

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Στάσεις και απόψεις των γυναικών για την
εξωσωματική γονιμοποίηση και νοσηλευτική
παρέμβαση**



Επιμέλεια

Ποικιλίδου Ελισάβετ

Επιβλέπον καθηγήτρια

Σαλάτα Αποστολία, MSc

Καθηγήτρια εφαρμογών

ΠΑΤΡΑ, 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I.	Εισαγωγή	3
II.	Περίληψη.....	5

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1	Ιστορική αναδρομή.....	6
1.2	Γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής.....	9
1.3	Αναπαραγωγικά όργανα του ανδρός.....	15
1.4	Σύλληψη.....	16
1.5	Γενική περιγραφή της μεθόδου και τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης.....	17
1.6	Ενδείξεις και φαρμακευτική αγωγή.....	23
1.7	Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης.....	28
1.8	Νοσηλευτική παρέμβαση.....	30

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1	Σκοπός-Στόχος.....	33
2.2	Μεθοδολογία της έρευνας.....	33
2.3	Στατιστική ανάλυση αποτελέσματος.....	35
2.4	Συμπεράσματα.....	45
2.5	Βιβλιογραφία.....	47
2.6	Παράρτημα.....	48

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλειοψηφία των ανθρώπων θεωρεί την αναπαραγωγή ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Πράγματι, σύμφωνα με το άρθρο 16.1 του καταστατικού χάρτη των Ηνωμένων Εθνών, περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αναγνωρίζεται ότι: “όλοι, άνδρες και γυναίκες της ώριμης ηλικίας, χωρίς φυλετικούς, εθνικούς ή θρησκευτικούς περιορισμούς, διατηρούν το δικαίωμα του γάμου και της δημιουργίας οικογένειας.” Το άρθρο αυτό ωστόσο αναφέρεται στην αναπαραγωγή μέσα στα πλαίσια οικογένειας και μετά από φυσιολογική σεξουαλική σχέση, δεδομένου ότι είχε θεσμοθετηθεί προτού καθιερωθεί η Εξωσωματική Γονιμοποίηση και προτού διαδοθεί η ετερόλογη σπερματέγχυση και οι άλλες σύγχρονες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.”Θεραπείες” που αναμφισβήτητα θέτουν ερωτήματα ηθικής και νομικής φύσεως, για το λόγο ότι συνήθως περιλαμβάνουν μορφές άτυπης σύλληψης, μη σεξουαλικής, ή και αναπαραγωγή με τη βοήθεια δότη, δηλαδή με τη δωρεά αρρένων ή θήλεων γαμετών, από τρίτους.

Για την εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν ήδη διατυπωθεί αντιρρήσεις του τύπου: “Η σύλληψη θα πρέπει να συνεπάγεται από μία νόμιμη σεξουαλική πράξη και ότι η εφαρμογή τέτοιων περίπλοκων και δαπανηρών θεραπειών, για την αντιμετώπιση της ανεπιθύμητης ατεκνίας, πιθανώς αποτελεί ένα είδος υπέρβασης, αφού μια τέτοια κατάσταση δεν απειλεί τη ζωή των ατόμων αυτών”, δεν αποτελεί δηλαδή νόσημα. Έχουν επίσης εκφρασθεί ανησυχίες ότι μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι δυνατόν να γεννηθούν παιδιά με συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης του σώματος ή ότι η διάδοση των νέων αυτών μεθόδων θα μπορούσε να επιδεινώσει το πληθυσμιακό πρόβλημα που υφίσταται ήδη σε παγκόσμια κλίμακα και που σε ορισμένα μέρη του κόσμου, είναι ιδιαίτερα οξυμένο.

Κάποιες θεωρίες επίσης έχουν εκδηλωθεί για τη μετέπειτα νοσηρότητα ή και για το προσδόκιμο επιβίωσης των παιδιών αυτών, αφού ακόμα βρίσκονται στην πρώτη ή το πολύ στη δεύτερη δεκαετία της ζωής τους. Ήδη έχει επισημανθεί ότι οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σχετίζονται με χαμηλό βάρος γέννησης και με προωρότητα. Η ένδειξη επομένως για

μακροχρόνια παρακολούθηση των παιδιών της κατηγορίας αυτής είναι δικαιολογημένη, αν λάβει κανείς υπόψη τη γενικότερη παρατήρηση ότι στα ελλειποβαρή παιδιά, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιαγγειακού νοσήματος σε προχωρημένη ηλικία, όπως και σακχαρώδης διαβήτης τύπου II σε συνδυασμό με υπέρταση, είναι σημαντικά αυξημένος (Τζαφέττας, 1996).

Σύμφωνα με πειραματικές ενδείξεις εκτός από τα προβλήματα διατροφής στην ενδομήτρια ζωή, που θεωρούνται πρωταρχικά υπεύθυνα για τη μετέπειτα εκδήλωση των παραπάνω νοσημάτων, οι διάφοροι μικροχειρισμοί στους γαμέτες και τα έμβρυα που λαμβάνουν χώρα στις νεώτερες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πιθανολογείται ότι ίσως συμβάλλουν προς την ίδια κατεύθυνση.

Απόψεις πιθανώς εξ ολοκλήρου ανυπόστατες. Η βασική όμως λογική για την εξωσωματική γονιμοποίηση και τις συναφείς μεθόδους είναι ότι, ύστερα από ρεαλιστική εκτίμηση, τα οφέλη υπερτερούν για το ζευγάρι, τα δε παιδιά που θα προκύψουν, τουλάχιστον από ό,τι διαπιστώνεται μέχρι σήμερα, είναι φυσιολογικά και υγιή.

Γι' αυτό το λόγο η εξωσωματική γονιμοποίηση υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις έχει πλέον καθιερωθεί, όπως και οι άλλες μέθοδοι υποβοηθούμενης σύλληψης, ως τρόπος αντιμετώπισης της ανεπιθύμητης ατεκνίας, μιας κατάστασης που ταλανίζει ένα μεγάλο αριθμό ζευγαριών σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο απ' ό,τι είναι συνήθως αντιληπτό.

Τα ζευγάρια αυτά, άσχετα απ' το αν το κοινωνικό σύνολο αναγνωρίζει ηθική ή ασφαλιστική υποχρέωση απέναντι τους, συνιστούν, σε ατομικό τουλάχιστον επίπεδο, ένα υπαρκτό πρόβλημα που επιτακτικά επιζητά λύση.

Αντιπροσωπεύουν μία αθόρυβη αλλά παραμελημένη κατηγορία ανθρώπων που δεν εμφανίζουν μεν φυσικό νόσημα, πάσχουν όμως συναισθηματικά απ' το συχνά μακροχρόνιο πρόβλημα της ατεκνίας τους, που κυριαρχεί στη σκέψη στο παρόν και επηρεάζει ουσιαστικά τις αποφάσεις τους για το μέλλον. Και βέβαια, όπως καθομολογείται στην καθημερινή πράξη, η επιθυμία αυτών των ζευγαριών για δημιουργία οικογένειας παραμένει εξίσου σφοδρή, ανεξάρτητα απ' το αν η συνένωση των "γαμετών" συμβαίνει *in vitro*, είναι δηλαδή αποτέλεσμα γονιμοποίησης "στο σωληνάριο" του εργαστηρίου (Τζαφέττας, 1996).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ανεπιθύμητη ατεκνία αποτελεί ένα έντονο προσωπικό και με ευρύτερες κοινωνικές επιπτώσεις πρόβλημα. Πρόκειται για διαταραχή της αναπαραγωγικής υγείας, η συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση της οποίας συχνά συγκρίνεται με εκείνη των καρδιοπαθών, των καρκινοπαθών ή των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καταστάσεις που σημαντικά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Η εφαρμογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης τα τελευταία χρόνια αποτέλεσε τη σημαντικότερη εξέλιξη στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και έχει βοηθήσει εκατομμύρια ανθρώπους να ανακτήσουν ξανά το χαμόγελο τους, γιατί κάθε φορά που γεννιέται ένα παιδί ανανεώνεται η ελπίδα για ένα καλύτερο αύριο.

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις των γυναικών για την εξωσωματική γονιμοποίηση, είτε γυναικών που ασχολούνται με επαγγέλματα υγείας, όπως νοσηλευτική, μαιευτική ακόμα και βοηθός θαλάμου, είτε απλές γυναίκες, όπως καθαρίστριες ή άνεργες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο Βέροιας και Νάουσας της χώρας. Συμμετείχαν εργαζόμενες του κάθε νοσοκομείου, καθώς και επισκέπτριες αυτών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο δέκα ερωτήσεων για τη συλλογή πληροφοριών. Το δείγμα της έρευνας, ήταν 100 γυναίκες. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι βασισμένη σε γνώσεις προηγούμενων χρόνων, χωρίς την παρουσία επιστημόνων και των πειραμάτων τους. Αξιοσημείωτο είναι κάποιες ομάδες ερευνητών οι οποίες έπαιξαν καθοριστικό ρόλο για την κατανόηση των βιολογικών μηχανισμών αναπαραγωγής.

Πρώτη προσπάθεια αποτελεί η σειρά πειραμάτων του Walter Heape το 1890, ο οποίος μετέφερε έμβρυο από ένα είδος κουνελιού σε ένα άλλο είδος με επιτυχία. Κατόπιν αποπλύσεως των ωαγών, πήρε δύο έμβρυα από ένα κουνέλι και τα μετέφερε σε ένα θηλυκό κουνέλι σε ένα άλλο είδος, το οποίο είχε ζευγαρώσει πριν από μερικές ώρες. Με αποτέλεσμα την γέννηση έξι μικρών, εκ των οποίων τα δύο άνηκαν στο είδος της μητέρας-δότης, ενώ τα υπόλοιπα τέσσερα στο είδος της μητέρας-φορέας.

Ο Heape, με τα πειράματα του κέντρισε το ενδιαφέρον ερευνητών για την κατανόηση της διαδικασίας της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Αρχικά, η ερευνητική ομάδα του Pincus, είχε κάποιες παρατηρήσεις, οι οποίες κάθε άλλο είχαν καταλυτική επίδραση στις επερχόμενες εξελίξεις. Αυτές αποτέλεσαν την αρχή, όσον αφορά στον τρόπο ωρίμανσης καθώς και στην γονιμοποίηση των ωαρίων των θηλαστικών *in vitro*.

Η ομάδα του Chang, το 1959, συνδύασε την τεχνική εμβρυομεταφοράς του Heape και στέφθηκε με επιτυχία στην πρώτη εξωσωματική γονιμοποίηση σε κουνέλια. Επίσης, η επιτυχία του Chang, ήταν μεγάλη, καθότι συνέβαλλε στην επιστημονική κοινότητα ένα επιτυχές πρωτόκολλο, το οποίο περιελάμβανε τις εξής τεχνικές.

1. Συγκέντρωση και επεξεργασία σπερματοζωαρίων.

2. Συλλογή των ώριμων ωαρίων με απόπλυση των ωαγωγών.
3. In vitro γονιμοποίηση.
4. Μεταφορά εμβρύου στη μήτρα(Τζαφέττας, 1996).

Στην συνέχεια, σειρά έχει η εφαρμογή αυτών των τεχνικών σε άνθρωπο, γεγονός μεγάλης χρησιμότητας. Καταλύτης σε αυτήν την προσπάθεια ήταν και η καλύτερη κατανόηση του ρόλου της υπόφυσης και των γοναδοτροπίνων στη φυσιολογία της αναπαραγωγής. Μετά από πολύχρονες μελέτες, κατέστη εφικτή η παραλαβή προωθηλαρρηκτικών ώριμων ωαρίων από γυναίκες με η χωρίς φυσιολογικό εμμηνορυσιακό κύκλο, ύστερα από χορήγηση HMG (Human Menopausal Gonadotropins – ανθρώπινες εμμηνοπαυσιακές γοναδοτροπίνες).

Η εισαγωγή της λαπαροσκόπησης σε αυτή τη φάση οδήγησε στην προσπέλαση των ωοθηκών με τη λιγότερο δυνατή χειρουργική επιβάρυνση. Επιπλέον, με τη χρήση ειδικών συσκευών αναρρόφησης των πολλαπλών ωοθυλακίων έγινε εφικτή η λήψη των ωαρίων σε αριθμό συχνά διψήφιο.

Ο αριθμός των εμβρυομεταφορών στη μήτρα γυναικών ήταν μεγάλος, παρολαυτά η επιτυχία της εμφύτευσης ήταν δύσκολη, καθώς και της περαιτέρω ενδομήτριας ανάπτυξης των εμβρύων, καταστέλλοντας έτσι τον ενθουσιασμό των ζευγαριών που είχε ήδη γίνει φανερός. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, ξεκίνησε να καταβάλλεται προσπάθεια για την υποστήριξη της ωχρινικής φάσης. Η χορήγηση προγεστερόνης, μέχρις ότου ο πλακούντας αναλάβει την πλήρη ενδοκρινική του δράση, κρίθηκε σκόπιμη.

Η πολύχρονη και επίμονη ερευνητική προσπάθεια των Robert Edwards και Patrick Stoptoe αναμφίβολα υπήρξε καθοριστική για την καθιέρωση της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το 1978 τελικά οι προσπάθειες τους στέφθηκαν με επιτυχία, με την γέννηση της Louise Brown, του πρώτου παιδιού στον κόσμο με εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά, του πρώτου test-tube baby, όπως έμεινε κοινά γνωστό. Ήταν ένα θαύμα στο χώρο της αναπαραγωγής που δικαιολογημένα προσέλκυσε την προσοχή όλου του κόσμου. Οι ίδιοι οι ερευνητές βέβαια είχαν επιτύχει εξωσωματική γονιμοποίηση χρόνια πριν, από το 1969, χωρίς όμως κλινική κύηση. Οι περιορισμένες τεχνολογικές δυνατότητες της εποχής εκείνης και η απόσταση μεταξύ τους, δηλαδή ο Edwards ήταν καθηγητής ανθρώπινης αναπαραγωγής στο

Κέμπριτζ και ο Steptoe γυναικολόγος πεντακόσια χιλιόμετρα μακριά, στο Oldham της δυτικής Αγγλίας, οπωσδήποτε δεν ευνοούσαν την προσπάθεια(Τζαφέτας, 1996).

Σταθμός αναμφίβολα υπήρξε η εισαγωγή της λαπαροσκοπικής εκ μέρους του Steptoe, που αποτέλεσε θεμέλιο λίθο στη σύγχρονη αντιμετώπιση της γυναικείας ή και ανδρικής υπογονιμότητας.

Οπωσδήποτε η συμβολή και άλλων επώνυμων στον τομέα της αναπαραγωγής είναι αναμφισβήτητη, όπως των Molly Rose και Victor Lewis στο Λονδίνο και του Howard Jones στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Η εφαρμογή των υπερήχων για τη λήψη των ωαρίων κατ' αρχήν διακυστικά με διακοιλιακή ή διουρηθρική προσπέλαση και αργότερα διακολπικά, έδωσε μια νέα ώθηση στην εφαρμογή της μεθόδου, καθιστώντας πλέον περιττή τη λαπαροσκόπηση και τη γενική νάρκωση, επιτρέποντας έτσι την εφαρμογή της χωρίς την ανάγκη για εισαγωγή της ασθενούς. Η ιδέα της κατάψυξης ανθρώπινων εμβρύων σε υγρό άζωτο και σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, ως και -1960 C, που είχε συλληφθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1982, από την ομάδα του βιολόγου Alan Trounson στο πανεπιστήμιο Monash της Μελβούρνης που όμως κατέληξε σε αποβολή. Ο Zeilmaker το 1984, στην Ολλανδία θεωρείται ότι ήταν ο πρώτος που λίγους μήνες αργότερα πέτυχε τη γέννηση βιώσιμου παιδιού, ύστερα από βαθιά κατάψυξη και απόψυξη εμβρύου, μεθόδους που αποτέλεσαν θέμα αντιδικίας για την ηθική διάσταση του εγχειρήματος, ιδιαίτερα στη Γερμανία, σε αντίθεση με τη γενικότερα αποδεκτή άποψη του Edwards ότι, "όσοι δεν παρέχουν τη δυνατότητα κατάψυξης εμβρύων, είναι στην πραγματικότητα εκείνοι που θα πρέπει να αναθεωρήσουν την ηθική τους" .

Μεταξύ των διαφόρων εναλλακτικών μεθόδων της κλασικής εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η ενδομήτρια και η ενδοπεριτοναϊκή μεταφορά γαμέτων, κυρίως όμως η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμέτων, ή ζυγωτών με λαπαροσκοπική ή διακολπική προσπέλαση.

Η δωρεά ωαρίων σε άτομα με σοβαρή ωοθηκική δυσλειτουργία, πρόωρη εμμηνόπαυση ή και σε άτομα με κληρονομούμενα νοσήματα, επέκτεινε ακόμα περισσότερο την εφαρμογή των μεθόδων υποβοηθούμενης σύλληψης, που αναφέρθηκαν παραπάνω, με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Αντίθετα, η εφαρμογή των μεθόδων αυτών σε ζευγάρια των οποίων η υπογονιμότητα οφείλεται σε σοβαρού βαθμού ολιγοσθενοσπερμία είχε απογοητευτικά αποτελέσματα, παρά τις βελτιώσεις στην προετοιμασία του σπέρματος.

Η εφαρμογή ειδικών μικροχειρισμών στους γαμέτες, όπως η διάτρηση, η λέπτυνση, η ρήξη ή διατομή της διαφανούς ζώνης, με σκοπό τη διευκόλυνση της εισόδου των σπερματοζωαρίων, η τοποθέτηση τους κάτω από τη διάφανη ζώνη και ιδιαίτερα η κατ' ευθείαν ένεση σπερματοζωαρίων στο ωοπλάσμα δημιουργεί ελπίδες για κάποια δικαίωση στις προσδοκίες άτεκνων ζευγαριών(Τζαφέττας, 1996).

1.2 Γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής

Όπως έγινε κατανοητό σύμφωνα με τα παραπάνω, η ανθρώπινη ζωή αρχίζει με την ένωση του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου, από τη γυναίκα και από τον άνδρα αντίστοιχα. Η ένωση αυτή γνώστη ως γονιμοποίηση ή σύλληψη λαμβάνει χώρα μέσα στη γυναίκα. Η γυναίκα είναι υπεύθυνη, άμεσα και έμμεσα, για την ανάπτυξη και διάπλαση του γονιμοποιημένου ωαρίου που θα καταλήξει στη γέννηση ενός παιδιού. Με την παρακάτω ανάλυση του γυναικείου συστήματος αναπαραγωγής, θα γίνει σαφές πως έχει δημιουργηθεί με αυτόν τον τρόπο ειδικά για αυτό το σκοπό.

Οι βασικές λειτουργίες του γυναικείου συστήματος αναπαραγωγής, είναι τέσσερις :

- Να παράγει ωθητικές ορμόνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου και τις λειτουργίες της αναπαραγωγής.
- Να παράγει το ωάριο καθώς και ένα ευνοϊκό περιβάλλον για να επέλθει η σύλληψη και να παραδώσει το ωάριο στη μήτρα.
- Να τρέφει και να συντηρεί το αναπτυσσόμενο, γονιμοποιημένο ωάριο έως τον τοκετό και
- να εκπληρώνει την παράδοση του προϊόντος σύλληψης.

Το γυναικείο σύστημα αναπαραγωγής περιλαμβάνει τα έξω γεννητικά όργανα, τα έσω όργανα, την πύελο και τις συγγενικές πυελικές κατασκευές καθώς και τους μαστούς.

ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα έξω γεννητικά όργανα εφάπτονται στο έξω μέρος της εισόδου του κόλπου, προστατεύουν τον κόλπο και παρέχουν πρόσβαση για το όργανο αναπαραγωγής του ανδρός. Αρχικά, υπάρχει το αιδοίον, το οποίο αποτελείται από δύο βαριά χείλη που ονομάζονται μεγάλα χείλη του αιδοίου και τις εξωτερικές κατασκευές που περιέχονται σε αυτά(Shapiro, 2001).

Η έξω επιφάνεια των μεγάλων χειλέων αποτελείται από δέρμα και λίπος και καλύπτεται από το ηβικό τρίχωμα. Η έσω επιφάνεια μοιάζει με βλεννογόνο υμένα. Τα χείλη εκτείνονται από το εφηβαίον, ένα κομμάτι λίπους που καλύπτει την ηβική χώρα έως το περίνεο. Η λειτουργία των μεγάλων χειλέων είναι να καλύπτουν και να προστατεύουν την είσοδο του κόλπου.

Στο εσωτερικό των μεγάλων χειλέων βρίσκονται δύο μικρότερα χείλη που ονομάζονται μικρά χείλη του αιδοίου. Αυτά τα λεπτότερα χείλη συναντώνται για να φτιάξουν μια μερική καλύπτρα, η οποία ονομάζεται ακροπροσθία που καλύπτει ένα μικροσκοπικό, στυτικό όργανο, την κλειτορίδα. Αυτή η κατασκευή είναι μια μικρή, επιμήκης μάζα ιστού, νεύρων και μυός, πλούσια τροφοδοτημένη από αιμοφόρα αγγεία και καλυμμένη με βλεννώδη υμένα. Η κλειτορίδα μοιάζει με το πέος στο ότι είναι υπερβολικά ευαίσθητη και αντιδρά στο σεξουαλικό ερέθισμα. Οι Βαρθολειοί αδένες εκκρίνουν ένα βλενώδες, λιπαντικό υλικό κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης. Ένας αδένας βρίσκεται σε κάθε πλευρά της εισόδου του κόλπου. Κάτω από την κλειτορίδα υπάρχουν δύο υπερυψωμένες κορυφές με ένα άνοιγμα ανάμεσα τους, το στόμιο της ουρήθρας.

Τα ούρα εκκενώνονται από αυτό το άνοιγμα. Σε κάθε πλευρά αυτού του ανοίγματος της ουρήθρας βρίσκονται οι παραουρηθροΐαι πόροι, οι αδένες του Skene.

Ακριβώς κάτω από το στόμιο είναι μια πτυχή βλεννώδους μεμβράνης που ονομάζεται παρθενικός υμένας και προστατεύει το άνοιγμα του κόλπου. Ο υμένας κατά ένα μέρος και περιστασιακά εντελώς, κλείνει τη διέξοδο του κόλπου. Αντίθετα με ότι πιστεύεται ευρέως, η ρήξη του υμένα δεν είναι αναγκαστικά δείγμα σεξουαλικής πράξης. Μπορεί να επέλθει από τραυματισμό, εγχείρηση, χρήση ταμπόν κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας, αθλητικές δραστηριότητες ή και γυναικολογική εξέταση.

Στη συνέχεια, η περιοχή του δέρματος, συνδετικού ιστού και μυός μεταξύ του αιδοίου και του πρωκτού είναι γνωστή ως περίνεο. Οι μυϊκοί ιστοί επηρεάζουν το άνοιγμα και το κλείσιμο του κόλπου και του πρωκτού. Το περίνεο διατείνεται για να διευκολυνθεί ο τοκετός. Τραυματισμός του περινέου κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορεί να επηρεάσει τη στήριξη των εσωτερικών οργάνων και τον έλεγχο του παχέος εντέρου.

Τέλος, αν και δε θεωρείται μέρος του συστήματος αναπαραγωγής ο πρωκτός εφάπτεται στα εσωτερικά όργανα αναπαραγωγής(Shapiro, 2001)

Ο πρωκτός βρίσκεται κάτω από το περίνεο και είναι ένα έντονα μελαγχρωματισμένο, πτυσσόμενο άνοιγμα που χρησιμοποιείται σαν διέξοδος του ορθού εντέρου. Ο πρωκτός ελέγχεται από ένα κυκλικό μυ που ονομάζεται σφιγκτήρας του πρωκτού. Αυτός ο μυς ελέγχει δίοδο των κοπράνων και των αερίων. Ο βλεννώδης υμένας του ορθού εντέρου είναι ευαίσθητος και τραυματίζεται εύκολα. Λόγω της ανατομικής του θέσης, το ορθόν έντερο χρησιμοποιείται μερικές φορές για εξεταστικές μεθόδους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εσωτερικά όργανα αναπαραγωγής βρίσκονται μέσα στην πυελική κοιλότητα. Αποτελούνται από τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες.

Ξεκινώντας, ο κόλπος ή κολεός, είναι μια καμπυλωτή δίοδος σαν σήραγγα, 8 με 12 εκατοστά σε μήκος που οδηγεί από το αιδοίο στη μήτρα. Το χαμηλότερο μέρος της μήτρας, ο τράχηλος προεξέχει μέσα στον κολεό. Ο κολεός είναι εσωτερικά τοποθετημένος μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου. Αποτελείται από μυ και συνδετικό ιστό και έχει την ικανότητα μεγάλης διαστολής κατά τη διάρκεια του τοκετού. Καλύπτεται από βλεννώδη υμένα με πολλές πτυχές που ονομάζονται κολεικές ρυτίδες. Η έκκριση που παρατηρείται στον κόλπο προέρχεται ως επί το πλείστον από αδένες του τραχήλου. Ο κόλπος εξυπηρετεί τρεις σημαντικές λειτουργίες σαν δίοδος, πρώτα σαν είσοδος του πέους και παραλαβή του σπέρματος, δεύτερον σαν έξοδος για την εκκένωση της εμμήνου ρύσης και των εκκρίσεων της μήτρας και τρίτον παραδίδει το προϊόν της σύλληψης.

Ακολουθεί η μήτρα, όπου είναι το όργανο το οποίο διατηρεί το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι ένα κοίλο όργανο σε σχήμα αχλαδιού με παχείς μυώδεις τοίχους, 6 με 7 1/2

εκατοστά σε μήκος και περίπου 2 εκατοστά σε πάχος. Καταλαμβάνει το μέσον της πυέλου μεταξύ της ουροδόχου κύστεως και του ορθού εντέρου και αποτελείται από τον πυθμένα (στρογγυλεμένο άνω μέρος), το σώμα (μεσαίο τμήμα) και ένα στενό χαμηλότερο τμήμα (τράχηλος ή λαιμός). Ο πυθμένας και το σώμα της μήτρας. Το ενδοθήλιο της μήτρας ονομάζεται ενδομήτριο. Ο μυϊκός χιτώνας της μήτρας ονομάζεται μυομήτριο και ο συνδετικός ιστός γύρω από το μυ ονομάζεται περιμήτριο. Το ενδομήτριο δέχεται και τρέφει το γονιμοποιημένο ωάριο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται πολύ μαλακή και αυξάνεται κατά πολύ σε μέγεθος για να κρατήσει το αναπτυσσόμενο έμβρυο(Shapiro, 2001).

Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, η μήτρα γίνεται ένας λεπτός μυώδης σάκος με μαλακά τοιχώματα που υποχωρεί με την κίνηση του εμβρύου. Περίπου ο μισός τράχηλος προέχει μέσα στον κόλπο προσκολλημένος στους τοίχους του κόλπου. Ο τράχηλος έχει μια μικρή διαδρομή, που ονομάζεται ο σωλήν ή ο πόρος του τραχήλου, το έξω στόμιο (στόμα ή άνοιγμα) του σωλήνα είναι προς τη μήτρα ενώ το έξω στόμιο προς τον κόλπο. Οι εκκρίσεις της μήτρας, η έμμηνος ρύση, το μη γονιμοποιημένο ωάριο, το έμβρυο κατά τη διάρκεια του τοκετού και η απέκκριση των λοχείων (παροχέτευση του κόλπου κατά την περίοδο των έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό), διέρχονται μέσω του τραχήλου στον κόλπο. Ο τράχηλος επίσης, είναι οργανικής σημασίας διότι βοηθάει τη διαδικασία της γονιμοποίησης παράγοντας μια βλέννα, η οποία διευκολύνει την κίνηση των σπερματοζωαρίων μέσα από αυτήν τη δίοδο στο ταξίδι τους για να βρουν το ωάριο.

ΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας είναι δύο σχηματισμοί που εκτείνονται από τα πλαϊνά τοιχώματα της μήτρας στα τοιχώματα της πυέλου. Οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες είναι προσκολλημένες σ' αυτούς τους συνδέσμους. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας εφάπτονται στα πλάγια τοιχώματα της μήτρας εφάπτονται στα πλάγια τοιχώματα της μήτρας, διέρχονται μέσα από τους πλατείς συνδέσμους για να φτάσουν το εφηβαίο. Οι σύνδεσμοι αυτοί βοηθούν στην υποστήριξη των πυελικών οργάνων. Οι μητροιοερεί σύνδεσμοι εκτείνονται από το οπίσθιο μέρος του τραχήλου της μήτρας ως το ιερόν οστό και στηρίζουν τον τράχηλο.

ΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι δύο σάλπιγγες ή ωαγωγοί, εκτείνονται προς τα έξω από τις ανώτερες γωνίες της μήτρας ως την κοιλιακή χώρα. Έχουν περίπου την διάμετρο με ένα καλαμάκι αναφυκτικού και είναι

δηλαδή σχηματισμοί μυών. Το απομακρυσμένο μέρος της σάλπιγγας καμπυλώνει γύρω από την ωοθήκη με τέτοιο τρόπο που οι προεξοχές του καλύπτουν την ωοθήκη αλλά δεν προσκολλώνται σε αυτήν. Η λειτουργία τους είναι να μεταφέρουν το ωάριο κατά μήκος του σωλήνα από την ωοθήκη στη μήτρα με περισταλτικές κινήσεις. Η σύλληψη κανονικά λαμβάνει μέρος στο έξω ένα τρίτο της σάλπιγγας(Shapiro, 2001).

ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι δύο ωοθήκες, είναι γνωστές επίσης ως γεννητικοί αδένες της γυναίκας. Σε σχήμα και μέγεθος μοιάζουν με ένα αμύγδαλο, είναι σκληρές, ινώδεις, λευκές προς το ασημί και σαν λακκίσκοι. Οι λειτουργίες τους είναι η ωρίμανση και η απελευθέρωση των ωαρίων και η παραγωγή ορμονών απαραίτητων στη διαδικασία της αναπαραγωγής. Μερικές εκατοντάδες χιλιάδες ωάρια υπάρχουν στις ωοθήκες του θήλεος από τη στιγμή της γέννησης του. Στην εφηβεία, οι ωοθήκες αρχίζουν να απελευθερώνουν συστηματικά ένα ωάριο τη φορά. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται μέχρι την εμμηνόπαυση εκτός αν διακοπεί από την εγκυμοσύνη ή κάνει χρήση αντισυλληπτικών από το στόμα. Μετά την εμμηνόπαυση οι ωοθήκες ατροφούν.

ΠΥΕΛΟΣ

Η πύελος σχηματίζεται από τρία ανώνυμα οστά (το λαγόνιο, το ισχιακό και το ηβικό οστό) το ιερό οστό, τον κόκκυγα, και συνδέσμους που τα ενώνουν. Τα ανώνυμα οστά σχηματίζουν τα πλάγια και πρόσθια συνόρια της πυέλου. Το ιερό οστό, ένα μεγάλο, σφηνοειδές οστό που αποτελείται από πέντε ενωμένους σπονδύλους, σχηματίζει τον οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου. Ο κόκκυγας είναι ένα μικρό, τριγωνικό οστό που δημιουργήθηκε από τη συγχώνευση τεσσάρων σπονδύλων και βρίσκεται στο τέλος της σπονδυλικής στήλης. Είναι συνδεδεμένος με το ιερό με μια ένωση η οποία μοιάζει με στρόφιγγα και σχηματίζει μέρος του οπίσθιου ορίου της πυέλου. Ο κόκκυγας βοηθάει στη στήριξη του πυελικού εδάφους.

Η πύελος χωρίζεται επιπλέον στη μεγάλη πύελο και μικρά πύελο. Το ανώτερο μέρος είναι η μεγάλη πύελος. Η μεγάλη πύελος σπανίως εμπλέκεται στα προβλήματα του τοκετού. Η μικρά πύελος είναι το κατώτερο τμήμα της πυέλου. Σχηματίζει μια οστεώδη δίοδο μέσω της οποίας το

έμβρυο πρέπει να περάσει κατά την διάρκεια του τοκετού. Η είσοδος της πυέλου, μερικές φορές αναφέρεται σαν πυελική στεφάνη, χωρίζει τη μεγάλη από τη μικρή πύελο.

Η ανδρική πύελος είναι βαρύτερη, στενότερη και βαθύτερη από τη γυναικεία. Μια γυναικεία πύελος μπορεί να είναι γυναικοειδής, ανδροειδής, ανθρωποειδής ή επίπεδη.

Περίπου το 50% των γυναικών έχουν γυναικοειδή πύελο. Είναι μια στρογγυλεμένη η εγκάρσια ωοειδής πύελος και είναι καλή για κύηση. Η ανδροειδής πύελος είναι σε σχήμα καρδιάς ή σφηνοειδής και δεν είναι κατάλληλη για κύηση. Η ανθρωποειδής πύελος έχει μεγαλύτερη προσθιοπίσθια διάμετρο και είναι στενότερη στην εγκάρσια τομή της. Αυτή η πύελος ενδείκνυται επίσης για φυσιολογικό τοκετό. Η επίπεδη πύελος είναι η πιο ασυνήθιστη από όλα τα σχήματα, εμφανίζεται σε λιγότερο από 5% των γυναικών. Είναι μια ισοπεδωμένη πύελος και δεν ενδείκνυται για κύηση.

ΜΑΣΤΟΙ

Οι μαστοί θεωρούνται επικουρικά γεννητικά όργανα μια και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη εγκυμοσύνη και το θηλασμό. Βρίσκονται πάνω από το πρόσθιο τμήμα του στέρνου. Ο εξωτερικός μαστός χωρίζεται σε τρία μέρη, την μαλακή περιοχή από δέρμα, την θηλαία άλω, η οποία περιλαμβάνει την θηλή και περιέχει τους αδένες του Montgomery, και τέλος τη θηλή.

Εσωτερικά κάθε μαστός περιέχει 15 με 20 λοβούς από αδενικό ιστό (οι μαστικοί αδένες) και λίπος. Οι μαστικοί αδένες ευθύνονται για την παραγωγή γάλακτος (γαλουχία). Οι λοβοί του μαστικού αδένα αποτελούνται από αρκετά λόβια διαμορφωμένα σε συμπλέγματα γύρω από μικρούς πόρους. Αυτά τα συμπλέγματα ονομάζονται κυψελίδες και καλύπτονται εσωτερικά με κύτταρα που παράγουν γάλα και ονομάζονται λόβια (λόβια μικτού αδένος). Όπως οι πόροι οδηγούν από τις κυψελίδες στους λοβούς και από τους λοβούς στη θηλή, πλαταίνουν σχηματίζοντας μικρές δεξαμενές όπου το γάλα αποθηκεύεται.

Το μέγεθος των μαστών διαφέρει ανάλογα με την ποσότητα λίπους που υπάρχει σ' αυτούς, αλλά δεν υπάρχει καμία σχέση μεταξύ μεγέθους και ικανότητας παραγωγής γάλατος. Όσο εξελίσσεται η εγκυμοσύνη, οι μαστοί υφίστανται φυσιολογικές αλλαγές ούτως ώστε να είναι έτοιμοι για τις ανάλογες ανάγκες θηλασμού του νεογέννητου.

Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τον ρόλο και τη λειτουργία του άνδρα-πατέρα στη δημιουργία του παιδιού(Shapiro, 2001).

1.3 Αναπαραγωγικά όργανα του ανδρός

ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΟΣ

Τα έξω γεννητικά όργανα του ανδρός είναι το πέος και το όσχεον. Τα κύτταρα αναπαραγωγής και οι εκκρίσεις που τα συνοδεύουν παράγονται αλλά και μεταφέρονται στο εξωτερικό περιβάλλον από αυτά τα όργανα. Το πέος είναι το ανδρικό όργανο της συνουσίας. Αποτελείται από στυτικά μέρη γνωστά ως σηραγγώδη σώματα και την ουρήθρα, μέσα από την οποία απελευθερώνονται το σπέρμα. Τα σηραγγώδη σώματα περιέχουν διαστήματα, τα οποία συνήθως είναι κενά, επιτρέποντας έτσι στο πέος να είναι χαλαρό. Όταν αυτά τα διαστήματα πληρωθούν με αίμα, το πέος μεγεθύνεται, διογκώνεται και ορθώνεται. Η ροή του αίματος ελέγχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και διαφέρει ανάλογα με την ψυχική και σωματική διέγερση. Η ελαφρά διογκωμένη περιοχή στην άκρη του πέους, στην οποία βρίσκεται το στόμιο της ουρήθρας, ονομάζεται βάλανος του πέους. Καλύπτεται από μια πτυχή δέρματος την ακροποσθία.

Το όσχεον είναι ένας σάκος από χαλαρό δέρμα και υποδερμάτιο περιτονία, ο οποίος χωρίζεται σε δύο πλάγια μέρη. Ίνες λείων μυών οι οποίες ονομάζονται δαρτός χιτώνας του όρχεος βρίσκονται μέσα στην υποδερμάτιο περιτονία. Ο δαρτός χιτώνας και η υποδερμάτιος περιτονία χωρίζουν εσωτερικά το όσχεο σε δεξιό και αριστερό τμήμα και κάθε τμήμα περιλαμβάνει το όρχι, επιδιδυμίδα και σχετιζόμενα τμήματα. Ο δαρτός χιτώνας επηρεάζεται από τη θερμοκρασία. Η θερμότητα προκαλεί χαλάρωση του χιτώνα, επιτρέποντας έτσι στο όσχεο να επιμηκυνθεί και να γίνει χαλαρό. Αυτή η χαλάρωση κρατάει το σπέρμα μακριά από τη θέση του σώματος. Το σπέρμα πρέπει να διατηρείται σε θερμοκρασία 10 C χαμηλότερη από τη θερμοκρασία του

σώματος αλλιώς δεν επιζεί. Το κρύο προκαλεί συστολή του δαρτού χιτώνα, έλκοντας έτσι το όσχεον προς τα άνω και πλησιέστερα στο σώμα για θέρμανση. Ο μηχανισμός συστολής και χαλάρωσης επιτρέπει στο σπέρμα να παραμένει στην πιο ικανοποιητική θερμοκρασία(Καρπάθιος, 1988)

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΟΣ

Τα έσω γεννητικά όργανα του ανδρός είναι, οι όρχεις, οι οποίοι περιέχουν τα σπερματικά σωληνάκια, στη συνέχεια είναι οι σπερματικοί ή ορχικοί πόροι για την μεταφορά του σπέρματος από τους όρχεις, επιπροσθέτως είναι οι αδένες της σπερματοδόχου κύστεως, επιπλέον είναι ο προστάτης και τέλος οι βολβουρηθραίοι αδένες. Το σπέρμα είναι μίγμα εκκρίσεων από τους όρχεις, τον προστάτη, τις σπερματοδόχους κύστες και τους βολβουρηθραίους αδένες(Καρπάθιος, 1988).

1.4 Σύλληψη

Συνουσία είναι η σεξουαλική πράξη, οπού σπέρμα παραδίδεται στον τράχηλο από το ορθό πέος. Εκσπερμάτιση είναι η βίαιη απελευθέρωση σπέρματος από το πέος. Η ποσότητα σπέρματος κυμαίνεται από 1,5 έως 4 ml ανά εκσπερμάτιση. Τα μικροσκοπικά σπερματοζώακια, συχνά φτάνουν τα 150 εκατομμύρια ανά εκσπερμάτιση, προωθούνται από τις ουρές τους από τον κόλπο προς τη μήτρα και μετά στη σάλπιγγα αναζητώντας το ωάριο.

Άσχετα με τον υπερβολικό αριθμό των σπερματοζωαρίων, μόνο ένα γονιμοποιεί το ωάριο. Μόλις το σπερματοζώαριο διαπεράσει το ωάριο, η χημική σύνθεση του έξω του τοιχώματος του ωαρίου, αλλάζει. Το ωάριο κλείνει ερμητικά, εμποδίζοντας έτσι οποιοδήποτε άλλο σπερματοζώαριο να εισέλθει. Τόσο το ωάριο όσο και το σπερματοζώαριο συνεισφέρουν ακριβώς τα μισά από όλα τα κληρονομικά χαρακτηριστικά του εμβρύου- μωρού. Πολλαπλές γεννήσεις παρατηρούνται όταν περισσότερα από ένα ωάριο γονιμοποιούνται ή όταν γονιμοποιημένο ωάριο διαιρείται σε περισσότερα από ένα έμβρυα.

Ο ανθρώπινος κύκλος ζωής αρχίζει όταν η κεφαλή και ο λαιμός του σπερματοζωαρίου εισέρχονται στο ωάριο. Η είσοδος συνήθως λαμβάνει χώρα στο εξωτερικό ένα τρίτο της σάλπιγγας. Το γονιμοποιημένο ωάριο ονομάζεται, ζυγωτό. Το ζυγωτό είναι ένα κύτταρο με έναν

πυρήνα, που περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία για τη μελλοντική ανάπτυξη του απογόνου(Πολυσίδου, 1989).

1.5 Γενική περιγραφή της μεθόδου και τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης

Η εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμόστηκε καταρχήν σε ασθενείς με σοβαρές βλάβες των σαλπίνγων και με σκοπό την παράκαμψη τους στην διαδικασία της γονιμοποίησης. Οι ενδείξεις με την πάροδο του χρόνου επεκτάθηκαν σε μια ποικιλία άλλων περιπτώσεων στειρότητας και υπογονιμότητας, περιλαμβάνοντας και ασθενείς με υγιείς διαβατές σάλπιγγες.

Γενικότερα στο σύνολο των τεχνικών που εφαρμόζονται με σκοπό την επίτευξη εγκυμοσύνης περιλαμβάνεται στον όρο ‘υποβοηθούμενη σύλληψη’. Με τον όρο αυτό εννοούμε την κλασική εξωσωματική γονιμοποίηση, τη λαπαροσκοπική ή διακολπική μεταφορά στη σάλπιγγα γαμετών ή εμβρύων, όπως επίσης και μια ποικιλία άλλων μεθόδων που αποσκοπούν στην υποβοήθηση της σύλληψης. Μεταξύ αυτών αναφέρουμε χαρακτηριστικά την ενδομήτρια ή και ενδοσαλπιγγική σπερματέγχυση και τη μεταφορά γαμέτων στη μητριά ή στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Σε όλες αυτές τις μεθόδους απαιτείται προετοιμασία του σπέρματος και κατά κανόνα διέγερση των ωοθηκών, σε αντίθεση με την ενδοκολπική ή ενδοτραχηλική σπερματέγχυση, όπου χρησιμοποιείται νωπό ή κατεψυγμένο ολικό σπέρμα. Γι’ αυτό οι τελευταίες δε συμπεριλαμβάνονται στις μεθόδους υποβοηθούμενης σύλληψης, επειδή σε αυτές ουσιαστικά δεν αλλοιώνεται η φυσιολογική διαδικασία της(Αραβαντινός, 1989).

➤ Πρώτο βήμα – πρόκληση ωορρηξίας

Σε αυτό το στάδιο χορηγούνται ενέσεις ορμονών που χορηγούνται για να προκαλέσουν πολλαπλή παραγωγή ωαρίων.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, επιλέγεται ένα από τα εξής πρωτόκολλα:

Μακρύ πρωτόκολλο με αγωνιστή

Η θεραπεία διαρκεί περίπου είκοσι μέρες. Κατά το διάστημα αυτό συνιστούνται ήρεμες δραστηριότητες και εργασία, υγιεινή διατροφή και διακοπή του καπνίσματος.

Οι γυναίκες συνιστάται να παίρνουν βιταμίνες Φολικού οξέως καθημερινά από την έναρξη της θεραπείας.

Βραχύ πρωτόκολλο με ανταγωνιστή

Η θεραπεία διαρκεί περίπου δέκα μέρες. Κατά το διάστημα αυτό η γυναίκα κάνει καθημερινά 1 - 2 υποδόριες ενέσεις και υποβάλλεται σε υπερηχογράφημα και εξετάσεις αίματος 2 – 4 φορές συνολικά. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συνιστούνται ήρεμες δραστηριότητες και εργασία, υγιεινή διατροφή και διακοπή του καπνίσματος.

Η γυναίκες συνιστάται να παίρνουν βιταμίνες Φολικού οξέως καθημερινά από την έναρξη της θεραπείας.

Πρωτόκολλο ELONVA

Η θεραπεία διαρκεί περίπου δέκα μέρες. Κατά το διάστημα αυτό η γυναίκα κάνει υποδόριες ενέσεις και υποβάλλεται σε υπερηχογράφημα και εξετάσεις αίματος 2 φορές συνολικά. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συνιστούνται ήρεμες δραστηριότητες και εργασία, υγιεινή διατροφή και διακοπή του καπνίσματος.

Η γυναίκες συνιστάται να παίρνουν βιταμίνες Φολικού οξέως καθημερινά από την έναρξη της θεραπείας.

Όλες οι ενέσεις είναι συνήθως υποδόριες (κάτω από το δέρμα) και γίνονται από την ίδια την ασθενή.

Η πρόοδος της πρόκλησης ωορρηξίας παρακολουθείται συνέχεια με τακτικά υπερηχογραφήματα και αιματολογικές εξετάσεις.

➤ **Δεύτερο Βήμα – Ωοληψία**

Η ωοληψία είναι μια μικρο-επέμβαση κατά την οποία ο εξειδικευμένος Γυναικολόγος, με την καθοδήγηση διακολλικού υπερήχου αναρροφά με μια μικρή βελόνα τα ωάρια από τις ωοθήκες. Η διαδικασία διαρκεί περίπου 15 λεπτά. Συνήθως, χορηγείται μία ήπια νάρκωση, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται με τοπική ή και καθόλου αναισθησία πχ σε φυσικό κύκλο(http://www.gynfert.gr/services.php?lang=el&services_submenu=fertility_invitro&services_submenu2=fertility_invitro2, 20/12/2012).

➤ **Τρίτο Βήμα - Γονιμοποίηση και καλλιέργεια εμβρύων**

Τα ωάρια γονιμοποιούνται από τον εμβρυολόγο με το σπέρμα λίγες ώρες μετά την ωοληψία είτε με τη τεχνική κλασσικής γονιμοποίησης είτε με μικρογονιμοποίηση. Κατά τη διάρκεια της κλασσικής γονιμοποίησης εκατοντάδες χιλιάδες σπερματοζωάρια τοποθετούνται σε ένα πιατάκι μαζί με τα ωάρια, όπου και πραγματοποιείται η γονιμοποίηση. Στην περίπτωση της μικρογονιμοποίησης, ο εμβρυολόγος επιλέγει ένα μόνο σπερματοζωάριο και το διοχετεύει απευθείας στο εσωτερικό (κυτταρόπλασμα) του ωαρίου με λεπτούς χειρισμούς με τη χρήση ειδικού μικροσκοπίου. Η μέθοδος της μικρογονιμοποίησης, επιτρέπει ζευγάρια με πολύ χαμηλό αριθμό ή κακής ποιότητας σπερματοζωάρια, να πετύχουν εργαστηριακή γονιμοποίηση και εγκυμοσύνη. Επίσης, συνιστάται για ζευγάρια που δεν είχαν εργαστηριακή γονιμοποίηση σε προηγούμενες προσπάθειες κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ειδικές ουρολογικές διαδικασίες πχ βιοψία όρχεως, είναι διαθέσιμες σε περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατή η συλλογή σπέρματος ή δεν υπάρχουν σπερματοζωάρια στο δείγμα της εκσπερμάτωσης. Την επόμενη μέρα ελέγχονται τα ωάρια για την παρουσία γονιμοποίησης και μετέπειτα για κυτταρική διαίρεση. Τα έμβρυα επωάζονται σε ειδικά υλικά για 2 έως 5 μέρες.

➤ **Τέταρτο Βήμα – Εμβρυομεταφορά**

Τα έμβρυα μπορούν να μεταφερθούν στην μήτρα από τη 2η έως την 5η μέρα μετά την ωοληψία. Κατά την εμβρυομεταφορά, τα έμβρυα τοποθετούνται στην κοιλότητα της μήτρας με

ένα μαλακό καθετήρα, υπό υπερηχογραφικό έλεγχο. Συνήθως, δεν απαιτείται αναισθησία και η διαδικασία είναι ανώδυνη.

➤ **Πέμπτο Βήμα - Τεστ Εγκυμοσύνης**

Δύο εβδομάδες μετά την ωοληψία γίνεται το τεστ εγκυμοσύνης, με αιματολογικό έλεγχο της β-hCG (β-Χοριακής Γοναδοτροπίνης). Εάν το τεστ είναι θετικό (β-hCG > 20 IU / lt), συνιστάται επανάληψη σε 2 - 3 μέρες για επιβεβαίωση και υπερηχογραφικός έλεγχος σε 2 εβδομάδες(http://www.gynfert.gr/services.php?lang=el&services_submenu=fertility_invitro&services_submenu2=fertility_invitro2, 20/12/2012).

Εξωσωματική γονιμοποίηση στο εργαστήριο

Στο εργαστήριο εξωσωματικής γονιμοποίησης γίνονται κάποιες διαδικασίες για τη γονιμοποίηση και την ανάπτυξη του εμβρύου.

Κατά την ωοληψία, ο Εμβρυολόγος συλλέγει τα ωάρια και τα τοποθετεί σε κλίβανο με ιδανικές συνθήκες θερμοκρασία, pH. Μετά την ωοληψία, τα ωάρια ολοκληρώνουν το τελικό στάδιο ωρίμανσης μέσα στον κλίβανο. Εν το μεταξύ, συλλέγεται το δείγμα σπέρματος από τον άνδρα, το οποίο υποβάλλεται σε ειδική επεξεργασία.

Η διαδικασία αυτή επιτρέπει τη συλλογή των καλύτερων σπερματοζωαρίων για τη γονιμοποίηση. Λίγες ώρες μετά την ωοληψία, τα ωάρια γονιμοποιούνται είτε με κλασσική γονιμοποίηση ή μικρογονιμοποίηση. Την επόμενη μέρα, που ονομάζεται Μέρα 1, γίνεται αξιολόγηση της γονιμοποίησης και διαχωρισμός των φυσιολογικά γονιμοποιημένων ωαρίων. Ακολουθεί η κυτταρική διαίρεση η οποία προκύπτει μετά την ανάμειξη των χρωμοσωμάτων. Τη Μέρα 2, συνήθως παρατηρείται το δεύτερο στάδιο της διαίρεσης από ένα έμβρυο δύο κυττάρων σε ένα τεσσάρων κυττάρων. Τα έμβρυα αξιολογούνται κατά τις Ημέρες 2 και 3 για εμβρυομεταφορά μέχρι την Ημέρα 5 ή 6 το αργότερο.

Αξιολόγηση Εμβρύων

Υψηλής ποιότητας έμβρυα έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: ομοιογενές, ανοιχτόχρωμο-μη κοκκώδες κυτταρόπλασμα, λείες και ομαλές μεμβράνες, κύτταρα περίπου στο ίδιο μέγεθος που αγγίζονται μεταξύ τους και σχηματίζουν μια στρογγυλή μπάλα εντός της διαφανούς ζώνης.

Η διαφανής ζώνη πρέπει να είναι σαφής και όχι πολύ πεπαχυμένη.

Ένα συχνό εύρημα στα έμβρυα είναι ο κατακερματισμός, το οποίο συμβαίνει όταν μεμονωμένα κύτταρα διασπώνται εντός της ζώνης.

Σε γενικές γραμμές, όσο μικρότερος ο κατακερματισμός τόσο το καλύτερο. Πριν την εμβρυομεταφορά, ο Εμβρυολόγος αξιολογεί τη μορφολογία των εμβρύων. Τα έμβρυα με την καλύτερη μορφολογία και διαιρέσεις συνήθως έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφύτευσης και συνεπώς επιλέγονται για εμβρυομεταφορά.

Η αξιολόγηση είναι υποκειμενική και τα έμβρυα με κακή μορφολογία εξακολουθούν να έχουν τη δυνατότητα να εμφυτευτούν, αν και, σε ποσοστό μικρότερο από εκείνα με καλύτερα χαρακτηριστικά.

Ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται εξαρτάται από την ποιότητα των εμβρύων, την ηλικία της γυναίκας, και την ημέρα της εμβρυομεταφοράς.

Επιπλέον, εξαρτάται από την επιθυμία του ζευγαριού και τη Νομοθεσία της εκάστοτε χώρας. Για παράδειγμα στην Ελλάδα, δίδυμες κησείς είναι περισσότερο αποδεκτές από τη Βόρεια Ευρώπη και επιπλέον επιτρέπεται η εμβρυομεταφορά έως και τριών εμβρύων σε γυναίκες έως 40 ετών και τεσσάρων σε μεγαλύτερες γυναίκες.

Αναγνώριση και χειρισμός σπέρματος, ωαρίων και εμβρύων

Γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια για να διασφαλιστούν τα ζευγάρια ότι το σπέρμα, τα ωάρια, και τα έμβρυα τους στην κατοχή του Κέντρου πάντα αντιμετωπίζεται με εμπιστοσύνη, σεβασμό, τεχνογνωσία και φροντίδα.

Η διαδικασία αναγνώρισης και μια σειρά ελέγχων πριν την εφαρμογή κάθε τεχνικής αποσκοπούν στην ταυτοποίηση του γενετικού υλικού (σύστημα ελέγχου / ταυτοποίησης των ωαρίων, του σπέρματος και των εμβρύων των ζευγαριών αποκλείοντας λανθασμένους

χειρισμούς). Αυτή είναι μια σταθερή προτεραιότητα καθ' όλη τη διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Εξωσωματική γονιμοποίηση σε φυσικό κύκλο

Η εξωσωματική γονιμοποίηση σε φυσικό κύκλο είναι παρόμοια με την κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση, με τη μοναδική διαφορά ότι πραγματοποιείται χωρίς τη χρήση φαρμάκων διέγερσης των ωοθηκών (μερικές φορές μια μικρή ποσότητα φαρμάκων χορηγείται για τον πλήρη έλεγχο της ωορρηξίας).

Η γυναίκα υποβάλλεται σε υπερήχους και εξετάσεις αίματος για το έλεγχο της ανάπτυξης του ωοθυλακίου (http://gynfert.gr/services.php?lang=el&services_submenu=fertility_invitro&services_submenu2=fertility_invitro2, 10/12/2012).

Όταν το κυρίαρχο ωοθυλάκιο είναι σε κατάλληλο μέγεθος, γίνεται η ωοληψία. Στην συνέχεια, γονιμοποιείται το ωάριο στο εργαστήριο με τον ίδιο τρόπο, όπως στην παραδοσιακή εξωσωματική γονιμοποίηση. Αν προκύψει ένα έμβρυο που θα αναπτύσσεται σωστά, θα μεταφερθεί στην μήτρα, με τον ίδιο τρόπο όπως με την κλασσική μέθοδο.

Η μέθοδος της εξωσωματικής φυσικού κύκλου έχει γίνει δημοφιλής πρόσφατα ως μια εναλλακτική λύση στην συμβατική εξωσωματική γονιμοποίηση.

Αυτή η μέθοδος έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τη συνήθη εξωσωματική γονιμοποίηση, συμπεριλαμβανομένης της εξάλειψης του κινδύνου του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS), χωρίς (ή ελάχιστα) ενέσεις γοναδοτροπινών εξίσου και χαμηλότερο κόστος, αποφυγή παραγωγής υπεράριθμων εμβρύων και εξάλειψη πολλαπλών κυήσεων.

Το βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι η μειωμένη πιθανότητα εγκυμοσύνης συγκριτικά με την εξωσωματική με διέγερση ωοθηκών.

Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως πτωχή απάντηση ωοθηκών ή προχωρημένη ηλικία γυναίκας, μπορεί να προσφέρει αποτελέσματα εφάμιλλα με τους κύκλους

διέγερσης(http://gynfert.gr/services.php?lang=el&services_submenu=fertility_invitro&services_submenu2=fertility_invitro2, 10/12/2012).

1.6 Ενδείξεις και φαρμακευτική αγωγή

Η ένδειξη για την εφαρμογή μια από τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σπάνια είναι απόλυτη, όπως συμβαίνει λόγω χάρη με την εξωσωματική γονιμοποίηση σε περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης σαλπγγικής σύγκλεισης, με επιδεχόμενης χειρουργικής αποκατάστασης. Η επιλογή της εκάστοτε μεθόδου είναι συνήθως απόρρια συνεκτίμησης πολλών παραγόντων, ιατρικών και μη και η απόφαση στην πλειονότητα των περιπτώσεων θα στηριχθεί στις ακόλουθες θεωρήσεις :

1. Στην πιθανότητα αυτόματης σύλληψης χωρίς θεραπεία.
2. Στην πιθανότητα σύλληψης με άλλες απλούστερες μεθόδους.
3. Στην περιπλοκότητα και το κόστος της επιλεγόμενης μεθόδου.
4. Στην ηλικία της γυναίκας.
5. Στην σημασία της εφαρμογής της εξωσωματικής γονιμοποίησης για διαγνωστικούς λόγους, τουλάχιστον μια φορά, κυρίως για την εκτίμηση της γονιμοποιητικής ικανότητας των γαμέτων σε αμφίβολες καταστάσεις.

6. Στην ύπαρξη ιατρικών αντενδείξεων δυσχερειών για την εφαρμογή της μιας ή της άλλης μεθόδου, όπως λόγου χάρι εφαρμογή λαπαροσκοπικών μεθόδων σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου λόγω υπερβολικής παχυσαρκίας ή πολλαπλών προηγούμενων κοιλιακών επεμβάσεων ή σε ασθενείς που εμφανίζουν προβλήματα με την αναισθησία.

7. Στην προσωπική επιλογή του ζευγαριού, που δεν θα πρέπει να αγνοείται στις, από μια άποψη, προαιρετικές αυτές θεραπείες.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να λαμβάνονται πάντα υπόψη και να διευκρινίζονται οι σχετικά περιορισμένες πιθανότητες αυτόματης σύλληψης που υφίσταται ακόμα και στα φυσιολογικά ζευγάρια και γενικά η σχετική ανεπάρκεια που υπάρχει στο σύστημα της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι η μέση συχνότητα σύλληψης σε ζευγάρια αποδεδειγμένης γονιμότητας κυμαίνεται περί το 20% κατά εμμηνορρυσιακό κύκλο, με μία σχετικά αυξημένη πιθανότητα τον πρώτο μήνα της προσπάθειας. Μόνο το 90% των γόνιμων ζευγαριών επιτυγχάνει κύηση στον πρώτο χρόνο και το 95% στη διετία. Καθίσταται επομένως ευνόητο ότι δεν μπορεί να υπάρξει εγγύηση για οποιαδήποτε μέθοδο υποβοηθούμενης σύλληψης ακόμα και από τις ευνοϊκότερες δυνατές συνθήκες(Μιχαλάς, 2000).

Η στειρότητα εξάλλου ενός ζευγαριού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν είναι απόλυτη. Σε μεγαλύτερο ή μικρότερο ποσοστό πρόκειται για μία δυνητική υπογονιμότητα το μέγεθος της οποίας δεν είναι πάντα εύκολο να εκτιμηθεί. Είναι όμως ιδιαίτερα σημαντικό και αποτελεί υποχρέωση, να επιχειρείται μια προγνωστική εκτίμηση του πιθανού αποτελέσματος της μεθόδου που θα εφαρμοσθεί. Παρέχεται έτσι η δυνατότητα στο ζευγάρι να πάρει τις δικές του αποφάσεις, επιλέγοντας πιθανώς άλλη εναλλακτική λύση σύμφωνα με τη δική του κρίση ή προτίμηση και να αναλάβει ίσως τις δικές του ευθύνες ενόψει πάντοτε ενός πιθανού αρνητικού αποτελέσματος. Η κλασική αρχή βέβαια είναι να επιλέγονται στην αρχή οι λιγότερο περίπλοκες και δαπανηρές μέθοδοι υποβοηθούμενης σύλληψης, αν και έχει διατυπωθεί η άποψη ότι θα ήταν σκόπιμο, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις τουλάχιστον, η εξωσωματική γονιμοποίηση να προηγείται για διαγνωστικούς κυρίως λόγους, με σκοπό την εκτίμηση της γονιμοποιητικής ικανότητας των γαμέτων και της ανάγκης πιθανώς εφαρμογής άλλης επικουρικής θεραπείας, ανάλογα.

Στη σημερινή πλέον πραγματικότητα τα γενικά κριτήρια επιλογής ασθενών για εξωσωματική γονιμοποίηση δε διαφέρουν ουσιαστικά από τα κριτήρια για τη θεραπεία στειρότητας οποιασδήποτε αιτιολογίας. Η μόνη πιθανή εξαίρεση είναι η ηλικία, αφού προ πολλού έχει διαπιστωθεί ότι η γονιμότητα μιας γυναίκας αρχίζει να εμφανίζει κάμψη μετά τα 35 ετών. Γι' αυτό και αποτελεί γενική πρακτική, μετά το όριο αυτό της ηλικίας, να αποφεύγονται χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας, υπέρ της εξωσωματικής γονιμοποίησης, επειδή οι πιθανότητες αυτόματης σύλληψης μειώνονται αισθητά, όπως και τα εναπομείναντα περιθώρια αναπαραγωγικής ζωής. Μετά την ηλικία όμως των 40, το αναμενόμενο ποσοστό επιτυχίας και μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση μειώνεται επίσης, με παράλληλη αύξηση των αποβολών. Η διαπίστωση αυτή, αν και όχι συνολικά αποδεκτή συντέλεσε στο να διαμορφωθεί η αντίληψη ότι η ηλικία των 40 θα πρέπει να θεωρείται σαν το ανώτατο όριο αποδοχής ζευγαριών στο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, ένας κανόνας όμως που όχι σπάνια παραβιάζεται ανάλογα με τις βιολογικές ή κοινωνικές συνθήκες του ζευγαριού(Μιχαλάς, 2000).

Παρά την υφιστάμενη διακύμανση στις ενδείξεις και στα κριτήρια αναφοράς ασθενών σε κέντρα αναπαραγωγής, αξιόλογες διαφορές, όσον αφορά τα αίτια υπογονιμότητας σε διάφορα μέρη του κόσμου, δεν προέκυψαν, σύμφωνα με πολυεθνική μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Εξαίρεση αποτελεί η Αφρική, όπου τα ποσοστά στειρότητας σαλπγγικής αιτιολογίας κυμαίνονται σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Συνοπτική περιγραφή των ενδείξεων εξωσωματικής γονιμοποίησης και λοιπών μεθόδων υποβοηθούμενης σύλληψης. Κατά σειρά συχνότητας οι παραπάνω ενδείξεις για υποβοηθούμενη σύλληψη μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

i. Για θεραπευτικούς σκοπούς

1. Σαλπγγική βλάβη. Όταν η βλάβη είναι μέτριου βαθμού η ένδειξη για εξωσωματική γονιμοποίηση τίθεται μετά από διετή τουλάχιστον περίοδο στειρότητας ή μετά παρέλευση έτους από τυχόν προηγηθείσα προσπάθεια χειρουργικής αποκατάστασης των σαλπγγων. Σε περιπτώσεις όμως σοβαρής και εμφανούς βλάβης η ένδειξη τίθεται χωρίς αναμονή.

2. Ανεξήγητη στειρότητα. Σε περιπτώσεις χωρίς ανατομική ή λειτουργική διαταραχή και μετά από τριετή τουλάχιστον προσπάθεια, με άλλες συμβατικές μεθόδους.

3. Ενδομητρίωση. Μετά από διετή αναμονή σε ήπιες περιπτώσεις, χωρίς όμως καθυστέρηση στις σοβαρότερες ή όταν η βλάβη επεκτείνεται και στη ωοθήκη.
 4. Ανεξήγητη αποτυχία άλλων σχετικών θεραπευτικών μεθόδων, όπως πρόκληση ωοθηλακιορρηξίας ή ετερόλογη σπερματέγχυση.
 5. Τραχηλικός παράγων λόγω παθολογικής σύστασης ή λειτουργίας της βλέννας και ύστερα από ανεπιτυχή εφαρμογή της ενδομήτριας ή και ενδοσαλπγγικής σπερματέγχυσης.
 6. Πρόωρη ωοθηκική ανεπάρκεια.
 7. Μητρικά κληρονομικά νοσήματα.
 8. Διαμαρτίες της μήτρας, συγγενείς ή επίκτητες ή και απουσία της.
 9. Αποφρακτική αζωοσπερμία ύστερα από παρακέντηση της επιδιδυμίδας ή βιοψία όρχεος.
- ii. Για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς
1. Λειτουργικές διαταραχές σπέρματος συμπεριλαμβανομένων των αντισπερμικών αντισωμάτων
 2. Λειτουργικές διαταραχές των ωαρίων που είναι σχετικά σπάνιες και μη διαγνώσιμες (Μιχαλάς, 2000).

Φαρμακευτική αγωγή

Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή στην εξωσωματική γονιμοποίηση προσπαθούμε τεχνητά με θεραπεία να ελέγξουμε πλήρως το γυναικείο αναπαραγωγικό κύκλο και να ρυθμίσουμε τη διέγερση των ωοθηκών, ώστε να παράγουν περισσότερα από ένα ωοθυλάκια και κατά συνέπεια να έχουμε περισσότερα από ένα ωάρια την κατάλληλη ημέρα. Για να το επιτύχουμε αυτό εφαρμόζουμε κατάλληλη θεραπεία με φάρμακα. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε είναι τα ακόλουθα:

- Ανάλογα της GnRH (συναγωνιστές και ανταγωνιστές)

Τα φαρμακευτικά ανάλογα της ορμόνης GnRH αναστέλλουν προσωρινά τη λειτουργία της υποφύσεως αποτρέποντας έτσι ανεπιθύμητη ρήξη ωοθυλακίων πριν την ωοληψία. Για να

επιτευχθεί πολλαπλή ανάπτυξη ωοθυλακίων, πρέπει να ελέγχονται απόλυτα οι δόσεις υποφυσιακών γοναδοτροπινών (θυλακιοτρόπος ορμόνη FSH/ ωχρινοποιητική ορμόνη LH), κάτι που επιτυγχάνεται καλύτερα όταν η υπόφυση δεν παράγει από μόνη της τις ορμόνες αυτές αλλά με τη βοήθεια «ανάλογων» της ορμόνης GnRH φαρμάκων.

Διακρίνονται σε ‘αγωνιστές’ και κυκλοφορούν με τις εμπορικές ονομασίες Superfact, Daronda, Agvecap και ‘ανταγωνιστές’ με τις ονομασίες Orgalutran, και Cetrotide. Τα δραστικά τους συστατικά είναι παρόμοια. Κυκλοφορούν είτε σε μορφή ρινικού σπρέυ, είτε σε μορφή υποδόριων ενέσεων για καθημερινή χορήγηση είτε σε μορφή μιας ενέσεως βραδείας δράσεως διάρκειας 4 εβδομάδων. Ανάλογα με το φαρμακευτικό πρωτόκολλο θα γίνει και η επιλογή του είδους του ανάλογου της GnRH, του τρόπου χορηγήσεως και της δόσης.

- Γοναδοτροπίνες

Η διέγερση των ωοθηκών για την ανάπτυξη και ωρίμανση πολλών ωοθηλακίων γίνεται με τη χορηγία υποφυσιακών γοναδοτροπινών που κυκλοφορούν με τα εμπορικά ονόματα Metrodin, Puregon, Gonal-F, Altermon, Menopur. Επειδή οι ορμόνες αυτές είναι πρωτείνες μπορούν να χορηγηθούν μόνο ενέσιμα είτε υποδόρια είτε ενδομυικά με ειδική συσκευή σε μορφή πένας.

- Χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG)

Είναι το τελευταίο ενέσιμο φάρμακο της θεραπείας. Χορηγείται σε συγκεκριμένη ώρα όταν η ωρίμανση των ωοθυλακίων είναι ικανοποιητική αφού το φάρμακο αυτό προκαλεί ωορηξία 32-36 ώρες μετά τη χορήγηση του οπότε ακολουθεί η ωοληψία. Τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούν σε μορφή ενέσιμου διαλύματος ή σκόνης που αναμειγνύεται με ειδικό διαλυτή ή σε σύριγγα υπό μορφή πέννας και έχουν τις εμπορικές ονομασίες Ovitrelle, Pregnyl, Profasi.

- Προγεστερόνη

Με σκευάσματα προγεστερόνης προετοιμάζεται κατάλληλα το περιβάλλον της μήτρας για να υποδεχτεί το έμβρυο και χορηγείται μετά το στάδιο της εμβρυομεταφοράς. Κυκλοφορεί σε με το όνομα Utrogestan, σκευάσμα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν χάπι από το στόμα ή σαν κολπικό υπόθετο και το κολπικό ζελέ Crinone.

- Άλλα φάρμακα

Κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν και άλλα φάρμακα όπως το αντιβιοτικό Vibramycin, το οποίο μπορεί να χορηγηθεί στο σύζυγο προληπτικά, όταν αρχίσει η διέγερση των ωοθηκών και στη σύζυγο μετά την ωοληψία.

Οιστρογόνα, κορτιζόνη, ασπιρίνη, ή και αντισυλληπτικά ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν ανάλογα με τις οδηγίες του γιατρού

(<http://www.womenshealthcenter.gr/?action=pagesection.display§ionID=133>, 20/01/2013).

1.7 Παρακολούθηση της εγκυμοσύνης

Μετά τη διάγνωση της εγκυμοσύνης, η έγκυος γυναίκα χρειάζεται να έχει προγραμματισμένες επισκέψεις στο μαιευτήριο ή το γιατρό, προκειμένου να παρακολουθείται η εγκυμοσύνη της και να διαγνωστούν έγκαιρα πιθανές επιπλοκές ώστε να αντιμετωπιστούν.

Η πρώτη επίσκεψη είναι σημαντική για τη λήψη και καταγραφή του ιστορικού, μέσα από το οποίο θα διαπιστωθεί, σε πρώτο βαθμό, η γενική κατάσταση της υγείας της εγκύου γυναίκας και θα εντοπιστούν οι πιθανοί προδιαθεσιακοί παράγοντες για την εκδήλωση κάποιας παθολογικής κατάστασης που πιθανό να επηρεάσει δυσμενώς την εγκυμοσύνη. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό η έγκυος να προσέρχεται στο Μαιευτικό Ιατρείο αμέσως μόλις διαπιστώσει την εγκυμοσύνη της. Μετά τη λήψη του ιστορικού, ακολουθεί μια γενική εξέταση, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους, τα οποία και καταγράφονται στην καρτέλα παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Στη συνέχεια ακολουθείται αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση.

Στην πρώτη επίσκεψη θα δοθεί στην έγκυο και ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος. Αυτός περιλαμβάνει γενική εξέταση αίματος, προσδιορισμό της ομάδας αίματος και του Rhesus, σάκχαρο, ουρία, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης και τεστ δρεπάνωσης, έλεγχο για σύφιλη,

ηπατίτιδα Β και C, HIV καθώς και για λοιμώξεις από *Listeria*, τοξόπλασμα, μεγαλοκυτταριό (CMV), ερυθρά και έρπη. Μεταξύ 24ης και 28ης εβδομάδας γίνεται και η δοκιμασία που είναι γνωστή ως καμπύλη σακχάρου. Οι εξετάσεις συμπληρώνονται με γενική ούρων και καλλιέργεια κοιλιακού υγρού και τροποποιούνται κατά περίπτωση. Για παράδειγμα, μερικοί συστήνουν και τον έλεγχο της θυρεοειδικής λειτουργίας μέσω προσδιορισμού των ορμονών του θυρεοειδή ενώ κάποιοι άλλοι συστήνουν και καρδιολογική εκτίμηση της εγκύου.

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος στην κύηση περιλαμβάνει τη μέτρηση της αυχενικής πτυχής του εμβρύου μέσα από την αυχενική διαφάνεια που γίνεται περίπου την 11η έως 13η εβδομάδα και το υπερηχογράφημα Β' επιπέδου που γίνεται μετά την 22η εβδομάδα και ελέγχει την ανάπτυξη του εμβρύου κατά οργανικό σύστημα. Ένα ακόμη υπερηχογράφημα προτιμάται από πολλούς κοντά στα τέλη του τρίτου τριμήνου(Μιχαλάς, 2000).

Η έγκυος μέχρι την 32η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσέρχεται στο ιατρείο μια φορά το μήνα. Μεταξύ 32ης και 36ης εβδομάδας μια φορά ανά δεκαπενθήμερο και έπειτα ανά εβδομάδα.

Σε κάθε επίσκεψη γίνεται ακρόαση των εμβρυικών καρδιακών παλμών, λήψη της αρτηριακής πίεσης και έλεγχος του σωματικού βάρους, ενώ ελέγχονται και οι εργαστηριακές εξετάσεις. Αργότερα γίνεται και κοιλιακή ψηλάφηση με τους γνωστούς χειρισμούς του Leopold. Αναλόγως με τα ευρήματα μπορεί να ζητηθούν επιπλέον εξετάσεις ή και η έγκυος να παραπεμφθεί σε γιατρό άλλης ειδικότητας για περαιτέρω αντιμετώπιση (για παράδειγμα σε ενδοκρινολόγο επί σακχαρώδους διαβήτη της κύησης).

Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων της δίνονται οδηγίες και συμβουλές στην έγκυο, τις οποίες θα παρουσιάσουμε στο επόμενο άρθρο(Μιχαλάς, 2000).

1.8 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διάρκεια της σύλληψης μέχρι και την γέννηση περιέχεται αρχικά στην ψυχολογική υποστήριξη, την οποία έχει τη δυνατότητα να προσφέρει στην επίτοκο και την οικογένεια της.

Στην συνέχεια, νοσηλευτική παρέμβαση χαρακτηρίζεται η νοσηλευτική φροντίδα του τοκετού και αρχίζει από την πρώτη στιγμή που θα εισέλθει η επίτοκος στο νοσοκομείο προκειμένου να γεννήσει. Η μαία και ο νοσηλευτής θα είναι αυτοί, οι οποίοι θα επικοινωνήσουν με την επίτοκο και το περιβάλλον της, επομένως είναι τα πρόσωπα, τα οποία ενδεχομένως θα επιφορτισθούν το πρώτο κύμα ιδιοτροπιών και του άγχους καθώς και των προσερχόμενων αλλαγών στη συμπεριφορά και η εν γένει αντιμετώπιση τους, όπου και αποτελεί το βασικότερο παράγοντα ανάπτυξης κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας για όλες τις παραπέρα διαδικασίες.

Αμέσως μετά την υποδοχή της, η επίτοκος οδηγείται στο εξεταστήριο, όπου ελέγχονται από το νοσηλευτή οι σφίξεις, η θερμοκρασία και η αρτηριακή πίεση της μητέρας επιπλέον, οι καρδιακοί παλμοί, το σχήμα και η προβολή του εμβρύου, η κανονικότητα των συστολών του μυομητρίου ως και το ύψος του πυθμένα της μήτρας και η διαστολή του τραχηλικού στομίου. Παράλληλα με την αντικειμενική εξέταση ελέγχονται διάφορες ανατομικές ανωμαλίες.

Επίσης παίρνονται πληροφορίες για την πορεία της παρούσας εγκυμοσύνης και εάν έχουν γίνει χειρουργικές επεμβάσεις κατά τη διάρκεια της, περίδεση του τραχήλου, προγεννητικός έλεγχος και άλλα. Με όλες αυτές τις πληροφορίες και τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης διαπιστώνεται η πιθανολογείται η τυχόν έναρξη του τοκετού ως και η τυχόν επιπλοκή της κύησης και του τοκετού από σοβαρά παθολογικά προβλήματα.

Πριν από κάθε κολπική εξέταση, που πρέπει να γίνεται με όλους τους κανόνες της ασηψίας και αντισηψίας, είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν οι πληροφορίες από το μαιευτικό ιστορικό της παρούσας κύησης, ώστε να αποφευχθεί η εκτέλεση της σε περίπτωση προδρομικού πλακούντα.

Στις περιπτώσεις που δε διαπιστώνεται έναρξη τοκετού, ούτε επιβαρυντικό παθολογικό και μαιευτικό ιστορικό συνίσταται στη επίτοκο να επιστρέψει στην κατοικία της με τις απαραίτητες οδηγίες. Αν διαπιστωθεί η έναρξη τοκετού ή η ύπαρξη επιβαρυντικού ιστορικού, η επίτοκος υποβάλλεται στην απαραίτητη προετοιμασία για την εισαγωγή της (Γεωργακόπουλος, 1993).

Μετά την προετοιμασία της επιτόκου γίνεται υποκλισμός και ευτρεπισμός των γεννητικών οργάνων και ακολουθεί λήψη αίματος για: διασταύρωση, ώστε αν υπάρχει διαθέσιμο συμβατό αίμα, έλεγχο για επίκτητη ανοσοβιολογική ανεπάρκεια (AIDS) και αυστραλιανό αντιγόνο και για συμπληρωματικούς εργαστηριακούς ελέγχους.

Στην αίθουσα ωδινών η επίτοκος αφήνεται να αναπτύξει την κινητικότητα της κατά βούληση και να δεχθεί την επίσκεψη προσώπων του περιβάλλοντος της. Κατά τη διάρκεια της παραμονής της ελέγχονται οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου κάθε δεκαπέντε λεπτά, οι συστολές του μυομητρίου, η πρόοδος της διαστολής του τραχηλικού στομίου, η τυχόν ύπαρξη αίματος στα εξωτερικά γεννητικά όργανα και τα ζωτικά σημεία της μητέρας. Αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία στην ενυδάτωση της μητέρας και στη χορήγηση ναρκωτικών αναλγητικών. Στη φάση αυτή του τοκετού είναι πολύ σημαντική η ψυχολογική υποστήριξη της επιτόκου από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

Η αίθουσα ωδινών είναι σκόπιμο να έχει εύκολη σύνδεση με την αίθουσα εντατικής παρακολούθησης, ενώ πρέπει να εξασφαλίζει συγχρόνως την απομόνωση των επιτόκων από τους θορύβους των άλλων νοσηλευόμενων και του προσωπικού. Το προσωπικό της αίθουσας ωδινών είναι απαραίτητο επίσης να φροντίζει για την κανονική ούρηση των επιτόκων και τον έλεγχο της διούρησης.

Η κολπική εξέταση εφαρμόζεται κάθε δύο ώρες στις άτοκες και κάθε μία ώρα στις πολύτοκες. Έτσι προσδιορίζεται προσδιορίζεται ο ρυθμός προόδου των δύο βασικών παραμέτρων, της διαστολής και της εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου.

Κάθε παρατήρηση που αφορά στα ζωτικά σημεία της μητέρας και του εμβρύου, συμπεριλαμβανομένων και της συχνότητας και έντασης των συστολών του μυομητρίου, της προόδου της εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, της διαστολής του τραχηλικού στομίου και της χορήγησης διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων, καταγράφεται στο ειδικό διάγραμμα παρακολούθησης του τοκετού.

Μόνιμο μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η ψυχολογική υποστήριξη της επιτόκου, η διατήρηση αποδεκτά καλού επιπέδου ατομικής καθαριότητας της και η σύσταση αποφυγής πρόωρης εξώθησης, ώστε να αποφευχθούν σοβαρές καθυστερήσεις και επιπλοκές από την εξέλιξη του τοκετού(Γεωργακόπουλος, 1993).

Στην περίοδο της εξώθησης η προσοχή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητο να επιταθεί. Η επίτοκος πρέπει να βοηθηθεί για τη σωστή χρησιμοποίηση των εξωθητικών της προσπαθειών. Με αποτέλεσμα να μετριασθεί η δυσμενής επίδραση της εξώθησης πάνω στο έμβρυο και να αποφευχθεί η εξάντληση της επιτόκου. Για το σκοπό αυτό υποδεικνύεται στην επίτοκο που βρίσκεται σε ύπτια ή πλάγια ή γοναταγκωνιαία θέση, να συγχρονίζει την εξωθητική της προσπάθεια με την ακμή της συστολής του μυομητρίου. Μετά από κάθε εξωθητική προσπάθεια είναι απαραίτητη η ακρόαση των καρδιακών παλμών του εμβρύου και ο έλεγχος των ζωτικών σημείων της μητέρας.

Μετά την έξοδο του εμβρύου, κατά το τρίτο στάδιο δηλαδή του τοκετού, η νοσηλευτική φροντίδα εξειδικεύεται προς δύο κατευθύνσεις, την ανάνηψη του νεογέννητου και την παραπέρα νοσηλευτική φροντίδα της επιτόκου.

Η φροντίδα για το νεογνό πρέπει να αρχίζει μετά την έξοδο της κεφαλής, πριν ακόμα γεννηθεί ο κορμός και τα άκρα του εμβρύου και συνίσταται στην αποσπόγγιση της βλέννας από το στόμα και από τη ρίνα του νεογνού, καθώς και αναρρόφηση αμέσως μετά.

Κατόπιν ολοκλήρωσεως της ανάνηψης του νεογέννητου, το αφήνουμε στη μητέρα και προτρέπεται η τοποθέτηση του στο στήθος της, ώστε να έχει την ευκαιρία να κάνει τον πρώτο υποτυπώδη θηλασμό του.

Ακολουθεί η περιφερική αποκόλληση του πλακούντα, στη συνέχεια η κεντρική αποκόλληση και η υστεροτοκία και γίνεται έλεγχος για το αν αποχωριστεί ο πλακούντας τη μήτρα. Υπάρχει η αυτόματη υστεροτοκία, με αυτόματη έξοδο του πλακούντα κατά την εξώθηση. Σε περίπτωση παραμονής του στην ενδομητρική κοιλότητα εφαρμόζονται άλλοι χειρισμοί(Γεωργακόπουλος, 1993).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1

Σκοπός-Στόχος

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις των γυναικών, για την εξωσωματική γονιμοποίηση.

Ο ερευνητικός στόχος της εργασίας είναι να διατυπωθούν, ποιες είναι οι στάσεις και οι απόψεις των γυναικών προς την εξωσωματική γονιμοποίηση.

2.2

Μεθοδολογία έρευνας

Στην Ελληνική βιβλιογραφία, έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες έρευνες σχετικά με το θέμα της παρούσας έρευνας. Η έρευνα επικεντρώνονται στο να προσδιορίσουμε τη γνώση που υπάρχει από την μεριά των γυναικών γύρω από την εξωσωματική γονιμοποίηση, ο τρόπος που έχουν αποκτηθεί αυτή η γνώση, το ρόλο που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής/νοσηλεύτρια και αν θα επέλεγαν μια τέτοια μέθοδο για τεκνοποίηση.

Επίσης αν πιστεύουν ότι η σύλληψη πρέπει να γίνεται με νόμιμη σεξουαλική επαφή, αλλά θίγει και το ηθικό μέρος την εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Στην συνέχεια έγινε μια προσπάθεια να προσδιοριστούν η γνώση που υπάρχει πάνω στο αν η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι υπεύθυνη για γενετικές ανωμαλίες και αν υπάρχει γνώση για το κόστος μιας τέτοιας τεχνοτροπίας.

Η επιλογή τους δείγματος ήταν τυχαία για να μπορέσουμε να έχουμε όσο το δυνατό πιο ανεξάρτητο δείγμα και έγκυρο. Ο βασικός μας στόχος ήταν να διερευνήσουμε τις απόψεις των γυναικών πάνω στην εξωσωματική γονιμοποίηση και κατά πόσο η νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να συμβάλει στην ολοκλήρωση όλων των σταδίων της διαδικασίας μέχρι τη γέννηση.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα spss, όπου ακολουθεί την κατανομή t-student.

Πληθυσμό στόχο, αποτελούν γυναίκες, ιατρικού προσωπικού, νοσηλευτικού, μαιευτικού και άλλου προσωπικού, καθώς και επισκεπτριών του δημοσίου γενικού νοσοκομείου Βέροιας(N.Ημαθίας) και Νάουσας(N.Ημαθίας). Δόθηκαν 100 ερωτηματολόγια. Σύμφωνα με αυτό, το μέγεθος δείγματος είναι 100 άτομα και ανταποκρίθηκαν τα 99.

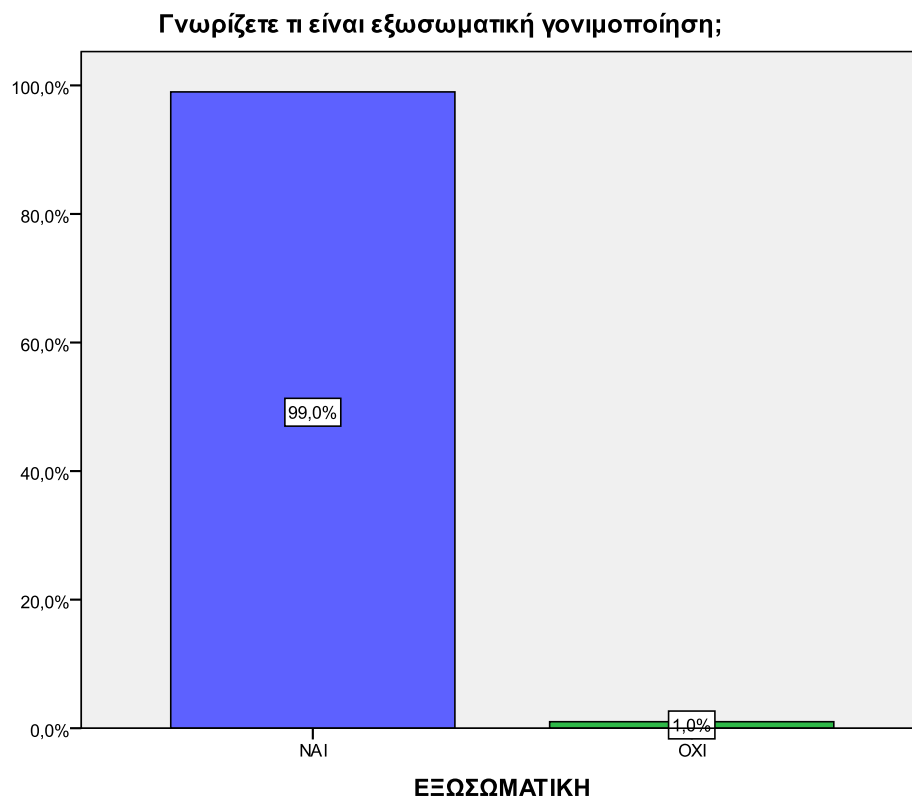
Η έρευνα διεξήχθη σε χρονικό διάστημα δύο μηνών, από τον Νοέμβριο έως Δεκέμβριο του 2012.

Για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας, πρέπει να γνωρίζουμε ότι, όσο το δυνατόν μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ερωτηθέντων, τόσο πιο έγκυρη και αξιόπιστη μπορεί να είναι έρευνα. Χρησιμοποιήθηκαν απαντήσεις κλειστού τύπου (ναι, όχι, δε γνωρίζω). Ο σχεδιασμός των ερωτήσεων έγινε με τέτοιο τρόπο, ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές, όπως, επίσης τονίστηκε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη.

Ορισμένες από τις γυναικές δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν στα ερωτήματα, είτε λόγω προκατάληψης, είτε λόγω άγνοιας πάνω στο θέμα.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

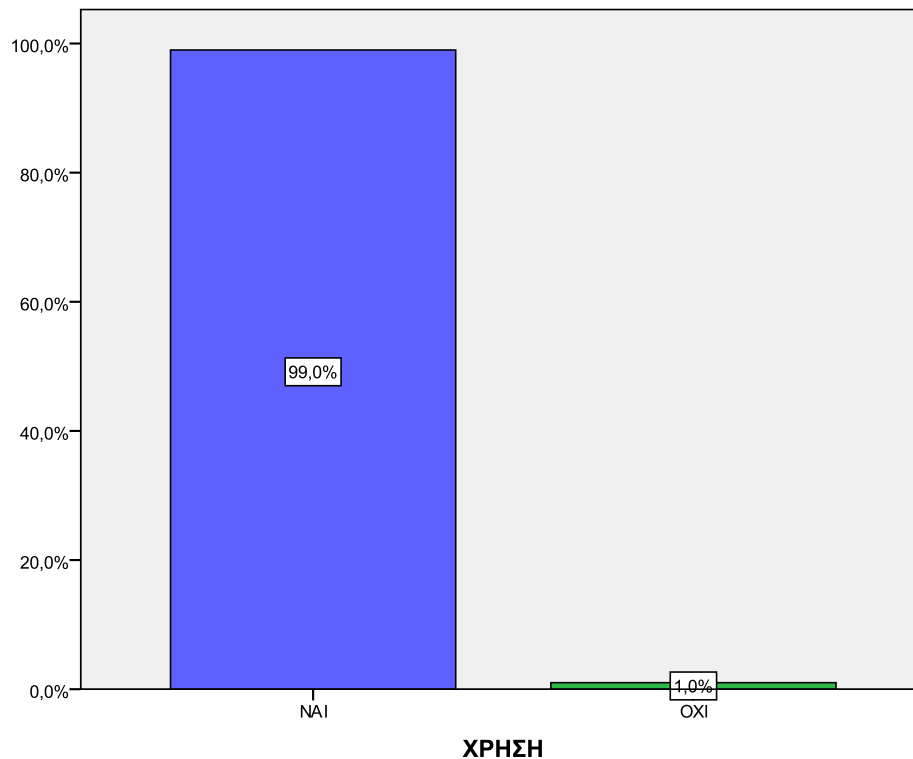
Η πρώτη ερώτηση στην ερευνά μας αφορούσε την γνώση, αν υπάρχει πάνω στο τί είναι η μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Σχεδόν όλες οι γυναίκες απήντησαν καταφατικά σε ποσοστό 99% ενώ ελάχιστες δήλωσαν άγνοια για αυτήν σε ποσοστό 1%.



ΣΧΗΜΑ_1

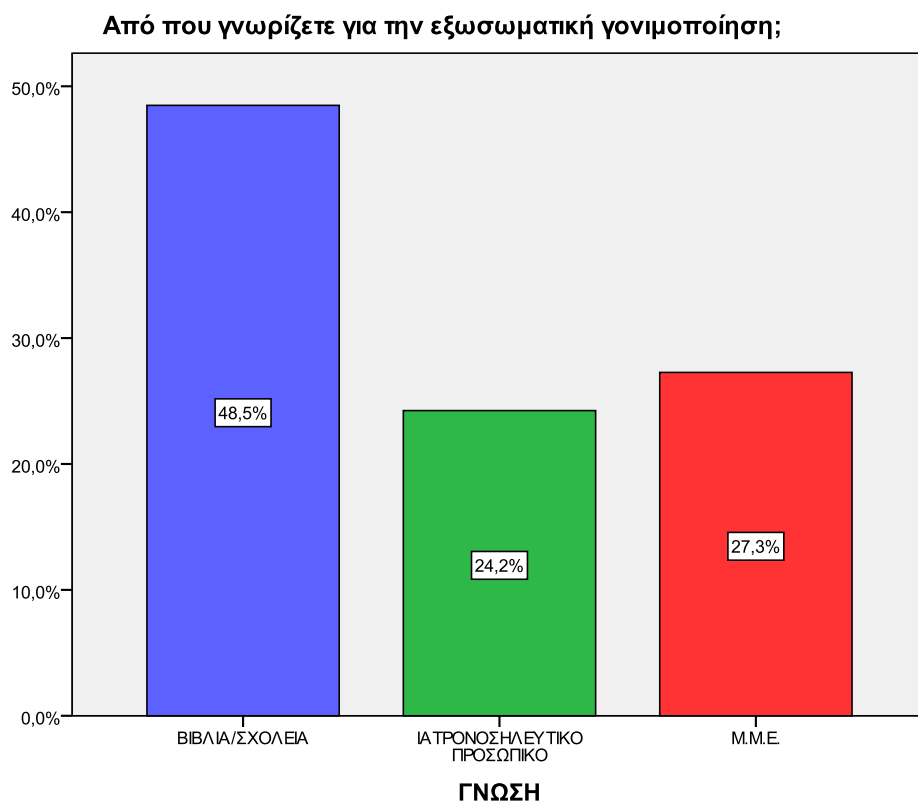
Στην δεύτερη ερώτηση μας που αφορούσε τους λόγους που χρησιμοποιείται η εξωσωματική γονιμοποίησης, παρατηρήθηκε ότι τα ποσοστά παραμένουν ίδια με αυτά που αφορούσε την ερώτηση για το αν είναι γνώστες την μεθόδου(ερώτημα_1). Δηλαδή 99% δήλωσε ότι γνωρίζει τους λόγους που χρησιμοποιείται η εξωσωματική γονιμοποίηση και μόλις το 1% μας ανέφερε ότι δεν γνωρίζει.

Ξέρετε για ποιούς λόγους χρησιμοποιείται η εξωσωματική γονιμοποίηση;



ΣΧΗΜΑ_2

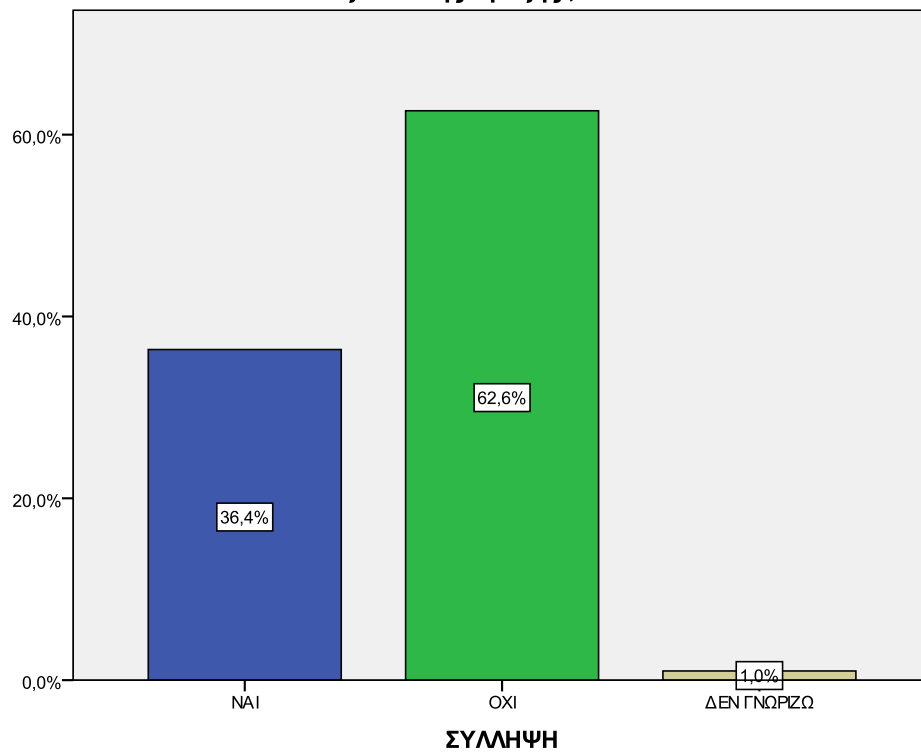
Στην ερώτηση μας από που προέρχεται η γνώση για την εξωσωματική γονιμοποίηση το 48,5% μας ανέφερε από τα βιβλία και το σχολικό περιβάλλον, το 24,2% ανέφερε από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το 27,3% δήλωσε ως πηγή τα Μ.Μ.Ε.



ΣΧΗΜΑ_3

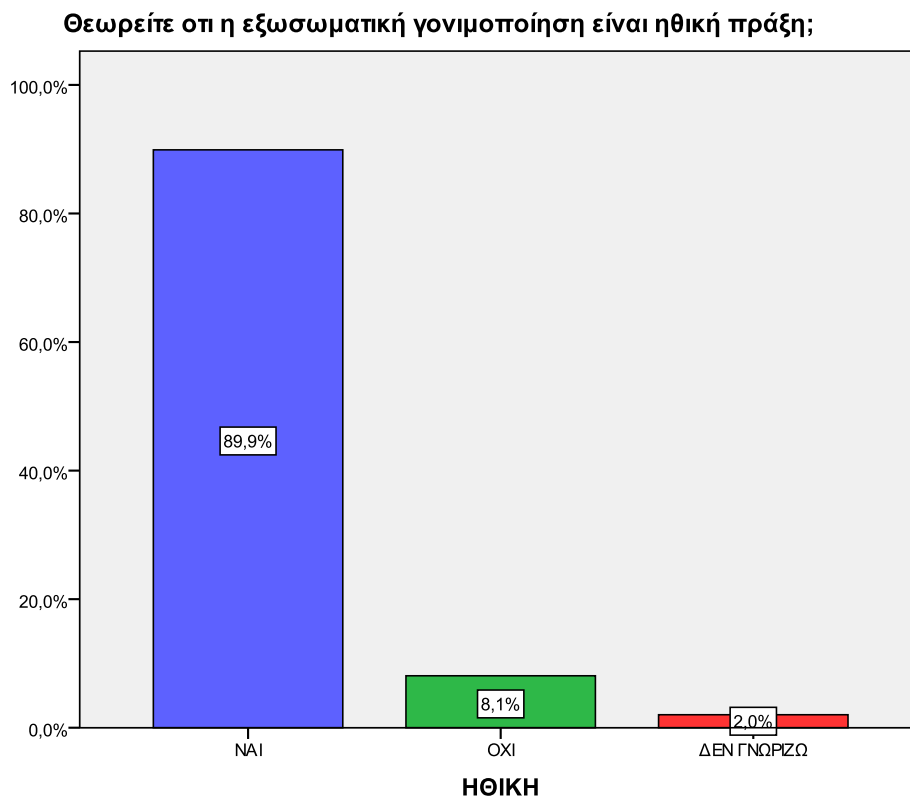
Η επόμενη ερευνητική μας ερώτηση αφορούσε στο, αν πιστεύουν ότι η σύλληψη θα πρέπει να είναι επακόλουθο νόμιμης σεξουαλικής πράξεως. Το 36,4% δήλωσε ότι θα πρέπει να είναι, ενώ ένα ποσοστό 62,6% μας ανέφερε ότι δεν είναι απαραίτητη η νόμιμη σεξουαλική πράξη. Τέλος μόνον το 1% δήλωσε άγνοια.

Πιστεύεται ότι η σύλληψη θα πρέπει να είναι συνεπακόλουθο μίας νόμιμης σεξουαλικής πράξης ;



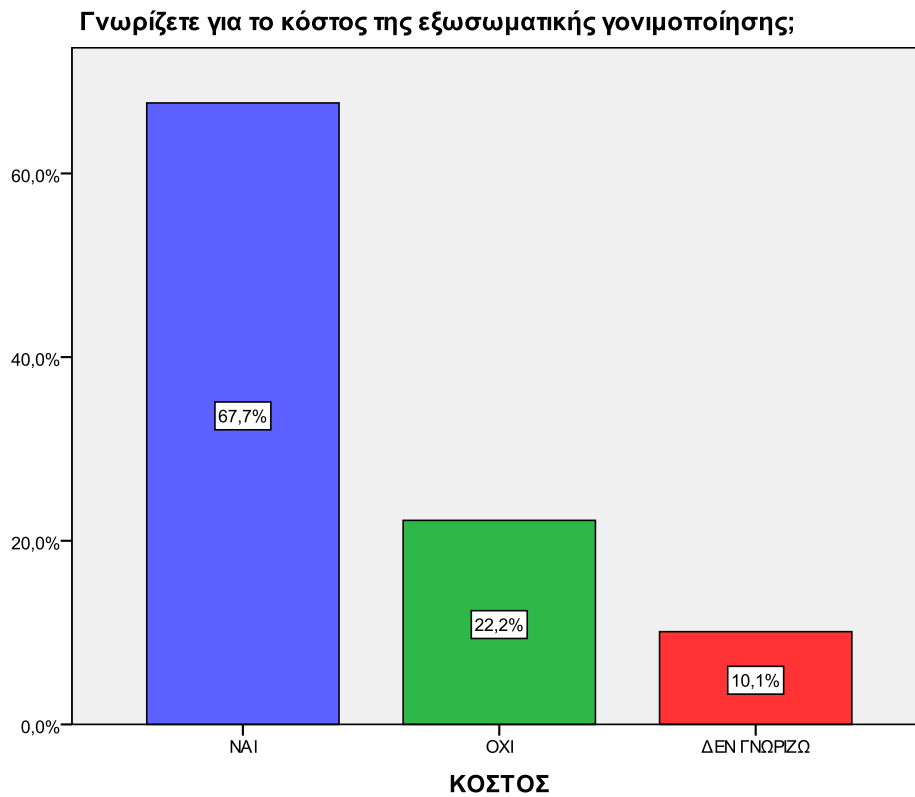
ΣΧΗΜΑ_4

Το επόμενο μας ερώτημα αφορούσε το ηθικό μέρος του ζητήματος. Το 89,9% δήλωσε ότι θεωρεί ηθική πράξη την εξωσωματική γονιμοποίηση ενώ ένα ποσοστό 8,1% μας ανέφερε ότι την θεωρεί μη ηθική. Άγνοια στο ερώτημα μας δήλωσε το 2% του δείγματος.



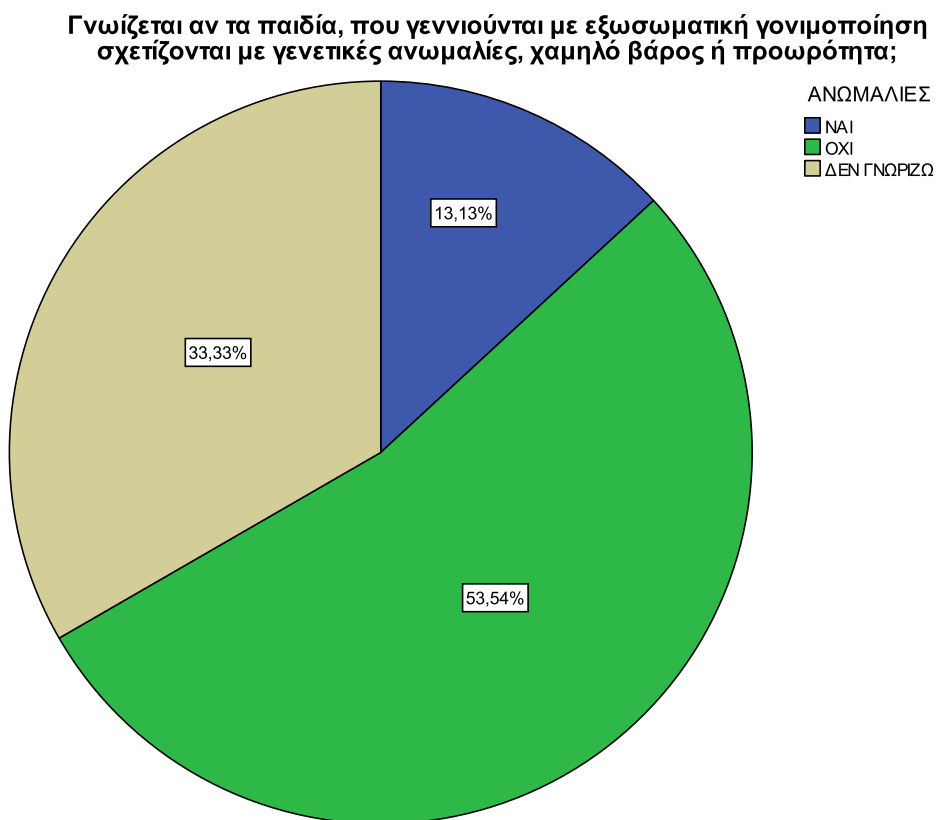
ΣΧΗΜΑ_5

Το επόμενο ερώτημα τη έρευνας αφορούσε το αν γνωρίζουν πιο το κόστος για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Το 67,7% απάντησε καταφατικά, το 22,2% αρνητικά ενώ δεν γνώριζε κάτι πάνω στο ερώτημα 10,1%.



ΣΧΗΜΑ_6

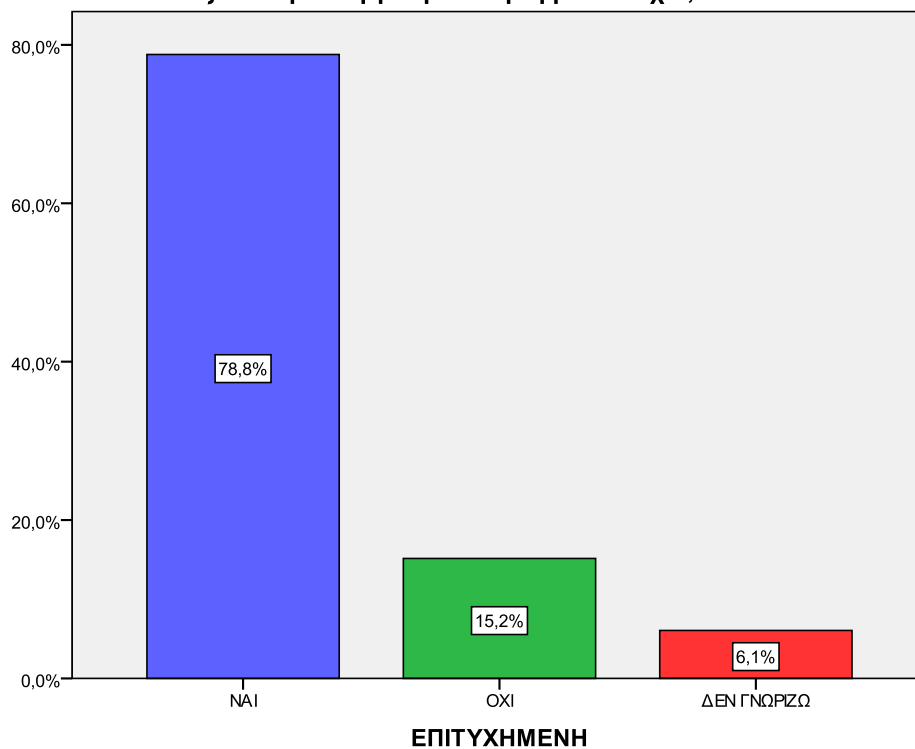
Στην προσπάθεια να προσδιορίσει αν η εξωσωματική γονιμοποίηση σχετίζεται με γενετικές ανωμαλίες. Το 53,54% δεν πιστεύει πως η εξωσωματική σχετίζεται με γενετικές ανωμαλίες, αντίθετη άποψη εξέφρασε το 13,13% και άγνοια δήλωσε το 33,33%.



ΣΧΗΜΑ_7

Το επόμενο ερώτημα έχει να κάνει με το αν υπάρχει ζευγάρι στο κοινωνικό περίγυρο των ερωτηθέντων που να έχει καταφύγει στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Το 78,8% δήλωσε πως γνωρίζει ζευγάρια. Το 15,2% πως δεν γνωρίζει, ενώ το 6,1% δήλωσε πως δεν γνωρίζει .

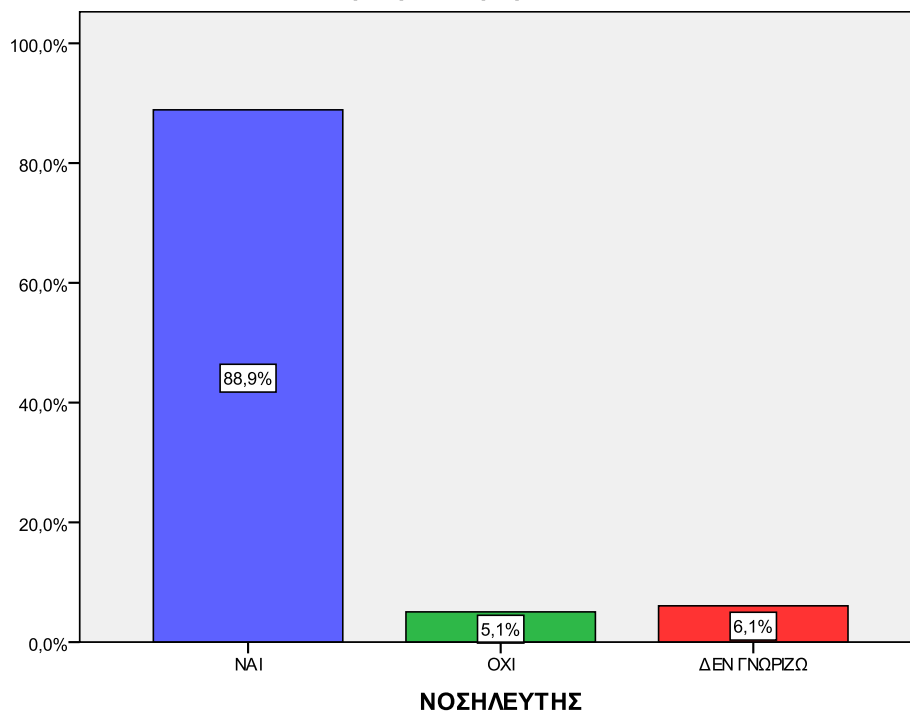
Γνωρίζετε κάποιο ζευγάρι από τον κοινωνικό σας περίγυρο που ακολούθησε εξεσωματική γονιμοποίηση με επιτυχία;



ΣΧΗΜΑ_8

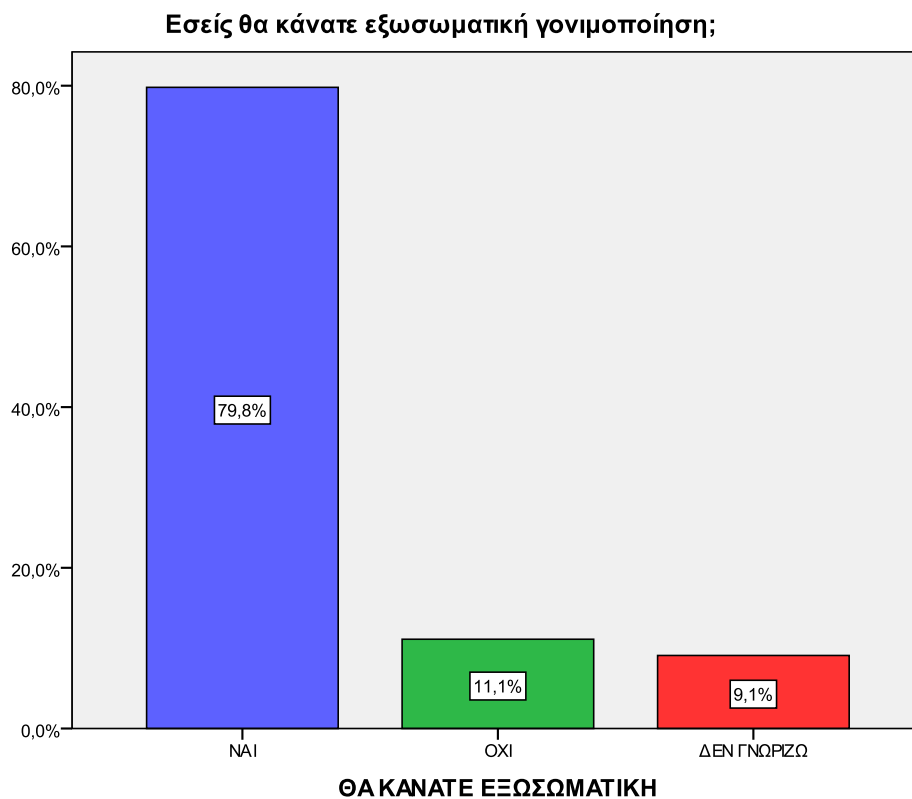
Στην ερώτηση αν η συμβολή του νοσηλευτή/ρια και η παρουσία του μπορεί να έχει μια πιθανή απόφαση για προσφύγηστην εξωσωματική γονιμοποίηση. Το 88,9% δήλωσε ότι θα έχει υποστηρικτικό και συμβουλευτικό ρόλο. Το 5,1% δήλωσε ότι δεν μπορεί να έχει έναν τέτοιο ρόλο ο νοσηλευτής/ρια και τέλος ένα 6,1% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει.

Θεωρείτε ότι ένας νοσηλευτής/ρια μπορεί να έχει συμβουλευτικό/υποστηρικτικό ρόλο για ένα ζευγάρι που επιχειρεί να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση;



ΣΧΗΜΑ_9

Κλείνοντας της ερευνά, θέσαμε το ερώτημα αν θα κατέφευγαν οι ερωτώμενες του δείγματος σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Το 79,8% δήλωσαν θετικές σε μια τέτοια προοπτική, ενώ αντίθεση άποψη εξέφρασε το 11,1% και ένα ποσοστό 9,1% δεν ξέρει αν θα κατέφευγε στην εξωσωματική γονιμοποίηση.



ΣΧΗΜΑ_10

Συμπεράσματα

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε γνώστης σε ποσοστό 98,99% της μεθόδου της εξωσωματική γονιμοποίησης στο ίδιο ποσοστό γνωρίζουν και τους λόγους που κάποια ζευγάρια καταφεύγουν σε αυτή την μέθοδο.

Η γνώση αυτή προέρχεται κατά 48,5% από βιβλία και το σχολικό περιβάλλον ενώ σε μικρότερα ποσοστά 24,2% & 27,3% ανέφεραν ως πηγές γνώσης το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τα Μ.Μ.Ε αντίστοιχα.

Στο κατά πόσο θεωρείτε ότι η σύλληψη πρέπει να είναι επακόλουθο μίας νόμιμη πράξης, το 62,6% θεωρεί ότι δεν θα πρέπει να συνεπάγεται αυτής απαραίτητα. Ενώ ένα 36,4% θεωρεί ότι η σύλληψη πρέπει να γίνεται με νόμιμη σεξουαλική πράξη.

Στο αν είναι ηθική πράξη η εξωσωματική γονιμοποίηση, το μεγαλύτερο ποσοστό 90% δήλωσε ότι τη θεωρεί ηθική.

Όσον αφορά το κόστος μια τέτοιας ενέργειας 67,7% δήλωσε ότι γνωρίζει το κόστος και το 22,2% δήλωσε πως δεν γνωρίζει.

Στο ερώτημα αν η εξωσωματική γονιμοποίηση προκαλεί γενετικές ανωμαλίες το 33,33% δήλωσε πως πιστεύει πως προκαλεί και πως δεν προκαλεί το 53,54% και ότι δεν γνωρίζει αν είναι υπεύθυνη η μέθοδος για γενετικές ανωμαλίες το 13,13%.

Μεγάλο ήταν το ποσοστό κοντά στο 80% όπου γνωρίζουν ζευγάρια που έχουν προσφύγει στην εξωσωματική γονιμοποίηση.

Θετική γνώμη για ο συμβουλευτικό και υποστηρικτικό/συμβουλευτικό ρόλο του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην απόφαση για να προχωρήσει ένα ζευγάρι στην εξωσωματική γονιμοποίηση εξέφρασε σχεδόν η πλειοψηφία του δείγματος μας σε ποσοστό 90% περίπου.

Τέλος σχεδόν το 80% των γυναικών δήλωσαν ότι θα προσέφευγαν στην εξωσωματική γονιμοποίησης .

Να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι σε παρόμοια έρευνα που έχει διεξαχθεί από τον ελληνικό ερυθρό σταυρό στην Αθήνα, το 2012, το αποτέλεσμα της έρευνας καταδείκνυε ότι στην Ελληνική κοινωνία δε θεωρείται ηθικά αποδεκτή η εξωσωματική γονιμοποίηση, όταν αυτή εφαρμόζεται εκτός γάμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αραβαντινός.Ι.Διονύσιος, 1989, *''Μαιευτική''*, Αθήνα, Παρισιάνος.

Γεωργακόπουλος.Π, 1993, *''Επίτομη μαιευτικής γυναικολογίας και νοσηλευτικής''*, Αθήνα, Παρισιάνος.

Καρπάθιος.Σ.Ε, 1988, *''Βασική μαιευτική περιγενετική ιατρική και γυναικολογία''*, Αθήνα, Γιανακόπουλος.

Μιχαλάς.Στυλ, 2000, *''Επίτομη μαιευτική και γυναικολογία''*, Αθήνα, Παρισιάνος.

Πολυσίδου.Ε, 1989, *''Το βιβλίο της γυναίκας και του άνδρα''*, Θεσσαλονίκη, Κυριακίδης.

Shapiro.J.Pamela, 2001, *''Μαιευτική και γυναικολογική νοσηλευτική''*, Αθήνα, Ελλήν.

Τζαφέττας.Ι.Μ, 1996, *''Εξωσωματική γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή''*, Θεσσαλονίκη, Μανουσάκης.

http://www.gynfert.gr/services.php?lang=el&services_submenu=fertility_invitro&services_submenu2=fertility_invitro2, 20/12/2012).

<http://www.womenshealthcenter.gr/?action=pagesection.display§ionID=133>, 20/12/2012).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Θέμα:

“Στάσεις και απόψεις των γυναικών για την εξωσωματική γονιμοποίηση και νοσηλευτική παρέμβαση”

Τι ηλικία έχετε;

Σε ποια πόλη μένετε;

Τι εκπαίδευση έχετε ολοκληρώσει;

Με τι ασχολείστε επαγγελματικά;

1. Γνωρίζετε τι είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

2. Ξέρετε για ποιούς λόγους χρησιμοποιείται η εξωσωματική γονιμοποίηση;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

3. Από πού γνωρίζετε για την εξωσωματική γονιμοποίηση;

Βιβλία/σχολείο Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Μ.Μ.Ε

4. Πιστεύετε ότι η σύλληψη θα πρέπει να είναι συνεπακόλουθο μίας νόμιμης σεξουαλικής πράξης;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

5. Θεωρείτε ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια ηθική πράξη;
Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
6. Γνωρίζετε για το κόστος της εξωσωματικής γονιμοποίησης;
Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
7. Γνωρίζετε αν τα παιδιά, που γεννιούνται με εξωσωματική γονιμοποίηση
σχετίζονται με γενετικές ανωμαλίες, χαμηλό βάρος ή πρόωροτητα;
Ναί Όχι Δεν γνωρίζω
8. Γνωρίζετε κάποιο ζευγάρι από τον κοινωνικό σας περίγυρο που ακολούθησε
εξωσωματική γονιμοποίηση με επιτυχία;
Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
9. Θεωρείτε ότι ένας νοσηλεύτης/ρια μπορεί να έχει συμβουλευτικό/υποστηρικτικό
ρόλο για ένα ζευγάρι που επιχειρεί να προχωρήσει σε εξωσωματική
γονιμοποίηση;
Ναι Όχι Δεν γνωρίζω
10. Εσείς θα κάνατε εξωσωματική γονιμοποίηση;
Ναι Όχι Δεν γνωρίζω