της κλινικής, κατανοεί καλύτερα τις προσδοκίες των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού και μπορεί να προσφέρει πιο συγκεκριμένη και συνεχή παρέμβαση. Είναι, επίσης, πιο διαθέσιμοι για παρέμβαση κατά την κρίση. Τα πλεονεκτήματα των εξωτερικών συνεργατών σε θέματα ψυχικής υγείας είναι ότι είναι πιο ανεξάρτητοι από την κλινική και, θεωρητικά, πιο αντικειμενικοί στην αξιολόγηση των ζευγαριών, γιατί υπάρχει μικρότερη σύγκρουση συμφερόντων. Επιπλέον, μπορούν να βλέπουν ασθενείς περισσότερων κλινικών ή ιατρικών και, έτσι, έχουν μια πιο γενική άποψη διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Ακόμη, ορισμένοι ασθενείς μπορεί επιθυμούν ένα διαφορετικό περιβάλλον για να συζητήσουν για τα συναισθήματά τους.

Καθώς τα περισσότερα ζευγάρια αντιμετωπίζουν μία κρίση μόνα τους, η αρχική συμβουλευτική μπορεί να αποτελείται από παραπομπή στην ομάδα ΕΠΙΛΥΣΗΣ (RESOLVE) ή, πιθανόν, σε μια άλλη ομάδα υποστήριξης. Συχνά, η εκπαίδευση και η υποστήριξη που παρέχεται είναι αρκετή για να μπορέσουν τα ζευγάρια να αντιμετωπίσουν την υπογονιμότητά τους. Τέτοια ζευγάρια πρέπει να είναι πρόθυμα και σε θέση να λειτουργούν στο πλαίσιο μιας ομάδας υποστήριξης.

Οι ασθενείς όταν παραπέμπονται, πρέπει ανά πάσα στιγμή να έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε συμβουλευτική και σε μια ομάδα υποστήριξης. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό τους φορείς υποστήριξης μέσα στην κλινική ή στη γεωγραφική τους περιφέρεια, ώστε να μπορούν να γίνονται οι καλύτερες δυνατές παραπομπές. Οι παραπομπές μπορεί να αφορούν σε ένα νοσηλεύτη, σε ένα νοσηλεύτη που είναι εξειδικευμένος στη

συμβουλευτική υπογονιμότητας, στην ομάδα ΕΠΙΛΥΣΗΣ (RESOLVE) ή σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας, ανάλογα με τη στάθμιση του προβλήματος σε συνδυασμό με την ομάδα.

Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να κάνουν τις παραπομπές βάσει της αξιολόγησης του ασθενούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι απαραίτητη η υποχρεωτική παραπομπή, όπως για ασθενείς με ιστορικό ψυχολογικών προβλημάτων, εμφανή ανεπίλυτα ψυχολογικά ή συζυγικά προβλήματα, κρίση σε εξέλιξη (π.χ., σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ένδειξη κατάχρησης αλκοόλ/ ναρκωτικών ή ακραίων ψυχιατρικών συμπτωμάτων) ή και για ασθενείς που σκέφτονται να κάνουν χρήση γαμετών ή φέρουσας μητέρας.

Β) Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Οι στόχοι της ψυχολογικής αξιολόγησης είναι:

Να προετοιμάσει τους ασθενείς για τη θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθούν.

Να τεθούν ζητήματα που οι ασθενείς μπορεί να μην είχαν σκεφθεί μέχρι τότε και αυτά να συζητηθούν πριν από τη θεραπεία.

Να εντοπιστούν οι ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από ψυχολογική θεραπεία είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας.

Να εξεταστούν οι ασθενείς για τυχόν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή κοινωνική δυσλειτουργία που θα μπορούσε να δυσκολέψει ή να επηρεάσει τη θεραπεία της υπογονιμότητας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ορισμένα πρακτικά ζητήματα που πρέπει να εξεταστούν πριν από τη συνέντευξη είναι (1) τα όρια της εχεμύθειας, (2) η αποσαφήνιση του ρόλου του ειδικού ψυχικής υγείας και (3) η καταγραφή της συνάντησης. Ο ασθενής πρέπει να είναι ενήμερος για τη φύση των πληροφοριών που ανταλλάσσει ο ψυχολόγος με τη θεραπευτική ομάδα. Για παράδειγμα, αν ο ειδικός ψυχικής υγείας είναι μέλος της θεραπευτικής ομάδας, αναμένεται να παρέχει σχετικές ψυχολογικές πληροφορίες στο θεράποντα ενδοκρινολόγο αναπαραγωγής ή σε άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Γι' αυτή την ανταλλαγή πληροφοριών είναι απαραίτητη η συγκατάθεση του ασθενούς, η οποία πρέπει να συμπεριληφθεί στο φάκελό του. Ο ειδικός ψυχικής υγείας πρέπει, επίσης, να διατηρήσει τα όρια εχεμύθειας σχετικά με πληροφορίες που οι ασθενείς δεν επιθυμούν να διαρρεύσουν. Συνήθως οι γυναίκες ασθενείς δεν επιθυμούν να μάθει ο γιατρός τους πληροφορίες σχετικές με προηγούμενες σεξουαλικές τραυματικές εμπειρίες ή τραυματικές εμπειρίες αναπαραγωγής. Όπως και σε κάθε είδους συμβουλευτική, η πρωταρχική υποχρέωση του ειδικού ψυχικής υγείας είναι εχεμύθεια απέναντι στον ασθενή, αλλά είναι επίσης υποχρέωση του να ενθαρρύνει τους ασθενείς να μοιραστούν οποιαδήποτε σχετική ιατρική πληροφορία με το γιατρό τους. Επίσης, ο ειδικός ψυχικής υγείας πρέπει να γνωρίζει τους νόμους που διέπουν τη δημιουργία και τη φύλαξη των ψυχιατρικών αρχείων.

Η προετοιμασία του ζευγαριού για τη συνέντευξη μπορεί να γίνει από το γιατρό ή τον/ τη νοσηλεύτη/ νοσηλεύτρια της ομάδας. Σε ορισμένες κλινικές, το ζευγάρι πληροφορείται ότι η ψυχολογική συμβουλευτική είναι μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας. Έτσι, το ζευγάρι μαθαίνει από νωρίς ότι η συμβουλευτική είναι ένα αναμενόμενο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας, όπως ακριβώς και η εξέταση με υπερήχους ή οποιαδήποτε άλλη διαδικασία. Επίσης, ο υπεύθυνος νοσηλεύτης/ νοσηλεύτρια του ζευγαριού αναλαμβάνει να κλείσει το ραντεβού για την ψυχολογική συμβουλευτική. Μερικές φορές, είναι καλό για το ζευγάρι να συναντήσει ανεπίσημα τον ειδικό ψυχικής υγείας

νωρίτερα, ώστε να μειωθεί το άγχος σχετικά με τη συνέντευξη.

Το ζευγάρι ενημερώνεται, σε γενικές γραμμές, για το σκοπό της συνέντευξης, ο οποίος είναι συλλογή περισσότερων ψυχοκοινωνικών πληροφοριών, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη θεραπεία, η διευκόλυνση της ψυχολογικής προσαρμογής του στη διάγνωση και στη θεραπεία της υπογονιμότητας και να λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς, αν τη χρειαστούν. Επιπλέον, η συμβουλευτική παρέχει στο ζευγάρι την ευκαιρία να συζητήσει τις δεοντολογικές, θρησκευτικές και ηθικές πτυχές της θεραπείας, να εξετάσει τα ποσοστά επιτυχίας, να κάνει ερωτήσεις για τη διαδικασία ενημέρωσης, να ζητήσει βοήθεια για αποφάσεις σχετικά με τη διακοπή της θεραπείας και να πάρει συμβουλές για την υιοθεσία ή την επιλογή να παραμείνει υπογόνιμο. Συχνά είναι χρήσιμο να ενθαρρύνονται οι ασθενείς να έρχονται προετοιμασμένοι με τις δικές τους ερωτήσεις και ανησυχίες, ώστε να μπορούν να εκμεταλλευθούν όσο το δυνατόν καλύτερα τη συνέντευξη.

ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Διαπίστωση αξιοπιστίας πληροφοριών.

Προτροπή στο ζευγάρι να εκφράσει τα συναισθήματά του.

Ιστορικό γάμου ή της σχέσης του ζευγαριού.

Αντίκτυπος υπογονιμότητας.

Εξέταση της διαθεσιμότητας και της ποιότητάς της κοινωνικής υποστήριξης από την υπόλοιπη οικογένεια και από τους φίλους του ζευγαριού.

Ανακοίνωση στατιστικών αποτελεσμάτων του ειδικού στο ζευγάρι ως προς την επιτυχία κηήσεως.

Ανάπτυξη των ηθικών και θρησκευτικών απόψεων του ζευγαριού.

Αναφορά σε πολύδιμη κήηση που μπορεί να προκύψει και η γνώμη του ζευγαριού σε σχέση μ' αυτό.

Εκτίμηση του ειδικού ως προς το ψυχιατρικό ιστορικό.

Εκτίμηση νομικού ιστορικού.

Συμπεράσματα ειδικού ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του ζευγαριού και του καθενός ξεχωριστά.¹⁸

ΜΕΜΟΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η αξιολόγηση των ψυχολογικών αναγκών των υπογονίμων ζευγαριών είναι ένας σημαντικός ρόλος, τον οποίο καλούνται να παίξουν για την ψυχολογική φροντίδα των ασθενών οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι συμπονετικοί και ευαίσθητοι και να παρέχουν ένα περιβάλλον που να επιτρέπει τη συζήτηση ψυχολογικών ζητημάτων. Τόσο οι γιατροί όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μπορούν να αξιολογήσουν τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και να παρέχουν πληροφορίες σχετικές με ομάδες υποστήριξης, οργανισμούς και συμβούλους υπογονιμότητας.

Η Menning έχει περιγράψει τις σημαντικότερες δραστηριότητες των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Αντιμέτωπιση της υπογονιμότητας ως πρόβλημα του ζευγαριού.

Ανάπτυξη ενός πλάνου διερεύνησης και θεραπείας.

Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και εκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας για τον τερματισμό της θεραπείας.

Αναγνώριση του επιπέδου των γνώσεών τους.

Διαθεσιμότητα.

Γνώση της ομάδας ΕΠΙΛΥΣΗΣ (RESOLVE) και άλλων συναφών ομάδων υποστήριξης.

Οι γιατροί και το νοσηλευτικό πρέπει, επίσης, να συνεχίσει τις προσπάθειές τους για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού σχετικά με το ψυχολογικό στρες της υπογονιμότητας. Τα οφέλη μιας πρακτικής που στοχεύει στην παροχή καλής συναισθηματικής υποστήριξης σε όλους τους ασθενείς είναι:

Πιο ικανοποιημένοι ασθενείς.

Ασθενείς που αναλαμβάνουν την ευθύνη των θεραπευτικών επιλογών τους.

Πιο ευτυχισμένοι ασθενείς και πιο εύκολοι στη θεραπεία.
Ασθενείς που δεν επιτρέπουν ευθύνες σε άλλους.
Ασθενείς που συμμετέχουν στις θεραπευτικές αποφάσεις.
Συναισθηματικά υγιείς ασθενείς.
Υποστήριξη του ιατρικού προσωπικού.
Διέξοδοι για το ιατρικό προσωπικό.²⁰

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

-Η τεχνητή γονιμοποίηση σαν μέθοδος έλυσε πρακτικά προβλήματα, επισώρευσε όμως όγκους θεωρητικών προβλημάτων.

-Ότι είναι επιστημονικά δυνατό δεν είναι πάντοτε επιτρεπτό ηθικά.

-Η ηθικοί κανόνες και οι ηθικές υποδείξεις παρέχουν μια βοήθεια ως προς την ορθότητα της πράξης, δεν αφαιρούν όμως από τον άνθρωπο την προσωπική απόφαση.

- Τα άτομα που κάνουν χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχολογικές διαταραχές, αν και είναι πιθανή η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, στενοχώριας ή θλίψης στην περίπτωση που η διαδικασία αποδειχθεί ανεπιτυχής. Στους παράγοντες που συμβάλλουν στη συναισθηματική κατάπτωση έπειτα από μια ανεπιτυχή εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά, συμπεριλαμβάνονται η πεποίθηση ότι η συγκεκριμένη λύση είναι η τελευταία ελπίδα για να αποκτήσει το ζευγάρι βιολογικό απόγονο, η προϋπαρξη ψυχολογικών παθήσεων και η υπερεκτίμηση της προσωπικής επιτυχίας. Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η ψυχική διάθεση (άγχος, κατάθλιψη ή στεναχώρια) παρουσιάζει διακυμάνσεις τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες κατά την πρόοδο μιας θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής: το άγχος και η μελαγχολία αυξάνονται κατά την ωοληψία, μειώνονται κατά την εμβρυομεταφορά, για να αυξηθούν και πάλι την ημέρα του τεστ εγκυμοσύνης.¹⁸

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Οι δωρεές γαμετών είναι θεμιτές, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές πραγματοποιούνται με την ελεύθερη κι έγγραφη συγκατάθεση των τεσσάρων εμπλεκομένων ενηλίκων.

Οι νέες μέθοδοι μοριακής διαγνωστικής επιτρέπουν (με αρκετά μεγάλο κόστος) να ελεγχθεί η απουσία μόλυνσης από τους ιούς HIV, αλλά και άλλους ιούς, μέσω της τεχνολογίας της PCR, εντός δύο ημερών από την αρχική μόλυνση. Η εφαρμογή του νέου αυτού τρόπου ελέγχου σε ευρεία κλίμακα, εφόσον αποδειχθεί ικανή να ανιχνεύει της μόλυνσης με αποδεκτή ακρίβεια, θα

μπορούσε να αντικαταστήσει τις μακρόχρονες περιόδους καραντίνας στην κρυοσυντήρηση του σπέρματος. Η ευρύτατη διάδοση της μικρογονιμοποίησης (εφόσον αποδειχθεί σαφώς ότι είναι όντως ακίνδυνη) θα ελαχιστοποιούσε την ανάγκη εξευρέσεως σπέρματος δότη, καταργώντας σημαντικό ποσοστό των ενδείξεων για ετερόλογη σπερματέγχυση.

Είναι απαραίτητο να αποκτήσουν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας ειδικά τμήματα εξωσωματικής γονιμοποίησης ή τουλάχιστον να συνεργάζονται με Κέντρα που βρίσκονται σε επιλεγμένα γεωγραφικά σημεία, ώστε να μειωθεί η ταλαιπωρία των υποψηφίων γονέων που σήμερα αναγκάζονται να μετακινούνται, προκειμένου να τεκνοποιήσουν. Όσον αφορά την τήρηση αρχείων και την καταγραφή των αποτελεσμάτων, θεωρείται ότι οι δωρεές πρέπει να καλύπτονται από το ιατρικό απόρρητο, αλλά ότι ένας ανεξάρτητος Οργανισμός (η ελεγκτική Υπηρεσία, το Υπουργείο Υγείας, το ΚΕΣΥ ή οποιοσδήποτε άλλος κρατικός, επίσημος φορέας) πρέπει να έχουν τρόπο να ανατρέξουν στα στοιχεία του ιστορικού, ώστε τα «παιδιά της δωρεάς» να μπορούν να πληροφορηθούν την γενετική τους προέλευση.

Ακόμη πρέπει να απαγορευθεί, είτε με νόμο είτε με δεοντολογικό κανόνα, ή υποβοήθηση της τεκνοποίησης από «γηραιούς» γονείς. Δεν είναι εύκολο να τεθεί ένα ανώτατο όριο ηλικίας, και χρειάζεται πολύ σκέψη προτού αρνηθούμε την βοήθειά μας σε ένα δεδομένο ζευγάρι. Ωστόσο, όλοι γνωρίζουμε και «νιώθουμε» ότι η τεκνοποίηση σε εξαιρετικά προχωρημένες ηλικίες ξεπερνά κάποια «όρια». Επίσης, θα έπρεπε να τεθεί ένα λογικό. έστω και άτυπο, όριο στον αριθμό προσπαθειών στις οποίες μπορεί να υποβληθεί μια γυναίκα. Κανείς δεν ισχυρίζεται ότι πρέπει να φιμώσουμε την ελπίδα, αλλά πολλοί είναι εκείνοι που θα συμφωνήσουν ότι ζευγάρια τα οποία έχουν υποβληθεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση λ.χ. 60 φορές, έχουν υπερβεί κάποια όρια...

Επίσης πρέπει να αρχίσει μια μεγάλη εκστρατεία για τον διαφωτισμό του κοινού, ώστε να εξηγηθούν οι διαδικασίες και να απομυθοποιηθεί η εξωσωματική γονιμοποίηση. Τα προβλήματα της υπογονιμότητας είναι σχετικώς «εύκολα», επειδή δεν αφορούν την ίδια τη ζωή. Από την άποψη αυτή, η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια «ιατρική πολυτελείας». Η τεκνοποίηση δεν είναι δηλαδή «απαραίτητη» για την ομαλή οικογενειακή ζωή ενός ζευγαριού, όπως αποδεικνύεται από πολλά ζευγάρια που καταφεύγουν στην υιοθεσία, εάν αποτύχουν να τεκνοποιήσουν με ιατρική παρέμβαση. Η γενικότερη οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων

και των δραστηριοτήτων της εξωσωματικής γονιμοποίησης θα έπρεπε να συμπεριλάβει, στο απώτερο μέλλον, και την πολιτική της υιοθεσίας.¹²

Το πρόβλημα στην αρχή φάνηκε απλό. Διαπιστώθηκε όμως ότι είναι τεράστιο. Γι' αυτό και πρέπει να αντιμετωπισθεί με σκεπτικισμό και διοργάνωση ομιλιών, σεμιναρίων και συνεδρίων εκ μέρους του Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνδέσμου ώστε να μπορέσει ο κάθε νοσηλευτής να αποφασίσει υπεύθυνα και να πράξει σωστά.¹⁴

Η υπογονιμότητα μπορεί να υποδηλώνει ύπαρξη γενετικής διαταραχής ή συνδρόμου που μπορεί να κληρονομηθεί στους απογόνους. Γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται ακριβής γενετική καθοδήγηση, γενετικός έλεγχος και μελέτη γαμετών για την ανίχνευση χρωματοσωματικών ανωμαλιών.¹⁹

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ανικανότητα σύλληψης αποτελεί μια κρίση στη ζωή τόσο του ατόμου όσο και του ζευγαριού. Ίσως η δυσκολότερη πτυχή του προβλήματος της έλλειψης γονιμότητας να είναι η αίσθηση των ασθενών ότι δεν έχουν τον έλεγχο της κατάστασης. Ο ρόλος της ψυχολογικής υποστήριξης είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να ξεπεράσει τα ψυχολογικά φράγματα και τους φόβους που σχετίζονται με την εξωσωματική γονιμοποίηση, καθώς και να το βοηθήσει να μειώσει το στρες του. Καθώς το ζευγάρι μαθαίνει τεχνικές χαλάρωσης και ηρεμίας, αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της ζωής του, ότι μπορεί ν' ανταπεξέλθει και σε αυτή τη δυσκολία και μαθαίνει ν' ατενίζει το μέλλον με αισιοδοξία.

Ο πελαργός δεν φαίνεται να είναι συνεπής στις επισκέψεις του σε όσους τον περιμένουν εναγωνίως αφού το πρόβλημα της υπογονιμότητας δυστυχώς χτυπά την πόρτα όλο και περισσότερων ζευγαριών.

Εξωσωματική γονιμοποίηση,
Όνειρα και ελπίδες που γίνονται αλήθειες ...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετά το γάμο ενός ζευγαριού η ευτυχία του ολοκληρώνεται με την απόκτηση ενός παιδιού, όμως δυστυχώς στην σημερινή εποχή πολλά ζευγάρια αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της στειρότητας.

Το 1978 εφαρμόσθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης και έτσι όλα τα ζευγάρια που για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορούσαν να αποκτήσουν παιδιά, η ελπίδα τους μέσα από την παραπάνω μέθοδο ξαναγεννήθηκε.

Το πρώτο βήμα πριν την πραγματοποίηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις και των δύο φύλων. Από τις εξετάσεις αυτές βρίσκουμε το ακριβές αίτιο της στειρότητας της γυναίκας, του άνδρα ή και των δύο και έπειτα προσδιορίζουμε την φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει. Στη συνέχεια ο αρμόδιος γιατρός επιλέγει πια τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα εφαρμοσθεί. Οι τεχνικές αυτές είναι η κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση, η μικρογονιμοποίηση (ICSI), η μέθοδος(GIFT, ZIFT, PZD, AHA, SUZI), η βιοψία όρχεως, η προεμφυτευτική διάγνωση, η κρυσυντήρηση \κατάψυξη εμβρύων και η δωρεά ωαρίων, ωοθηκών ή ακόμη και εμβρύων.

Έπειτα ακολουθεί η ωοληψία και τέλος η εμβρυομεταφορά που είναι και η αποκορύφωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ακολουθεί η διάγνωση και η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης.

Πέραν της απόφασης και της εκτέλεσης της τεχνητής γονιμοποίησης υπάρχουν και πολλά ηθικά και κοινωνικά προβλήματα. Αναφέρεται επίσης η θέση της εκκλησίας όσων αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ο νόμος που έχει θεσπιστεί από το Ελληνικό κράτος. Υπάρχουν κάποια μελλοντικά σχέδια που πρόκειται να εφαρμοσθούν, για να προστατεύουν το ζευγάρι, σε σχέση με την ασφαλιστική τους κάλυψη κατά τη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης.

Στη συνέχεια, παρατείνονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών και γυναικών σε σχέση με το πρόβλημα της υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν. Τέλος, αναλύεται η συμβουλευτική στα επαγγέλματα υγείας και ειδικότερα στον κλάδο της νοσηλευτικής όπου καθιερώθηκε πρόσφατα.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση σαν μέθοδος έλυσε πρακτικά προβλήματα, όμως επισώρευσε όγκους θεωρητικών προβλημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. **Τσούνη Αθανασία / Φράγκου Κωνσταντίνα** - Διαγνωστικές μέθοδοι στις τεχνικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής - Πτυχιακή εργασία - Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας - σελ. 3, σελ. 15 ~21
2. www.neasmyrni.net.gr
3. www.ivf.gr
4. **Μανταλενάκης Ι. Σέργιος** - Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας - Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος - Αθήνα 1985 - σελ. 556~560
5. www.gynecology.gr/ivf
6. **Καλογερόπουλος Αχ. (1996)** - Γυναικολογία - Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών - Θεσσαλονίκη
7. **Εμβρυϊκή Δημιουργία** - Γενικές Πληροφορίες για την Εξωσωματική Γονιμοποίηση - e-mail: embrynen@otenet.gr
8. **Εμβρυογένεσης Μονάδα Μελέτης Αναπαραγωγής και Υπογονιμότητας (www.embryogenesis.gr)**
9. **Μπόντης** - Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής και Γυναικολογίας - University Studio Press - Θεσσαλονίκη 2002
10. **Dr. Φιλιππίδης Γεώργιος** - Η Εξωσωματική Γονιμοποίηση και η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε απλά λόγια για γυναικολόγους και βιολόγους - Α΄ Έκδοση - Αθήνα 2004 - σελ. 34~41, σελ. 68~71
11. **Φανάρας Γ. Βασ.** - Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή -

Θεσσαλονίκη 2000

12. **Καζιάρης Ε. Χάρης (1996)** - Το Χρυσό Μου Παιδί - Εκδόσεις Τράβλας / Κωσταράκη - Αθήνα - σελ. 221, σελ. 227~228, σελ. 240~241, σελ. 250~251, σελ. 269~271

13. www.2810.gr

14. **Γιαννοπούλου Χρ Αθηνά.** - Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική - Δ΄ Έκδοση - Αθήνα 2001 - σελ. 128~134

15. www.unborn.gr

16. **Dr. Γιαννακόδημος Γ. Α.** - Σύγχρονες Απόψεις στην Στείρωση - Αθήνα – σελ. 75

17. www.kosmogonia.gr

18. **Hammer Burns Linda**, PhD & Sharon N. Covington, MSW, Μετάφραση: Μαρία Σολμαν – Συμβουλευτική στην υπογονιμότητα-, Α' Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002, σελ. 35~37, 51~52, 54~55, 112~120, 133~136, 166~167, 255,579

19. **Σύρρου Μ.** - Γενετικοί Κίνδυνοι στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή - 27^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο - Αθήνα 2001

20. **Hammer Burns Linda**, PhD & Sharon N. Covington, MSW, Μετάφραση: Ξένια Βότση – Συμβουλευτική στην υπογονιμότητα-, Β' Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2004, σελ. 351~352, 354~358, 360~375

21. **Dr. Βάρβογλη Λίζα, PhD Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, Ψυχολογικά ζητήματα στην εξωσωματική γονιμοποίηση, Αθήνα 2005 (www.health.in.gr/news/article)**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Τύποι προσωπικότητας και υπογονιμότητα.

Δομή της προσωπικότητας

Ψυχαναγκαστική: τακτική, συστηματική, τελειομανής, άκαμπτη.

Ναρκισσιστική: εγωκεντρική, θυμωμένη, ανεξάρτητη, τελειομανής.

Οριακή: απαιτητική, αυθόρμητη, ασταθής.

Εξαρτημένη: βασανισμένη, θλιμμένη, υποχρεωτική.

Αποφεύγουσα: απόμακρη, αντικοινωνική, αμέτοχη.

Παρανοϊκή: προσεκτική, καχύποπτη, κατηγορούσα τους άλλους, υπερευαίσθητη.

Αντίδραση προς την υπογονιμότητα

Εκλαμβάνει την υπογονιμότητα ως τιμωρία, Γιατί άφησε τα πράγματα να ξεφύγουν από τον έλεγχό του.

Εκλαμβάνει την υπογονιμότητα ως επίθεση κατά της αυτονομίας και της τελειότητας του εαυτού του.

Εκλαμβάνει την υπογονιμότητα ως απειλή εγκατάλειψης.

Εκλαμβάνει την υπογονιμότητα ως αναμενόμενη τιμωρία για την αναξιοτήτά του.

Εκλαμβάνει την υπογονιμότητα και τις διαδικασίες της ως επικίνδυνη παρέμβαση στην προσωπική του ζωή.

Εκλαμβάνει την υπογονιμότητα ως καταστρεπτική επίθεση, που πηγάζει από παντού.¹⁸

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -2-***Τι να πείτε και τι να ΜΗΝ πείτε σε ένα ζευγάρι που έχει πρόβλημα γονιμότητας***

- Μην προσπαθείτε να μειώσετε το πρόβλημα λέγοντας «μην ανησυχείτε, τουλάχιστον έχετε ο ένας τον άλλον» ή «πάλι καλά, δεν έχετε καρκίνο».
- Ακούστε τι έχει να πει το ζευγάρι για την εμπειρία του κι εκφράστε τη συμπάθεια και την κατανόησή σας για τις δυσκολίες του.
- Μην πείτε στο ζευγάρι που μόλις είχε μια αποβολή ότι έτσι ήταν γραφτό να γίνει, ότι δεν πειράζει, αρκεί αυτοί να είναι καλά ή ότι την επόμενη φορά είστε σίγουροι ότι όλα θα πάνε καλά.
- Εκφράστε τη λύπη σας και δώστε την υποστήριξή σας στη δύσκολη στιγμή.
- Θα πρέπει να συνειδητοποιήσετε ότι το ζευγάρι μόλις έχασε ένα μοναδικό παιδί, κι ακόμα κι αν υπάρξει μια μελλοντική εγκυμοσύνη, την παρούσα στιγμή το γεγονός αυτό τους στεναχωρεί. Μη διστάσετε να χρησιμοποιήσετε λέξεις όπως «απώλεια, πένθος, στεναχώρια».
- Μη δίνετε ιατρικές συμβουλές ή ονόματα γιατρών αν δε σας ρωτήσουν.
- Προτείνετε στο ζευγάρι να σας μιλήσει, εάν το επιθυμεί και προθυμοποιηθείτε να βοηθήσετε με την υποστήριξη σας στη διάρκεια των διαδικασιών (είτε μιλώντας στο τηλέφωνο, είτε συνοδεύοντας στα ιατρικά ραντεβού).
- Μην υποθέτετε ότι τα νέα ιατρικά επιτεύγματα που διαβάζετε στις εφημερίδες και τα περιοδικά θα λύσουν το πρόβλημα του συγκεκριμένου ζευγαριού. Η νέα μέθοδος μπορεί να είναι μόνο πειραματική ή άσχετη με το συγκεκριμένο πρόβλημα του ζευγαριού.
- Ρωτήστε το ζευγάρι αν έχουν να σας προτείνουν άρθρα ή

βιβλία που θα σας βοηθήσουν να καταλάβετε καλύτερα το πρόβλημά του.

- Μη λέτε ιστορίες αποτυχίας ή αποτυχίας άλλων ζευγαριών.
- Ρωτήστε το ζευγάρι αν θέλει να το φέρετε σε επαφή με άλλους που είχαν ένα παρόμοια πρόβλημα και βρήκαν λύση.

Μην περιμένετε να θέλει το ζευγάρι να πηγαίνει με χαρά σε βαφτίσια ή παιδικά πάρτι ή παρόμοια γεγονότα. Αν δεν πηγαίνει ή δε δείχνει ενθουσιασμό κατανοήστε τη θέση τους και μην κάνετε σχόλια.²¹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με βάση τα δεδομένα της διεθνούς αλλά και της ελληνικής διαθέσιμης βιβλιογραφίας που παρουσιάσθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, κεντρικός σκοπός της παρούσας εργασίας εντοπίσθηκε να είναι η ανάδειξη του φαινομένου της υπογονιμότητας στην σημερινή Ελλάδα, σε όλες του τις διαστάσεις και την ένταση, υπό το πρίσμα της ανάγκης κατάλληλης ειδικής αντιμετώπισης με συμβουλευτική υποστήριξη των υπογόνιμων ατόμων από την μια πλευρά, αλλά και της παρέμβασης στην κοινότητα μέσα από ενημέρωση και ευαισθητοποίησή της από την άλλη.

Η επίτευξη του παραπάνω σκοπού, θα είναι δυνατή μέσα από τους επιμέρους στόχους της εργασίας, οι οποίοι είναι:

- Η μελέτη των καταγεγραμμένων βιο-ψυχο-κοινωνικών διαστάσεων του προβλήματος στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία.
- Η ανάλυση των εφαρμοσμένων τεχνικών αντιμετώπισης μέσα από την διεθνή εμπειρία.
- Η ερευνητική καταγραφή του προβλήματος μέσα από ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο θα απευθύνεται σε υπογόνιμα άτομα

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Με βάση τα επιστημονικά δεδομένα που παρουσιάσθηκαν στο Γενικό Μέρος, οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας κινήθηκαν σε τρεις άξονες:

1^{ος} άξονας: Τα υπογόγιμα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα βιο-ψυχο-κοινωνικά προβλήματα άγνωστα στην κοινότητα.

2^{ος} άξονας: Η συμβουλευτική είναι η βασική θεραπευτική μεθοδολογία υποστήριξης τους.

Αντίστοιχα οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης ήταν:

- 1^{ος} άξονας:**
- Τα υπογόγιμα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα.
 - Τα υπογόγιμα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα κοινωνικά προβλήματα.
 - Τα υπογόγιμα άτομα βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, λόγω ελλειπούς ενημέρωσης της κοινότητας.
 - Η ένταση του ψυχο-κοινωνικού πόνου είναι μεγαλύτερη στις υπογόγιμες γυναίκες.

- 2^{ος} άξονας:**
- Τα μέτρα – υποκατάστατα της υπογονιμότητας που το κάθε άτομο επιλέγει, δεν μειώνουν τα αποτελέσματα της υπογονιμότητας.
 - Η υπογονιμότητα δημιουργεί ενοχές στα άτομα που την βιώνουν.
 - Υπάρχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς επαγγελματίες υγείας.

Με βάση τις παραπάνω υποθέσεις, συντάχθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο και παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας και η ερευνητική ομάδα απευθύνθηκε σε διεγνωσμένα υπογόγιμα άτομα σε όλη την Ελλάδα, όπως παρουσιάζεται στις επόμενες παραγράφους αναλυτικά.

3. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας, με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με βάση κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός - Εργαλεία

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο, με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή το οποίο και απευθυνόταν σε υπογόνιμα άτομα άνδρες και γυναίκες. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 32 ερωτήσεις εναλλακτικών απαντήσεων, όλες κλειστού τύπου, εκ των οποίων 12 ερωτήσεις ήταν αυτές των δημογραφικών στοιχείων. Οι 12 ερωτήσεις μετρήθηκαν κυρίως με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert, όπου η διαβάθμισή της αποτελείται από πέντε σημεία (1 έως 5) που αντιπροσωπεύουν θέσεις από το ένα άκρο (θετικό) μέχρι το άλλο (αρνητικό) και οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι πολλαπλών επιλογών. Οι τακτικές κλίμακες επιτρέπουν να προσδιορίσουμε τις "κατώτερες" ή "ανώτερες" θέσεις: π.χ. πολύ κακή - κακή - μέτρια - καλή - πολύ καλή³⁸.

Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν, διότι πάρθηκαν σε συγκεκριμένο χώρο (διανομή ερωτηματολογίου μέσα στο χώρο συλλόγου υπογόνιμων ζευγαριών) και το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επιτόπου (in situ). Έτσι οι ερευνητικές ενέργειες, εξασφάλισαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνάς μας.

Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι 12 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων (με κωδικούς 1 έως 12), με στόχο την πιθανή σύγκριση υποομάδων του δείγματος σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις

που ήταν και οι εξαρτημένες μεταβλητές.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Μάιο έως και τον Ιούλιο του 2005, στις πόλεις Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα, στην Ελλάδα.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου (διεγνωσμένη υπογονιμότητα)
 - Η ηλικία (αναπαραγωγική)
- και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
 - όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με κάποιας μορφής υπογονιμότητα

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν (60 συνολικά).

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας, με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό, πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρόνιο Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, κ.λ.π. των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Συγκεκριμένα, η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητες του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση⁴⁰.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους, ήταν το SPSS 11.00 για Windows XP.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής, ήταν μικρότερη του 5. Η συγκεκριμένη δοκιμασία χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι η καταλληλότερη για επεξεργασία δεδομένων από ερωτηματολόγια και σχετικά μικρά δείγματα.

Στο τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμούς ελευθερίας και την 2) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν, το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο, οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05^{41}$.

Με βάση τα παραπάνω, έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

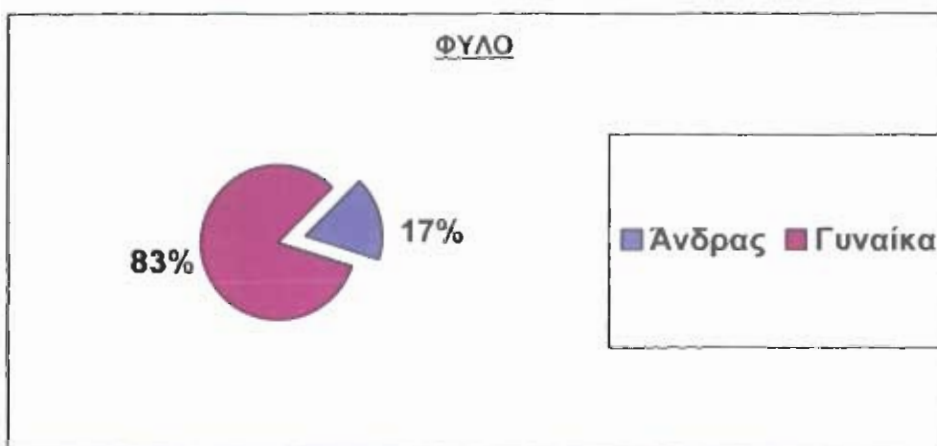
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

Α. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

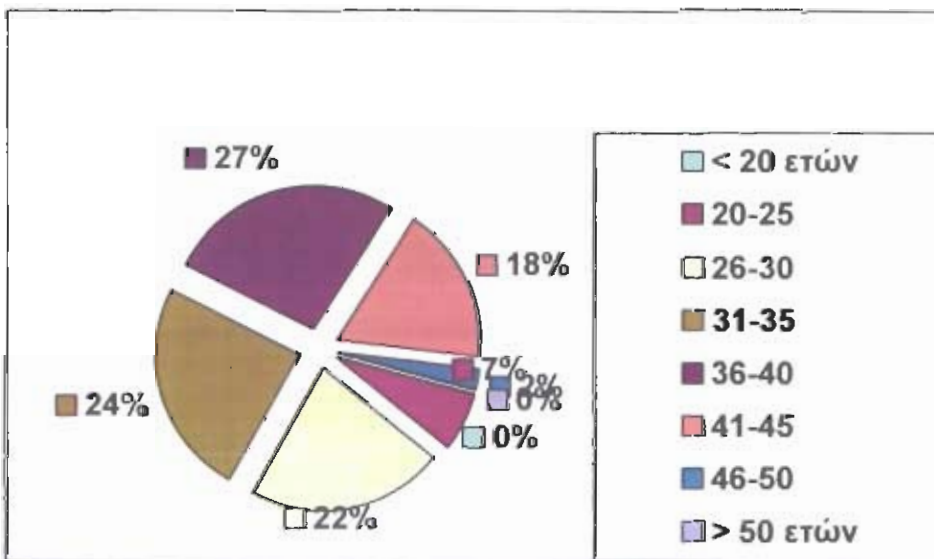
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	10	17
Γυναίκα	50	83
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες (83 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους.

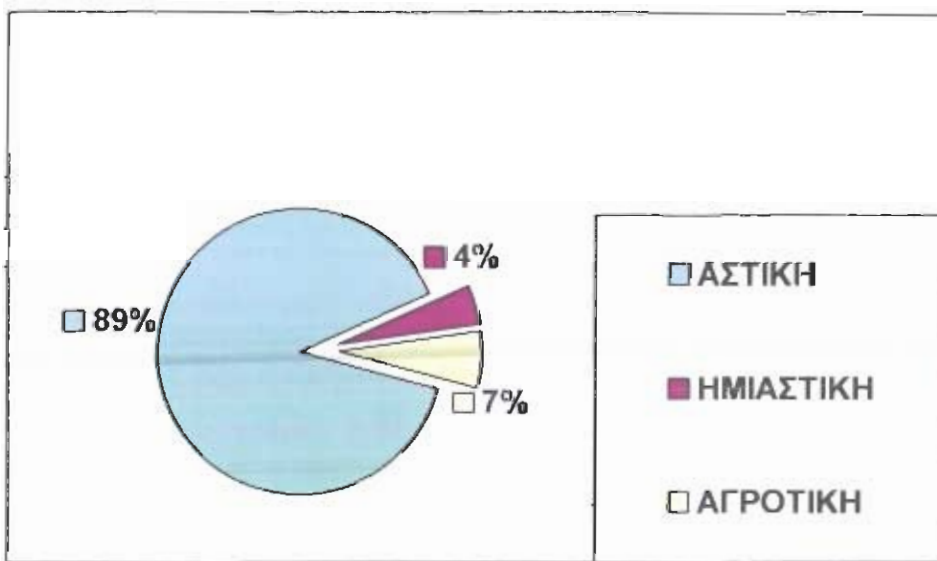
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 20 ΕΤΩΝ	0	0
20 – 25 ΕΤΩΝ	4	7
26 – 30 ΕΤΩΝ	13	22
31 – 35 ΕΤΩΝ	14	24
36 – 40 ΕΤΩΝ	16	27
41 – 45 ΕΤΩΝ	11	18
46 – 50 ΕΤΩΝ	1	2
> 50 ΕΤΩΝ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 31-40 ετών (51 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο κατοικίας τους.

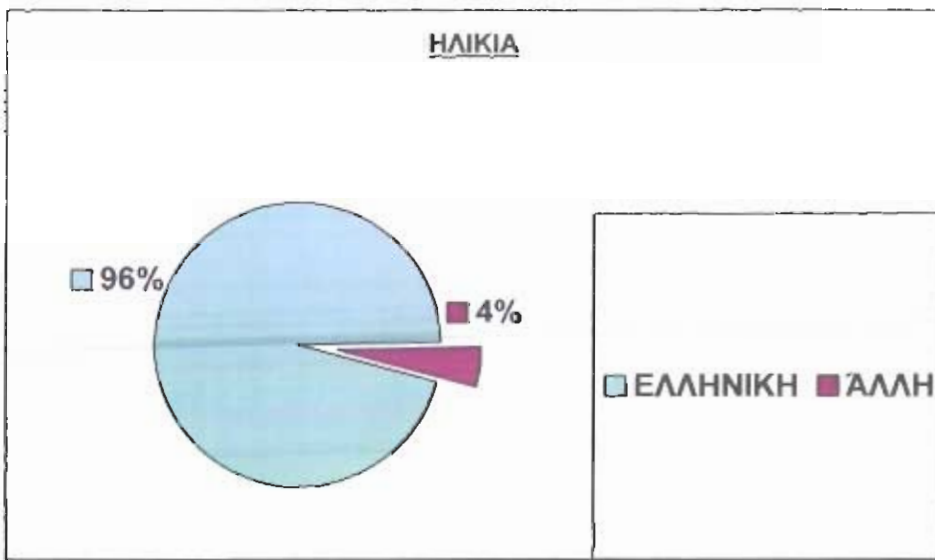
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αστική	53	89
Ημιαστική	2	4
Αγροτική	4	7
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι αστικών κέντρων (89 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την εθνικότητα τους.

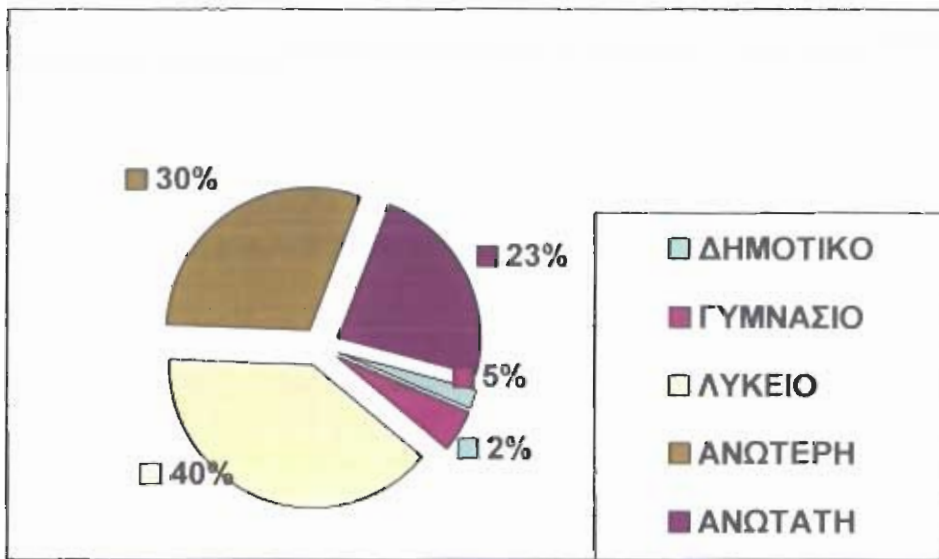
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ελληνική	58	96
Άλλη	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ελληνικής καταγωγής (96 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

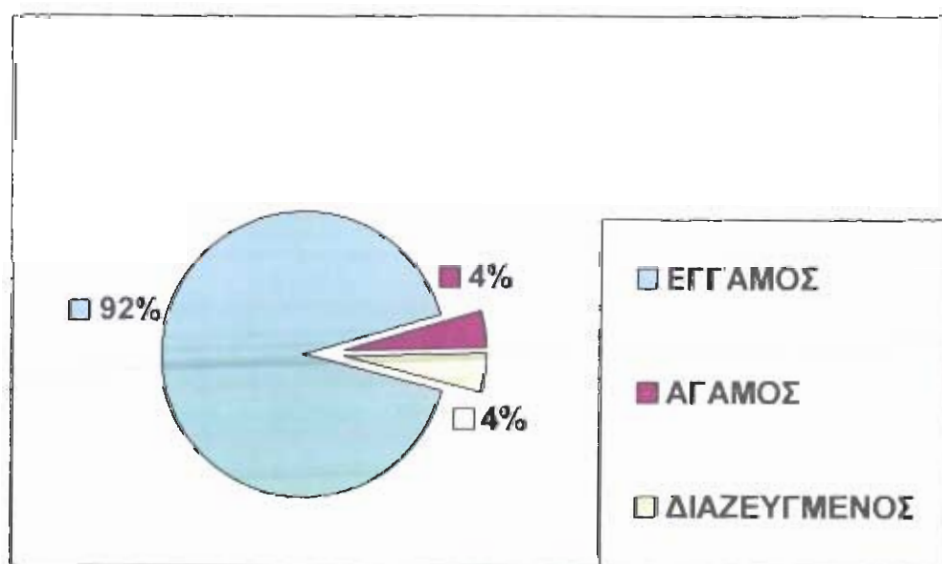
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αναλφάβητος	0	0
Δημοτικό	1	2
Γυμνάσιο	3	5
Λύκειο	24	40
Ανώτερη	18	30
Ανώτατη	14	23
Μεταπτυχιακός Τίτλος	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι τουλάχιστον Λυκείου (93 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

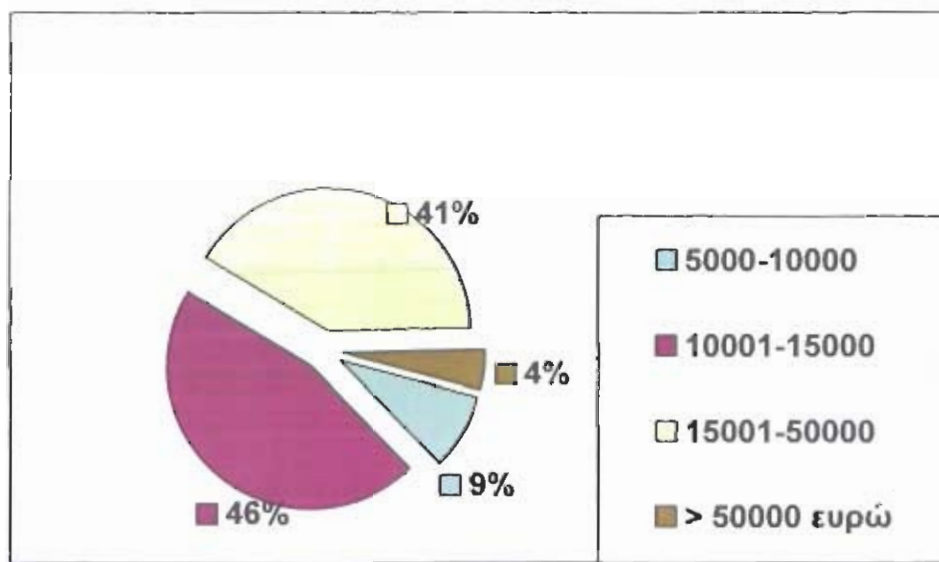
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έγγαμος/η	55	91
Άγαμος/η	3	5
Διαζευγμένος/η	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι (92 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
5.001 – 10.000 Ευρώ	5	9
10.001 – 15.000 Ευρώ	28	46
15.001 – 50.000 Ευρώ	25	41
> 50.000 Ευρώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν καλής ή αρκετά καλής οικονομικής κατάστασης (87 %).

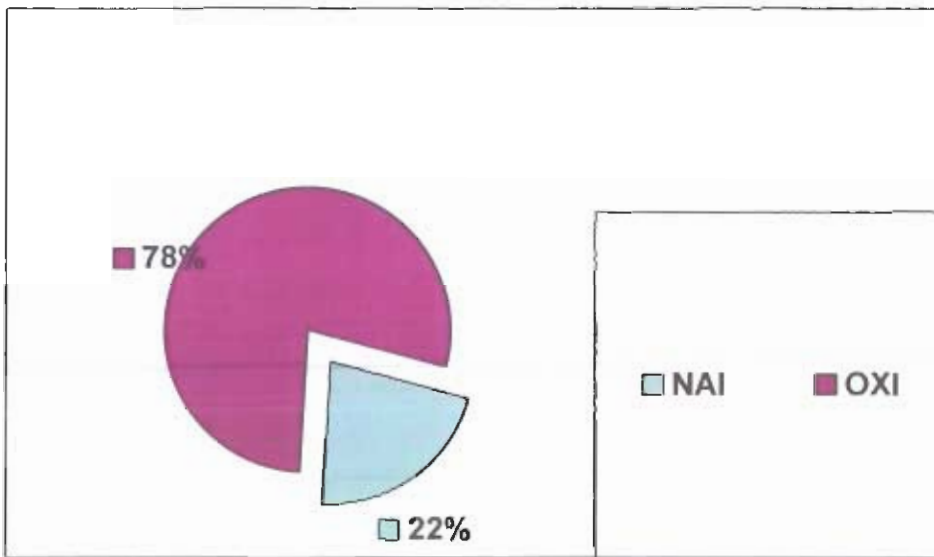
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Υπάλληλος Γραφείου	24	39
Εργάτης	2	4
Αγρότης	1	2
Άνεργος	2	4
Οικιακά	4	7
Πωλητής	11	17
Επαγγελματίας Υγείας	2	4
Νομικός	1	2
Εκπαιδευτικός	10	17
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν υπάλληλοι γραφείου (39 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν αποκτήσει δικό τους παιδί στο παρελθόν.

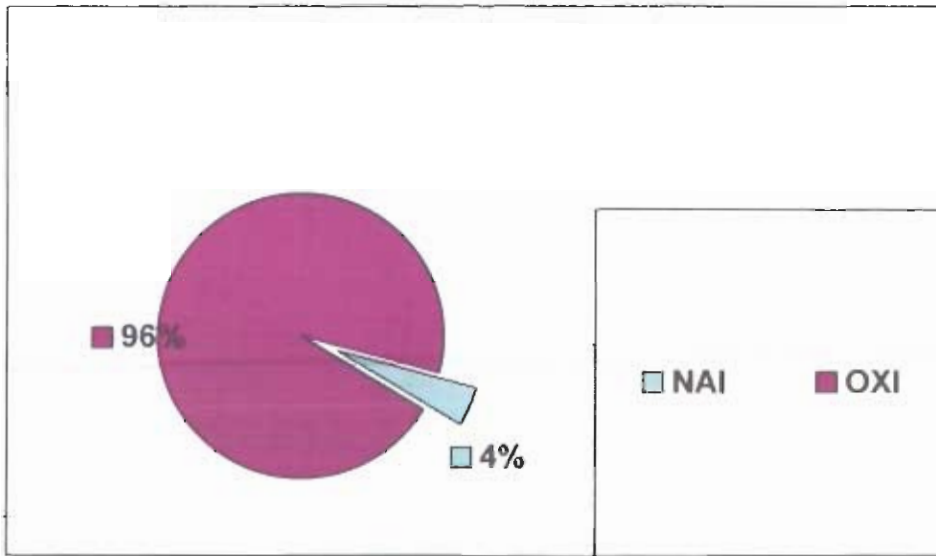
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	13	22
Όχι	47	78
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν αποκτήσει δικό τους παιδί στο παρελθόν (78 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν υιοθετήσει δικό τους παιδί.

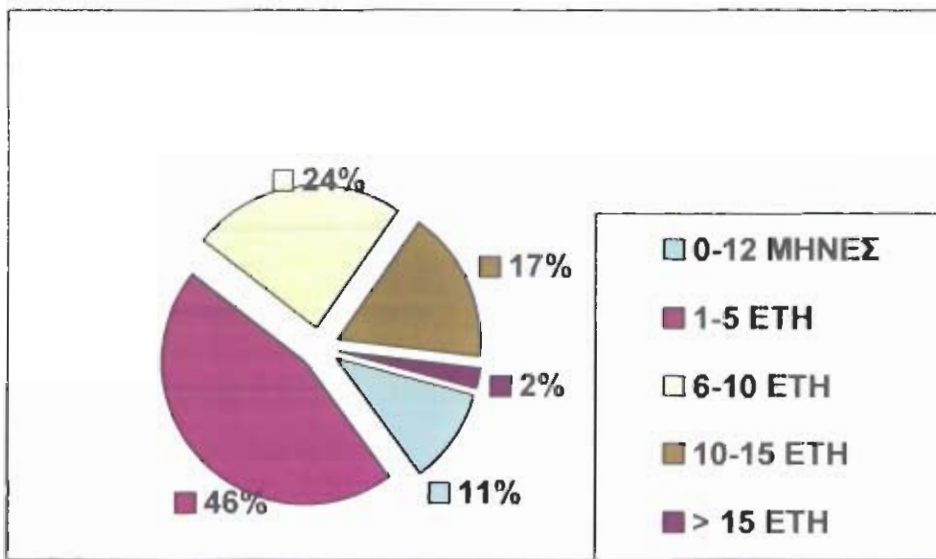
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	2	4
ΟΧΙ	58	96
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν υιοθετήσει δικό τους παιδί (96 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσος χρόνος έχει περάσει από την διάγνωση της υπογονιμότητας.

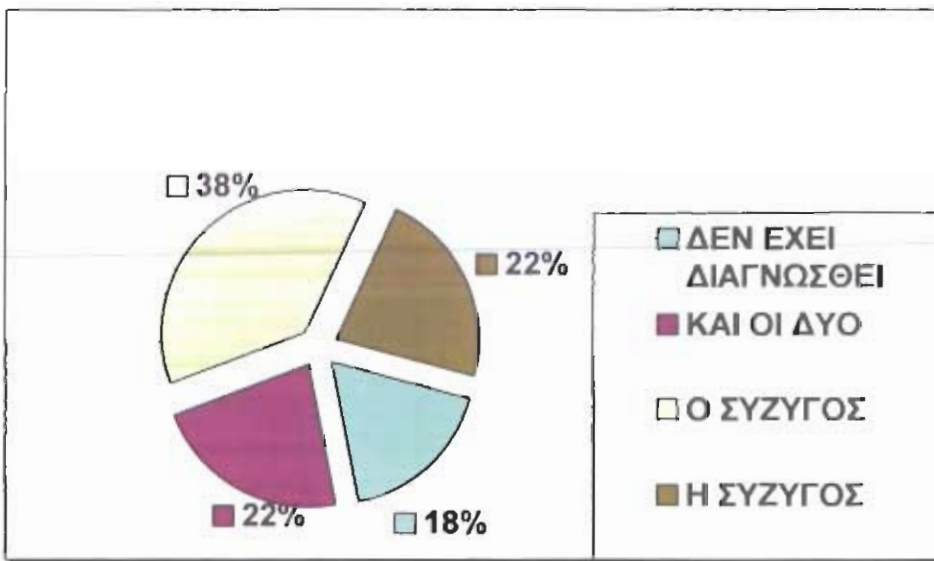
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0 -12 μήνες	7	11
1-5 έτη	28	46
6 -10 έτη	14	24
10-15 έτη	10	17
> 15 έτη	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι έχει περάσει 1 έως 5 έτη από την διάγνωση της υπογονιμότητας (57 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την κύρια αιτία υπογονιμότητας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δεν έχει διαγνωσθεί	11	18
Και οι δύο	13	22
Ο σύζυγος	23	38
Η σύζυγος	13	22
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

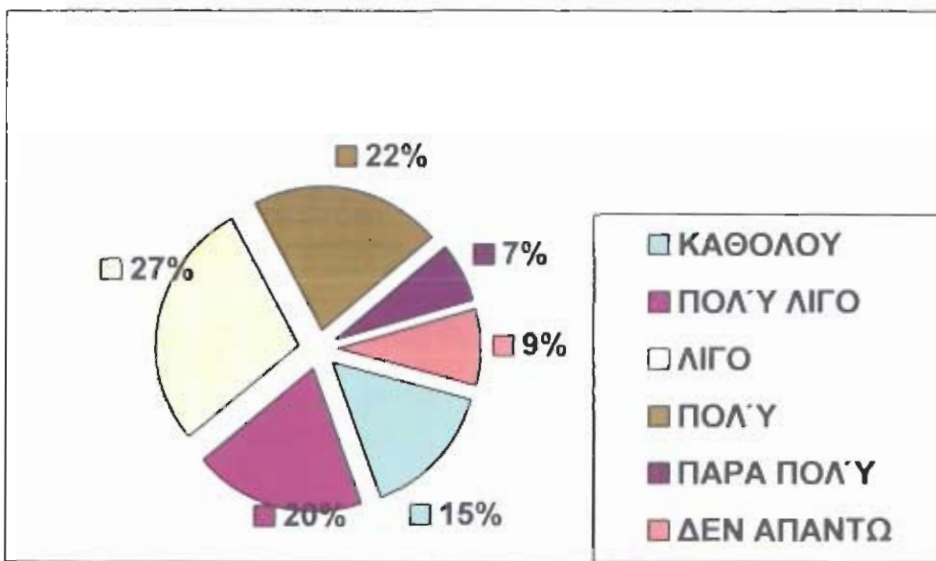


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο σύζυγος ήταν η αιτία της υπογονιμότητας (38 %).

Β. Απαντήσεις πάνω στο θέμα της έρευνας**Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων**

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	7	15
Πολύ λίγο	9	20
Λίγο	13	28
Πολύ	10	22
Πάρα πολύ	3	7
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	4	9
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα λίγο ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή

υποβοηθούμενη (28 %).

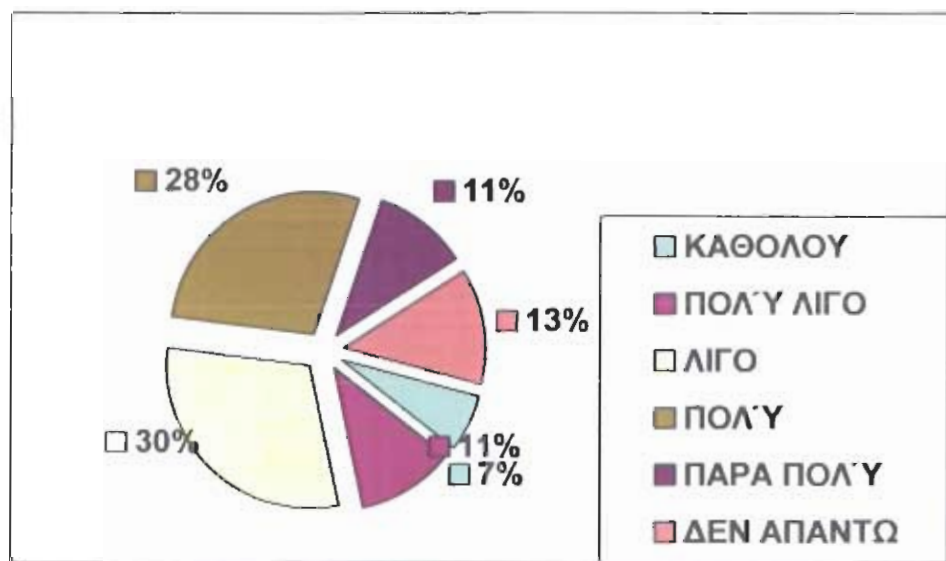
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψή τους για τα άτεκνα ζευγάρια:

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ)	20	43
Έχουν καλύτερη σχέση με τον/την σύζυγό τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	3	7
Έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	12	26
Έχουν περισσότερα χρήματα από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	1	2
Έχουν λιγότερη σωματική κόυραση από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	2	4
Έχουν περισσότερες επαγγελματικές ευκαιρίες / δυνατότητες.	3	7
Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	5	11
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν κυρίως ότι τα άτεκνα ζευγάρια έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ) (43 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται πως το γεγονός ότι δεν έχουν παιδί/α τους έχει καταβάλλει ψυχολογικά.

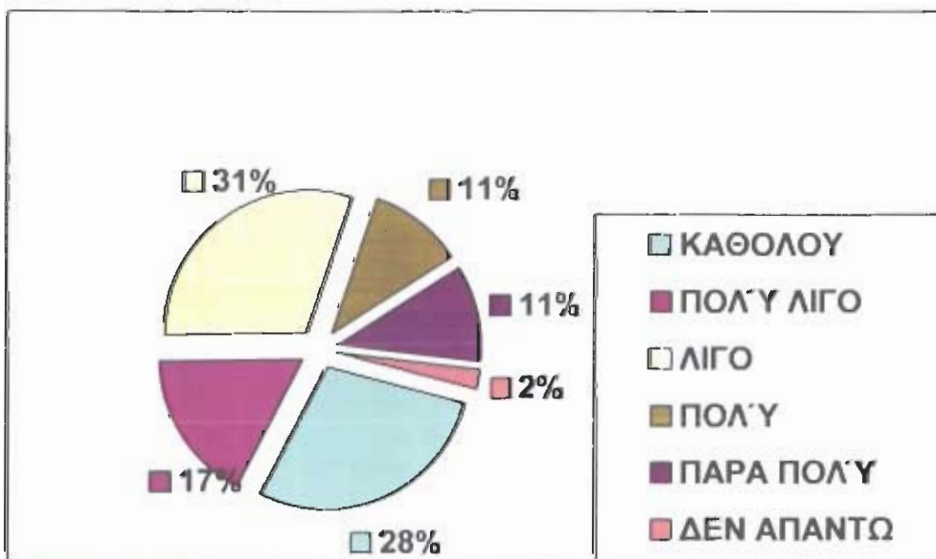
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	3	7
Πολύ λίγο	5	11
Λίγο	14	30
Πολύ	13	28
Πάρα πολύ	5	11
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	13
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται πως το γεγονός ότι δεν έχουν παιδί/α τους έχει καταβάλλει ψυχολογικά λίγο (30 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους.

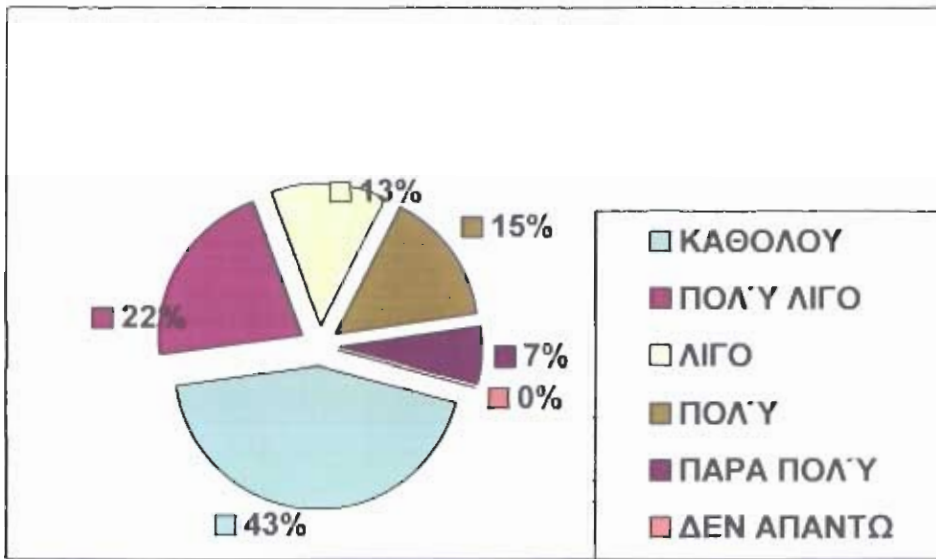
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	13	28
Πολύ λίγο	8	17
Λίγο	14	30
Πολύ	5	11
Πάρα πολύ	5	11
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους (75 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις τους.

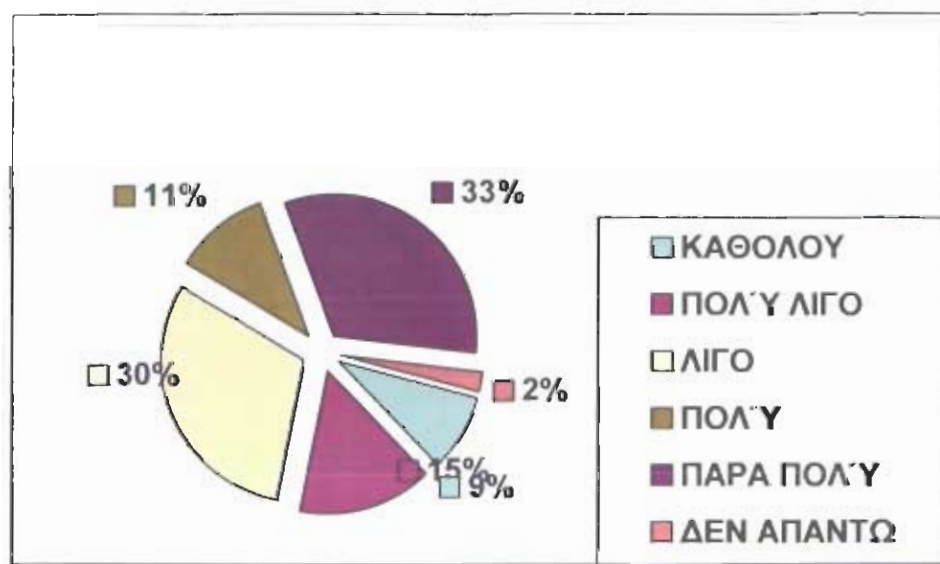
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	20	44
Πολύ λίγο	10	22
Λίγο	6	13
Πολύ	7	15
Πάρα πολύ	3	7
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις τους (66%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο ένοχοι αισθάνονται για την υπογονιμότητα του ζευγαριού.

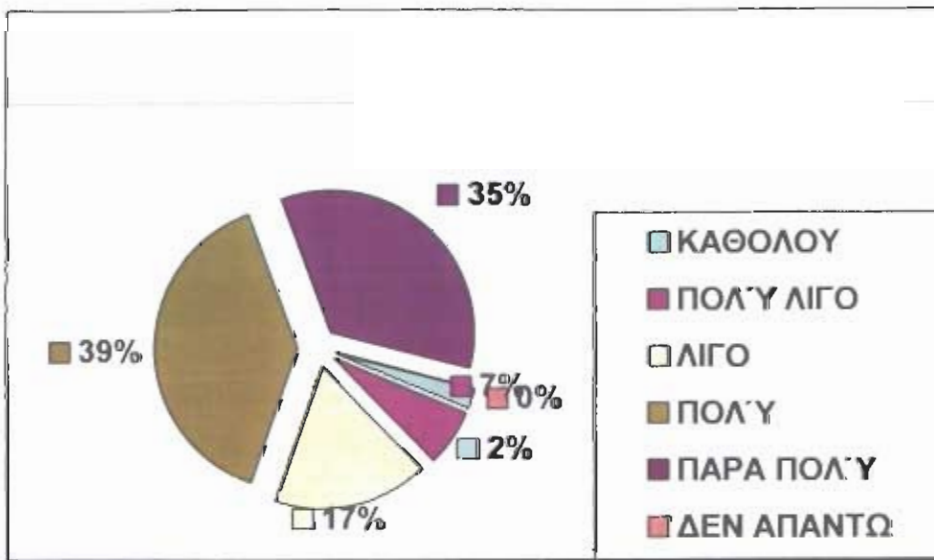
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	4	9
Πολύ λίγο	7	15
Λίγο	14	30
Πολύ	5	11
Πάρα πολύ	15	33
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντήσαν αισθάνονται πάρα πολύ ή πολύ ένοχοι για την υπογονιμότητα του ζευγαριού (44%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα βιώνεται πιο έντονα από τη γυναίκα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	1	2
Πολύ λίγο	3	7
Λίγο	8	17
Πολύ	18	39
Πάρα πολύ	16	35
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα βιώνεται πολύ πιο έντονα από τη γυναίκα (74 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα συναισθήματα που τους προκαλεί η υπογονιμότητα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ντροπή	0	0
Λύπη	2	4
Θυμό	9	20
Ανασφάλεια	4	9
Απελπισία	2	2
Κατάθλιψη	7	15
Άγχος	14	30
Μοναξιά	2	4
Ζήλεια	0	0
Απόρριψη	0	0
Αποτυχία	0	0
Φόβο	3	7
Άλλο.....	1	2
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα του προκαλεί κυρίως άγχος (30 %), θυμό (20%) και κατάθλιψη (15%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τρόπους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.

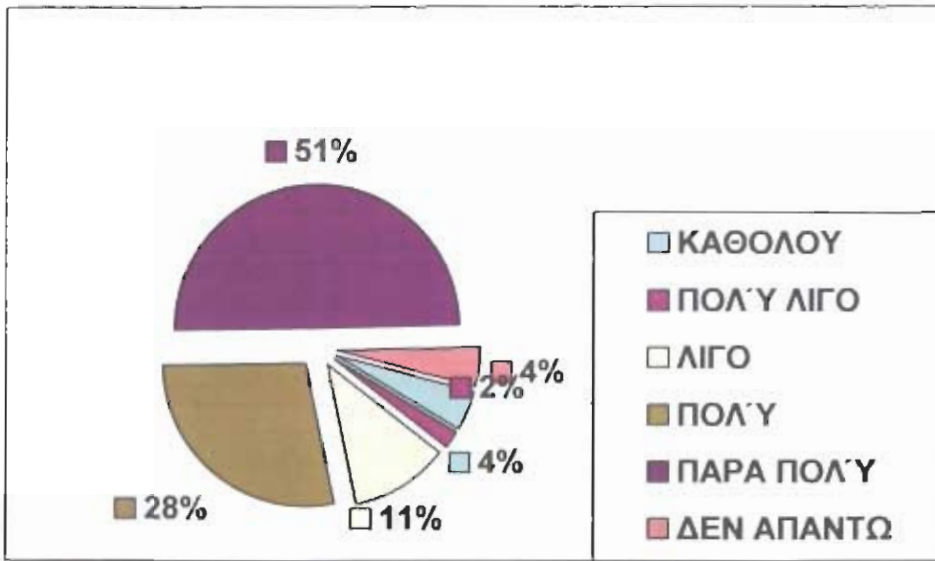
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ζητάω από τον Θεό να με βοηθήσει	10	22
Προσπαθώ να μην σκέφτομαι το πρόβλημα	3	7
Προσπαθώ να αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας	0	0
Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες	9	20
Αρνούμαι να το παραδεχτώ	0	0
Αποδέχομαι το πρόβλημα αν αυτό είναι αναπόφευκτο	2	4
Αναλύω την κατάσταση για να την καταλάβω καλύτερα	5	11
Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα	4	9
Αντιμετωπίζω το πρόβλημα κατά μέτωπο	10	22
Καπνίζω ή παίρνω φάρμακα για να ηρεμήσω το άγχος μου	0	0
Κρατάω για μένα τα συναισθήματά μου	2	4
Στρέφομαι προς άλλες δραστηριότητες για	1	2

να διασκεδάσω		
Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων	0	0
Αστειεύομαι με την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι	0	0
Απομακρύνομαι από τους άλλους	0	0
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα κατά μέτωπο (22%), ενώ ζητούν από τον Θεό βοήθεια (22%) και συμβουλές από επαγγελματίες (20%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν πως η συνεργασία με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν βοηθητική για την ψυχολογική τους κατάσταση.

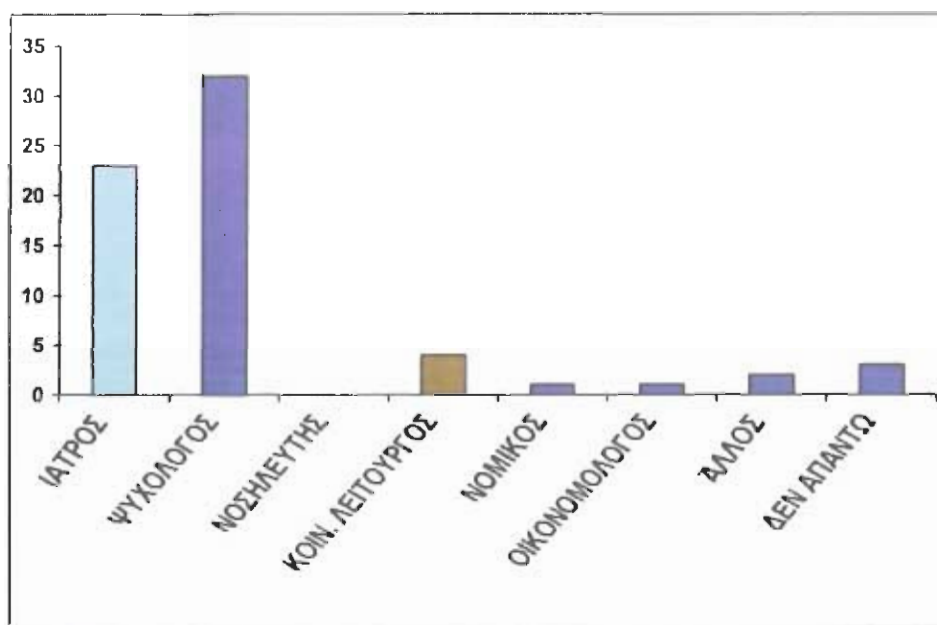
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	2	4
Πολύ λίγο	1	2
Λίγο	5	11
Πολύ	13	28
Πάρα πολύ	23	51
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν πως η συνεργασία με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν πολύ ή πάρα πολύ βοηθητική για την ψυχολογική τους κατάσταση (79%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ειδικού που θεωρού ότι μπορεί να τους βοηθήσει.

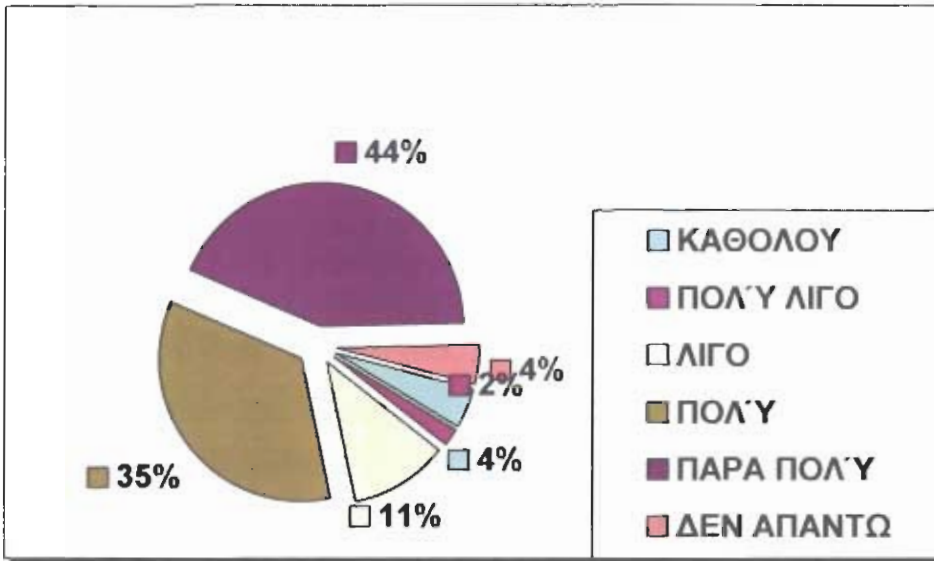
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ιατρός	23	50
Ψυχολόγος	32	70
Νοσηλεύτης	0	0
Κοινωνικός Λειτουργός	4	9
Νομικός	1	2
Οικονομολόγος	1	2
Άλλος	2	4
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	7



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν ανάγκη Ψυχολόγου για βοήθεια (70%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν πως ο/η σύντροφός τους κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο οι ίδιοι.

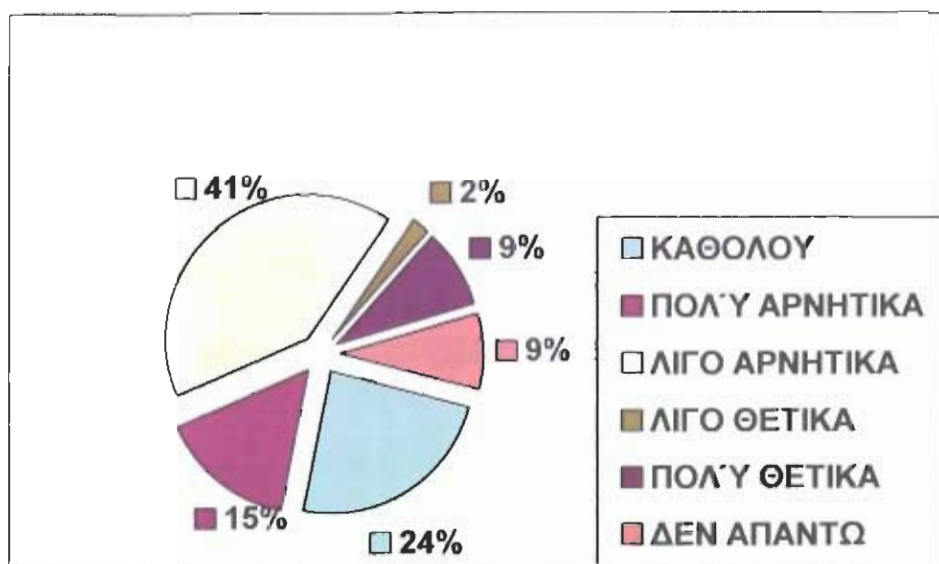
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	2	4
Πολύ λίγο	1	2
Λίγο	5	11
Πολύ	16	35
Πάρα πολύ	20	44
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν έντονα πως ο/η σύντροφός τους κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο οι ίδιοι (44%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	11	24
Πολύ αρνητικά	7	15
Λίγο αρνητικά	19	41
Λίγο θετικά	1	2
Πολύ θετικά	4	9
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	4	9
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

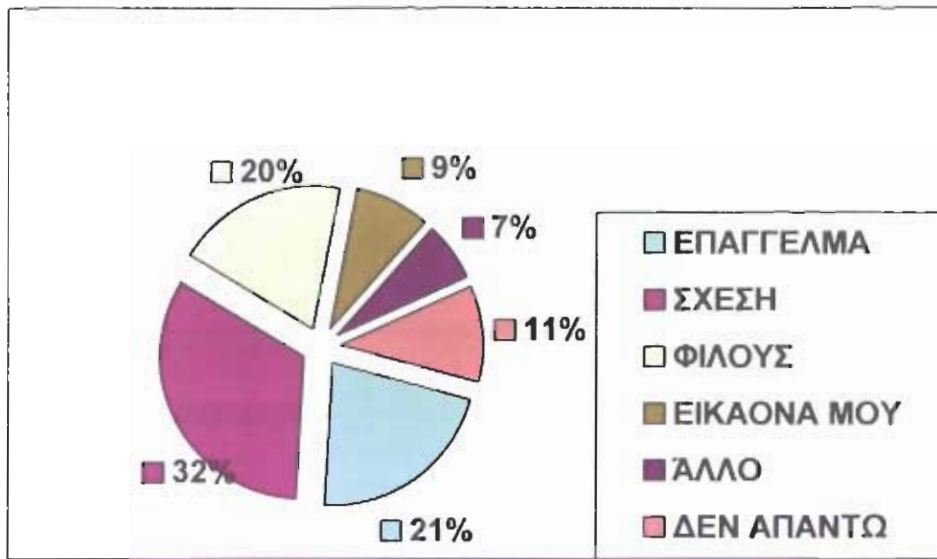


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό τους αρνητικά (55%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πως έχουν προσπαθήσει να αναπληρώσουν την έλλειψη παιδιών από τη ζωή τους .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Επένδυσα περισσότερο στο επάγγελμά μου	10	21
Επένδυσα περισσότερο στη σχέση μου, με τον/την σύζυγό μου	15	32
Επένδυσα περισσότερο σε φίλους	9	20
Ασχολήθηκα περισσότερο με την εικόνα του εαυτού μου	4	9

Άλλο	3	7
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	5	11
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

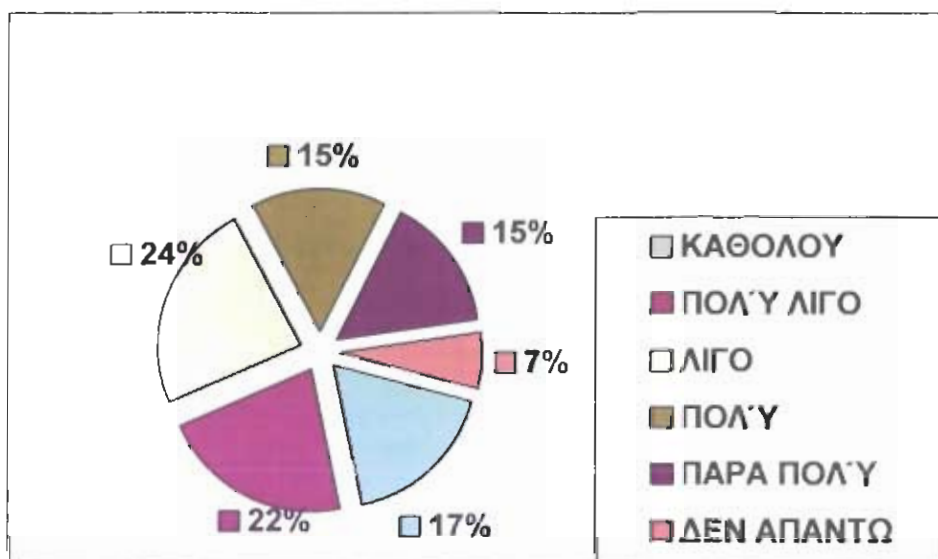


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν προσπαθήσει να αναπληρώσουν την έλλειψη παιδιών από τη ζωή τους επενδύοντας περισσότερο στη σχέση τους με τον/την σύζυγό τους (32%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στενό συγγενικό τους περιβάλλον, αναφέρει συχνά – εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	8	17
Πολύ λίγο	10	22
Λίγο	11	24
Πολύ	7	15

Πάρα πολύ	7	15
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	7
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

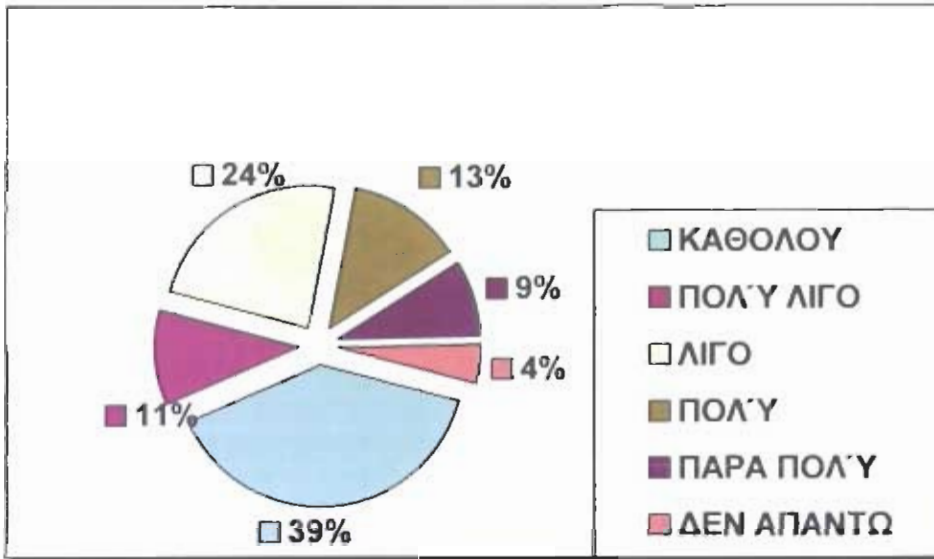


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι στενό συγγενικό τους περιβάλλον, δεν αναφέρει συχνά ή δεν εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού (46%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν πως το ότι δεν έχουν παιδί, έχει περιορίσει τις κοινωνικές τους επαφές – συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	18	39
Πολύ λίγο	5	11
Λίγο	11	24
Πολύ	6	13

Πάρα πολύ	4	9
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πως το ότι δεν έχουν παιδιά, δεν έχει περιορίσει τις κοινωνικές τους επαφές – συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά (39 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς πιστεύουν πως τους βλέπουν οι γύρω τους.

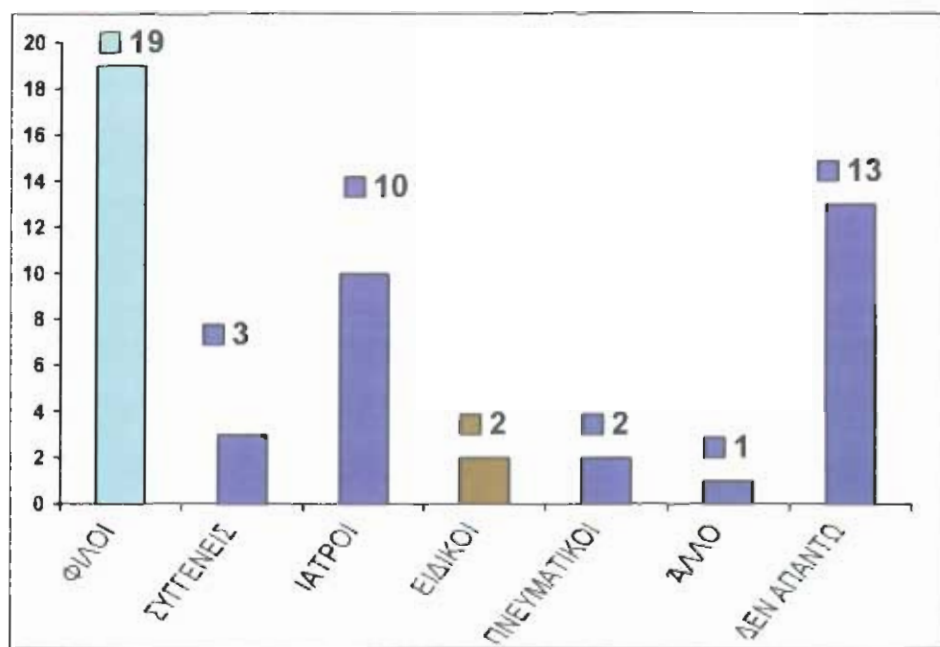
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να βιώσει ευτυχισμένες στιγμές	3	7
Σαν ένα φυσιολογικό ζευγάρι	14	30
Σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια	15	33
Σαν ένα ζευγάρι με βιολογικές μειονεξίες	0	0

Σαν ένα ζευγάρι που μισεί τα παιδιά	1	2
Σαν ένα ζευγάρι που δεν κατανοεί αυτούς που έχουν παιδιά	2	4
Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να φερθεί σωστά σε παιδιά	2	4
Άλλο.....	1	2
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	8	17
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι γύρω τους τους βλέπουν σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια (33%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιόν συζητούν για την υπογονιμότητά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Φίλους	19	41
Συγγενείς	3	7
Συναδέλφους	0	0
Ιατρούς	10	22
Ειδικούς επιστήμονες (ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς)	2	4
Εξομολόγους / πνευματικούς	2	4
Άλλο.....	1	2
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	13
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συζητούν για την υπογονιμότητά τους κυρίως με φίλο (41%).

II. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην συνέχεια παρουσιάζονται (ενδεικτικά) τα αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων (με την βοήθεια του στατιστικού τεστ χ^2) μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά τους στατιστικά (ανεξάρτητες μεταβλητές), σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την αυτοεκτίμησή τους και το φύλο (ερωτήσεις 16 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	3	10	13
Πολύ λίγο	1	7	8
Λίγο	4	10	14
Πολύ	1	4	5

Πάρα πολύ	1	4	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
1.09	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν έχουν καταβληθεί ψυχολογικά και το φύλο (ερωτήσεις 15 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	0	3	3
Πολύ λίγο	1	2	5
Λίγο	4	10	14
Πολύ	3	10	13
Πάρα πολύ	1	4	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	5	6
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
1.49	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν ο σύντροφός τους κατανοεί το ίδιο το πρόβλημά τους και το φύλο (ερωτήσεις 24 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	0	2	2
Πολύ λίγο	0	1	1
Λίγο	1	4	5
Πολύ	3	13	16
Πάρα πολύ	6	14	20
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.28	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν το πρόβλημα βιώνεται πιο έντονα από τη γυναίκα και το φύλο (ερωτήσεις 19 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	0	1	1
Πολύ λίγο	0	3	3
Λίγο	2	6	8
Πολύ	6	12	18
Πάρα πολύ	2	14	16
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
3.39	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

Με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των υποομάδων των ερωτηθέντων, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπογόνιμων ατόμων με διαφορετική ηλικία, τόπο διαμονής, οικονομική κατάσταση, μόρφωση και το επάγγελμα, σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (γεγονός που ενδέχεται να έχει και σχέση με το μέγεθος του δείγματος).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του δείγματος στην παρούσα έρευνα, μπορούμε να συνοψίσουμε ότι : οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες, ηλικίας 31-40 ετών, κάτοικοι αστικών κέντρων, ελληνικής καταγωγής, απόφοιτοι τουλάχιστον Λυκείου, έγγαμοι, καλής ή αρκετά καλής οικονομικής κατάστασης και κυρίως υπάλληλοι γραφείου. Επίσης οι περισσότεροι ερωτηθέντες, δεν είχαν αποκτήσει ή υιοθετήσει δικό τους παιδί στο παρελθόν.

Όσον αφορά την υπογονιμότητα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι έχει περάσει 1 έως 5 έτη από την διάγνωση της υπογονιμότητας, ενώ ο σύζυγος ήταν η κύρια αιτία της υπογονιμότητας.

Με βάση τα παραπάνω, το δείγμα παρουσιάζει ιδιαίτερη ομοιογένεια ως προς τα βιο-κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστά, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας όσον αφορά κυρίως το μέσο υπογόνιμο άτομο στην σημερινή Ελληνική κοινωνία που αντιπροσωπεύει και την πλειοψηφία του υπογόνιμου πληθυσμού.

Πριν περάσουμε στην ανάλυση των απαντήσεων των ερωτώμενων, πρέπει να τονισθεί η δυσκολία με την οποία πείθονταν τα υπογόνιμα άτομα να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα αλλά και η προσπάθειά τους να καλύψουν το ψυχο-κοινωνικό άλγος πίσω από το βιολογικό φορτίο των υπο εξέλιξη τεχνικών υποβοηθούμενης τεκνοποίησης. Παρόλα αυτά, ένας ικανός στατιστικά για την παρούσα μελέτη αριθμός ατόμων, ανταποκρίθηκαν με ειλικρίνεια και απόλυτη συμφωνία προς τους στόχους της παρούσας μελέτης, όπως διαπιστώνεται από την εικόνα των ερωτηματολογίων.

Πιο ειδικά τώρα και σε σχέση με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε, διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα μόνο λίγο ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη, γεγονός που βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την μειονεκτική σε γενικές γραμμές, τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική τους κατάσταση.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα λίγο ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη (28 %). Επίσης οι περισσότεροι, θεωρούν κυρίως ότι τα άτεκνα ζευγάρια έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση,

ταξίδια κλπ) (43 %).

Οι περισσότεροι αισθάνονται πως το γεγονός ότι δεν έχουν παιδί/α τους έχει καταβάλλει ψυχολογικά λίγο (30 %).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους (75%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις τους (66%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντησαν αισθάνονται πάρα πολύ ένοχοι για την υπογονιμότητα του ζευγαριού (44%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα βιώνεται πολύ πιο έντονα από τη γυναίκα (74%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα του προκαλεί κυρίως άγχος (30%), θυμό (20%) και κατάθλιψη (15%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα κατά μέτωπο (22%), ενώ ζητούν από τον Θεό βοήθεια (22%) και συμβουλές από επαγγελματίες (20%).

Επίσης οι περισσότεροι πιστεύουν πως η συνεργασία με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν πάρα πολύ βοηθητική για την ψυχολογική τους κατάσταση (79%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν ανάγκη Ψυχολόγου για βοήθεια (70%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν έντονα πως ο/η σύντροφός τους κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο οι ίδιοι (44%).

Τα υπογόνιμα επίσης άτομα πιστεύουν ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό τους αρνητικά (55%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν προσπαθήσει να αναπληρώσουν την έλλειψη παιδιών από τη ζωή τους επενδύοντας περισσότερο στη σχέση τους με τον/την σύζυγό τους (32%).

Τα υπογόνιμα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι στενό συγγενικό τους περιβάλλον, δεν αναφέρει συχνά ή δεν εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού (46%).

Τα υπογόνιμα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη αυτή, θεωρούν πως το ότι δεν έχουν παιδί, δεν έχει περιορίσει τις κοινωνικές τους επαφές – συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά (39%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι γύρω τους τους βλέπουν σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια (33%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα συζητούν για την υπογονιμότητά τους κυρίως με φίλους (41%).

Επίσης με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των υποομάδων των ερωτηθέντων, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπογόνιμων ατόμων με διαφορετική ηλικία, τόπο διαμονής, οικονομική κατάσταση, μόρφωση και το επάγγελμα.

Πρέπει να τονισθεί ότι με βάση το γεγονός ότι δεν καταγράφηκε παρόμοια έρευνα στο παρελθόν στον Ελληνικό χώρο, δεν είναι δυνατή η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας με άλλες και ο σχολιασμός των διαφορών ή ομοιοτήτων τους.

Επιπρόσθετα πρέπει να γίνει κατανοητή και η ανάγκη επέκτασης της παρούσας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα και προς την κατεύθυνση της μείωσης του κοινωνικού στίγματος των υπογόνιμων ατόμων.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, μπορούμε να ολοκληρώσουμε την ανάλυση του φαινομένου της υπογονιμότητας, με τη διαπίστωση ότι παρόλο που η ακούσια ατεκνία υπάρχει από την αρχή της ανθρωπότητας, το κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της αναπαραγωγικής επιλογής έχει αλλάξει θεαματικά κατά τον τελευταίο αιώνα και έχει γίνει ιατρικά, κοινωνικά και ψυχολογικά, πολύ πιο περίπλοκο για τα ζευγάρια.

Ενώ η έρευνα και η κλινική εμπειρία, εξακολουθούν να δείχνουν ότι η μεγάλη πλειονότητα των άτεκνων ανδρών και γυναικών δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα, η χρήση προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας ή/και η αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου, μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα σε συγκεκριμένες περιόδους της θεραπείας.

Η ψυχολογική θεωρητική άποψη της υπογονιμότητας, έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, από ένα ψυχογενές μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υπογονιμότητα είναι αποτέλεσμα ψυχοπαθολογίας, σε ένα μοντέλο ψυχολογικής ακολουθίας, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχολογικές αντιξοότητες είναι αποτέλεσμα της υπογονιμότητας.

Η κλινική παρέμβαση συνδυάζει την κατανόηση των ιατρικών και ψυχολογικών δεδομένων της υπογονιμότητας. Η παρέμβαση βασίζεται στην προσεκτική αξιολόγηση, στη χρήση των κατάλληλων θεραπευτικών εναλλακτικών λύσεων και στην κατανόηση των περίπλοκων ζητημάτων και συνθηκών που περιλαμβάνει η πρακτική συμβουλευτική αγωγή.

Η διαδρομή του υπογόνιμου ατόμου προς την ατεκνία οριοθετεί το ατάδιο της διεργασίας του πένθους, της λήψης αποφάσεων και της μετάβασης σε μια ζωή χωρίς παιδιά. Ο πολιτισμός, η θρησκεία και η εθνότητα λειτουργούν ως χάρτες για τον θεραπευτή. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της ατεκνίας, βρίσκεται στο ότι το άτομο μπορεί να μην πάρει ποτέ την απόφαση να ζήσει χωρίς παιδιά. Η αναμονή δημιουργεί στο άτομο μια κακή εικόνα για τον εαυτό του, μια αίσθηση ανικανοποίητου, το κάνει να νιώθει ότι δεν ανήκει πουθενά και ότι οι σχέσεις του είναι επιφανειακές.

Οι απώλειες πρέπει να αναγνωρίζονται και να γίνονται αποδεκτές, για να μπορέσουν τα αρνητικά στοιχεία να γίνουν θετικά.

Ο ορισμός και η ταυτότητα του φύλου και του ρόλου του, συνδέονται άμεσα με την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Μια ζωή χωρίς παιδιά απαιτεί επαναπροσδιορισμό της ταυτότητας και των στόχων ζωής του ατόμου.

Η λήψη μιας απόφασης μπορεί να προκύψει μέσα σε μερικές ημέρες ή και μερικά χρόνια. Τα βήματα που ακολουθούνται είναι τα εξής: Το άτομο πρέπει να εντοπίσει και να ξεπεράσει τα εμπόδια που καθυστερούν τη λήψη μιας απόφασης, να ξεκαθαρίσει τις προτεραιότητες του, να δεσμευθεί και να επενδύσει στην απόφαση του.

Η πίεση που ασκεί η κοινωνία για τεκνοποίηση, παλαιότερα αλλά και σήμερα, βασίζεται στην απαίτηση για αναπαραγωγή του είδους.

Μια ζωή χωρίς παιδιά, συνεπάγεται τον επαναπροσδιορισμό σημαντικών σχέσεων και τη δέσμευση των ατόμων σε αυτές. Η επικοινωνία και η φροντίδα, είναι βασικά συστατικά για μια ουσιαστική και ικανοποιητική ζωή.

Ο όλο και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που δεν αποκτούν και δεν μεγαλώνουν παιδιά, θα βοηθήσει στη δημιουργία ενός ευρύτερου ορισμού για την ουσιαστική, δημιουργική και επιτυχημένη ζωή των γυναικών.

Η κοινωνική εργασία είναι το πιο κατάλληλο επάγγελμα για την παροχή υπηρεσιών στις ανάγκες του υπογόνιμου πληθυσμού.

Το πιο θεμελιώδες ζήτημα για την κοινωνική εργασία, είναι να καταλάβει το άτομο, το περιβάλλον του, την κοινωνία και την αλληλεπίδραση ατόμου - περιβάλλοντος.

Η κοινωνική εργασία απευθύνεται σε ολόκληρο το φαινόμενο της υπογονιμότητας, όχι μόνο όσο επηρεάζει τα υπογόνημα άτομα, αλλά και όσο επηρεάζει τα περιβάλλοντα συστήματα.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων και παρά το σχετικό μικρό δείγμα, συμπεραίνουμε τα ακόλουθα, ως προς τους αρχικούς στόχους της έρευνας, οι οποίοι παρουσιάζονται στην εισαγωγή του ειδικού μέρους:

- Η υπογονιμότητα, είναι ένα συνεχώς ανερχόμενο σε ένταση και έκταση πρόβλημα σημαντικού τμήματος των νέων ζευγαριών παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια.
- Τα υπογόνημα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.
- Η ένταση του ψυχο-κοινωνικού πόνου είναι μεγαλύτερη στις υπογόνιμες γυναίκες με ταυτόχρονη δημιουργία ενοχών.
- Υπάρχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς επαγγελματίες υγείας, ενώ το τρέχον μοντέλο υποστήριξης είναι ιατροκεντρικό με κέντρο και στόχο τις νέες τεχνικές υποβοηθούμενης τεκνοποίησης.
- Ο ρόλος των εμπλεκόμενων επαγγελματιών της υγείας, πρέπει να περιλαμβάνει τόσο την ψυχολογική υποστήριξη όσο και την παρέμβαση στην κοινότητα για την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος.

7. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα είναι ένα συνεχώς αυξανόμενο κοινωνικό πρόβλημα, αφού ο πληθυσμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται. Παρ' όλη την έκταση του φαινομένου η υπογονιμότητα δεν έχει τύχει της προσοχής της Κοινωνικής Εργασίας, αφού οι εμπλεκόμενες ειδικότητες στο πρόβλημα είναι λίγες και περιορίζονται στην ιατρική διάσταση του. Οι ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των υπογόνιμων ατόμων δεν έχουν τύχει της ανάλογης μελέτης μέσα από το ιατροκεντρικό πρίσμα μέσα από το οποίο εξετάζεται το ζήτημα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται σαν διερευνητική και ποσοτική στο σχεδιασμό της. Εξήντα άτομα (43 γυναίκες και 17 άνδρες), με ιστορικό υπογονιμότητας (με διάγνωση μέχρι 5 έτη πριν), μέσης ηλικίας 34 ετών (34 ± 5 έτη), έγγαμοι, μέσης εκπαίδευσης, χωρίς να έχουν ποτέ αποκτήσει παιδί στο παρελθόν, συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, η οποία διενεργήθηκε κυρίως στα τρία μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα) της Ελλάδος, μεταξύ Ιουνίου και Αυγούστου του 2005, απαντώντας σε 20 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο που τους διατέθηκε. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS ενώ για τις στατιστικές συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγράφοντας και ποσοτικοποιώντας την εμπειρία των υπογόνιμων ατόμων ενός πληθυσμού που δεν έχει περιγραφεί προηγούμενα με παρόμοιο τρόπο, η παρούσα έρευνα προσπαθεί να παρουσιάσει το μέσο υπογόνιμο άτομο στην Ελλάδα σήμερα. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης καταγράφονται σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα άτομα και μάλιστα οι γυναίκες (74 %). Πιο ειδικά νοιώθουν κυρίως

άγχος (35 %), θυμό (20 %) και ενοχές (73 %) ανεξάρτητα από την διάγνωση που έχει γίνει, ενώ χρησιμοποιούν μόνο έμμεσες στρατηγικές αντιμετώπισης (73 %) του προβλήματος χωρίς ειδική βοήθεια. Αναζητούν τέλος υποστήριξη από ειδικούς στο πρόβλημα επαγγελματίες υγείας (79 %), τους οποίους περιγράφουν ότι πρέπει να έχουν γνώσεις και εμπειρία στην ψυχολογία (70 %), αλλά και στην κοινωνική παρέμβαση (70 %), για την μείωση του συναισθηματικού πόνου τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υπογονιμότητα δεν είναι ένα νέο πρόβλημα. Παρ' όλα αυτά με βάση τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα αυτό ιατροκεντρικά κυρίως, η Κοινωνική Εργασία οφείλει να λάβει μέρος προς την κατεύθυνση των κοινωνικών πολιτικών, της έρευνας και της άμεσης και έμμεσης πρακτικής υποστήριξης στις ανάγκες που δημιουργούνται. Η παρούσα πιλοτική μελέτη προσπαθεί να φωτίσει τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες της μη ηθελημένης ατεκνίας, αλλά και την ανάγκη βαθύτερης και ευρύτερης μελέτης της υπογονιμότητας πέρα από την καθαρά ιατρική της πλευρά. Παραπέρα έρευνα στην ίδια κατεύθυνση θα μπορεί να αναλύσει άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά και από κοινού σαν μέλη ζεύγους και άλλες κοινωνικές υποομάδες, όπως αυτές των εκτεταμένων οικογενειών, των φίλων και των συνεργατών των υπογόνιμων ατόμων.

ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ -1-

Στις 23/9/05 είχαμε την τιμή να επισκεφτούμε τον Dr Αμπέτ Χασμάν, μαιευτήρα χειρουργό γυναικολόγο στο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης 'ΒΙΟΓΕΝΕΣΗΣ', το οποίο λειτουργεί από το 1991. Σκοπός αυτής της επίσκεψης ήταν να συλλέξουμε πληροφορίες από έναν ειδικό σε θέματα που αφορούν την εξωσωματική γονιμοποίηση. Τέθηκαν κάποια ερωτήματα στα οποία ο γιατρός μας απάντησε με μεγάλη προθυμία.

Η συνέντευξη έχει ως εξής:

Ερ: Πόσα χρόνια ασχολείστε με την εξωσωματική γονιμοποίηση;

Απ: Ασχολούμαι με την εξωσωματική γονιμοποίηση εδώ και 20 χρόνια, δηλαδή, από το 1985.

Ερ: Πότε κάνατε την πρώτη εξωσωματική γονιμοποίηση;

Απ: Η πρώτη εξωσωματική γονιμοποίηση έγινε στο ταχύρυθμο τμήμα του Αγίου Ανδρέα στην Πάτρα, το 1986, όπου γεννήθηκαν δύο δίδυμα. Σε αυτή την προσπάθεια συνεργάστηκα με τον καθηγητή βιολογίας της Αγγλίας, Simon Fishen.

Ερ: Ποια τεχνική χρησιμοποιείται και σε ποια είστε κατά;

Απ: Όταν πρωτοασχολήθηκα με την εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμοζόταν μόνο η κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση. Με το πέρασμα του χρόνου και της εξέλιξης της επιστήμης δημιουργήθηκαν και άλλες μέθοδοι, Παρ' όλα αυτά υποστηρίζω την κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση λόγω των θετικών αποτελεσμάτων της σε αντίθεση με την Gift και Zift οι οποίες φέρουν λιγότερα επιτυχή αποτελέσματα.

Ερ: Είστε υπέρ των πολλών προσπαθειών της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Απ: Είμαι σύμφωνος με το πρωτόκολλο της Αγγλίας, το οποίο επιτρέπει μέχρι πέντε φορές προσπαθειών και το εφαρμόζω και εγώ πιστά. Πέραν από τις πέντε φορές δεν νομίζω ότι υπάρχει λόγος να αναλάβω κάποιο ζευγάρι.

Ερ: Είστε υπέρ της κατάψυξης των ωαρίων και των

σπερματοζωαρίων;

Απ: Γιατί όχι;

Ερ: Λόγω των νομικών, ηθικών και θρησκευτικών προβλημάτων που προκύπτουν.

Απ: Είμαι υπέρ οποιασδήποτε τεχνικής μπορεί να φέρει ευτυχία στο ζευγάρι, αρκεί να είναι πλήρης ενημερωμένοι γι' αυτό που θα κάνουν. Όσον αφορά την Εκκλησία, ποτέ δεν συμβάδιζαν οι απόψεις της με την επιστήμη. Η επιστήμη εξελίσσεται...

Ερ: Γνωρίζετε το ποσοστό υπογονιμότητας που υπάρχει στη χώρα μας;

Απ: Η αλήθεια είναι πως υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό, γύρω στα 400-500.000 ζευγάρια που αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα.

Ερ: Ισχύει, πως μετά από πολλές προσπάθειες υπάρχει περίπτωση να δημιουργηθεί καρκίνος;

Απ: Έχουν γίνει κάποιες έρευνες σε σχέση μ' αυτό αλλά ακόμα δεν έχει αποδειχθεί τίποτα. Πριν αρχίσει η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να γίνει απαραίτητα μαστογραφία και έλεγχος καρκινικών δεικτών πριν την πρόκληση ωορρηξίας για προληπτικούς λόγους. Θέλω να τονίσω πως σε περίπτωση αρνητικών αποτελεσμάτων των παραπάνω εξετάσεων, δεν μπορεί να προβεί στη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Ερ: Το κόστος για μια τέτοια διαδικασία είναι μεγάλο. Γνωρίζουμε πως στο εξωτερικό τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος των εξόδων της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Στην χώρα μας δεν συμβαίνει αυτό. Θέλετε να μας πείτε την άποψή σας σε σχέση μ' αυτό;

Απ: Αυτό ισχύει. Η εξωσωματική γονιμοποίηση εκτός από το ψυχολογικό κόστος, έχει και μεγάλο οικονομικό κόστος. Με την ιδιότητά μου ως αντιδήμαρχος της Πάτρας, έχω απευθυνθεί στους αρμόδιους ώστε τα έξοδα της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, γιατί πιστεύω πως η υγεία πρέπει να διατίθεται δωρεάν σε κάθε χώρα.

Ερ: Ποια είναι η συνήθης συμπεριφορά των ζευγαριών όταν σας επισκέπτονται για πρώτη φορά στο ιατρείο σας;

Απ: Συνήθως είναι νευρικοί και δύσπιστοι πριν μπουν στην διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Πάντα τους συμβουλεύω πριν μπουν σ' αυτή τη διαδικασία να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης για να είναι έτοιμοι για κάθε ενδεχόμενο.

Ερ: Ποιες ηλικίες ζευγαριών απευθύνονται συνήθως σε σας;

Απ: Το φάσμα είναι μεγάλο. Οι ηλικίες κυμαίνονται από 20-50

χρονών. Παρ' όλα αυτά αναλαμβάνω γυναίκες μέχρι 45 ετών.

Ερ: Σας έχει κάνει κάποια περίπτωση ζευγαριού ιδιαίτερη εντύπωση σε όλα αυτά τα χρόνια που ασχολείστε με την εξωσωματική γονιμοποίηση;

Απ: Ενώ υπάρχουν ζευγάρια τα οποία προσπαθούσαν για αρκετά χρόνια να αποκτήσουν ένα παιδί μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης και στο τέλος φθάνανε στο ποθητό αποτέλεσμα. Μετά από κάποια χρόνια αποκτούσαν παιδί με τον φυσιολογικό τρόπο.

Ο Dr Αμπέτ Χασμάν ήταν πολύ ευγενικός και συνεργάσιμος. Από όσο συζητήσαμε και παρατηρήσαμε στο ιατρείο του καταλάβαμε ότι είναι ένας επιστήμονας με πολλές γνώσεις στο αντικείμενό του και ένας άνθρωπος διατεθειμένος να εκπληρώσει το όνειρο πολλών άτεκνων ζευγαριών. Αυτό φτάνει το καταλάβει κανείς μπαίνοντας στο ιατρείο του και βλέποντας τις φωτογραφίες από παιδιά που έχει φέρει ο ίδιος στον κόσμο. Παρατηρήσαμε αρκετά δημοσιεύματα γονέων που θέλανε να τον ευχαριστήσουν για την ευτυχία που τους χάρισε. Τέτοιους ανθρώπους πρέπει να τους ευχαριστήσουμε για το έργο που προσφέρουν.

ΔΟΜΗΜΕΝΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ -2-**Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ κ.ΑΘΑΝΑΣΙΑΣ**

Η κ. Αθανασία, ετών 34 σύζυγος του κ. Αντώνη εδώ και δέκα χρόνια, ζει στην Λαμία όπου εργάζεται ως νοσηλεύτρια.

Μετά από δύο χρόνια γάμου θέλησαν να ολοκληρώσουν την ευτυχία τους με ένα παιδάκι.

Ενάμισης χρόνος προσπαθειών ήταν αρκετός για να καταλάβουν πως υπήρχε κάποιο πρόβλημα και έτσι κατέφυγαν στους ειδικούς. Ανακάλυψαν πως το πρόβλημα ήταν στην κ. Αθανασία και συγκεκριμένα στα ωάρια της. Η διάγνωση έδειξε πως τα ωάρια, της τότε εικοσιοχτάχρονης γυναίκας ήταν πολύ πιο ώριμα απ' ότι θα έπρεπε.

Η απογοήτευση ήταν τεράστια, όπως και οι σκέψεις που ακολούθησαν αργότερα. Παρόλα αυτά με την στήριξη του συζύγου της και μετά από αμέτρητες συζητήσεις και συμβουλές από ειδικούς αποφάσισαν πως η εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν η μόνη λύση, αν και ποτέ δεν τους είχε περάσει απ' το μυαλό ξεκινώντας την κοινή τους ζωή πως θα έπρεπε να αποκτήσουν παιδί με αυτόν τον

τρόπο, όχι τόσο για τους ίδιους αλλά για τον κοινωνικό περίγυρο και την προκατάληψη που υπάρχει στην επαρχία. Δίσταζαν λόγω της κριτικής που θα γινόταν και των πικρόχολων σχολίων που θα προκαλούσε μια τέτοια απόφαση. Όμως στην ιδέα ότι υπήρχε έστω και μια ελπίδα για την πραγματοποίηση του ονείρου τους αδιαφορούσαν.

Βρέθηκαν στην Αθήνα και μετά από συστάσεις επισκέφθηκαν το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης "Ιατρική Έρευνα". Η κ. Αθανασία υποβλήθηκε στις κατάλληλες εξετάσεις και ακολούθησε η πρώτη φάση, εκείνη της πρόκλησης ωορρηξίας. Χορηγήθηκαν υποδόρια στην κοιλιακή χώρα ορμόνες επί δεκαπέντε ημέρες και ενδομυϊκά για άλλες δεκαπέντε.

Κάθε δύο ημέρες γίνονταν εξετάσεις αίματος και υπέρηχοι για τον έλεγχο των ωαρίων. Δυστυχώς ο ιατρός μετά τα αποτελέσματα των εξετάσεων τους ανακοίνωσε πως η θεραπεία δεν πήγαινε πολύ καλά γιατί ο ιδανικός αριθμός των ωαρίων είναι γύρω στα σαράντα και εκείνη είχε μόνο δέκα. Όμως ακόμη και με αυτά τα

λίγα ωάρια αποφάσισαν να προσπαθήσουν και αφού είχε δώσει σπέρμα ο σύζυγος της, από τα δέκα ωάρια γονιμοποιήθηκαν τα οχτώ. Το νοσηλευτικό προσωπικό τοποθέτησε στην κατάψυξη πέντε ωάρια με συμφωνητικό για ένα χρόνο και στη συνέχεια άρχισε η διαδικασία της εμβρυομεταφοράς. Μετά από δώδεκα ημέρες έγινε τεστ κήσεως στο αίμα και μέσω της χοριακής γοναδοτροπίνης βρέθηκε πως ήταν αρνητικό. Τότε ένιωσε πως τίποτα δεν είχε νόημα στη ζωή της και ότι δεν ήταν αντάξια του συζύγου της αφού δεν μπορούσε να του προσφέρει ότι πολυτιμότερο. Δεν ήθελε να τον παρασύρει στην δυστυχία της και η μόνη λύση για εκείνη ήταν ο χωρισμός. Η αυτοκτονία ήταν η μόνη διέξοδος γι' αυτήν. Τελικά με τη συμπαράσταση του άντρα της και τη βοήθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του κέντρου πείστηκε για ακόμη μια προσπάθεια με τη χρησιμοποίηση των κατεψυγμένων ωαρίων.

Τρία από τα πέντε κατεψυγμένα γονιμοποιημένα ωάρια εμφυτεύτηκαν ξανά στην κ. Αθανασία. Αυτή τη φορά το τεστ βγήκε θετικό και η χαρά ήταν απεριγράπτη.

Η εγκυμοσύνη της είχε πολλές δυσκολίες απ' τον δεύτερο κιόλας μήνα καθώς το τρίτο έμβρυο παλινδρόμησε. Στον τέταρτο μήνα είχε αποκόλληση του πλακούντα και έπρεπε να μείνει σε ακινησία για το υπόλοιπο της εγκυμοσύνης.

Παρόλα αυτά στον πέμπτο μήνα της κύησης παρουσιάστηκαν συσπάσεις στη μήτρα οι οποίες παρακολουθούνταν απ' τον γιατρό. Τελικά κατά τον έκτο μήνα κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Χορηγήθηκε ορός για μείωση των συσπάσεων της μήτρας. Η εγκυμοσύνη δεν μπορούσε να παραταθεί στους εννιά μήνες και έτσι έφερε στον κόσμο ένα κοριτσάκι και ένα αγοράκι στα μισά του έβδομου μήνα.

Τα βρέφη τοποθετήθηκαν στην θερμοκοιτίδα για δυόμισι μήνες αφού το κοριτσάκι ήταν 1100 γραμμάρια και παρουσίαζε πρόβλημα σίτισης και το αγοράκι έφτανε μόλις τα 1400 γραμμάρια και παρουσίαζε αναπνευστικά προβλήματα με αποτέλεσμα να διασωληνωθεί δύο φορές. Ακόμη και τότε η κ. Αθανασία δεν ήξερε αν έπρεπε να χαρεί από τη στιγμή που κινδύνευε η ζωή των παιδιών της.

Οι γιατροί έκαναν ότι πέρανε απ' το χέρι τους για να κρατήσουν στη ζωή τα δύο αγγελούδια. Τελικά με τη πίστη των γονιών αλλά και την ικανότητα των γιατρών όλα πήγαν κατ' ευχύν. Η ευτυχία τους είχε επιτέλους ολοκληρωθεί.

Μετά από τέσσερα χρόνια η κ. Αθανασία επισκέφτηκε το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης μαζί με την κορούλα της. Η

συναισθηματική της φόρτιση ήταν μεγάλη αφού επέστρεψε για να καταστρέψει τα δύο κατεψυγμένα γονιμοποιημένα ωάρια που είχαν απομείνει. Εκτός όμως απ' τη στεναχώρια που της προκαλούσε η πράξη αυτή είχε να αντιμετωπίσει και άλλο ένα πρόβλημα. Το συμφωνητικό που είχε γίνει για την κατάψυξη των ωαρίων ήταν για ένα χρόνο όμως οι υπεύθυνοι του κέντρου ζητούσαν τα χρήματα των υπολοίπων τριών ετών. Αυτό δεν προβλεπόταν απ' τη στιγμή που οι αρμόδιοι δεν ενημέρωσαν το ζευγάρι. Τελικώς η παρεξήγηση λύθηκε και τα ωάρια καταστράφηκαν μπροστά της με οινόπνευμα. Το θέαμα αυτό και οι σκέψεις του παρελθόντος την έκαναν να αισθανθεί πολύ άσχημα αφού θα μπορούσαν αυτά τα δύο ωάρια να ήταν παιδιά της. Ωστόσο κοιτάει το μέλλον, ξεχνάει την ταλαιπωρία και το οικονομικό κόστος που της προκάλεσε όλη αυτή η ιστορία και ζει μέσα σε μια ολοκληρωμένη και πανευτυχή οικογένεια.

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΑΝΩΝΥΜΟ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΑΝΑΛΥΣΗΣ
ΤΩΝ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
ΤΩΝ
ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΣΗΜΕΡΑ

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετογή σας στην παρούσα έρευνα

Ομάδα σπουδαστών ΑΤΕΙ της Πάτρας

Μάιος 2005

A. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Φύλο | 7. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα | |
| 1. Άνδρας | 23. 5.001 – 10.000 Ευρώ | |
| 2. Γυναίκα | 24. 10.001 – 15.000 Ευρώ | |
| 2. Ηλικία | 25. 15.001 – 50.000 Ευρώ | |
| 3. < 20 ετών | 26. > 50.000 Ευρώ | |
| 4. 20 – 25 ετών | 8. Επάγγελμα | |
| 5. 26 – 30 ετών | 27. Υπάλληλος Γραφείου | |
| 6. 31 – 35 ετών | 28. Εργάτης | |
| 7. 36 – 40 ετών | 29. Αγρότης | |
| 8. 41 – 45 ετών | 30. Άνεργος | |
| 9. 46 – 50 ετών | 31. Οικιακά | |
| 10. > 50 ετών | 32. Πωλητής | |
| 3. Τόπος κατοικίας | 33. Επαγγελματίας Υγείας | |
| 11. Αστική | 34. Νομικός | |
| 12. Ημιαστική | 35. Άλλο (Προσδιορίστε)..... | |
| 13. Αγροτική | 9. Έχετε αποκτήσει δικό σας παιδί; | |
| 4. Εθνικότητα | <input type="checkbox"/> Ναι | |
| 14. Ελληνική | <input type="checkbox"/> Όχι | |
| 15. Άλλο..... | 10. Έχετε υιοθετήσει κάποιο/α παιδί/ά; | |
| 5. Μορφωτικό επίπεδο | <input type="checkbox"/> Ναι | |
| 16. Αναλφάβητος | <input type="checkbox"/> Όχι | |
| 17. Δημοτικό | 11. Πόσος χρόνος έχει περάσει από την διάγνωση της υπογονιμότητας; | |
| 18. Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> 0 -12 μήνες | |
| 19. Λύκειο | <input type="checkbox"/> 1-5 έτη | |
| 20. Ανώτερη | <input type="checkbox"/> 6 -10 έτη | |
| 21. Ανώτατη | <input type="checkbox"/> 10-15 έτη | |
| 22. Μεταπτυχιακός Τίτλος | <input type="checkbox"/> > 15 έτη | |
| 6. Οικογενειακή κατάσταση | 12. Κύρια αιτία υπογονιμότητας; | |
| <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η | <input type="checkbox"/> Δεν έχει διαγνωσθεί | |
| <input type="checkbox"/> Άγαμος/η | <input type="checkbox"/> Και οι δύο | |
| <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η | <input type="checkbox"/> Ο σύζυγος | |
| | <input type="checkbox"/> Η σύζυγος | |

B. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

13. Ελπίζετε ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη;
36. Καθόλου
37. Πολύ λίγο
38. Λίγο
39. Πολύ
40. Πάρα πολύ
41. Δεν ξέρω / δεν απαντώ
14. Με ποιο από τα παρακάτω συμφωνείτε; **(Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)**
- Τα άτεκνα ζευγάρια:
42. Έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ)
43. Έχουν καλύτερη σχέση με τον/την σύζυγό τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
44. Έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
45. Έχουν περισσότερα χρήματα από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
46. Έχουν λιγότερη σωματική κόπωση από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
47. Έχουν περισσότερες επαγγελματικές ευκαιρίες / δυνατότητες.
48. Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
15. Αισθάνεστε πως το γεγονός ότι δεν έχετε παιδί/α σας έχει καταβάλλει ψυχολογικά;
- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο

- Πολύ
 Πάρα πολύ
 Δεν ξέρω / δεν απαντώ
16. Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή σας;
- Καθόλου
 Πολύ λίγο
 Λίγο
 Πολύ
 Πάρα πολύ
 Δεν ξέρω / δεν απαντώ
17. Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις σας;
- Καθόλου
 Πολύ λίγο
 Λίγο
 Πολύ
 Πάρα πολύ
 Δεν ξέρω / δεν απαντώ
18. Πόσο ένοχος/ένοχη αισθάνεστε για την υπογονιμότητα του ζευγαριού;
49. Πάρα πολύ
50. Πολύ
51. Λίγο
52. Πολύ λίγο
53. Καθόλου
54. Δεν ξέρω / δεν απαντώ
19. Πιστεύετε πως η υπογονιμότητα βιώνεται πιο έντονα από τη γυναίκα;
- Καθόλου
 Πολύ λίγο
 Λίγο
 Πολύ
 Πάρα πολύ
 Δεν ξέρω / δεν απαντώ
20. Τι συναισθήματα σας προκαλεί η υπογονιμότητα;
(Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)
55. Ντροπή
56. Λύπη
57. Θυμό
58. Ανασφάλεια
59. Απελπισία
60. Κατάθλιψη
61. Άγχος
62. Μοναξιά
63. Ζήλεια
64. Απόρριψη
65. Αποτυχία
66. Φόβο
67. Άλλο.....

68. Δεν ξέρω / δεν απαντώ

21. Με ποιους τρόπους αντιμετωπίζετε, το γεγονός της υπογονιμότητας στη ζωή σας; (Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)

- Ζητάω από τον Θεό να με βοηθήσει
- Προσπαθώ να μην σκέφτομαι το πρόβλημα
- Προσπαθώ να αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας
- Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες
- Αρνούμαι να το παραδεχτώ
- Αποδέχομαι το πρόβλημα αν αυτό είναι αναπόφευκτο
- Αναλύω την κατάσταση για να την καταλάβω καλύτερα
- Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα
- Αντιμετωπίζω το πρόβλημα κατά μέτωπο
- Καπνίζω ή παίρνω φάρμακα για να ηρεμήσω το άγχος μου
- Κρατάω για μένα τα συναισθήματά μου
- Στρέφομαι προς άλλες δραστηριότητες για να διασκεδάσω
- Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων
- Αστειεύομαι με την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι
- Απομακρύνομαι από τους άλλους
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

22. Πιστεύετε πως η συνεργασία σας με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν βοηθητική για την ψυχολογική σας κατάσταση;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

23. Αν ναι, θεωρείτε ότι έχετε ανάγκη για υποστήριξη από τους παρακάτω ειδικούς;

- Ιατρός
- Ψυχολόγος
- Νοσηλεύτης
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Νομικός
- Οικονομολόγος
- Άλλος
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

24. Πιστεύετε πως ο/η σύντροφός σας κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο εσείς;

- 69. Καθόλου
- 70. Πολύ λίγο
- 71. Λίγο
- 72. Πολύ
- 73. Πάρα πολύ
- 74. Δεν ξέρω / δεν απαντώ

25. Πιστεύετε ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις σας με τον/την σύντροφό σας;

- Καθόλου
- Πολύ αρνητικά
- Λίγο αρνητικά
- Λίγο θετικά
- Πολύ θετικά
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

26. Πως έχετε προσπαθήσει να αναπληρώσετε την έλλειψη παιδιών από τη ζωή σας; (Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)

- Επένδισα περισσότερο στο επάγγελμά μου
- Επένδισα περισσότερο στη σχέση μου, με τον/την σύζυγό μου
- Επένδισα περισσότερο σε φίλους
- Ασχολήθηκα περισσότερο με την εικόνα του εαυτού μου
- Άλλο
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

27. Το στενό συγγενικό σας περιβάλλον, αναφέρει συχνά – εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού από εσάς;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

28. Θεωρείτε πως το ότι δεν έχετε παιδί, έχει περιορίσει τις κοινωνικές σας επαφές – συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

29. Πως πιστεύετε πως σας βλέπουν οι γύρω σας (συγγενείς, φίλοι). (Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)

- Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να βιώσει ευτυχισμένες στιγμές
- Σαν ένα φυσιολογικό ζευγάρι
- Σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια
- Σαν ένα ζευγάρι με βιολογικές μειονεξίες
- Σαν ένα ζευγάρι που μισεί τα παιδιά
- Σαν ένα ζευγάρι που δεν κατανοεί αυτούς που έχουν παιδιά
- Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να φερθεί σωστά σε παιδιά
- Άλλο.....
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

30. Με ποιόν από τους παρακάτω συζητάτε το γεγονός της υπογονιμότητας;

- Φίλους
- Συγγενείς
- Συναδέλφους
- Ιατρούς
- Ειδικούς επιστήμονες (ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς)
- Εξομολόγους / πνευματικούς
- Άλλο.....
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

