

**Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Θεσσαλονίκης**

ΣΕΥΠ Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ :

**ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ – ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

κα ΜΑΡΙΑ ΑΒΡΑΜΙΚΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΣΥΜΕΩΝΙΔΟΥ ΕΛΛΑΔΑ – ΕΛΕΝΗ

ΚΕΧΑΓΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

**ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ – ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ
ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

***Ευχαριστούμε την καθηγήτρια μας,
κα Μαρία Αβραμικά
για την πολύτιμη
βοήθειά της, την πρόθυμη συνεργασία
της και το ενδιαφέρον της για αυτή την
εργασία.***

Τριμελής Επιτροπή

Εισηγήτρια : Αβραμικά Μαρία, Καθηγήτρια Εφαρμογών

Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μπελλάλη Θάλεια, Επίκουρος καθηγήτρια

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα	σελ. 5
Εισαγωγή	σελ. 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1	Ανατομία	
	ανδρικών αναπαραγωγικών οργάνων	σελ. 11
1.1.1	Εκσπερμ	
	άτιση	σελ. 11
1.2	Ανατομία γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων	σελ. 12
1.2		.1
	Εξωτερικό γεννητικό σύστημα	σελ. 12
1.2.2	Εσωτερικό γεννητικό σύστημα	σελ. 12
1.3	Ορμόνες που εκκρίνονται κατά τη διάρκεια του φυσικού γεννητικού κύκλου	σελ. 12
1.4	Ωάρια- Σπερματοζωάρια	σελ. 13
1.5	Γονιμοποίηση	σελ. 13
1.6	Η διαδικασία της φυσιολογικής σύλληψης	σελ. 14
1.7	Προϋποθέσεις σύλληψης	σελ. 14

ΚΑΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1	Επιδημιολογία	σελ. 16
2.2	Τι είναι υπογονιμότητα	σελ. 16
2.3	Πιθανότητα φυσιολογικής σύλληψης σε υπογόνιμο ζευγάρι	σελ. 17
2.4	Αίτια υπογονιμότητας	σελ. 18
2.4.1	Αίτια υπογονιμότητας στις γυναίκες	σελ. 18
2.4.2	Αίτια υπογονιμότητας στους άνδρες	σελ. 21
2.5	Ψυχολογικοί λόγοι υπογονιμότητας	σελ. 24
2.6	Διάγνωση	σελ. 25
2.7	Θεραπεία υπογονιμότητας	σελ. 27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- 3.1 Κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγήςσελ. 29
- 3.2 Τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγήςσελ. 29
- 3.3 Εξωσωματική γονιμοποίησησελ. 33
- 3.4 Ερωτήματα που θα θέλατε να θέσετε στο γιατρό σας σχετικά με την
εξωσωματική γονιμοποίησησελ. 34
- 3.5 Τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησηςσελ. 36
- 3.6 Τι προσφέρει σε ένα υπογόνιμο ζευγάρι η εξωσωματική
γονιμοποίησησελ. 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1 Ποσοστά επιτυχίας- αποτυχίαςσελ.41
- 4.2 Ποσοστά επιτυχίας στην Ελλάδα και στην υπόλοιπη Ευρώπησελ. 41
- 4.2.1 Διαφορές της Ελλάδας με την υπόλοιπη Ευρώπησελ. 42
- 4.2.2 Που υστερεί η Ελλάδασελ. 43
- 4.3 Από τι εξαρτάτε η επιτυχία της θεραπείαςσελ. 43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

- 5.1 Κόστος εξωσωματικής γονιμοποίησηςσελ. 48
- 5.2 Κίνδυνοι εξωσωματικής γονιμοποίησηςσελ. 48
- 5.2.1 Κίνδυνοι για τη μητέρασελ. 49
- 5.2.2 Κίνδυνοι για το μωρόσελ. 50
- 5.4 Μελλοντικές προοπτικέςσελ. 53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

- 6.1 Ψυχολογικά ζητήματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγήσελ. 56

6.1.1 Η ψυχολογία της υπογονιμότητας	σελ. 56
6.1.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη διάγνωση της υπογονιμότητας	σελ. 57
6.1.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία της υπογονιμότητας	σελ. 60
6.1.4 Ψυχολογικά προβλήματα κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση	σελ. 62
6.1.5 Εξωσωματική γονιμοποίηση με δότες	σελ. 62
6.1.6 Ψυχολογικές αντιδράσεις ανδρών σε αντιδιαστολή με της αντιδράσεις των γυναικών	σελ. 64
6.1.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης των υπογόνιμων ανδρών και γυναικών	σελ. 66
6.1.8 Ψυχοπαθολογία ασθενών με προβλήματα υπογονιμότητας	σελ. 67
6.1.9 Ψυχολογική παρέμβαση της υπογονιμότητας	σελ. 70
6.1.9.1 Ο ρόλος του υγειονομικού προσωπικού και των κέντρων προσέγγισης της υπογονιμότητας	σελ. 70
6.1.9.2 Ποίοι χρειάζονται ψυχοθεραπευτική παρέμβαση	σελ. 71
6.1.9.3 Θεραπευτικοί στόχοι	σελ. 72
6.1.9.4 Έξι στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας	σελ. 73
6.1.9.5 Θεραπευτικοί μέθοδοι	σελ. 74
6.1.9.6 Προσέγγιση του ζευγαριού με υπογονιμότητα	σελ. 75
6.1.9.7 Χρήσιμες παρατηρήσεις από τα σημάδια που εκπέμπει το σώμα	σελ. 76
6.1.9.8 Τι να πείτε και τι να ΜΗΝ πείτε σε ένα ζευγάρι που έχει πρόβλημα γονιμότητας	σελ. 76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Νομικά ζητήματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	σελ. 79
7.1.1 Νομικά ζητήματα στην εξωσωματική γονιμοποίηση	σελ. 79
7.1.2 Νομοθετική ρύθμιση	σελ. 79
7.1.3 Ο νόμος του υπουργείου Υγείας	σελ. 81
7.2 Βρετανική νομοθεσία	σελ. 83

7.3 Μελλοντικά σχέδια όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη των ατόμων κατά την διαδικασία της εξωσωματική γονιμοποίηση	σελ. 85
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 Ηθική και κοινωνική διάσταση	σελ. 88
8.2 Σύγχρονες ηθικές σκέψεις	σελ. 89
8.3 Οι θέσεις της εκκλησίας της Ελλάδος	σελ. 90
Επίλογος	σελ. 92
Περίληψη	σελ. 94
Βιβλιογραφία	σελ. 95
Παράρτημα	σελ. 98

Εισαγωγή

Η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή αποτελεί τομέα της Μαιευτικής και Γυναικολογίας που γνώρισε τη μεγαλύτερη και ταχύτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Η εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν η γόνιμη σπορά για την εν συνεχεία αλματώδη ανάπτυξη της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής σε μία προσπάθεια να γίνει η θεραπεία της υπογονιμότητας πιο αποτελεσματική και πιο προσιτή για τα περισσότερα ζευγάρια.

Η σύγχρονη αντίληψη πως η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα «των ημερών μας» είναι αβάσιμη, όπως υποστηρίζουν οι επιστήμονες αφού στηρίζεται μόνο σε ενδείξεις. «Δεν υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι υπάρχει αύξηση. Το μόνο που φαίνεται να ισχύει, σύμφωνα με διεθνή αλλά και ελληνικά στοιχεία, είναι πως το 15% -20% των νιόπαντρων ζευγαριών δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδί» υπογραμμίζει ο κ. Μεσήνης. Ωστόσο, η ρύπανση του περιβάλλοντος είναι πιθανόν να αποτελεί ένα επιπρόσθετο παράγοντα. «Η τοξικότητα είναι πιθανό να παίζει ρόλο. π.χ. έχουμε βρει υψηλές συγκεντρώσεις μόλυβδου στο σπέρμα των ανδρών, παρ' όλα αυτά δεν γνωρίζουμε τι επιπτώσεις έχει αυτό στην τεκνοποίηση». Μύθος είναι και η εξήγηση που δίνουν κάποιοι πως η υπογονιμότητα οφείλεται απλώς και μόνο στο γεγονός πως δεν ταιριάζει το ζευγάρι. Αντίθετα, γι' αυτό που είμαστε σίγουροι είναι πως το τσιγάρο, το αλκοόλ αλλά και ο ψυχολογικός παράγοντας –κυρίως το στρες- φαίνεται να δρουν αρνητικά.

Πολλά ζευγάρια, εσφαλμένα, νομίζουν πως η μόνη λύση για το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι η τεχνητή γονιμοποίηση. Αυτό όμως, σύμφωνα πάντα με τους ειδικούς, είναι η ύστατη και η πιο δαπανηρή λύση, η οποία πρέπει να επιλέγεται άμεσα μόνο εάν η γυναίκα έχει ξεπεράσει το 35ο έτος της ηλικίας της (οπότε και τίθεται θέμα ποιότητας ωαρίων). Ο Δημήτρης Λουτράδης (καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών) επισημαίνει: «Η πρώτη ένδειξη για εξωσωματική γονιμοποίηση είναι ο σαλπιγγικός παράγοντας, όταν -για κάποιο λόγο- είναι βουλωμένες οι σάλπιγγες. Δεύτερος είναι ο ανδρικός παράγοντας και τρίτος είναι κοινωνικός: η ηλικία της γυναίκας. Εάν η γυναίκα έχει ξεπεράσει το 35ο έτος της ηλικίας

της, επειδή η πιθανότητα να μείνει έγκυος μειώνεται πολύ, συνιστούμε την εξωσωματική γονιμοποίηση. Διότι έχουμε τη δυνατότητα να βλέπουμε τα ωάρια και σε περίπτωση που η γυναίκα δε μείνει έγκυος, να ξαναπροσπαθούμε αλλάζοντας τη δόση ή τη σύνθεση των φαρμάκων».

Τριάντα χρόνια πέρασαν από την ημέρα που οι Βρετανοί επιστήμονες Robert Edward και Patrick Steptoe κατάφεραν να φέρουν στο κόσμο το πρώτο παιδί του σωλήνα, το 1978, τη Louise Brown. Η επιτυχημένη αυτή διαδικασία αποτέλεσε το ορόσημο, γιατί έδωσε άμεση πρόσβαση στους ανθρώπινους γαμέτες, τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια και κατ' επέκταση στο γενετικό υλικό που φέρουν μέσα τους. Έτσι έγινε δυνατό να μελετηθούν σε βάθος οι μηχανισμοί που διέπουν την ωοθυλακική ανάπτυξη, την ωρίμανση των ωοθυλακίων /ωαρίων και των σπερματοζωαρίων, τη διαδικασία της γονιμοποίησης την πρώιμη εμβρυακή ανάπτυξη, καθώς και την εμφύτευση. Επιπλέον, έδωσε τη δυνατότητα σε χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί, αλλά και σε πολλά ζευγάρια βεβαρημένα με κάποιο γενετικό νόσημα να αποκτήσουν ένα υγιές παιδί. Παράλληλα, όμως, οι σημαντικές αυτές εξελίξεις δημιουργούν τεράστιους ηθικούς, ψυχο-κοινωνικούς και νομικούς προβληματισμούς, που οδήγησαν ορισμένους να μιλούν για δώρο Θεού και άλλους για το κουτί της Πανδώρας.

Διαλέξαμε σαν θέμα εργασίας την Εξωσωματική Γονιμοποίηση, γιατί η υπογονιμότητα είναι ένα πρόβλημα που παρουσιάζει αύξηση στις μέρες μας και χρίζει άμεσης αντιμετώπισης, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με έναν από τους τρόπους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η εργασία επεκτείνεται στις αιτίες και τη θεραπεία της ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας. Επικεντρώνεται στις ψυχολογικές συνέπειες που προκύπτουν στο υπογόνιμο ζευγάρι, στα νομικά ζητήματα που έχουν κατοχυρωθεί καθώς και στα ηθικά διλήμματα και προβλήματα που προκύπτουν από την τεχνητή γονιμοποίηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ανατομία ανδρικών αναπαραγωγικών οργάνων

- Ουροδόχος κύστη
- Ηβική σύμφυση
- Πέος
- Σηραγγώδες σώμα
- Βάλανος
-
- όσθη
- Έξω στόμιο ουρήθρας
- Άνω και κάτω τελεία σιγμοειδούς
- Ορθό εντέρου
- Σπερματοδόχος κύστη
- Προστάτης
- Βολβουρηθρέοι αδένες
- Πρωκτός
- Σπερματικός πόρος
- Επιδιδυμίδα
- Όρχις
- Δαρτός χιτώνας (ΕΙΚ. 2)

(Χατζημπουγιάς 2003)

Π

1.1.1 Εκσπερμάτιση

Η εκσπερμάτιση αποτελεί αντανακλαστικό φαινόμενο το οποίο ελέγχεται από ένα κέντρο που βρίσκεται στην οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Το κέντρο αυτό ενεργοποιείται από το βασικό γενετησιακό κέντρο λόγω της συνεχιζόμενης σεξουαλικής διέγερσης και τελικώς επιφέρει την εκσπερμάτωση. Η διαδικασία της εκσπερμάτωσης διακρίνεται σε δύο φάσεις:

Εξώθηση του σπέρματος: σε αυτή τη φάση προκαλούνται συσπάσεις της επιδιδυμίδας, του προστάτη και του σπερματικού πόρου μεταφέροντας το σπέρμα στον αυλό της ουρήθρας. Παράλληλα, η παλινδρόμηση του

σπέρματος προς την ουροδόχο κύστη αποτρέπεται από την τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστης.

Ιδίως εκσπερμάτιση: σε αυτή τη φάση το σπέρμα εξέρχεται από την ουρήθρα με τις ρυθμικές συσπάσεις του βολβοσηραγωγώδη μυ που προκαλούνται από τον οργασμό. Λόγω των ρυθμικών συσπάσεων η εξακόντιση του σπέρματος από το έξω στόμιο της ουρήθρας γίνεται κατά κύματα.

1.2 Ανατομία γυναικείων αναπαραγωγικών οργάνων

1.2.1 Εξωτερικό γεννητικό σύστημα γυναίκας

Από περιγραφική άποψη το αιδοίο αποτελείται από :

- το εφήβαιο,
- τα μεγάλα χείλη,
- τα μικρά χείλη,
- την κλειτορίδα,
- τον πρόδρομο του κολεού,
- τους βολβούς του προδρόμου
- τους μείζονες αδένες του προδρόμου. (ΕΙΚ. 3)

(Χατζημπουγιός 2003)

1.2.2 Εσωτερικό γεννητικό σύστημα

Το εσωτερικό γεννητικό σύστημα αποτελείτε από :

- ✓ Κόλπος
- ✓ Μήτρα
- ✓ Τράχηλος
- ✓ Σάλπιγγες (ΕΙΚ. 4)
- ✓ Ωοθήκες
- ✓ Ωοθυλάκια

1.3 Ορμόνες που εκκρίνονται κατά τη διάρκεια του φυσικού γεννητικού κύκλου

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου εκκρίνονται ορμόνες από τον υποθάλαμο, την υπόφυση (αδένες που βρίσκονται στον εγκέφαλο) και τις ωοθήκες που προκαλούν την ωρίμανση και τελικά την απελευθέρωση του ωαρίου από την ωοθήκη. Οι ορμόνες αυτές εμφανίζουν μια αρμονική αλληλορυθμιζόμενη σχέση μεταξύ τους, με σκοπό τη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος για να ευοδωθεί η σύλληψη.

Στην αρχή ενός φυσιολογικού γεννητικού κύκλου εκκρίνεται από τον υποθάλαμο η ορμόνη GnRH, η οποία διεγείρει έναν άλλο αδένά- την υπόφυση- για να παραχθούν η θυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) και η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH). Η FSH προάγει την ανάπτυξη των ωοθυλακίων και η LH είναι υπεύθυνη για την τελική ωρίμανση και την ωοθυλακιορρηξία.

1.4 Ωάρια- Σπερματοζωάρια

Ωάρια

Είναι τα γυναικεία γεννητικά κύτταρα (γαμέτες) που φέρουν πάντα το φυλετικό χρωμόσωμα X. βρίσκονται και ωριμάζουν μέσα στα ωοθυλάκια, από όπου ελευθερώνονται με την ωοθυλακιορρηξία. (ΕΙΚ. 5)

Σπερματοζωάρια

Τα ανδρικά γεννητικά κύτταρα (γαμέτες), τα οποία φέρνουν ένα από τα δύο φυλετικά χρωμοσώματα X ή Y, και καθορίζουν έτσι το φύλο του εμβρύου (θηλυκό και αρσενικό αντίστοιχα). Παράγονται στους όρχεις και ο αριθμός τους ανέρχεται φυσιολογικά σε δεκάδες εκατομμύρια ανά εκσπερμάτιση. (ΕΙΚ. 6)

1.5 Γονιμοποίηση

Είναι η ένωση του σπερματοζωαρίου με το ωάριο για τη δημιουργία του εμβρύου. Η γονιμοποίηση σηματοδοτεί τη δημιουργία ενός νέου οργανισμού

και καθορίζει το φύλο του, ανάλογα με τη χρωματοσωμική σύσταση των γαμετών: εάν το ωάριο (X) γονιμοποιηθεί από ένα «θηλυκό» σπερματοζωάριο (X), θα προκύψει κορίτσι (XX), ενώ αν γονιμοποιηθεί από ένα «αρσενικό» σπερματοζωάριο (Y) θα προκύψει αγόρι (XY). (ΕΙΚ. 7)

1.6 Η διαδικασία της φυσιολογικής σύλληψης

Η ανθρώπινη αναπαραγωγή είναι αποτέλεσμα της ένωσης του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Τα ωάρια παράγονται από τις ωοθήκες και τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις.

Από την ένωση τους θα προκύψει το έμβρυο που θα αναπτυχθεί στη μήτρα για να γεννηθεί το παιδί. Εάν υπάρξει σεξουαλική επαφή τις γόνιμες ημέρες, το σπέρμα εναποτίθεται στον κόλπο.

Τα σπερματοζωάρια ξεκινούν τη διαδρομή τους από το έξω τραχηλικό στόμιο, που αποτελεί την πύλη του έσω γεννητικού συστήματος της γυναίκας, ανοικτή κατά τις λίγες γόνιμες ημέρες, και πορεύονται δια μέσου του αυλού του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας προς τις σάλπιγγες. Η σάλπιγγα παραλαμβάνει με την των κροσσών, του ακραίου τμήματός της, το ωάριο το οποίο πρόσφατα απελευθερώθηκε με την ωοθυλακιορρηξία.

Στη σάλπιγγα θα γίνει η γονιμοποίηση του ωαρίου από ένα μόνο σπερματοζωάριο. Το γονιμοποιημένο ωάριο (ζυγώτης) παραμένει στη σάλπιγγα για τις επόμενες 5-6 ημέρες όπου και διαιρείται σε 2,4,8,16 κ.ο.κ. κύτταρα, καθώς η σάλπιγγα το καθοδηγεί προς την κοιλότητα της μήτρας. Στην συνέχεια, με τη μορφή της βλαστοκύστης (που απαρτίζεται από 60-120 περίπου κύτταρα) το έμβρυο μεταναστεύει στην κοιλότητα της μήτρας, εμφυτεύεται στο ενδομήτριο «σύλληψη» και συνεχίζει την ανάπτυξή του.

1.7 Προϋποθέσεις σύλληψης

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν ταυτόχρονα, προκειμένου να επιτευχθεί φυσιολογική σύλληψη είναι:

- Οι σάλπιγγες να είναι διαβατές και λειτουργικές για να παραλάβουν το ωάριο από την σύστοιχη ωοθήκη και να επιτρέψουν στα σπερματοζωάρια να συναντήσουν το ωάριο.

- Το σπέρμα να έχει φυσιολογικές παραμέτρους, δηλαδή τα σπερματοζωάρια να έχουν ικανοποιητικό αριθμό, καλή προωθητική κινητικότητα και ζωτικότητα για να μπορέσουν μερικά από αυτά να φτάσουν στο ωάριο παρακάμπτοντας τα εμπόδια.
- Η δίοδος των σπερματοζωαρίων από τον κόλπο μέχρι τις σάλπιγγες (ωαγωγούς) να είναι ευχερής, με φιλικό κυρίως το περιβάλλον της τραχηλικής βλέννας.
- Να γίνεται ωοθυλακιορρηξία με αποτέλεσμα την απελευθέρωση από το ωοθυλάκιο ώριμου ωαρίου.
- Να υπάρχει σεξουαλική επαφή στις γόνιμες ημέρες.
(Χατζημπουγιάς 2003)

Περίληψη

Η φυσιολογική γονιμοποίηση η οποία οδηγεί στη δημιουργία εμβρύου, επιτυγχάνεται με την ένωση του σπερματοζωαρίου και του ωαρίου. Το σπερματοζωάριο δημιουργείται στο ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα και ελευθερώνεται μέσω της διαδικασίας της εκσπερμάτισης. Το ωάριο, από την άλλη, δημιουργείται στο γυναικείο εσωτερικό αναπαραγωγικό σύστημα και απελευθερώνεται μέσω τη διαδικασία της ωοθυλακιορρηξίας. Παρ' όλα αυτά για μια επιτυχημένη γονιμοποίηση υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες αφορούν τόσο το ανδρικό όσο και το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Επιδημιολογία

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας εμφανίζεται συχνά και είναι διαχρονικό. Διεθνώς το 15% των ζευγαριών αντιμετωπίζουν δυσκολία στη σύλληψη γενικώς ή στη σύλληψη του επιθυμητού αριθμού παιδιών, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.).

Η πιθανότητα σύλληψης σε ένα ζευγάρι που βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία και έχει σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη ή χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων είναι 20% ανά μήνα. Αν αθροίσει κανείς τη μηνιαία πιθανότητα σύλληψης (20%) για 12 μήνες, το ποσοστό σύλληψης φθάνει στατιστικά στο 93% αντί της απλής άθροισης που θα έφτανε το 240%.

Το ποσοστό υπογονιμότητας παραμένει σταθερό με την πάροδο των αιώνων. Έχει καταγραφεί μελέτη σε περιοχή της Αγγλίας, κατά τον 19^ο αιώνα, στην οποία βρέθηκε ότι 1 στους 6 γάμους δεν ήταν αναπαραγωγικός (16%). *(Ελληνική εταιρεία γυναικολογίας- ενδοκρινολογίας, Τεύχος 10, Μέρος 2^ο)*

2.2 Τι είναι υπογονιμότητα

Η υπογονιμότητα ορίζεται ως η αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να αποκτήσει τέκνο έπειτα από τουλάχιστον ενός έτους τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισυλληπτική προστασία. Δεν πρέπει να συγχέεται με την στειρότητα, που είναι η απόλυτη βιολογική αδυναμία τεκνοποίησης (για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε ολική αφαίρεση μήτρας και ωοθηκών αδυνατεί προφανώς να τεκνοποιήσει). Σύμφωνα με τον ορισμό της υγείας, όπως αυτός έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η υπογονιμότητα αποτελεί διαταραχή της υγείας και χρήζει αντιμετώπισης. Η τεκνοποίηση και η δημιουργία οικογένειας θεωρούνται δικαίωμα του κάθε ανθρώπου.

Η υπογονιμότητα ονομάζεται πρωτοπαθής όταν ο υπογόνιμος άνδρας (ή η υπογόνιμη γυναίκα) δεν έχει επιτύχει ποτέ εγκυμοσύνη στο παρελθόν και δευτεροπαθής στην αντίθετη περίπτωση.

2.3 Πιθανότητα φυσιολογικής σύλληψης σε υπογόνιμο ζευγάρι

Η μέση φυσιολογική πιθανότητα επιτυχίας κύησης από ένα γόνιμο ζευγάρι με κανονική σεξουαλική ζωή δεν υπερβαίνει το 20% ανά έμμηνο κύκλο. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο όταν η ηλικία της γυναίκας είναι μικρή (κάτω των 25 ετών), παραμένει περίπου σταθερό μέχρι την ηλικία των 30 και μειώνεται προοδευτικά μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Σε μεγαλύτερες ηλικίες το ποσοστό φυσιολογικής σύλληψης είναι πολύ μικρό, της τάξεως του 5% το πολύ. Περίπου το 50% των φυσιολογικών γόνιμων ζευγαριών επιτυγχάνει κύηση κατά το πρώτο έτος προσπαθειών και 20-35% των ζευγαριών αυτών επιτυγχάνει κύηση κατά το δεύτερο έτος προσπαθειών. Το υπόλοιπο 15% είναι τα υπογόνιμα ζευγάρια.

Με την βοήθεια μαθηματικών μοντέλων έχει καταδειχθεί ότι αθροιστική πιθανότητα τεκνοποίησης για ένα μετρίως υπογόνιμο ζευγάρι προσεγγίζει το 95% στην πενταετία. Πράγματι πολλά ζευγάρια που αποτυγχάνουν επανειλημμένως στην εξωσωματική γονιμοποίηση και αποφασίζουν να σταματήσουν τις προσπάθειες, τεκνοποιούν αργότερα από μόνα τους, όταν δεν το περιμένουν. Επομένως το τυπικό χρονικό όριο των 12 μηνών δεν πρέπει να θεωρείται απόλυτο: εάν ένα ζευγάρι έχει τον χρόνο και υπομονή να περιμένει, η εγκυμοσύνη θα έλθει, έστω και ύστερα από αρκετούς μήνες. Ωστόσο, αυτά προφανώς δεν ισχύουν όταν υπάρχει βεβαιωμένη στειρότητα ενός μέλους του ζευγαριού. Κατά συνέπεια, η λογική αντιμετώπιση είναι να διερευνάται η γονιμότητα μετά από ένα έτος τακτικών απροστάτευτων επαφών και, εάν δεν εντοπίζεται παράγων απόλυτης στειρότητας, το ζευγάρι να περιμένει προκειμένου να αποφύγει την άσκοπη «ιατροποίηση» της δημιουργίας απογόνων. Η φυσική σύλληψη επηρεάζεται από τον ορμονικό έλεγχο, το συγχρονισμό και τη συχνότητα της επαφής καθώς επίσης και τη γενική κατάσταση της υγείας του ζεύγους. Η στειρότητα έχει επιπτώσεις ένα σε επτά ζεύγη και έχει επιπτώσεις και στους άνδρες και στις γυναίκες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των μη γόνιμων ζευγαριών μπορεί να επιτύχει μια εγκυμοσύνη. Μόνο μια μειονότητα των ασθενών ακόμη και με τη θεραπεία θα ήταν ανίκανοι να συλλάβουν.

(<http://www.kosmogonia.gr/03-02-male.htm>)

2.4 Αίτια υπογονιμότητας

Η συχνότητα της υπογονιμότητας είναι σχεδόν η ίδια στους άνδρες και στις γυναίκες. Μετά τον ενδελεχή διαγνωστικό έλεγχο, η υπογονιμότητα παραμένει ανεξήγητη μόνο στην μειονότητα των ζευγαριών. Σε πολύ αδρές γραμμές, η υπογονιμότητα οφείλεται είτε σε φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, είτε σε ορμονικές διαταραχές. Στην Ελλάδα μάλιστα, θεωρείται ότι ο μεγάλος αριθμός αμβλώσεων, καθώς και διάφορες λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος που δεν καταπολεμούνται εγκαίρως και επαρκώς, προκαλούν χρόνιες φλεγμονές και οδηγούν τελικά σε υπογονιμότητα.

2.4.1 Αίτια υπογονιμότητας στις γυναίκες

I. Ανωθυλακιορρηξία

Η διαταραχή της τακτικής, φυσιολογικής ωοθυλακιορρηξίας δηλαδή της ρήξης του ωοθυλακίου και απελευθέρωσης ενός ωρίμου ωαρίου κάθε μήνα, είναι πολύ συχνή αιτία υπογονιμότητας. Το πρόβλημα αυτό συνήθως σχετίζεται με αντίστοιχη διαταραχή των γεννητικών κύκλων της γυναίκας και εκδηλώνεται με έμμηνες ρήσεις άστατες και πολύ αραιές (αραιομηνόρροια) έως την ακραία μορφή της παντελούς απουσίας έμμηνων ρήσεων (αμηνόρροια). Αντίθετα η σταθερότητα και τακτικότητα των φυσιολογικών γεννητικών κύκλων (28 έως 32 ημέρες) κατά συντριπτικό ποσοστό επιβεβαιώνει και την καλή ωοθυλακιορρηξία.

Υπάρχουν δύο μορφές αμηνόρροιας: η πρωτοπαθής που αφορά γυναίκες προχωρημένης εφηβικής ηλικίας στις οποίες ακόμη δεν έχει εμφανιστεί έμμηνος ρήση και η δευτεροπαθής που παρουσιάζεται ξαφνικά σε κάποια φάση της ζωής της γυναίκας η οποία ως τότε έχει εμφανίσει έμμηνο ρήση.

Η αμηνόρροια ή αραιομηνόρροια θα πρέπει να ερευνηθεί και αφού αποκλειστεί το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης (τεστ κυήσεως) πρέπει να γίνουν μία σειρά εξετάσεων όπως ορμονικός προσδιορισμός και υπερηχογραφικός έλεγχος.

Εντούτοις η δυσλειτουργία ωογέννησης μπορεί να εμφανιστεί με τους προφανώς κανονικούς κύκλους. Μερικές φορές οι γυναίκες μπορούν να

παρατηρήσουν αύξηση στην τριχοφυΐα του σώματος και του προσώπου, ακμή, έκκριση γάλακτος από τα στήθη της και άλλα.

Οι διαταραχές ωογένεσης μπορούν να ταξινομηθούν σε:

- Έλλειψη ωογένεσης
- Σπάνια ωογένεση
- Ανεπάρκεια ωχρού σωματίου

Η προ της εμμηνορρυσίας φάση αντιπροσωπεύεται από την περίοδο εκείνη (διάρκειας 14 ημερών) που ξεκινά με την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έμμηνο ρύση. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης ο οργανισμός παράγει ορμόνες όπως οιστρογόνα και προγεστερόνη, προκειμένου να προετοιμάσει το ενδομήτριο ώστε να υποδεχτεί ένα γονιμοποιημένο ωάριο (έμβρυο) και να διασφαλίσει την ανάπτυξή του. Εάν το ωχρό σωματίο της ωοθήκης δε μπορεί να παράγει αυτές τις ορμόνες στα επιθυμητά επίπεδα, προφανώς η επίτευξη και συντήρηση της εγκυμοσύνης δεν είναι πιθανή.

Συχνότητα 20-25%

II. Ορμονικές διαταραχές

- α) υπερπρολακτιναιμία δηλαδή υπερέκκριση της υποφυσιακής ορμόνης προλακτίνη η οποία ρυθμίζει την παραγωγή γάλακτος από τους μαστούς
- β) θυρεοειδοπάθεια με διαταραχές των θυρεοειδικών ορμονών που ρυθμίζουν το βασικό μεταβολισμό και επηρεάζουν σημαντικά τη γενική ορμονική ισορροπία του οργανισμού.

III. Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Πρόκειται για μια συχνή παθολογική κατάσταση που συνδυάζει την πολυκυστική διαμόρφωση των ωοθηκών (όπως αυτή ανιχνεύεται υπερηχογραφικώς) με άλλα χαρακτηριστικά όπως η αραιομηνόρροια, αυξημένη τριχοφυΐα, παχυσαρκία, αυξημένα επίπεδα ανδρογόνων στο αίμα, ακμή και υπογονιμότητα.

IV. Σαλπινγικά προβλήματα

Οι σάλπιγγες διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στη σύλληψη αφού στον εσωτερικό αυλό τους μεταφέρονται και συναντώνται τα γεννητικά κύτταρα (ωάριο και σπερματοζωάρια), ώστε να επιτευχθεί η γονιμοποίηση και η δημιουργία της νέας ζωής, δηλαδή του εμβρύου.

Πρόκειται για όργανα ιδιαίτερα ευαίσθητα που μπορούν να υποστούν σημαντικές βλάβες αν διαταραχθεί η ομαλότητα του βλεννογόνου που καλύπτει

το εσωτερικό τους, αν εμποδιστεί η κινητικότητα τους ή αν αλλοιωθούν οι ανατομικές τους σχέσεις με τις ωοθήκες.

Η βλάβη στις σάλπιγγες μπορεί να μειώσει ή να σταματήσει τη δυνατότητα τους να προσλάβουν το ωάριο και να το κατευθύνουν στο εσωτερικό τους. Επίσης, συμφύσεις γύρω από το σωλήνα μπορούν να διαστρεβλώσουν το σωλήνα ή να μειώσουν την κινητικότητα τους. Η παρεμπόδιση του σωλήνα μπορεί να αποτρέψει τη γονιμοποίηση ή να αυξήσει τις πιθανότητες έκτοπης εγκυμοσύνης. Η σαλπιγγική παρεμπόδιση μπορεί να είναι είτε κεντρική είτε ακραία. Κεντρική όταν η παρεμπόδιση βρίσκεται κοντά στη μήτρα, ενώ ακραία όταν βρίσκεται στους κροσσούς.

Οι περισσότερες γυναίκες δεν γνωρίζουν τη σαλπιγγική βλάβη έως ότου ερευνηθούν για τη στειρότητα. Εντούτοις, μπορεί να έχουν δυνατούς πόνους περιόδου, χρόνιους ή επαναλαμβανόμενους πυελικούς πόνους.

Συχνότητα 15-25%

V. *Προβλήματα στη μήτρα*

Ινομυώματα

Τρυπώνουν στην μήτρα της γυναίκας και την ταλαιπωρούν με έντονους πόνους, ανωμαλίες στην περίοδο αλλά και πρήξιμο στα πόδια, γεννώντας, παράλληλα, μεγάλη ανησυχία κι απορίες. Τα ινομυώματα, όπως λέγονται επιστημονικά τα σφαιρίδια που αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες και ινώδη ιστό, είναι ογκίδια, όχι όμως κακοήθη, που αναπτύσσονται στη μήτρα χωρίς να γνωρίζει κανείς γιατί ακριβώς. Θετική επίδραση στην αύξηση των ινομυωμάτων ή λειομυωμάτων έχουν, πάντως, οι ορμόνες. Όσο για την αντιμετώπισή τους, κάθε περίπτωση έχει και το δικό της τρόπο θεραπείας, που θα συστήσει ο γυναικολόγος.

Ενδομητρίωση

Πρόκειται για μια ασθένεια ύπουλη, επώδυνη και ικανή να επιφέρει ακόμη και μόνιμη στειρότητα. Εάν και σε μερικές γυναίκες δεν προκαλεί κανένα σύμπτωμα, σε άλλες μπορεί να εμφανιστεί με ιδιαίτερη βαρύτητα: γενικά εκδηλώνεται με πολύ επώδυνη έμμηνο ρύση, επεισόδια έντονου κοιλιακού άλγους και δυσπαρευνία δηλαδή πόνο κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών.

Φαίνεται ότι προκαλείται από την εμφύτευση κυττάρων του ενδομητρίου στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Εκεί τα κύτταρα του ενδομητρίου φθάνουν όταν

κατά την έμμηνο ρύση, μέσω σαλπίνγων, ακολουθούν ανάστροφη πορεία προς τα άνω.

Η ενδομητρίωση είναι πράγματι μια σοβαρή ασθένεια όσον αφορά στις επιπτώσεις της στη δυνατότητα σύλληψης: σε πολλές περιπτώσεις, ακόμη κι εάν θεραπευτεί πλήρως η γονιμότητα παραμένει σε κίνδυνο.

VI. *Εχθρότητα της τραχηλικής βλέννας*

Αλλάζει στη συνέπεια και τη σύνθεση με τον εμμηνορροϊκό κύκλο.

Αμέσως πριν από την ωογένεση και κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων γίνεται πολύ υδατώδες και άφθονη για να επιτρέψει στο σπέρμα να κολυμπήσει μέσω αυτής. Μετά από την ωογένεση και κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης, η βλέννα γίνεται παχιά και κολλώδης, η οποία την καθιστά αδιαπέραστη στο σπέρμα. Το σπέρμα μπορεί να μείνει εκεί για μερικές ημέρες. Κατά συνέπεια η βλέννα ενεργεί ως δεξαμενή σπέρματος.

Η τραχηλική εχθρότητα βλέννας είναι η ανικανότητα του σπέρματος να διαπεράσει την τραχηλική βλέννα. Η σημασία της τραχηλικής εχθρότητας βλέννας είναι αμφισβητήσιμη μεταξύ των ειδικών στειρότητας. Τα προβλήματα με την τραχηλική βλέννα δεν προκαλούν συνήθως κανένα σύμπτωμα.

Συχνότητα 1-2%

VII. *Ανεξήγητη στειρότητα*

Η ανεξήγητη στειρότητα ορίζεται ως η αποτυχία να συλλάβει μετά από ένα έτος μη προστατευμένης επαφής. Παρά τις λεπτομερείς έρευνες καμία προφανής αιτία δεν βρέθηκε.

Συχνότητα 10-15% των ζευγαριών.

(<http://www.kosmogonia.gr/00-00-feminfertility.htm>)

2.4.2 Αίτια υπογονιμότητας στους άνδρες

Στο 30% των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας σήμερα είναι υπεύθυνος ο άνδρας και πιο συγκεκριμένα το σπέρμα που παράγει. Παρόλο που η ηλικία του άνδρα δεν θέτει φραγμούς, είναι πολύ πιθανό εξαιτίας γενετικών ή άλλων λόγων να μην μπορεί το σπέρμα του να γονιμοποιήσει φυσιολογικά το ωάριο της συντρόφου του. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε απόφραξη της εξόδου του σπέρματος από τους όρχεις είτε σε χαμηλή παραγωγή σπέρματος από τους όρχεις. Η απόφραξη μπορεί να

είναι γενετική (συνήθως έλλειψη του σωλήνα που οδηγεί το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος), αλλά ενδέχεται να προκληθεί και από μολύνσεις ή τραυματισμούς. Υπάρχει όμως πιθανότητα το σπέρμα να καταστρέφεται σταδιακά και από τη μόλυνση του περιβάλλοντος και κυρίως από τα παράγωγα μεταβολισμού των αγροτικών λιπασμάτων και προϊόντων ραντισμού. Ανακαλύφθηκε πρόσφατα πως, όταν αυτά εισέρχονται στο ανθρώπινο σώμα με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μεταβολίζονται σε γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα), που βέβαια στις γυναίκες δεν έχουν παρενέργειες, στους άνδρες όμως σταδιακά και με τα χρόνια «χαμηλώνουν» το σπέρμα. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που αρκετά ζευγάρια σήμερα αντιμετωπίζουν πρόβλημα και στην απόκτηση δεύτερου παιδιού.

- ❖ *Τρόπος ζωής* : Οτιδήποτε αυξάνει την θερμοκρασία των όρχεων, όπως μεγάλα σε διάρκεια ζεστά μπάνια, επαγγέλματα που απαιτούν πολλές ώρες καθιστικής εργασίας, μπορεί να βλάψουν την παραγωγή σπέρματος. Επιπλέον η κατανάλωση φαρμάκων ή ουσιών όπως αλκοόλ, μαριχουάνα, κοκαΐνη, τσιγάρα, αναβολικά. Μερικά φάρμακα για το έλκος, την υπέρταση, την επιληψία, την κατάθλιψη.
- ❖ *Ορμονικές διαταραχές* : Όπως προβλήματα στον θυρεοειδή, χαμηλά προβλήματα τεστοστερόνης, υψηλή ορμόνη FSH και πλεόνασμα προλακτίνης.
- ❖ *Ανοσολογικά προβλήματα* : Ανοσολογικές αντιδράσεις στο σπέρμα (αυτοανοσία) μπορεί να προκαλέσουν προσωρινή στέρηση. Αντισπερματικά αντισώματα μπορούν να επηρεάσουν το σπέρμα ώστε να μην είναι ικανό να γονιμοποιήσει.
- ❖ *Μολυσματικές ασθένειες*: Η παρωτίτιδα που μπορεί να περάσει κάποιος μετά την παιδική ηλικία καθώς και αφροδίσια νοσήματα όπως βλεννόρροια, χλαμύδια επηρεάζουν την ποιότητα του σπέρματος. Παράλληλα κάποιες μολύνσεις του προστάτη κάνουν το σπέρμα αδύναμο σε αριθμό και κινητικότητα. Και η έκθεση σε χημικά όπως μόλυβδο και αρσενικό καθώς και σε βαφές και βερνίκι επηρεάζουν το σπέρμα.
- ❖ *Σεξουαλική ανικανότητα/σεξουαλικές δυσλειτουργίες*: Πάνω από το 20% των ανδρών έχουν μειωμένη ερωτική διάθεση, ανικανότητα να διατηρήσουν στύση και πρόωρη εκσπερμάτιση. Αυτό μπορεί να είναι

αποτέλεσμα χαμηλού επιπέδου τεστοστερόνης ή άγχος για σεξουαλική επίδοση.

- ❖ *Απόφραξη* : Κάποια προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή μόλυνση μπορεί να προκαλέσει βλάβη του σπερματικού πόρου.
- ❖ *Τραυματισμός των όρχεων*
- ❖ *Κιρσοκήλη* : Διόγκωση του αγγείου μέσα στους όρχεις το οποίο εμποδίζει την σωστή αιμάτωση της περιοχής καθώς και μια αύξηση της θερμοκρασίας. Αν και έχουν υπάρξει πολλές διαφωνίες, πολλοί πιστεύουν ότι είναι μία από τις πιο συνηθισμένες αιτίες υπογονιμότητας και εύκολα μπορεί να θεραπευτεί, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι είναι ένα ανατομικό φαινόμενο χωρίς να πιστεύουν ότι μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην γονιμότητα. Γενικά όμως θα λέγαμε ότι πολύ μεγάλη σε μέγεθος καθώς και επίμονη Κιρσοκήλη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στους όρχεις αν δεν θεραπευτεί. Η επέμβαση που μπορεί να γίνει είναι χειρουργική φραγή ή τοποθέτηση ειδικού μπαλονιού ώστε να σταματήσει τη ροή του αίματος.
- ❖ *Προηγούμενη αγγειοκτομή –στείρωση*: Η στείρωση που μπορεί να κάνει ένας άνδρας είναι συνήθως αναστρέψιμη. Όμως αν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα από τότε που άνδρας έκανε την επέμβαση, είναι δυνατό να μην επέλθει κανονικά η ικανότητα του σπέρματος να γονιμοποιήσει.
- ❖ *Παλίνδρομη εκσπερμάτιση* : Αυτό μπορεί να προέλθει από φάρμακα ή από χειρουργικές επεμβάσεις. Στην περίπτωση αυτή το σπέρμα έχει λάθος κατεύθυνση και η εκσπερμάτιση γίνεται μέσα στην ουροδόχο κύστη. Το σπέρμα είναι δυνατόν να το συλλέξουμε από τα ούρα και να χρησιμοποιηθεί στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.
- ❖ *Προηγούμενες θεραπείες για καρκίνο*:
Η χημειοθεραπεία, ακτινοβολία μπορεί να δημιουργήσει ανωμαλίες στα σπερματοζώαρια και στείρωση. Γι αυτό πριν ξεκινήσει κάποιος μια τέτοια θεραπεία, θα πρέπει να δώσει σπέρμα για κατάψυξη.
- ❖ *Γενετικές ανωμαλίες*: Το σύνδρομο Klinefelter. Τα άτομα με αυτό το σύνδρομο είναι άρρενα στείρα, έχουν μικρούς όρχεις, μερικές φορές εμφανίζουν γυναικομαστία και υστερούν ελαφρώς διανοητικά έναντι των φυσιολογικών. Συνήθως έχουν υψηλό ανάστημα και μακριά

άκρα. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι περίπου 1 στα 1000 άρρενα νεογέννητα. Αποτελεί αποτέλεσμα χρωμοσωμικής ανωμαλίας στο χρωμόσωμα νούμερο 23.

(Ελληνική εταιρεία γυναικολογίας- ενδοκρινολογίας, Τεύχος 10, Μέρος 2^ο, <http://www.kosmogonia.gr/03-02-male.htm>)

2.5 Ψυχολογικοί λόγοι υπογονιμότητας

Όταν οι αιτίες υπογονιμότητας δεν μπορούν να διευκρινιστούν, είθισται να αποδίδεται το πρόβλημα στον ψυχολογικό παράγοντα. Εξάλλου, η προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα αίτια της υπογονιμότητας μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως το πρόβλημα αυτό έχει ψυχολογικές επιπτώσεις αλλά όχι ψυχολογικές αιτίες. Βέβαια, σε περιόδους αυξημένου στρες παρατηρείται η γυναίκα να έχει στον κύκλο της αλλαγές και δυσκολίες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, μεγάλο άγχος ή μια ζωή πολύ ακατάστατη ενδέχεται να την εμποδίσουν να έχει καλή συχνότητα ωορρηξίας. Η ψυχολογία δηλαδή μπορεί να επηρεάσει την ωορρηξία.

Υπάρχουν, κάποιες απόψεις και θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η γονιμότητα ενδέχεται να επηρεαστεί από την αμφιθυμία, με άλλα λόγια την αβεβαιότητα του ζευγαριού σχετικά με το αν πραγματικά θέλει ένα παιδί ή εξαιτίας κάποιας υποσυνείδητης εχθρότητας εκ μέρους ενός από τους δύο. Σύμφωνα όμως με τη συμβουλευτική ψυχολόγο Αμίνα Μοσκώφ, αυτό αποτελεί τον μεγαλύτερο μύθο αναφορικά με τα προβλήματα της υπογονιμότητας, κάτι που ισχύει και για άλλα ιατρικά προβλήματα ή δυσκολίες. «Πράγματι το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να επηρεάσουν τη γενική κατάσταση του οργανισμού μας, αλλά κανένα ιατρικό πρόβλημα δεν μπορεί να αποδοθεί στον ψυχολογικό παράγοντα σε μια σχέση αιτίας-αιτιατού. Οι θεωρίες που υποστηρίζουν κάτι τέτοιο αφορούν υπεραπλουστεύσεις, οι οποίες προσθέτουν μία ακόμα πηγή πόνου στον άνθρωπο. Τέλος, κάτι που πολύ σπάνια αναφέρεται ως παράγοντας δυσκολίας σύλληψης και που όμως συμβαίνει συχνά, είναι ότι τα ζευγάρια που δεν τα πάνε καλά μεταξύ τους δεν έχουν συχνές σεξουαλικές επαφές. Αυτό όμως είναι πρακτικό παρά ψυχολογικό».

2.6 Διάγνωση

Σύμφωνα με τις υποδείξεις του WHO, το ιστορικό υπογονιμότητας πρέπει να λαμβάνεται σε δύο φάσεις: πρώτα εξετάζονται ένα ένα τα μέλη του ζευγαριού και έπειτα εξετάζονται και η δύο μαζί (αυτό επιτρέπει να συζητηθούν ιδιωτικά με τον ιατρό όλα τα θέματα τα οποία κάποιος μπορεί να έχει αποκρύψει από τον σύντροφό του). Το ιστορικό αυτό αποτελεί και τον γνώμονα των κινήσεων για την διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Η εξονυχιστική λήψη και εξέταση του ιστορικού συχνά (σε 25% των περιπτώσεων επαρκεί για να τεθεί διάγνωση. Όταν υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας σε ένα ζευγάρι, είναι καλό να εξετάζεται πρώτος ο άνδρας, διότι η διερεύνηση του ανδρικού παράγοντα είναι εύκολη, φθηνή και ανώδυνη, κυρίως επειδή τα αποτελέσματα της οδηγούν γρήγορα στην διάγνωση. Η διάγνωση της υπογονιμότητας τίθεται από εξειδικευμένο ιατρό (γυναικολόγο, ουρολόγο-ανδρολόγο ή ενδοκρινολόγο, ανάλογα με την περίπτωση). Εκτός από την κλινική εξέταση και την λεπτομερή λήψη του ιατρικού ιστορικού του ζευγαριού, ο διαγνωστικός έλεγχος μπορεί να συμπεριλαμβάνει:
(Καλογερόπουλος 2004)

Διαγνωστικές εξετάσεις στον άνδρα

- i. *Σπερμοδιάγραμμα και Percoll Test:* Με αυτό ελέγχεται ο αριθμός σπερματοζωαρίων ανά κυβικό εκατοστό, η κινητικότητα και η μορφολογία τους. Η λήψη σπέρματος γίνεται είτε στο εργαστήριο μέσω αυνανισμού ή μπορεί ο άνδρας να το φέρει από το σπίτι του στο εργαστήριο. Αυτή είναι η πρώτη και μοναδική εξέταση για τον άνδρα, αλλά και η πιο εύκολη, γι αυτό ο άνδρας θα πρέπει να εξετάζεται πρώτος.
- ii. *Ορμονικός έλεγχος:* FSH, LH, TWH, PRL, TESTOSTERONE
- iii. *Υπερηχογράφημα* προστάται, σπερματοδόχων κύστεων, όρχεων και έγχρωμο Doppler σπερματικών αγγείων.
- iv. *Αιματολογικές εξετάσεις* για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος

Διαγνωστικές εξετάσεις στην γυναίκα

- **Έλεγχος ωορρηξίας:** Εάν οι εξετάσεις στον άνδρα δεν δείξουν κάτι ανησυχητικό, τότε πρέπει η γυναίκα να κάνει με τον γυναικολόγο της έναν έλεγχο ωορρηξίας. Αυτό απαιτεί μερικά ραντεβού και αποσκοπεί στο να παρατηρήσει ο γιατρός πώς αναπτύσσεται το ωάριο. Στη συνέχεια και ανάλογα με το μέγεθος του ωαρίου θα συμβουλεύσει το ζευγάρι να έρθει σε επαφή τις μέρες που εκείνος κρίνει ότι είναι πιο γόνιμες.
- **Διακολπικό υπερηχογράφημα:** Γίνεται σε ένα ραντεβού και κυρίως για τον εντοπισμό ινομυωμάτων στη μήτρα, έλεγχο της ποιότητας του ενδομητρίου και της ωορρηξίας.
- **Υστεροσαλπιγγογραφία:** Γίνεται σε νοσοκομείο από ακτινολόγο με έκχυση σκιαγραφικού υγρού για να εντοπίσει αν οι σάλπιγγες είναι βουλωμένες ή όχι.
- **Υστεροσκόπηση:** Απαιτεί ελαφρά γενική αναισθησία και γίνεται αν ο γιατρός υποψιάζεται ινομύωματα (που φτάνουν μέχρι το εσωτερικό της μήτρας) ή αν έχει ενδείξεις πολύποδα και συμφύσεων του ενδομητρίου (που οφείλονται σε φλεγμονές της μήτρας και συνηθέστερη αιτία τους είναι και πάλι η έκτρωση). Όλα αυτά εντοπίζονται και με το διακολπικό υπέρηχο, αλλά τα βλέπουμε καλύτερα με την υστεροσκόπηση, έχοντας παράλληλα τη δυνατότητα να τα αφαιρέσουμε.
- **Ορμονικές εξετάσεις:** FSH, LH, TSH, PRL, DHEA-S, Δ4
- **Λαπαροσκόπηση:** Εφαρμόζεται από τα μέσα της δεκαετίας του '70 και γίνεται μόνο σε νοσοκομείο με γενική αναισθησία. Πρόκειται για χειρουργική επέμβαση και μέσα από 2-4 μικροσκοπικές τομές με ειδικά εργαλεία διορθώνονται πολλά προβλήματα όπως συμφύσεις σαλπίγγων, ενδομητρίωση, γίνεται αφαίρεση ινομυωμάτων κ.λ.π.
- **Μαστογραφία** σε κάθε γυναίκα πάνω από 35 ετών.
- **Ειδική ιστολογική εξέταση** του ενδομητρίου με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για πινατόδια και ανταπόκριση στην προγεστερόνη ώστε

να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η καλύτερη μέρα για την εμβρυομεταφορά.

Επαναλαμβάνουμε ότι η ορθή διάγνωση είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι αυτή καθοδηγεί την επιλογή της θεραπευτικής στρατηγικής. Διεθνώς διαφαίνεται πλέον η τάση για εξατομικευμένη θεραπεία, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε ζευγαριού. Είναι επομένως χρήσιμο τα ζευγάρια να απευθύνονται σε οργανωμένες ιατρικές Μονάδες, είτε μετά από σύσταση του γενικού τους παθολόγου, είτε του ειδικευμένου επιστήμονα με τον οποίο είχαν την πρώτη τους επαφή, είτε ακόμη και απευθείας. Έτσι το ζευγάρι δεν υποχρεώνεται σε άσκοπες ή πολλαπλές εξετάσεις και σε αποσπασματικές ή ημιτελείς διαγνωστικές διαδικασίες, ενώ μειώνεται και ο χρόνος αναμονής από την διαπίστωση του προβλήματος μέχρι την κατάστρωση του σχεδίου αντιμετώπισης του.

2.7 Θεραπεία της υπογονιμότητας

Για την επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής πρέπει να σταθμιστούν προσεκτικά όλα τα δεδομένα και το ζευγάρι να οδηγηθεί με την βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας, σε μια νηφάλια και καθαρή απόφαση. Παράγοντες όπως η ηλικία της γυναίκας και οι οικονομικές δυνατότητες του ζευγαριού πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ' όψιν, δεδομένου ότι η διάγνωση και η θεραπεία της υπογονιμότητας μπορεί μερικές φορές να αποβεί χρονοβόρος και δαπανηρή. Ανάλογα με την διάγνωση, προσφέρονται διαφορετικές επιλογές. Οι απλούστερες είναι :

- φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμηση λοιμώξεων
- φαρμακευτική αγωγή για την ρύθμιση ή την διέγερση της λειτουργίας των ωοθηκών ή των όρχεων
- χειρουργική επέμβαση για την θεραπεία ανατομικών προβλημάτων του αναπαραγωγικού συστήματος η ενδομητρίωση
- συνδυασμός φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.

(www.gynecology.gr/ivf)

Περίληψη

Η υπογονιμότητα είναι το φαινόμενο που αφορά ολοένα και περισσότερα ζευγάρια, τα οποία επιθυμούν αλλά δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί. Τα αίτια του φαινομένου αυτού ποικίλουν και αφορούν τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες. Η ανωθυλακιορρηξία, οι ορμονικές διαταραχές, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, τα σαλπιγγικά προβλήματα, τα προβλήματα στη μήτρα αλλά και στη βλέννα του τραχήλου είναι τα γυναικεία αίτια υπογονιμότητας. Αντίστοιχα ο τρόπος ζωής, οι ορμονικές διαταραχές, τα ανοσολογικά προβλήματα, η απόφραξη, ο τραυματισμός των όρχεων είναι μερικά από τα ανδρικά αίτια υπογονιμότητας. Πέρα όμως από οργανικά προβλήματα σημαντικό ρόλο στην υπογονιμότητα παίζει και ο ψυχολογικός παράγοντας. Τα ζευγάρια όμως που επιθυμούν να αποκτήσουν το δικό τους παιδί παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για τη θεραπεία της υπογονιμότητας, η οποία αρχίζει με τη διάγνωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Στη χώρα μας τα κέντρα αυτά είναι κατά κύριο λόγο ιδιωτικά και βρίσκονται εντός και εκτός μαιευτηρίων. Η αλήθεια είναι πως ο έλεγχος των ποσοστών επιτυχίας κάθε κέντρου δεν είναι ιδιαίτερα εύκολος, καθώς σπάνια πραγματοποιούνται σχετικές έρευνες, πολύ πιο σπάνια ανακοινώνονται τα αποτελέσματά τους και δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας που να ελέγχει αυτά τα κέντρα. Ο μόνος ίσως τρόπος για να βρεθεί ένα ζευγάρι σε ένα καλό κέντρο είναι να του εμπνέει εμπιστοσύνη ο γιατρός που θα του το συστήσει ή που θα το αναλάβει πηγαίνοντας εκεί. Επίσης, ενδεικτικό της ποιότητας του κέντρου είναι τόσο η ιατρική του ομάδα όσο και η σημασία που δίνεται στη λεπτομέρεια. Ο γιατρός δηλαδή που θα ασχοληθεί μαζί σας θα πρέπει να είναι σχολαστικός και το κέντρο να διαθέτει την απαραίτητη υποδομή, τεχνική αυτογνωσία και συνεχή ενημέρωση πάνω στις ραγδαίες εξελίξεις του χώρου.

3.2 Τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Σήμερα στην υπηρεσία της ολοκλήρωσης και της ευτυχίας σας τίθενται τόσο παλαιότερες μέθοδοι όσο και πιο σύγχρονες και επαναστατικές, που διαρκώς εξελίσσονται και βελτιώνονται παρέχοντας σας μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχούς αποτελέσματος.

Σπερματέγχυση

Με τη φυσική και όχι τεχνητή αυτή μέθοδο γονιμοποίησης ο γυναικολόγος τοποθετεί το σπέρμα του άνδρα μέσα στη μήτρα με μια ειδική σύριγγα. Κάποιες φορές, όταν δεν μπορεί να εντοπιστεί το πρόβλημα υπογονιμότητας, καταφεύγουμε στη μέθοδο αυτή, που τα ποσοστά επιτυχίας της δεν ξεπερνούν το 15-20%.

➤ *Η ομόλογη σπερματέγχυση (IVI- Intrauterine Insemination)*

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

➤ *Η ετερόλογη σπερματέγχυση*

Εδώ εισάγετε στη μήτρα της γυναίκας από το γυναικολόγο με ειδική λεπτή βελόνη σπέρμα δότη δηλαδή άνδρα εκτός γάμου.

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

Ενδείκνυνται, όταν συνηγορούν:

- ✓ Ανεξήγητη στειρότητα
- ✓ Αντί-σπερματικά αντισώματα
- ✓ Οριακή ολιγοασθενοσπερμία
- ✓ Ήπια ενδομητρίωση

(<http://www.kosmogonia.gr /03-02-male.htm>)

Κατάψυξη εμβρύων

Σε αντίθεση με την κατάψυξη ωαρίων, αυτό που σήμερα γίνεται εύκολα και με μεγάλα ποσοστά επιτυχίας είναι η κατάψυξη σπερματοζωαρίων και εμβρύων. Μια γυναίκα δηλαδή μπορεί να προχωρήσει στην κατάψυξη του εμβρύου που θα προκύψει, εφόσον επιλέξει είτε να πάρει σπέρμα από κάποια τράπεζα σπέρματος είτε να χρησιμοποιήσει το σπέρμα του συντρόφου της, αν και αυτός θέλει να αναβάλουν την απόκτηση του παιδιού για αργότερα.

Οι ενδείξεις αφορούν ζευγάρια με απώλεια της αναπαραγωγικής τους ικανότητας. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται κρυοσυντηρημένα έμβρυα, τα οποία οι γονείς προτιμούν να δωρίσουν αντί να τα καταστρέψουν. Πρόκειται για μια γενναία αλτρουιστική πράξη. Η απόφαση ανήκει αποκλειστικά στο ζευγάρι των δοτών. Εάν αποφασίσουν για τη δωρεά, υπογράφουν από κοινού ένα ειδικό έντυπο, στο οποίο δηλώνουν ότι αποποιούνται κάθε δικαιώματος και ότι παραχωρούν τα έμβρυα ανώνυμα και χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα σε άγνωστους λήπτες.

Το ζευγάρι μπορεί να χρησιμοποιήσει τα κατεψυγμένα-κρυοσυντηρημένα έμβρυα για μια μελλοντική κύηση, χωρίς να απαιτείται εκ νέου η φαρμακευτική

διέγερση των ωοθηκών, η ωοληψία, η σπερμοληψία και το εργαστηριακό στάδιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, παρά μόνο η παρακολούθηση και η εμβρυομεταφορά.

Τα ποσοστά επιτυχίας κυήσεων με κρυοσυντηρημένα έμβρυα είναι διεθνώς λίγο χαμηλότερα από εκείνα με νωπά έμβρυα. Αυτό συμβαίνει για τους εξής λόγους:

- α) Τα καλύτερης ποιότητας έμβρυα έχουν ήδη επιλεγεί και μεταφερθεί στην αρχική προσπάθεια και
- β) Γιατί κατά την απόψυξη ενδέχεται να μην επιβιώσουν όλα τα έμβρυα ή να απολέσουν κάποια από τα κύτταρα τους (βλαστομερίδια).

Ωστόσο, αν συνυπολογίσει κανείς τις κυήσεις που επιτυγχάνονται στατιστικά από μία ωοληψία (με τα νωπά και τα κατεψυγμένα έμβρυα), η κρυοσυντήρηση είναι πολύ χρήσιμη μέθοδος, διότι περιορίζει τη συνολική οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση του ζευγαριού.

Η μεταφορά κρυοσυντηρημένων εμβρύων στη μήτρα προγραμματίζεται ώστε το «περιβάλλον» που θα υποδεχθεί το έμβρυο να είναι το κατάλληλο. Ο σχεδιασμός αφορά την επιλογή της ιδανικής χρονικής περιόδου (παράθυρο εμφύτευσης) για να γίνει η εμφύτευση και να προκύψει η κύηση.

Μπορούμε, είτε να ακολουθήσουμε την πορεία ενός φυσικού γεννητικού κύκλου παρακολουθώντας την ωοθυλακιορρηξία, είτε να δημιουργήσουμε έναν φαρμακευτικά ελεγχόμενο κύκλο προσδιορίζοντας τη χρονική στιγμή της εμβρυομεταφοράς.

Η διαδικασία θεωρείται ασφαλής. Όλες οι σχετικές μελέτες, οι οποίες έχουν γίνει σε νεογνά που γεννήθηκαν από κρυοσυντηρημένα έμβρυα, αναφέρονται σε υγιή παιδιά, χωρίς στατιστικά σημαντική αύξηση των συγγενών ανωμαλιών.

Δανεικό σπέρμα

Η αλήθεια είναι πως μετά την ανακάλυψη των μεθόδων ICSI και TESE- που αρκεί έστω και ένα σπερματοζώαριο ώστε να εφαρμοστούν με επιτυχία- έχει περιοριστεί η χρήση του δανεικού σπέρματος από τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας για το οποίο ευθύνεται το σπέρμα του άνδρα. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ειδικές τράπεζες σπέρματος που παρέχουν σπέρμα από ανώνυμο δότη με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και

φυσικά υγιές. Το σπέρμα μπορεί να παραμείνει σε κρυοσυντήρηση θεωρητικά επ' αόριστον. Πρόσφατα αναφέρθηκε κύηση με σπέρμα κατεψυγμένο από 20ετίας. Κατάψυξη σπέρματος προτείνεται:

- Σε κίνδυνο απώλειας της αναπαραγωγικής ικανότητας του άνδρα, σε περιπτώσεις όπως αφαίρεση όρχεων για θεραπευτικούς σκοπούς, προγραμματιζόμενη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία.
- Σε περίπτωση απουσίας του συζύγου την ημέρα της ωοληψίας ή της σπερματέγχυσης.
- Σε χειρουργική λήψη σπέρματος, όταν υπάρχει περίσσεια, ώστε να αποφευχθεί νέα βιοψία σε πιθανή νέα προσπάθεια.
- Σε λήψη σπέρματος με ηλεκτροδιέγερση (περίσσεια)
- Σε δυσκολία σπερμοληψίας για ψυχολογικούς λόγους.
- Σε προοδευτική πτώση των παραμέτρων του σπέρματος.
- Σε επιθυμητή στειροποίηση του άνδρα με απολίνωση του σπερματικού πόρου.

Δανεικό ωάριο

Την ίδια δυνατότητα δανεισμού έχει και η γυναίκα, όταν τα ωάρια της είναι προβληματικά ή όταν δεν παράγει ωάρια λόγω προχωρημένης ηλικίας. Τα δανεικά ωάρια γονιμοποιούνται από το σπέρμα του συντρόφου της με εξωσωματική γονιμοποίηση και εμφυτεύονται στη μήτρα της ή μπορεί και να καταψυχθούν ως έμβρυα. Ο δανεισμός μπορεί να γίνει τόσο από ανώνυμη δότρια όσο και από το συγγενικό περιβάλλον. Επίσης, η δωρεά ωαρίου προτείνεται σε ειδικές περιπτώσεις γνωστών κληρονομικών νοσημάτων που είναι δυνατόν να μεταφερθούν στο παιδί από τη μητέρα.

Δωρήτριες ωαρίων μπορεί να είναι:

- γυναίκες που προσφέρουν τα ωάρια τους, χωρίς αμοιβή, για να τεκνοποιήσει μια άλλη γυναίκα,
- γυναίκες που εντάσσονται οι ίδιες σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης και επιθυμούν να δωρίσουν από την περίσσεια των ωαρίων τους κάποια από αυτά σε μια άλλη γυναίκα.

Η δωρεά μπορεί να είναι μόνον ανώνυμη, σύμφωνα με τον νόμο, και η ηλικία της δωρήτριας δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 35 έτη. Η ανωνυμία της δωρεάς διασφαλίζεται πλήρως.

Στο νόμο προσδιορίζεται επίσης, ως ανώτατο όριο για αποδοχή δωρεάς η ηλικία των 50 ετών, στο πλαίσιο προγραμμάτων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Παρένθετη μητρότητα

Η παρένθετη μητρότητα βρίσκει εφαρμογή μόνο σε ζευγάρια που διαθέτουν φυσιολογικά ωάρια και σπερματοζωάρια, αλλά η γυναίκα δε διαθέτει λειτουργική μήτρα ή δεν είναι δυνατόν να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους. Η γονιμοποίηση γίνεται στο εμβρυολογικό εργαστήριο. Τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, η οποία κυοφορεί και γεννά, χωρίς να έχει καμιά γεννητική συγγένεια με το τέκνο. Μετά τον τοκετό, η παρένθετη μητέρα παραδίδει το παιδί στους γενετικούς του γονείς. Η κυοφορία του εμβρύου ενός ζευγαριού από τρίτη γυναίκα επιτρέπεται με δικαστική άδεια, σύμφωνα με το άρθρο 1458 του Αστικού Κώδικα όπως διατυπώνεται στο Ν.3089/02, υπό την προϋπόθεση να υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία μεταξύ του παραγγέλλοντος ζευγαριού και της γυναίκας που δέχεται να κυοφορήσει (και του συζύγου της, εάν η τελευταία είναι έγγαμος). Πρόκειται για μια πρακτική που εγείρει σοβαρούς ηθικούς προβληματισμούς.

(www.gynecology.gr/ivf, Φιλιππίδης 2004, Πραπαναγιωτίδου 2005)

3.3 Εξωσωματική γονιμοποίηση

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF, *in vitro* Fertilization) είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Η εξωσωματική γονιμοποίηση, όπως το λέει η λέξη, είναι η γονιμοποίηση έξω από το σώμα: αντί δηλαδή η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο να γίνει στο φυσικό περιβάλλον, που είναι η σάλπιγγα της γυναίκας, γίνεται στο εργαστήριο. Είναι ουσιαστικά η παράκαμψη μιας συγκεκριμένης λειτουργίας του οργανισμού, όταν, για διάφορους λόγους, δεν μπορεί να γίνει στο σώμα.

Γι' αυτήν την τεχνική δεν αρκεί ένα μόνο ωάριο- αυτό που κάθε μήνα παράγει φυσιολογικά κάθε γυναίκα- και γι' αυτό κατά την δεύτερη ημέρα της περιόδου της ξεκινά φαρμακευτική αγωγή με σκοπό την πολλαπλή ωορρηξία. Η συλλογή των ωαρίων γίνεται την 13^η ή 14^η ημέρα του κύκλου με πολύ ελαφρά αναισθησία και υπερηχογραφικό έλεγχο. Την ίδια ημέρα ο σύντροφος

της δίνει σπέρμα και γίνεται η γονιμοποίηση στο εργαστήριο, έξω από το σώμα. Δύο με τρεις ημέρες μετά την επίτευξη της γονιμοποίησης γίνεται η μεταφορά 3 ή 4 εμβρύων μέσα στη μήτρα (εμβρυομεταφορά), και σε 11 ημέρες θα ξέρει αν έχει μείνει έγκυος. Τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου κυμαίνονται από 20% και μπορούν να φτάσουν μέχρι και 60%, αλλά αυτό ισχύει μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Από κει και πέρα αρχίζουν να μειώνονται και μετά το 43^ο έτος της ηλικίας της γυναίκας πέφτουν περίπου στο 5%. Γι' αυτό δεν πρέπει η εξωσωματική να θεωρείτε ως η τελευταία, αλλά ως η πιο γρήγορη λύση για να μείνει έγκυος μια γυναίκα που δυσκολεύεται και η ηλικία της δεν της επιτρέπει να χρονοτριβεί. Γενικότερα είναι μία μέθοδος ανώδυνη και η γυναίκα επιστρέφει σπίτι της την επόμενη μέρα, ακολουθώντας βέβαια την απαραίτητη ορμονική φαρμακευτική αγωγή. Αν η όλη προσπάθεια αποτύχει, το ζευγάρι μπορεί να ξαναπροσπαθήσει αλλά μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά με επιτυχία στον άνθρωπο το 1978 από τους Βρετανούς επιστήμονες Robert Edward και Patrick Steptoe.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμόστηκε αρχικά για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας όταν δηλαδή ένα ζευγάρι δεν είχε αποτελέσματα γονιμοποίησης μέσα στους 12-18 μήνες, σε περιπτώσεις δηλαδή όπου οι σάλπιγγες της γυναίκας έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη που δεν επιδέχεται χειρουργική αντιμετώπιση, ή όταν οι σάλπιγγες έχουν αφαιρεθεί χειρουργικά. Σήμερα η εφαρμογή της μεθόδου έχει επεκταθεί στην αντιμετώπιση και άλλων περιπτώσεων, όπως στην υπογονιμότητα ανδρικού παράγοντα, καθώς επίσης και στην αντιμετώπιση της ανεξήγητης υπογονιμότητας. (*Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ»*)

3.4 Ερωτήματα που θα θέλατε να θέσετε στο γιατρό σας:

Αν κάποια στιγμή θελήσετε να επισκεφτείτε έναν ειδικό για θέματα γονιμότητας ή κάποιον εξειδικευμένο γιατρό ώστε να διερευνήσετε τις πιθανότητες να αποκτήσετε παιδί, θα σας βοηθούσε να έχετε μαζί σας κάποιες ερωτήσεις, ώστε να πάρετε όσες απαντήσεις χρειάζεστε από τον ειδικό.

- Γιατί δεν μπορώ/ μπορούμε να κάνουμε παιδί; Είναι φυσιολογικό;

- Τι συμβαίνει σε άλλα άτομα; Εμφανίζεται συχνά αυτό το πρόβλημα;
- Τι μπορώ/ μπορούμε να αλλάξουμε για να βελτιώσουμε τις πιθανότητες μας; Πόσο μεγάλη διαφορά θα επέλθει;
- Πρέπει να αλλάξω το διαιτολόγιό μου;
- Πρέπει να χάσω κιλά;
- Θα πρέπει να παίρνω συμπληρώματα βιταμινών;
- Θα πρέπει να αναζητήσω και εναλλακτικές θεραπείες;
- Θα πρέπει να δω έναν ειδικό; Τι ειδικότητα θα πρέπει να έχει; Τι θα κάνει;
- Είμαι μεγάλος/ η σε ηλικία; Τι πρέπει να κάνω τώρα;
- Όσο αφορά την εξωσωματική γονιμοποίηση: Τι είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση; Πρέπει να κάνω εξωσωματική γονιμοποίηση;
- Ποια η διαφορά μεταξύ ανασυνδυασμένων και μη ορμονών;
- Τι ποσοστά επιτυχίας έχω εγώ με την εξωσωματική γονιμοποίηση;
- Ποια είναι η αλήθεια για τις πολύδυμες εγκυμοσύνες;
- Δουλεύω πλήρες ωράριο, μπορώ να κάνω εξωσωματική γονιμοποίηση και να συνεχίσω να δουλεύω;
- Πόσο πρόκειται να μου κοστίσει;

(http://www.fertilitynews.gr/Greece/concern/Questions_to_Ask_Your_Doctor.jsp)

3.5 Τα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης

A. Προκαταρκτικός έλεγχος

Πριν την έναρξη της θεραπείας, από την πλευρά της γυναίκας πρώτα, απαιτείται ένας ορμονικός έλεγχος για την εκτίμηση της ωοθηκικής λειτουργίας και την επιλογή της κατάλληλης δοσολογίας των φαρμάκων. Επίσης, απαιτείται ένα υπερηχογράφημα μήτρας και ωοθηκών για τον έλεγχο του ενδομήτριου, αλλά και για να ελεγχθεί η ακριβής θέση των ωοθηκών για τη διευκόλυνση της ωοληψίας. Ακόμη, απαιτείται εκτίμηση του τραχήλου με δοκιμασία εικονικής εμβρυομεταφοράς, για να ελεγχθεί η πορεία του τραχηλικού σωλήνα και να αποφευχθούν προβλήματα κατά τη διαδικασία της εμβρυομεταφοράς. Η δοκιμασία εικονικής εμβρυομεταφοράς εξασφαλίζει τη "χαρτογράφηση" του τραχήλου και αυξάνει τις πιθανότητες για ομαλή μεταφορά των εμβρύων στην ενδομητριακή κοιλότητα. Όταν υπάρχουν ενδείξεις για παθολογικές διαταραχές της ενδομητριακής κοιλότητας, είτε υπερηχογραφικά, είτε μετά από υστεροσαλπιγγογραφία, απαιτείται η διενέργεια υστεροσκόπησης, μιας ειδικής ενδοσκοπικής μεθόδου, η οποία επιτρέπει την άμεση οπτική εκτίμηση της κοιλότητας της μήτρας και τη διόρθωση ανατομικών διαταραχών, όπως η παρουσία πολυπόδων και ενδομητρικών συμφύσεων. Από την πλευρά του άνδρα απαιτείται ένα πρόσφατο σπερμοδιάγραμμα εντός των τελευταίων 3 μηνών, το οποίο εκτιμά τον αριθμό, την κινητικότητα και μορφολογία των σπερματοζωαρίων, όπως επίσης και την παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων.

B. Διέγερση ωοθηκών

Σκοπός της διέγερσης των ωοθηκών στη θεραπεία με εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η παραγωγή πολλών ώριμων ωαρίων, σε αντίθεση με το ένα ωάριο που παράγεται κανονικά κάθε μήνα. Για να επιτευχθεί αυτό, η γυναίκα ακολουθεί ειδική ορμονική θεραπεία, η οποία έχει ως σκοπό τη συγχρονισμένη και ομαλή ανάπτυξη πολλών ωαρίων μαζί. Η διάρκεια της θεραπείας από την έναρξη μέχρι το στάδιο της ωοληψίας είναι από 2 έως 4 εβδομάδες, ανάλογα με το πρόγραμμα (πρωτόκολλο) διέγερσης που ακολουθείται. Τα πρωτόκολλα διέγερσης των ωοθηκών διακρίνονται σε μακρά και βραχεία, ανάλογα με τη διάρκεια της ορμονικής θεραπείας που απαιτείται για την παραγωγή ώριμων ωαρίων. Στα μακρά πρωτόκολλα η έναρξη της ορμονικής θεραπείας γίνεται από την 21η ημέρα του κύκλου, ή λιγότερο συχνά από τη 2η ημέρα του κύκλου, και ολοκληρώνεται περίπου 4 εβδομάδες

αργότερα. Στα βραχεία πρωτόκολλα, η έναρξη θεραπείας γίνεται από τη 2η ημέρα του κύκλου και ολοκληρώνεται περίπου 10 - 12 ημέρες αργότερα.

Γ. Παρακολούθηση διέγερσης ωοθηκών

Βασικός σκοπός της παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της διέγερσης των ωοθηκών είναι ο έλεγχος του αριθμού των ωαρίων που αναπτύσσονται. Η παρακολούθηση βασίζεται στην υπερηχογραφική εξέταση των ωοθηκών σε συνδυασμό με την εξέταση αίματος για τον προσδιορισμό των ορμονικών επιπέδων. Ο συνδυασμός αυτός επιτρέπει την έγκαιρη τροποποίηση της δοσολογίας όταν προκύπτει θέμα χαμηλής ή υψηλής απάντησης στην ορμονική θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή χρήση των φαρμάκων ώστε να προκύψει ένας ικανοποιητικός αριθμός ωαρίων, μειώνοντας ταυτόχρονα την πιθανότητα ανάπτυξης υπερδιέγερσης των ωοθηκών. Όταν τα ωοθυλάκια, μέσα στα οποία βρίσκονται τα ωάρια, αποκτήσουν το επιθυμητό μέγεθος, συνήθως 17 - 18 χιλ., δίνεται το τελικό μέρος της ορμονικής θεραπείας για την ωρίμανση και την προετοιμασία για τη συλλογή των ωαρίων. Από την τελευταία ένεση που γίνεται για το σκοπό αυτό μεσολαβούν 34 με 35 ώρες μέχρι τη διενέργεια της ωοληψίας.

Δ. Ωοληψία

Η συλλογή των ωαρίων πραγματοποιείται διακολπικά υπό την καθοδήγηση υπερήχων και υπό ελαφρά νάρκωση (μέθη). Η επέμβαση είναι σχετικά απλή και διαρκεί γύρω στα 10 με 15 λεπτά. Κατά την ωοληψία, γίνεται παρακέντηση όλων των ωοθυλακίων που ανιχνεύονται υπερηχογραφικά και το υλικό της παρακέντησης μεταφέρεται άμεσα στην κλινική προς εκτίμηση και αναζήτηση ωαρίων. Μετά το τέλος της επέμβασης η γυναίκα έχει τη δυνατότητα να ανανήψει σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο όπου και ενημερώνεται για το αποτέλεσμα της ωοληψίας και την πρώτη εκτίμηση των ωαρίων.

Ε. Γονιμοποίηση

Τα ωάρια που προκύπτουν από την ωοληψία, όταν εκδηλώσουν την απαιτούμενη ωρίμανση στη μικροσκοπική εξέταση, αναμιγνύονται με το σπέρμα του άνδρα, το οποίο έχει περάσει από ειδική προετοιμασία στο εργαστήριο για να διευκολυνθεί η γονιμοποίηση των ωαρίων. Η γονιμοποίηση

διαπιστώνεται 18 ώρες μετά την ανάμιξη. Κατά μέσο όρο, το 60 με 70% των ωαρίων θα γονιμοποιηθούν επιτυχώς. Σε περίπτωση που υπάρχουν σοβαρές διαταραχές σπέρματος που αφορούν τον αριθμό και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων εφαρμόζεται η μικρογονιμοποίηση (ICSI), κατά την οποία ένα σπερματοζωάριο τοποθετείται απευθείας στο εσωτερικό του ωαρίου με ειδική μικροσκοπική μέθοδο, προς διευκόλυνση της γονιμοποίησης.

ΣΤ. Εμβρυομεταφορά

Η εμβρυομεταφορά είναι η διαδικασία επανατοποθέτησης των εμβρύων που προκύπτουν από την εξωσωματική γονιμοποίηση στην ενδομητριακή κοιλότητα. Γίνεται συνήθως 2 με 3 ημέρες μετά την ωοληψία, με τη χρήση ενός πολύ λεπτού καθετήρα που εισέρχεται στο εσωτερικό της μήτρας, διακολλικά, υπό την καθοδήγηση υπερήχων. Σε πιο επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει εμβρυομεταφορά των εμβρύων την 5η ημέρα μετά την ωοληψία. Στο στάδιο αυτό το έμβryo έχει εξελιχθεί σε βλαστοκύστη, γεγονός που συνδέεται συνήθως με καλή ποιότητα εμβρύου και υψηλή πιθανότητα εμφύτευσης. Για την εμβρυομεταφορά δεν απαιτείται νάρκωση.

Ζ. Τεστ Κύησης

Δύο εβδομάδες μετά την ωοληψία γίνεται τεστ κύησης με εξέταση αίματος για προσδιορισμό της χοριακής γοναδοτροπίνης, της ορμόνης της εγκυμοσύνης, για να διαπιστωθεί εάν η θεραπεία ήταν επιτυχής. Σε θετικό αποτέλεσμα προγραμματίζεται υπερηχογραφική εξέταση για τον έλεγχο της κύησης, 2 εβδομάδες αργότερα. (www.embryolab.gr)

3.6 Τι προσφέρει σε ένα υπογόνιμο ζευγάρι η εξωσωματική γονιμοποίηση

Η εξωσωματική γονιμοποίηση έχει ως σκοπό να αύξηση τις πιθανότητες σύλληψης ενός υπογόνιμου ζευγαριού. Εφαρμόζεται σε υπογόνιμα ζευγάρια που έχουν υποβληθεί σε άλλες θεραπείες υπογονιμότητας χωρίς επιτυχία ή σε ζευγάρια στα οποία θα υπήρχε δυνατότητα σύλληψης με διαφορετικές μεθόδους.

Περίληψη

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η οποία προσφέρει σε ένα υπογόνιμο ζευγάρι το δώρο ζωής. Αποτελείται από τα εξής επτά στάδια: προκαταρκτικός έλεγχος, διέγερση ωοθηκών, παρακολούθηση διέγερσης ωοθηκών, ωοληψία, γονιμοποίηση, εμβρυομεταφορά και τέλος το τεστ κύησης. Πέρα, όμως, από την εξωσωματική γονιμοποίηση υπάρχουν και άλλες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η σπερματέγχυση, η κατάψυξη εμβρύων, το δανεικό σπέρμα, το δανεικό ωάριο και η παρένθετη μητρότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Μια από τις πιο δύσκολες ερωτήσεις που θα κάνεις όταν αποφασίσεις να πας σε κάποιο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι να σου πούνε τα ποσοστά επιτυχίας. Είναι λοιπόν μία πολύ σημαντική ερώτηση και θέλεις να πάρεις μία σαφή απάντηση, όμως γιατί είναι τόσο δύσκολο να σου δώσουν μία τίμια, σαφή και ειλικρινή απάντηση; Η επιτυχία που μπορεί να έχει μία μονάδα εξωσωματικής μπορεί να φτάσει σε όποιο ποσοστό επιτυχίας θέλει. Όμως η πιο ειλικρινής απάντηση είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες θα αποτύχουν να μείνουν έγκυες από το να επιτύχουν, έτσι απλά.

Το πρόβλημα αυτό, για το αν υπάρχει επιτυχία ή όχι, τίθεται και εξαρτάται από το γεγονός ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι να ερμηνεύσεις τους παράγοντες και τα στοιχεία που συμβάλουν σε κάθε προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση. Το ποσοστό εγκυμοσύνης (το οποίο κυρίως κρίνεται από το θετικό τεστ κυήσεως που θα γίνει ή από την στιγμή που θα ακούσουμε τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου υπερηχογραφικά "Κλινικές Κυήσεως") γίνεται ανά διέγερση ωοθηκών, ανά ωοληψία, ή ανά εμβρύομεταφορά.

Πχ. 200 κύκλοι με 35 τόκους

150 εμβρυομεταφορές		▲		▲	▲	▲
175 επιτυχίες ωοληψίες			▲			
200 κύκλοι	▲					
	17,5%	23%	23%	27%	30%	33%
35 τοκετοί	▼	▼				
40 προχωρημένες εγκυμοσύνες			▼	▼		
45 κλινικές κυήσεις					▼	
50 θετικά τεστ κυήσεως						▼

Άλλοι παράγοντες που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας όταν μιλάμε για στατιστικές, είναι το πρόγραμμα και η πολιτική που έχει το κάθε κέντρο εξωσωματικής, καθώς και ο αριθμός των πελατών του.

4.1 Ποσοστά επιτυχίας – αποτυχίας

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των κύκλων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, για το έτος 2002, με μη κατεψυγμένα ωάρια ή έμβρυα, το 65% των κύκλων αυτών, δεν οδήγησαν σε εγκυμοσύνη. Ένα μικρό ποσοστό 0,7% κατέληξε σε εκτοπική εγκυμοσύνη ενώ λίγο περισσότερο από 36% οδήγησε σε κλινική εγκυμοσύνη.

Οι κλινικές εγκυμοσύνες μπορούν επιπλέον να υποδιαιρεθούν ως εξής:

- α. 19,9% κατέληξε σε μονή εγκυμοσύνη
- β. 12,4% κατέληξε σε πολύδυμη εγκυμοσύνη
- γ. 02,0% κατέληξε σε αποβολή πριν καθοριστεί ο ακριβής αριθμός εμβρύων
- δ. 82, 7% των εγκυμοσυνών οδήγησαν σε γέννηση ζωντανού εμβρύου και αυτά μπορούν να υποδιαιρεθούν ως εξής:
 - A. Γέννηση ενός μόνο εμβρύου 52,7%
 - B. Γέννηση δύο ή περισσότερων εμβρύων 29,0%
 - Γ. 16,4% οδήγησαν σε μη επιθυμητή έκβαση της εγκυμοσύνης
 - Δ. Αποβολές 15,0%
 - Ε. Αμβλώσεις 0,9%
 - ΣΤ. Θάνατος νεογνών 0,5%

Τα αποτελέσματα για το 0,8% των εγκυμοσυνών δεν έχουν γνωστοποιηθεί.

(http://www.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm#usa)

4.2 Ποσοστά επιτυχίας στην Ελλάδα και στην υπόλοιπη Ευρώπη

Το Human Reproduction, ένα από τα πιο έγκυρα έντυπα παγκοσμίως που ασχολούνται με την ανθρώπινη αναπαραγωγή, δημοσίευσε το 1999 τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα και στατιστικές για την εξωσωματική στην Ευρώπη. Τα στοιχεία προέρχονται από 22 ευρωπαϊκές χώρες, και αφορούν σε κύκλους που άρχισαν το 1999. Οι περισσότεροι (60000) έγιναν στην Γερμανία,

ακολουθεί η Γαλλία με 52000 και το Ηνωμένο Βασίλειο με 30000 κύκλους. Στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 6215 κύκλοι. Συνολικά πήραν μέρος 538 κλινικές και εργαστήρια, στα οποία πραγματοποιήθηκαν 258460 κύκλοι.

Από αυτούς, στο 48,5% έγινε κλασική γονιμοποίηση, στο 36,8% ICSI, στο 13,1% μεταφέρθηκαν κατεψυγμένα έμβρυα, ενώ στο υπόλοιπο 1,6% έγινε δωρεά ωαρίων. Συνολικά αντιστοιχούν 3.9 κύκλοι ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 ετών. Το ποσοστό γεννήσεων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κυμαίνεται από 3.6% (Ισλανδία) έως κάτω του 1%. Αναφορικά με το ποσοστό επιτυχίας, αυτό ήταν 24.2% ανά ωοληψία και 27.7% ανά εμβρυομεταφορά.

4.2.1 Διαφορές της Ελλάδας με την υπόλοιπη Ευρώπη

Μεγάλη διαφορά μεταξύ των χωρών υπήρχε στο ποσοστό πολύδυμων κυήσεων. Το ποσοστό δίδυμων κυήσεων κυμαίνεται από 32.5% έως 10.8%, με ανάλογη διακύμανση και για τις τρίδυμες κυήσεις. Οι παραπάνω διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και στο νομικό καθεστώς που ισχύει σε κάθε χώρα, αφού σε αρκετές υπάρχει περιορισμός για το μέγιστο αριθμό εμβρύων που μπορούν να μεταφερθούν. Στην Ελλάδα, όπου δεν ισχύει τέτοιος περιορισμός, ο μέσος αριθμός μεταφερόμενων εμβρύων ανά εμβρυομεταφορά είναι αυξημένος, χωρίς όμως να φαίνεται να υπάρχει ανάλογη αύξηση στο ποσοστό των πολύδυμων κυήσεων.

Συγκεκριμένα, για την Ευρώπη ο αριθμός εμβρύων που μεταφέρθηκαν ήταν :

- α) 11,9%
- β) 39,2%
- γ) 39,6% και
- δ) 9,3%

Τα αντίστοιχα νούμερα για την Ελλάδα ήταν :

- i) 10%,
- ii) 20%,
- iii) 32,2% και
- iv) 39,8%.

Πάντως το συνολικό ποσοστό επιτυχίας στην Ελλάδα είναι μεταξύ των καλύτερων στην Ευρώπη.

4.2.2 Που υστερεί η Ελλάδα

Ένα σημείο που φαίνεται πως υστερούμε είναι στην συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων. Από τα 46 εργαστήρια που λειτουργούν στην Ελλάδα, μόνο 14 πήραν μέρος στην παραπάνω μελέτη. Αυτό το γεγονός υποβαθμίζει την αξία των παραπάνω στατιστικών και υποδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη οργάνωση και θέσπιση ενός νομικού πλαισίου που να καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας των εργαστηρίων στην Ελλάδα. Ευτυχώς, βήματα προς την σωστή κατεύθυνση γίνονται γρήγορα, όπως φαίνεται από την πρόσφατη ψήφιση του νομοσχεδίου για την εξωσωματική γονιμοποίηση από την βουλή στις αρχές του 2003. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα παραπάνω στοιχεία, και υποθέτοντας ότι είναι αντιπροσωπευτικά της συνολικής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα, φαίνεται ότι ο τομέας της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα λειτουργεί αποτελεσματικά. Ένα σημαντικό ποσοστό από τα ζευγάρια που αρχίζουν έναν κύκλο εξωσωματικής επιτυχάνουν μια εγκυμοσύνη, ενώ οι ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως πολύδυμες κυήσεις και σύνδρομο υπερδιέγερσης δεν είναι αυξημένες σε σχέση με άλλες χώρες. Αυτό δείχνει την καλή δουλειά που γίνεται από τους Έλληνες επιστήμονες, γιατρούς και εμβρυολόγους. Αυτό επιτρέπει στους ενδιαφερόμενους γονείς ότι δεν είναι απαραίτητο να καταφύγουν στο εξωτερικό αρκεί να διαλέξουν προσεκτικά το καταλληλότερο κέντρο γι αυτούς. (http://www.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm#usa)

4.3 Από τι εξαρτάται η επιτυχία της θεραπείας

Η κάθε γυναίκα που μπαίνει στο πρόγραμμα μίας μονάδας εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει διαφορετικό ποσοστό πιθανοτήτων ενώ παράλληλα αν υπάρχει μεγάλος αριθμός γυναικών πάνω από 38 ετών, οι πιθανότητες και το ποσοστό επιτυχίας συνολικά θα είναι χαμηλότερο. Συγκεντρωτικά οι πιθανότητες επιτυχίας μιας γυναίκας με βάση την ηλικία είναι :

-22 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 38,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 33,1%

-23 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 47,1%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,9%

-24 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 44,8%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 39,5%

-25 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 43,1%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 37,5%

-26 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 42,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,4%

-27 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 45,8%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 40,1%

-28 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 42,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 37,5%

-29 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 45,5%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 39,6%

-30 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 42,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,6%

-31 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 44,2%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 38,4%

-32 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 43,0%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 37,5%

-33 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 41,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 35,8%

-34 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 39,3%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 33,5%

-35 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 38,2%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 32,6%

-36 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 37,4%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 31,1%

-37 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 33,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 28,2%

-38 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 31,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 24,9%

-39 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 26,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 19,9%

-40 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 23,0%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 16,1%

-41 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 18,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 12,1%

-42 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 15,4%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 09,0%

-43 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 11,5%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 06,3%

-44 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 06,7%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 02,6%

-45 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 02,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 01,1%

-46 χρονών, ποσοστό εγκυμοσυνών 02,9%, ποσοστό γέννησης ζωντανών εμβρύων 00,6%

(http://www.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm#usa)

Περίληψη

Τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν μπορούν διατυπωθούν με ακρίβεια. Αυτό που γνωρίζουμε με σιγουριά είναι ότι τόσο στην Ελλάδα όσο και στην υπόλοιπη Ευρώπη πραγματοποιούνται πολλοί κύκλοι γονιμοποίησης, από τους οποίους όμως ένα πολύ μικρό ποσοστό επιτυγχάνει τη γέννηση ενός παιδιού. Παρόλο που η Ελλάδα υστερεί στη συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων, τα ποσοστά επιτυχίας της είναι μεταξύ των καλύτερων στην Ευρώπη. Τέλος, πολύ σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης παίζει και η ηλικία της γυναίκας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Κόστος εξωσωματικής γονιμοποίησης

Η αλήθεια είναι ότι ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δαπανηρός και είναι δύσκολο να καθορίσουμε το ακριβές κόστος. Κατά προσέγγιση θα μπορούσαμε να πούμε ότι μπορεί να φτάσει τα 3.000 ευρώ. Στο ποσό που θα σας πούνε από το κέντρο δεν συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα. Πρέπει να γνωρίζετε ότι το κόστος των φαρμάκων είναι ανάλογο με την ανταπόκριση που θα έχει η γυναίκα στην διάρκεια της διέγερσης καθώς και στο τι πρωτόκολλο θα ακολουθήσει.

Οι εξετάσεις που υποχρεωτικά γίνονται είναι σπερμοδιάγραμμα (το οποίο γίνεται μόνο μια φορά), μέτρηση οιστραδιόλης και τα υπερηχογραφήματα, οι οποίες μπορεί να συμπεριλαμβάνονται στην αρχική τιμή. Επίσης το κόστος της προσπάθειας θα ανέβει εάν χρειαστεί να γίνει ICSI και κατάψυξη εμβρύων.

Τα κρατικά ταμεία ασφάλισης δυστυχώς καλύπτουν ένα μικρό ποσό για την προσπάθεια, μπορούν όμως να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους των φαρμάκων αφού προσκομίσετε τα ανάλογα δικαιολογητικά που θα σας ζητηθούν.

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνήθως δεν καλύπτουν κανένα ποσό για εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά και πάλι καλό θα είναι να ρωτήσετε τον ασφαλιστικό σας πράκτορα.

Η σημαντική καινοτομία, που φέρνει το νομοσχέδιο για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (2005) έγκειται στο ότι όλα τα ασφαλιστικά ταμεία θα καλύπτουν στο εξής τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. (http://www.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm#usa)

5.2 Κίνδυνοι εξωσωματικής γονιμοποίησης

Οι κίνδυνοι που μπορούν να εμφανιστούν σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης αφορούν τόσο τη μητέρα όσο και το ίδιο το βρέφος.

5.2.1 Κίνδυνοι για τη μητέρα

Παρενέργειες

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

Σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών

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

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

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

Τραυματισμός τραχήλου

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

Πολύδυμες κυήσεις

Με την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ συχνό το φαινόμενο των πολύδυμων κυήσεων αφού τοποθετούνται στην μήτρα μέχρι και 4 έμβρυα. Σε κίνδυνο βρίσκεται η υγεία της μητέρας, καθώς η πολυδυμία έχει επιβαρυντική επίδραση, αυξάνοντας τη συχνότητα προεκλαμψίας, εκλαμψίας, υπέρτασης της κύησης και αιμορραγίας μετά τον τοκετό.
(ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ 2002)

5.2.2 Κίνδυνοι για τα βρέφη

Συγγενείς ανωμαλίες

Σύμφωνα με ευρήματα επιστημονικής μελέτης τα παιδιά που γεννιούνται με εξωσωματική γονιμοποίηση διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να εκδηλώσουν συγγενείς ανωμαλίες σε όργανα όπως δυσμορφίες και προβλήματα στην καρδιά και τους νεφρούς.

Κίνδυνος καρκίνου

Μια πρόσφατη έρευνα από την Ολλανδία έδειξε ότι τα παιδιά που γεννιούνται από τεχνητή γονιμοποίηση πιθανόν να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια συγκεκριμένη μορφή καρκίνου των ματιών. Οι Ολλανδοί

γιατροί εξέτασαν το πρόβλημα όταν διαπίστωσαν μια αυξημένη συχνότητα του ρετινοβλαστώματος το οποίο είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου του ματιού των παιδιών. Στην επιδημιολογική έρευνα που έκαναν διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν μετά από τεχνητή γονιμοποίηση είχαν 5 έως 7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για τον καρκίνο αυτό.

Σύνδρομο Beckwith-Wiedeman

Σε μια άλλη έρευνα εξετάστηκε η σχέση που έχει το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους οργάνων του σώματος και αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης διαφόρων καρκίνων. Σε δεύτερη έρευνα Αμερικανοί γιατροί παρατήρησαν ότι μεταξύ παιδιών που εκδήλωναν το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman στις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρχε αυξημένο ποσοστό παιδιών που γεννήθηκαν με μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης. Συγκεκριμένα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι τα παιδιά από τεχνητή γονιμοποίηση διέτρεχαν 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman. Η μελέτη του DNA των παιδιών αυτών έδειξε ειδικές ανωμαλίες που συνοδεύουν το σύνδρομο.

Πολύδημη κύηση και πρόωρος τοκετός

Οι πολύδυμες κυήσεις είναι κυήσεις υψηλού κινδύνου. Όπως αναφέρθηκε, η μέση διάρκεια κύησης για τις δίδυμες είναι περίπου 36 εβδομάδες και για τις τρίδυμες περίπου 33 εβδομάδες. Τα νεογνά των πολύδυμων κυήσεων έχουν χαμηλό βάρος γέννησης, με μέσο όρο 2.500g για τα δίδυμα και 1.800g για τα τρίδυμα. Το 10% των δίδυμων, το 25% των τρίδυμων και περισσότερο του 50% των τετράδυμων έχουν βάρος γέννησης μικρότερο των 1.500g. Το χαμηλό βάρος γέννησης έχει ως συνέπεια την υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα, ειδικά στις μονοχοριακές κυήσεις. Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι 4,5 φορές μεγαλύτερη των μονήρων στα δίδυμα και 9 φορές μεγαλύτερη στα τρίδυμα.

Ακόμη, στις πολύδυμες κυήσεις παρατηρείται αυξημένη βρεφική θνησιμότητα, καθώς και διπλάσια σχεδόν πιθανότητα σοβαρής νεογνικής αναπηρίας σε σχέση με τις μονήρεις κυήσεις. Η αυξημένη πιθανότητα

επιπλοκών στα νεογνά των πολύδυμων κυήσεων οφείλεται κατά κύριο λόγο στο υψηλό ποσοστό νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης, ως αποτέλεσμα της προωρότητας ή της καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης.

Η προωρότητα ευθύνεται άμεσα για την υψηλή νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα των πολύδυμων κυήσεων, λόγω της μεγάλης πιθανότητας για σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και νεκρωτικής εντεροκολίτιδας. Ακόμα, παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά υπολειπόμενης ανάπτυξης του ενός ή και των δύο εμβρύων, συγγενών ανωμαλιών και επιπλοκών που σχετίζονται με το σύνδρομο υποκλοπής των διδύμων.

Εκτός από την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, οι πολύδυμες κυήσεις συνοδεύονται από σημαντικές οικονομικές, προσωπικές και κοινωνικές επιπτώσεις στην οικογένεια και τα ίδια τα βρέφη. Η οικονομική επιβάρυνση που ακολουθεί τη φροντίδα των παιδιών που είχαν μικρό βάρος κατά τη γέννησή τους, ένας σημαντικός αριθμός των οποίων είναι δίδυμα, συνεχίζεται πολύ μετά το εξιτήριο του νεογνού από τη μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Οι οικονομικές απαιτήσεις που δημιουργούνται από την προωρότητα είναι συνέπεια της νοσηλείας στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης νεογνών, των υψηλών απαιτήσεων σε φάρμακα, οξυγόνο, εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς και της διενέργειας μεγάλου αριθμού απεικονιστικών και άλλου είδους διαγνωστικών εξετάσεων. Το κόστος γίνεται ακόμη μεγαλύτερο λόγω των χρόνιων οφθαλμολογικών προβλημάτων και των αναπτυξιακών δυσκολιών που επιπλέκουν συχνά την προωρότητα. Υπολογίζεται ότι 50% της αύξησης του κόστους, που σχετίζεται με τη φροντίδα παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες, αφορά στην ειδική εκπαίδευση. Η οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας είναι περίπου 4πλάσια, 11πλάσια και 18πλάσια, σε σχέση με τις μονήρεις κυήσεις στις δίδυμες, τις τρίδυμες και τις τετράδυμες και άνω κυήσεις αντίστοιχα. Βεβαίως, τα χρήματα που απαιτούνται για την επάνδρωση και τη λειτουργία των μονάδων εντατικής θεραπείας νεογνών επιβαρύνουν την κοινωνία γενικότερα. Επιπλέον, οι πολύδυμες κυήσεις που επιπλέκονται με πρόωρο τοκετό επιβαρύνουν οικονομικά και ψυχολογικά την οικογένεια, επειδή απαιτείται η μεταφορά της εγκύου ή και των νεογνών σε μεγάλα αστικά κέντρα, που διαθέτουν ειδικές μονάδες εντατικής παρακολούθησης. Ακόμη, η επίπτωση της κατάθλιψης είναι αυξημένη στις μητέρες των διδύμων, γεγονός

που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από τον ιατρό. Η αντιμετώπιση της πολύδυμης κύησης στο νοσοκομείο, φαίνεται ότι συνοδεύεται από υψηλότερο κόστος, σε σχέση με το κόστος ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Τέλος, τα παιδιά που γεννιούνται από πολύδυμες κυήσεις συνοδεύονται από τις μακροχρόνιες συνέπειες των περιγεννητικών επιπλοκών. Η εγκεφαλική παράλυση είναι η συχνότερη ανικανότητα που απαντάται στις πολύδυμες κυήσεις. Τα ποσοστά της εγκεφαλικής παράλυσης αυξάνουν πέντε φορές μεταξύ των διδύμων και δέκα φορές μεταξύ των τριδύμων κυήσεων, σε σχέση με τα υπόλοιπα νεογνά.

(*British Medical Journal* 2002, *The Lancet* 2003, *American Journal of Human and Genetics* 2003)

5.3 Μελλοντικές προοπτικές

➤ Ωρίμανση ωαρίων *in vitro*

Η μέθοδος γνωστή ως IVM (*in vitro* maturation), στοχεύει στην τελική ωρίμανση ανώριμων ωαρίων στο εργαστήριο, με ειδικές τεχνικές, με σκοπό την όψιμη γονιμοποίηση τους. Τα ωάρια αυτά λαμβάνονται κατά την ωοληψία, από παρακέντηση ωοθυλακίων μικρής διαμέτρου. Παραπλήσια μέθοδο αποτελεί στο εργαστήριο πρωτογενών (αρχέγονων) ωοθυλακίων που προέρχονται συνήθως από κατάψυξη τεμαχιδίων ωοθηκικού ιστού, με σκοπό την απομόνωση και τελική ωρίμανση του ωαρίου.

Στην πρώτη περίπτωση, η καλλιέργεια διαρκεί λίγες ημέρες, ενώ στη δεύτερη απαιτούνται ειδικά συστήματα παρατεταμένης καλλιέργειας. Και στις δύο περιπτώσεις, ο απώτερος στόχος είναι να προκύψουν ώριμα ωάρια, ικανά να γονιμοποιηθούν.

Η μέθοδος αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη προοπτική στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (ΙΥΑ), ιδιαίτερα για ορισμένες ειδικές ομάδες γυναικών (για παράδειγμα, γυναίκες που επιθυμούν να διασφαλίσουν τη γονιμότητα τους σε νεαρή ηλικία, μέσω της κρυοσυντήρησης ωοθηκικού ιστού και να τεκνοποιήσουν αργότερα στη ζωή τους). Προς το παρόν, η εφαρμογή της μεθόδου θεωρείται πειραματική και η αποτελεσματικότητά της είναι περιορισμένη. Άμεσοι στόχοι των ερευνητικών ομάδων στην IVM είναι η βελτίωση των τρόπων συλλογής των ωαρίων από τα μικρά ωοθυλάκια, των

τεχνικών καλλιέργειας τους και η διασφάλιση ότι τα ωάρια που ωρίμασαν με τη μέθοδο αυτή είναι φυσιολογικά.

➤ *Κρυοσυντήρηση βλαστικών κυττάρων*

Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον πολλών ερευνητικών ομάδων έχει εστιαστεί στην ικανότητα που έχουν ορισμένα εμβρυικά κύτταρα υπό συνθήκες καλλιέργειας, τόσο να πολλαπλασιάζονται όσο και να διαφοροποιούνται (εξεισώνονται) και να δίνουν γένεση σε διάφορους ιστούς του οργανισμού. Τα εμβρυικά βλαστικά κύτταρα εντοπίζονται στην έσω κυτταρική μάζα του εμβρύου στο στάδιο της βλαστοκύστης.

Πειραματικά δεδομένα έχουν δείξει τη δυνατότητα καθοδήγησης των κυττάρων αυτών κατά την καλλιέργεια, έτσι ώστε να διαφοροποιηθούν προς αιμοποιητικά κύτταρα, νευρώνες, ηπατοκύτταρα και κύτταρα του μυοκαρδίου. Οι εξελίξεις στον τομέα αυτό αποτελούν μεγάλη επιστημονική πρόκληση, γιατί θέτουν τη βάση για νέες θεραπευτικές προοπτικές πολλών νοσημάτων.

Άλλωστε, ήδη, τα πολυδύναμα βλαστικά κύτταρα του αίματος του ομφάλιου λώρου των νεογνών, είναι δυνατόν να απομονωθούν και να καταψυχθούν, με την προοπτική για μελλοντική μεταμόσχευση και θεραπεία παθήσεων του αίματος.

➤ *Κρυοσυντήρηση ωοθηκικού ιστού*

Η μέθοδος προφυλάσσει τη γυναικεία αναπαραγωγική ικανότητα όταν αυτή αποτελείται από τις εφαρμοσμένες θεραπείες για κακοήθη νοσήματα και μπορεί να αποκαταστήσει μελλοντικά τη φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία.

Τμήμα των ωοθηκών που περιέχει πολλά άωρα ωοθυλάκια αφαιρείται με λαπαροσκοπική χειρουργική τεχνική ή λαπαροτομία και καταψύχεται σε Τράπεζα Κρυοσυντήρησης.

Έτσι, παρέχονται οι εξής μελλοντικές προοπτικές:

- Ωρίμανση *in vitro* των πρωτογενών ωοθυλακίων και των ανώριμων ωαρίων μέχρι να φθάσουν στο στάδιο του ώριμου ωαρίου και να καταστούν ικανά να γονιμοποιηθούν με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

- Αυτόλογη μεταμόσχευση, δηλαδή επανατοποθέτηση του ιστού στη γυναίκα, με σκοπό την αποκατάσταση της ωθηκικής λειτουργίας, άρα και της γονιμότητας.
- Ετερόλογη μεταμόσχευση, δηλαδή μεταμόσχευση του ιστού σε άλλη γυναίκα που έχει χάσει την αναπαραγωγική της ικανότητα.

Η κατάψυξη ωθηκικού ιστού είναι αποδεκτή διεθνώς, αλλά η λειτουργικότητα του μετά από μεταμόσχευση βρίσκεται υπό μελέτη. Οι πρόοδοι είναι όμως συνεχείς και παρέχουν ελπίδα για τεκνοποίηση λ.χ. σε νέες ασθενείς με καρκίνο, που θεραπευμένες θα εκδηλώσουν επιθυμία να αποκτήσουν το δικό τους παιδί αργότερα.

➤ *Μεταμόσχευση ωθηκικού ιστού*

Τμήμα ωθηκικού ιστού που καταψύχθηκε σε Τράπεζα Κρυοσυντήρησης μπορεί να επανατοποθετηθεί στο σώμα της γυναίκας από την οποία ελήφθη (αυτόλογη μεταμόσχευση) μετά την οριστική θεραπεία της από την κακοήγη νόσο. Όταν η θέση τοποθέτησης του μοσχεύματος είναι η ανατομική θέση της ωθήκης, η μεταμόσχευση ονομάζεται ορθοτοπική. Αν αφορά άλλο σημείο του σώματος ονομάζεται ετεροτοπική. Στην ετεροτοπική ένα μικρό τεμάχιο ωθήκης είναι δυνατόν να μεταμοσχευτεί σε κάποια θέση πιο βολική από την ανατομική θέση της ωθήκης (π.χ. υποδόρια), οπότε η συλλογή ωαρίων από τα ωθυλάκια, τα οποία ωριμάζουν ύστερα από φαρμακευτική διέγερση, διευκολύνεται σημαντικά. Τα πειραματικά δεδομένα έχουν καταδείξει τη δυνατότητα ανάκτησης της ωθηκικής λειτουργίας τουλάχιστον για κάποιο διάστημα. Η έρευνα αναζητά τους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται τόσο με την επανεμφάνιση της λειτουργίας του ωθηκικού ιστού όσο και με την αποκατάσταση της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας. Τόσο η αυτόλογη όσο και η ετερόλογη μεταμόσχευση ωθηκικού ιστού προτείνεται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις, μετά από γνωμοδότηση ομάδας αρμοδίων επιστημόνων. (www.eugonia.com, Σύρρου Αθήνα 2001)

Περίληψη

Το κόστος είναι ένα από τα αρνητικά της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Πέρα όμως από αυτό υπάρχουν και οι κίνδυνοι που μπορούν να εμφανιστούν σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης και αφορούν τόσο τη μητέρα όσο και το ίδιο το βρέφος και μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο. Μελλοντικές προοπτικές έρχονται να ενισχύσουν το έργο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Ψυχολογικά ζητήματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

6.1.1 Η ψυχολογία της υπογονιμότητας

Είναι σημαντικό να ερμηνεύσουμε 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.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιών είναι περίπλοκη, καθώς εμπλέκει μια σειρά συνειδητών και ασυνείδητων κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους να αναπαράγονται, και κάτω από τις πλέον αντίξοες συνθήκες όπως για παράδειγμα στη διάρκεια πολέμων ή λοιμών.

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με την συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής. Εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μία μορφή αθανασίας. Ένας υποψήφιος δότης σπέρματος έλεγε: «Να έχει κανείς παιδιά είναι παρηγοριά, είναι χαρά, είναι τρυφερότητα. Πεθαίνουμε αργότερα όταν έχουμε γίνει γονείς, δεν πεθαίνουμε μόνοι. Η εργασία μας αποκτά νόημα, γιατί τα οφέλη που αποκομίζουμε προορίζονται για κάποιον, το παιδί είναι προέκταση του εαυτού μας. Μπορεί και να υποδηλώνει ότι θα έχεις κανείς μία υποστήριξη όταν γεράσει. Εγώ έχασα τον πατέρα μου πολύ νέος και επιθυμώ δικαίως να γίνω πατέρας». Από τα λεγόμενα εύκολα συμπεραίνει κανείς πως

ένα μωρό καλείτε να εκπληρώσει και να επανορθώσει τα πάντα, να καλύψει όλα τα κενά, την μοναξιά, την απώλεια.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού πρωτοεμφανίζεται στο κορίτσι γύρω στους δεκαοχτώ πρώτους μήνες της ζωής. Αφετηρία είναι η ταύτιση με την τρυφερή μητέρα της βρεφικής ηλικίας που την ωθεί να επιθυμεί να γίνει και η ίδια μητέρα. Για τους άνδρες η επιθυμία αυτή προέρχεται από μία ταύτιση με τον δικό τους πατέρα.

Σημαντικό στοιχείο στην επιθυμία απόκτησης παιδιών αποτελεί, επίσης, η προσαρμογή στις κοινωνικές και οικογενειακές επιταγές. 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 μια 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.

Μια σύντομη αναδρομή στη μυθολογία καταδεικνύει πως η στειρότητα συσχετιζόταν με τη τιμωρία. Ο Λάιος, βασιλιάς της Θήβας, έλαβε χρησμό από το μαντείο των Δελφών να μείνει άτεκνος. Εκείνος παράκουσε τον χρησμό με αποτέλεσμα να τον φονεύσει ο γιός του Οιδίποδας. Αλλά και στην Παλαιά Διαθήκη η στειρότητα θεωρείται μειονεξία και ταυτίζεται με την τιμωρία. Τα ζευγάρια που αποκτούν πολλά παιδιά θεωρούνται ευλογημένα σε αντίθεση με εκείνα που παραμένουν άτεκνα.

- ❖ Όταν οι προσπάθειες για την απόκτηση ενός παιδιού αποτυγχάνουν, η ζωή «μπαίνει στην αναμονή» και πολλά υπογόνιμα άτομα μένουν σε μια βαθιά αίσθηση ανοχής, αυτοκατηγορίας και ανεπάρκειας. Συχνά παρουσιάζεται μια άκαρπη, αλλά συνεχής ανασκόπηση των γεγονότων του παρελθόντος τα οποία εκλαμβάνονται ως αιτίες που οδήγησαν στην υπογονιμότητα. Ενοχοποιούνται τα ίδια τα άτομα π.χ. στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες έχουν υποστεί έκτρωση ή είχαν μια εξωσυζυγική σχέση, οι ενοχές εντοπίζονται στη πράξη αυτή. (Ωραιοπούλου 2003)

6.1.2 Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη διάγνωση της υπογονιμότητας

Όταν γίνει διάγνωση υπογονιμότητας, ο «ασθενής» βιώνει ένα οξύμωρο πένθος: Για αυτόν πεθαίνει η δυνατότητα δημιουργίας της ζωής. Η διαδικασία αυτή του πένθους μπορεί να κρατήσει από λίγες ημέρες έως δύο- τρεις μήνες ή και περισσότερο. Εξαρτάται από τις συνθήκες, την θέληση που έχει το άτομο για να κάνει παιδί, τους βαθμούς επιτυχίας που έχει στους άλλους τομείς της ζωής του, στο χαρακτήρα και την ιδιοσυγκρασία, στην καλή ή κακή ποιότητα σχέσης που έχει καταρχάς με το σύντροφο και με την ευρύτερη οικογένεια γενικότερα.

Το πρώτο στο στάδιο είναι αυτό του σοκ και της άρνησης. Είναι η περίοδος που αρχίζουν να αναζητούν μια δεύτερη γνώμη ή να αρνούνται την πραγματικότητα (αυτό δε μπορεί να συμβαίνει σε μένα). Μπορεί η γυναίκα να επαναλαμβάνει την εμπειρία ξανά και ξανά (πως το ανακάλυψε, τι αισθάνθηκε όταν της το ανακοίνωσε ο γιατρός, τι φοβάται) να ξεχνά πράγματα και να μην μπορεί να σκεφθεί σωστά.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της σφοδρής επιθυμίας και διαπραγματεύσεως. Η γυναίκα ή ο άνδρας θέλουν αυτό που έχασαν ΑΜΕΣΑ. Διαπραγματεύονται το τι μπορούν να δώσουν για να αποκτήσουν αυτό που θέλουν. Μπορεί η διαπραγματεύση να γίνει με το Θεό (Θεέ μου αν πάω στην εκκλησία, θα με βοηθήσεις να μείνω έγκυος;), με το γιατρό (αν κάνω περισσότερη γυμναστική και αλλάξω τις διατροφικές μου συνήθειες, θα μπορέσω να μείνω έγκυος;), με τις συνθήκες της καθημερινότητας (αν αλλάξω δουλειά, σπίτι, αντιμετώπιση ... θα μείνω έγκυος;). Συχνά αισθάνονται θυμό και λύπη.

Το τρίτο στάδιο είναι το στάδιο της αποδοχής και της κατάθλιψης. Η γυναίκα ή ο άνδρας συνειδητοποιούν την απώλεια. Μπορεί να γίνουν απαθείς και καταθλιπτικοί. Η ενέργειά τους είναι ξοδεμένη και δεν αισθάνονται τίποτα για κανένα πράγμα. Κλείνονται στον εαυτό τους, αποκόπτουν όλες τις γέφυρες επικοινωνίας με το περιβάλλον, κλαίνει συχνά, πιστεύουν ότι τίποτα δεν αξίζει και ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα.

Τέλος το τέταρτο στάδιο είναι αυτό της ανάνηψης, όπου ο άνδρας ή η γυναίκα προσαρμόζονται στην απώλεια. Σταματάνε να ζούνε στο παρελθόν και μέσα σε σενάρια για το τι θα γινόταν αν τα πράγματα ακολουθούσαν τον επιθυμητό δρόμο. Αποδέχονται την πραγματικότητα και ξαναοργανώνουν τη ζωή τους σύμφωνα με τις νέες πραγματικές συνθήκες.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας αποτελεί για το άτομο που την υφίσταται έναν πολλαπλό θάνατο. Συνειδητά ή υποσυνείδητα το άτομο χάνει:

- i. Την αναπαραγωγική του ικανότητα. Η απώλεια είναι σίγουρα σωματική, ψυχολογική αλλά και διανοητική. Το άτομο αισθάνεται κατά κανόνα ευνουχισμένο.
- ii. Την σεξουαλικότητά του, τη θηλυκότητα ή την αρρενωπότητα.
- iii. Τη βιολογική, κοινωνική και οικογενειακή αναγνώριση.
- iv. Τις προσδοκίες που είχε εναποθέσει στη δημιουργία ενός παιδιού.
- v. Την αναμενόμενη μορφή της σχέσης με το σύζυγο. Η ζωή τους με τα παιδιά.
- vi. Η επίτευξη της επιτυχίας. Η μη πραγματοποίηση της τεκνοποίησης ισοδυναμεί με αποτυχία.

Πριν προχωρήσουμε στις ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας δηλαδή της προσπάθειας για την επίτευξη της τεκνοποίησης, πιστεύουμε πως είναι σκόπιμο να παραθέσουμε απόψεις ανδρών και γυναικών με υπογονιμότητα έτσι όπως οι ίδιοι βίωναν αυτήν την εμπειρία.

Η Άννα ανήκει στις χιλιάδες γυναίκες που σοκάρονται όταν ανακαλύπτουν ότι το σώμα τους δεν ακολουθεί τις επιθυμίες τους όταν ακριβώς θέλουν να τις πραγματοποιήσουν.

«Ποτέ δεν μου πέρασε από το μυαλό ότι μπορεί να κάνεις έρωτα τις “επικίνδυνες ημέρες” και να μη μείνεις έγκυος. Στην πραγματικότητα είχα μεγαλώσει με το φόβο αυτών των ημερών. Θεωρούσα την εγκυμοσύνη μια φυσιολογική διαδικασία, που συμβαίνει πάντα όταν το ζευγάρι είναι μαζί την κατάλληλη στιγμή. Όταν είδα ότι αυτό δεν συμβαίνει ... στην αρχή ξαφνιάστηκα. Σαν να ήμουν έξι χρονών και μου ανακοίνωναν ότι δεν υπάρχει Άγιος Βασίλης. Μετά τρομοκρατήθηκα. Το μυαλό μου άρχισε να πλέκει σενάρια ασθενειών και προβλημάτων, που θα τα ζήλευε και ο καλύτερος συγγραφέας. Και μόνο η ιδέα ότι δεν μπορούμε να κάνουμε παιδί παρέλυε.»

Η Καίτη λέει.

«Απλώς μουρμούριζα ξανά και ξανά: Δεν είναι δυνατόν! δεν είναι δυνατόν! Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα. Οτιδήποτε άλλο έλεγε ο γιατρός, δεν το άκουγα. Απλώς είχα κολλήσει στο ότι είχα πρόβλημα και δεν μπορούσα να κάνω παιδί με τον παραδοσιακό τρόπο. Χρειάστηκαν τρεις για να αφήσω την επιστήμη να πάρει στα χέρια της την υπόθεση. Και τι μπορούσα να κάνω για όλα αυτά που αισθανόμουν.»

Τα ίδια συναισθήματα μοιράζεται και η Κατερίνα:

«Όταν μου το ανακοίνωσαν, νόμιζα ότι είχε πεθάνει κάποιο αγαπημένο μου πρόσωπο. Εγώ. Σαν γυναίκα. Ως θηλυκό. Ότι η θηλυκότητά μου είχε σκοτωθεί. Μαζί με τα όνειρα και τις ελπίδες μου.»

Παρόμοια συναισθήματα ένιωσε και ο Τάσος:

«Πάντα πίστευα πως η πατρότητα είναι εύκολη και χαρούμενη υπόθεση. Όταν μου ανακοίνωσαν ότι πάσχω από αζωσπερμία, ο κόσμος κυριολεκτικά έφυγε κάτω από τα πόδια μου. Εγώ ανίκανος να γίνω πατέρας; Ξαφνικά είχα την αίσθηση ότι ήμουν ανίκανος σεξουαλικά. Ότι ήμουν υπόλογος στη γυναίκα μου. Ότι ήμουν κατώτερος. Ότι δεν άξιζα. Από τη μια στιγμή στην άλλη, η αυτοπεποίθησή μου και η πίστη στον εαυτό μου εξαφανίστηκαν από μέσα μου. Αυτόματα στα δικά μου μάτια, έγινα υποδεέστερος ...» (Ωραισπούλου 2003)

6.1.3 Ψυχολογικές επιπτώσεις κατά τη θεραπεία της υπογονιμότητας

Τα στάδια του πένθους ισχύουν για όλες τις απώλειες της ζωής. Έτσι και κατά τη διάρκεια που τα ζευγάρια βρίσκονται σε προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, βιώνουν μια κατάσταση διαδοχικών κύκλων ελπίδας και πένθους. Ελπίδας στη πρώτη φάση του κύκλου όπου ακολουθείται μια θεραπεία π.χ. στη γυναίκα ορμονοθεραπείας, για τη δημιουργία ικανών για γονιμοποίηση ωοθυλακίων και πενθούν στη δεύτερη φάση όταν η θεραπεία αποτυγχάνει. Η αποτυχία επίτευξης της εγκυμοσύνης που επανέρχεται κάθε

μήνα έχει ονομασθεί μηνιαίο πένθος, και βιώνεται σαν το θάνατο ενός βρέφους.

Τα άτομα που μπαίνουν στη διαδικασία εφαρμογής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πολλές φορές αναρωτιούνται, «γιατί μου συμβαίνει εμένα αυτό;», νιώθουν συναισθήματα αδικίας και είναι πολύ πιθανόν να αναπτύξουν θυμό και κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε διάφορα στάδια της θεραπείας τους, καθώς συσσωρεύονται οι απογοητεύσεις. Ίσως είναι προτιμότερο τα ζευγάρια να μην εμπλέκονται σε τέτοιες διερευνήσεις μέχρι όταν είναι έτοιμα να σταματήσουν τελείως κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Οι ερωτήσεις για τους λόγους που έχει κανείς για να γίνει γονιός ενεργοποιούνται από τέσσερις παράγοντες:

- α. Την απειλή μήπως δεν γίνουν γονείς.
- β. Το κόστος των συνεχών θεραπευτικών προσπαθειών.
- γ. Το κοινωνικό στίγμα της στειρότητας.
- δ. Το κοινωνικό στίγμα της διαδικασίας της υιοθεσίας σαν εναλλακτική λύση.

Με την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας, η οποία πάντα εστιάζεται στο σώμα, στα άτομα, τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα, κυριολεκτικά απορροφάται όλο τους το είναι και μπαίνουν σε ένα δρόμο μονομανίας. Τα άτομα που μπαίνουν στη διαδικασία μιας εξωσωματικής γονιμοποίησης ή κάποιας παρεμφερούς διαδικασίας μοιάζουν πάρα πολύ με τα άτομα που είναι εθισμένα στα τυχερά παιχνίδια. Πιστεύουν ότι αυτή τη φορά μπορεί να μην ήταν τυχερή, αλλά την επόμενη σίγουρα θα γυρίσει η τύχη και θα κερδίσουν (το παιδί). Το αποτέλεσμα είναι ότι κάθε «αποτυχία» θεραπεία δημιουργεί το μηνιαίο πένθος (που περιγράψαμε παραπάνω), που δρα αθροιστικά και συσσωρευτικά στο ήδη υπάρχον πένθος της υπογονιμότητας. Όσο δε προχωρά η θεραπεία και δεν υπάρχουν θετικά αποτελέσματα, τόσο περισσότερο:

- ❖ Αυξάνεται η κατάθλιψη.
- ❖ Αυξάνεται η μονομανία για την επιτυχία των παιδιών και η ανάγκη για μυστικότητα γύρω από τις θεραπείες.
- ❖ Αυξάνεται η απομόνωση. Η γυναίκα και ο άνδρας είναι αναγκασμένοι να «τρέχουν» απίθανες ώρες για τις εξετάσεις αίματος, υπερήχους κ.τ.λ. ενώ η κατάθλιψη και η μονομανία περιορίζουν σταδιακά τα ενδιαφέροντά τους και τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Η μυστικότητα δε τους

εμποδίζει να έρχονται σε επαφή με τους φίλους, για να μην αντιληφθούν αυτοί τι ακριβώς συμβαίνει.

- ❖ Ελαττώνεται το ενδιαφέρον- ιδιαίτερα της γυναίκας- για άλλες δραστηριότητες, ακόμη και της επαγγελματικής της. Γενικά η επαγγελματική ζωή συχνά επηρεάζεται προς το χειρότερο.
- ❖ Αυξάνεται η έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοσεβασμού και ελαττώνεται η αίσθηση της επιτυχίας στη ζωή.
- ❖ Ελαττώνεται η ικανότητα της γυναίκας να αναγνωρίζει και να εκφράζει τα όποια συναισθήματα προκαλούνται από τη θεραπεία. (Ωραιοπούλου 2003)

6.1.4 Ψυχολογικά προβλήματα κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση

Κάθε πρόγραμμα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης απαιτεί από τις γυναίκες συχνές εξετάσεις αίματος και καθημερινές ενέσεις με αποτέλεσμα το καθημερινό πρόγραμμα όσων συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή να ανατρέπεται σημαντικά. Αποτέλεσμα! Να αντιμετωπίζουν προβλήματα στο εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Οι γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα Εξωσωματική Γονιμοποίησης στην πλειοψηφία τους αναφέρουν ως πιο δύσκολη φάση του προγράμματος εκείνη που εκτείνεται από την ολοκλήρωση της διαδικασίας μετά την εμβρυομεταφορά μέχρι την ημέρα της διαπίστωσης της επίτευξης της εγκυμοσύνης. Σε αυτό το διάστημα πολλές δεν κατορθώνουν να ελέγξουν την φαντασίωσή τους και αισθάνονται έγκυες. Πολλές γυναίκες μετά από ένα αρνητικό αποτέλεσμα βιώνουν μια έντονη θλίψη. Η θλίψη αυτή δεν διαρκεί το ίδιο για κάθε γυναίκα. Εξαρτάται από τον ψυχικό εξοπλισμό του κάθε ατόμου, από την υποστήριξη που έχει, καθώς και από τον αριθμό των προσπαθειών που έχει επιχειρήσει.

«Πόσα, αλήθεια, μπορείς να υποφέρεις για ένα παιδί; Πέρα από τα φάρμακα, αυτός ο αγώνας με το ρολόι στο χέρι για να πιάσουμε το ωάριο την ώρα ακριβώς που θα σκάσει ... και ατέλειωτοι υπέρηχοι κάθε μέρα. Και η ακόμα πιο ατέλειωτη αναμονή των δεκαπέντε ημερών, για να δεις τελικά αν αυτό το κυτταρικό μπαλάκι αποφάσισε να ριζώσει στη μήτρα σου και να

παραμένει στο σώμα σου. Και το ολοκληρωτικό πάγωμα όταν δεις τα πρώτα σημάδια αίματος ...».

6.1.5 Εξωσωματική γονιμοποίηση με δότες

Στις περιπτώσεις που είναι απαραίτητη η συμμετοχή δότη ή δότριας για την απόκτηση παιδιού τα ζητήματα που προκύπτουν είναι πολύπλοκα και η συμμετοχή ειδικού από τον χώρο της Ψυχικής Υγείας στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητη. Το άτομο που δέχεται τη συμμετοχή δότη προκειμένου το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί εξακολουθεί να είναι στείρο και μετά την απόκτηση παιδιού. Όταν χρησιμοποιείτε δότρια ή δότης ουσιαστικά το στείρο μέλος του ζευγαριού υιοθετεί το παιδί του/ της συντρόφου του. Αυτό σημαίνει, ότι προκειμένου να ακολουθήσει το ζευγάρι τη λύση αυτή, πρέπει να έχει επεξεργαστεί το πρόβλημα της δικής του στειρότητας και να έχει αποδεχθεί την υιοθεσία. Στην πράξη όμως παρατηρείτε ότι τα ζευγάρια δεν έχουν κατανοήσει ότι ο δότης ή η δότρια δεν θεραπεύει το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Τα ζευγάρια δηλαδή δεν ακολουθούν τη διαδικασία αυτή έχοντας συνειδητοποιήσει ακριβώς τι συνεπάγεται.

Χαρακτηριστικά ένας σύζυγος που είχε αποκτήσει παιδί με δότη σπέρματος έλεγε:

« Υπάρχει πιθανότητα να είναι δικό μου το παιδί και ελπίζω ποτέ να μην χρειαστεί να το ψάξουμε. Δεν έχουμε λόγο να το ψάξουμε έτσι και αλλιώς, αλλά υπάρχει περίπτωση να είναι δικό μου».

Η άρνηση αποδοχής όμως ενός γεγονότος δεν εξασφαλίζει την επεξεργασία των πολύπλοκων θεμάτων που προκύπτουν από το ζήτημα αυτό. Μέσα στα ζητήματα που καλούνται να επεξεργασθούν τα ζευγάρια που αποκτούν παιδί με τη συμμετοχή δότη ή δότριας είναι εκείνο της απώλειας της γενικής συνέχειας, αυτού του μυστικού και τέλος της ανωνυμίας των δοτών.

Για της γυναίκες που χρησιμοποιούν ωάριο δότριας η απώλεια της γενετικής συνέχειας μπορεί να μην είναι τόσο ουσιαστική όσο για τον άνδρα που αποκτά παιδί με δότη σπέρματος, γιατί οι γυναίκες, ακόμα και στις περιπτώσεις δότριας, βιώνουν την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό. Βιώνουν δηλαδή μια βιολογική σχέση με το παιδί τους σε αντίθεση με τους άνδρες.

«Η γυναίκα μου θέλει ένα παιδί κ εγώ δεν είμαι σε θέση να της το δώσω. Αυτόματα μπαίνει το θέμα της υιοθεσίας του δότη σπέρματος. Ή θα χάσω την αξιοπρέπειά μου ή τη γυναίκα μου. Είναι ίσως βαρύ αυτό που λέω. Όμως δε ξέρω και δε νομίζω ότι έχω τη δύναμη να γίνω πατέρας και να μεγαλώσω το βιολογικό παιδί κάποιου άλλου. Θέλω το δικό μου παιδί. Και νιώθω λειψός που δε μπορώ ποτέ να έχω τη συνέχεια μου. Φοβάμαι ότι το παιδί κάποιου άλλου θα μου θυμίζει τη δική μου ανικανότητα να γίνω πατέρας και ότι δε θα μπορέσω ποτέ να το αγαπήσω πραγματικά».

(www.health.in.gr/news/article)

6.1.6 Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών σε αντιδιαστολή με τις αντιδράσεις των γυναικών

Έρευνες για τις διαφορές των δύο φίλων 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 δυο φίλων, 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 της ίδιες ή είναι αμφιλεγόμενη. Ωστόσο, οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες θα ζητήσουν πιο εύκολα πληροφορίες ή βοήθεια και 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 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 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 ένα ή τον άλλο 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 πόσο επηρεάζετε το ζευγάρι ως ενότητα. Ως ομάδα, τα υπογόνημα ζευγάρια αναφέρουν φυσιολογικά επίπεδα συζυγικής σχέσεις. Οστόσο ορισμένα ζευγάρια μιλούν για

επιδείνωση της συζυγικής λειτουργίας, ενώ άλλα δήλωσαν ότι η κρίση της υπογονιμότητας βελτίωσε τη συζυγική επικοινωνία και κατά συνέπεια και τη συζυγική επαφή. Άλλοι πάλι θεώρησαν ότι μπορεί να επηρεαστεί η σεξουαλική σχέση του ζευγαριού, αλλά η ικανοποίηση από το γάμο παραμένει αναλλοίωτη.

6.1.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης των υπογόνιμων ζευγαριών

Οι υπογόνιμες γυναίκες:

- ❖ Απομακρύνονται από καταστάσεις που τους υπενθυμίζουν την υπογονιμότητα
- ❖ Λαμβάνουν μέτρα για την επανάκτηση του ελέγχου
- ❖ Προσπαθούν να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση με το να γίνουν οι καλύτερες (π.χ. έλεγχος σωματικού βάρους και εμφάνιση)
- ❖ Αναζητούν το κρυμμένο νόημα της υπογονιμότητας
- ❖ Υποτάσσονται στα συναισθήματα και
- ❖ Εκμυστηρεύονται το πρόβλημά τους σε άλλους.

Οι υπογόνιμοι άνδρες:

- ❖ Υποκαθιστούν τον εαυτό τους, φερόμενοι στον εαυτό τους σαν να ήταν μοναχοπαίδι τους (π.χ. ασχολούνται με τη γυμναστική, την υγιεινή διατροφή)
- ❖ 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
- ❖ 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 από τους άνδρες που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα δεν ήταν αναπαραγωγικός και γονέας 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. (www.health.in.gr/news/article)

6.1.8 Ψυχοπαθολογία ασθενών με προβλήματα υπογονιμότητας

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' όλα αυτά, οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δυο 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 που χαρακτηρίζεται απ' το συνήθη συνδυασμό συμπτωμάτων, ο οποίος περιλαμβάνει τον αρχικό κλονισμό και το μούδιασμα, που ακολουθούνται από επίμονη λύπη και στεναχώρια, 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 λέγετε ότι η διεργασία πένθους παίζει σημαντικό ρόλο στη τελική λύση της κρίσης που προκαλεί η υπογονιμότητα. Αντίθετα, η παθολογική θλίψη θεωρείτε 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 και συγκέντρωσης. Η παθολογική θλίψη μπορεί να περιλαμβάνει και ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως παρανοϊκές ή σωματικές παραισθήσεις και υπερβολικές σκέψεις τιμωρίας.

II. 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 συνήθεις 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.

III. Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής

Η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία είναι πολύ συχνές αιτίες δυσλειτουργιών στην ωορρηξία, 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.

IV. 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 διαταραχών προσωπικότητας που να προϋπήρχαν σε γυναίκες που κάνουν θεραπεία υπογονιμότητας. Παρόλ' αυτά, λόγω της εμφάνισης αυτών των ασθενειών στο γενικό πληθυσμό, είναι πιθανό οι γιατροί να συναντήσουν υπογόνιμα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, τα οποία μπορεί να δυσκολέψουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας.

V. Σεξουαλικές διαταραχές που επιφέρει η υπογονιμότητα

Το stress της υπογονιμότητας και των θεραπευτικών προσπαθειών μπορεί να είναι μια βασική αιτία για μια ποικιλία σεξουαλικών προβλημάτων.

Για τους άνδρες περιγράφεται:

- Η αναστολή της εκσπερμάτισης (όπου ένας άνδρας αδυνατεί να εκσπερματίσει ενδοκολπικά)
- Πρόβλημα στυτικής δυσλειτουργίας μεγάλου βαθμού
- Πρόωρη εκσπερμάτιση
- Απώλεια της επιθυμίας με αποτέλεσμα μεγάλη αραίωση των σεξουαλικών επαφών.

Επίσης, ένα ιδιαίτερο πρόβλημα είναι η παροδική στυτική δυσλειτουργία την ημέρα που πρέπει να δώσει δείγμα σπέρματος είτε για διαγνωστικούς λόγους είτε για σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση. Σε μια πρόσφατη μελέτη το ποσοστό αυτό των ανδρών έφτασε στο 11% των ατόμων του δείγματος. Από την πλευρά των γυναικών τα προβλήματα είναι πιο σπάνια

και περιλαμβάνουν καταστάσεις που είναι εμφανή η αιτία της υπογονιμότητας όπως ο κολπικός σπασμός.

Τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να προκαλούνται από το έντονο άγχος που βιώνει το άτομο είτε κατά τη διάρκεια της διερεύνησης είτε κατά τις θεραπευτικές προσπάθειες για να επιτευχθεί η σύλληψη. Επίσης, μπορεί να είναι άμεσες οι επιδράσεις των ιατρικών χειρισμών π.χ. πόνος κατά τη συνουσία εξαιτίας χειρουργικής επέμβασης ή πρόσφατης εξέτασης στον κόλπο τα οποία μπορεί να πυροδοτήσουν ένα φόβο που συνεχίζει να υπάρχει και μετά της άρσης της αρχικής αιτίας του πόνου.

Οι άνδρες πιθανόν να επηρεάζονται από τις διαδικασίες λήψης δείγματος σπέρματος και όπως αναφέρθηκε να εμφανιστεί δυσκολία στην απόκτηση και διατήρηση της στύσης. Πολλές φορές το περιβάλλον στο οποίο καλούνται να δώσουν το δείγμα απέχει πολύ από το να είναι ιδανικό, μικρές τουαλέτες, όχι πολύ καθαρές, θορυβώδεις, χωρίς την αίσθηση της ιδιωτικότητας. Για μερικούς άνδρες αν συμβεί κάποια αποτυχία ενεργοποιείτε ο φαύλος κύκλος του φόβου αποτυχίας ο οποίος ξαναφέρει αποτυχία η οποία με τη σειρά της αυξάνει το φόβο αποτυχίας κ.ο.κ.

Όταν το σεξ γίνεται με αποκλειστικό στόχο τη σύλληψη και μάλιστα με ιατρική εντολή, είναι λογικό να αφαιρεθεί και να μηδενιστεί από αυτό κάθε απόλαυση και επιθυμία.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε πως ασφαλώς τα περισσότερα ζευγάρια που υποβάλλονται σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα. Ευκαιριακά όμως οι διαδικασίες και εξετάσεις που απαιτούνται κατά τη διερεύνηση αλλά και κατά τις θεραπευτικές προσπάθειες, όπως επίσης και οι ενδεχόμενες επανειλημμένες αποτυχίες, μπορεί να εκλύσουν κάποια προβλήματα στη σεξουαλική λειτουργία των ζευγαριών αλλά και να θέσουν υπό δοκιμασία τις γενικότερες σχέσεις τους. (www.health.in.gr/news/article)

6.1.9 Ψυχολογική παρέμβαση της υπογονιμότητας

6.1.9.1 Ο ρόλος του υγειονομικού προσωπικού και των κέντρων προσέγγισης της υπογονιμότητας

Μια ποικιλία από ιατρικές επιλογές προσφέρονται στα ζευγάρια που υφίστανται την αξιολόγηση και θεραπεία της υπογονιμότητας. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας γίνεται σε ειδικά κέντρα τα οποία προσφέρουν ποικιλία υπηρεσιών και εξειδικευμένους επιστήμονες. Ένας αριθμός προγραμμάτων προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη ενώ ψυχιατρικές καταστάσεις αντιμετωπίζονται με παραπομπές ή από το ιατρικό προσωπικό.

Η έντονη φύση της θεραπείας της υπογονιμότητας μπορεί να οδηγεί σε στενές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και των ατόμων με υπογονιμότητα. Αυτό δίνει την ευκαιρία στο προσωπικό να ασχοληθεί με τα ψυχολογικά θέματα μόλις αναδυθούν είτε άμεσα είτε με παραπομπή. Για να μπορεί να το κάνει αυτό, το προσωπικό θα πρέπει να αισθάνεται άνετα στο χειρισμό των συναισθηματικών καταστάσεων, να κατανοεί την έκταση της προσέγγισης και να διακινεί της περιπτώσεις που μπορεί να χειριστεί μόνο του στη συγκεκριμένη στιγμή. Το προσωπικό θα πρέπει να έχει αξιολογηθεί και εκπαιδευτεί από κάποιο επαγγελματία ψυχικής υγείας ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν οδηγίες και να αναπτύξουν επιδεξιότητες στο χειρισμό των ψυχολογικών κρίσεων.

Το προσωπικό συμμετέχει στην επίτευξη θετικού αποτελέσματος και έτσι μπορεί να μοιράζεται τις συναισθηματικές μεταβολές των ατόμων που υφίστανται τη θεραπεία για την υπογονιμότητα. Αυτό ωστόσο, γίνεται κάποια φορά, πρόβλημα όταν το ζευγάρι αισθάνεται ότι ματαίωσε τις προσπάθειες του προσωπικού να επέλθει εγκυμοσύνη ή με την απόφασή του να διακόψει την θεραπεία. Τα ζευγάρια μπορεί ακόμα να αισθάνονται αδυναμία να εκφράσουν τη θλίψη τους επειδή η απογοήτευση του προσωπικού σε μια αποτυχία είναι τόσο έντονη και φανερή. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη στα ζευγάρια με στειρότητα και να συμβουλεύουν το προσωπικό που από απροσεξία πιέζει υπερβολικά τα άτομα.

6.1.9.2 Ποιοι χρειάζονται ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Τα μέλη των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι κατά κανόνα φυσιολογικά από ψυχιατρικής πλευράς και μπορούν συνήθως να ανταπεξέλθουν στο στρες της υπογονιμότητας. Όπως

αναφέρουν διάφορες μελέτες, γενικά δεν διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα στρες στα άτομα με υπογονιμότητα. Παρόλο που οι γυναίκες κατά μέσο όρο δεν παρουσιάζουν κλινικά σημαντική απορύθμιση, μπορεί να αισθάνονται αρκετή πίεση από την υπογονιμότητά τους και ζητούν συμβουλές για να την αντιμετωπίσουν. Για παράδειγμα μια έρευνα έδειξε πως το 49% των γυναικών και το 15% των ανδρών δήλωσαν ότι η υπογονιμότητα ήταν πολύ δυσάρεστη και αποτελούσε την «πιο συνταρακτική εμπειρία της ζωής τους». Παρά τη φυσιολογική βαθμολογία της ψυχολογικής δοκιμασίας 18% των γυναικών με υπογονιμότητα που μελετήθηκαν από τον Paulson και τους συνεργάτες του ζητούν ψυχολογική βοήθεια κατά τη διαδικασία της διερεύνησης αυτής. Άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι το 50% των ζευγαριών που περιμένουν για in vitro γονιμοποίηση (IVF) ζήτησαν ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη. Το 66% των γυναικών και το 40% των ανδρών ανέφερε κατάθλιψη μετά από αποτυχημένη IVF θεραπεία. Το 24% των γυναικών και το 13% των ανδρών πιστεύουν ότι η ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη θα μπορούσε να είναι επιβοηθητική μετά από ανεπιτυχή IVF θεραπεία.

Όσα αναφέρθηκαν παραπάνω δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό ζευγαριών ή ατόμων με υπογονιμότητα ιδίως αυτά που η υπογονιμότητά τους δεν αντιμετωπίζεται σε μικρό σχετικά διάστημα, αναγκάζονται να βρίσκονται για μεγάλα διαστήματα σε έντονα ψυχοπιεστικές συνθήκες τόσο από την ταλαιπωρία των ιατρικών εξετάσεων, την αγωνία για το αποτέλεσμα όσο και λόγω των οικονομικών δαπανών από το συνήθως υψηλό κόστος της διαδικασίας αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. (Βότση 2004)

6.1.9.3 Θεραπευτικοί στόχοι

Στο παρελθόν, η θεραπεία στηριζόταν στην πεποίθηση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπόδιζαν την γονιμοποίηση και κατά συνέπεια οι θεραπευτικές μέθοδοι προσπαθούσαν να αυξήσουν τις ευκαιρίες για σύλληψη. Με τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων έγινε σαφές ότι ο αριθμός των περιπτώσεων που δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία, είναι μικρός. Αυτό δεν αποκλείει την πιθανότητα οι ψυχολογικοί παράγοντες να έχουν επιπρόσθετη επίδραση. Ψυχολογικές έρευνες υποδεικνύουν διάφορους μηχανισμούς μέσω των οποίων το στρες μπορεί να επηρεάζει τις αναπαραγωγικές ορμόνες και το

ανοσοβιολογικό σύστημα, καθώς επίσης να έχει τοπική επίδραση στην ωοθήκη και σαλπιγγική λειτουργία.

Συγκεκριμένα το στρες θα μπορούσε να προκαλέσει δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, επηρεάζοντας την εμφύτευση ή την φυσιολογική έκκριση κατεχολαμίνης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργία των σαλπίγγων. 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 του.

Οι περισσότερες τρέχουσες ψυχολογικές προσεγγίσεις ακολουθούν τη θέση ότι τα ζευγάρια με υπογονιμότητα και υφιστάμενα θεραπευτικές παρεμβάσεις κλονίζονται από το στρες. Έτσι οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι χρήσιμες για να τα βοηθήσουν

- να χειριστούν το στρες,
- να τονώσουν την συναισθηματική τους διάθεση και
- να διευκολύνουν στη ρύθμιση των διαφόρων προβλημάτων που ανακύπτουν από την υπογονιμότητα.

Τέσσερις είναι οι ψυχολογικοί στόχοι τους οποίους πρέπει να εκπληρώσουν τα ζευγάρια ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την υπογονιμότητα:

- α) Να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους.
- β) Να θρηνήσουν.
- γ) Να αξιολογήσουν τους λόγους για τους οποίους θέλουν να γίνουν γονείς.
- δ) Να πάρουν αποφάσεις.

6.1.9.4 Έξι στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας

Οι Davis και Dearman διατύπωσαν έξι στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας:

- Αύξηση της απόστασης ανάμεσα στο ζευγάρι και σε ότι 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. Ορισμένοι ανακουφίζονται μιλώντας με άλλους για την

υπογονιμότητα ενώ άλλοι 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 το πρόβλημα.

- 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.
- Παροχή γραπτών θεραπευτικών σχεδίων, μακροπρόθεσμων θεραπευτικών στόχων ή αποφάσεων ή διαβεβαίωση των ασθενών ότι θα ενημερωθούν εάν και όταν θεωρηθεί απίθανη η επιτυχία. Αυτό μπορεί να σημαίνει απώλεια βάρους, βελτίωση της εμφάνισής τους, διακοπή συνηθειών, όπως το κάπνισμα ή μεγαλύτερη δημιουργικότητα στο σεξ. Το προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνει τους ασθενείς να εντοπίζουν τομείς της ζωής τους στους οποίους μπορούν να επιβληθούν ή να αποκτήσουν τον έλεγχο, ώστε να ανανεωθεί η αυτοεκτίμησή τους και 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. Μπορεί 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 ένα αποτυχημένο κύκλο εγκυμοσύνης ή καλύτερη επικοινωνία με το σύζυγο.
- 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.

(www.health.in.gr/news/article)

6.1.9.5 Θεραπευτικές μέθοδοι

Οι σύμβουλοι υπογονιμότητας ως επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, συνήθως χρησιμοποιούν, ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους και σπάνια υιοθετούν μία μονομερή προσέγγιση.

Η ατομική συμβουλευτική είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της προσωπικής συναισθηματικής κατάπτωσης και δυσλειτουργίας, είτε αυτή προτιμήθηκε είτε επιδεινώθηκε από την υπογονιμότητα. Βοηθάει στη δημιουργία μιας ασφαλούς και έμπιστης σχέσης με το θεραπευτή, για την ανακούφιση από 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 ζευγαριών» 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 καθώς και τον περιορισμό των συναισθημάτων απομόνωσης και στιγματισμού.

6.1.9.6 Προσέγγιση του ζεύγους με υπογονιμότητα

Οι πρώτες συνεδρίες αξιολόγησης κατά τη λήψη του ψυχολογικού ιστορικού είναι σημαντικές για την ανάπτυξη μιας καλής σχέσης μεταξύ θεραπευμένων και θεραπευτών. Μεγάλη σημασία έχει η δημιουργία μιας άνετης και εμπιστευτικής ατμόσφαιρας.

Η αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης του ζευγαριού είναι απαραίτητη για:

- 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 την θεραπεία.
- Να εντοπιστούν οι ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από την ψυχολογική θεραπεία είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Να εξετασθούν οι ασθενείς για τυχόν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή κοινωνική δυσλειτουργία που θα μπορούσε να δυσκολέψει ή να επηρεάσει τη θεραπεία της υπογονιμότητας.

Το προσωπικό οφείλει να έχει την ευαισθησία να αντιλαμβάνεται πότε ο ασθενής έχει άγχος και να τον διευκολύνει να χαλαρώσει. Ξεκινά με τις λιγότερο «ενοχλητικές ερωτήσεις» και όταν δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης προχωρά στις πιο προσωπικές. Η στάση του σώματος και οι εκφράσεις του προσώπου του γιατρού έχουν επίσης μεγάλη σημασία για τον ασθενή. Ένα ζεστό, ήπιο χαμόγελο και μια ελαφριά κίνηση της κεφαλής του γιατρού μπορεί να δώσει θάρρος στον ασθενή να συνεχίσει να μιλά.

6.1.9.7 Χρήσιμες παρατηρήσεις από τα σημάδια που εκπέμπει το σώμα

- ❖ Ο τρόπος που χρησιμοποιεί τα χέρια του, για παράδειγμα, αμήχανα στριψίματα της βέρας, το αμυντικό σταύρωμα των βραχιόνων, ή προστατευτικό κράτημα τσάντας ή αγκάλιασμα ενός χαρτοφύλακα.
- ❖ Κοκκίνισμα του λαιμού, το οποίο δείχνει ανησυχία παρά την φαινομενική ηρεμία.
- ❖ Η θέση του σώματος στην πολυθρόνα, άκαμπτο, σφικτό κάθισμα ή το χαλαρό ξάπλωμα.
- ❖ Θέση ομότιμη, όταν ο γιατρός κάθεται στο ίδιο επίπεδο, όταν υιοθετείται ανάπτυξη αρμονίας και ενσυναίσθησης μεταξύ των ομιλητών.

6.1.9.8 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 άλλο» 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, στενοχώρια».
- ❖ 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 τους.
- ❖ Μη λέτε ιστορίες αποτυχίας ή επιτυχίας άλλων ζευγαριών.
- ❖ Ρωτήστε το ζευγάρι αν θέλει να το φέρετε σε επαφή με άλλους που είχαν ένα παρόμοιο 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.

(www.health.in.gr/news/article)

Περίληψη

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι σίγουρα το πιο ευλογημένο δώρο προς τον άνθρωπο. Είναι η συνέχιση του κύκλου της ζωής του. Επόμενο είναι λοιπόν με τη διάγνωση της υπογονιμότητας ο «ασθενής» να βιώνει ένα οξύμωρο πένθος το οποίο διακρίνεται στα εξής στάδια :του σοκ και της άρνησης, της σφοδρής επιθυμίας και διαπραγματεύσεως, της αποδοχής και της κατάθλιψης και τέλος της ανάνηψης. Η μόνη τους ελπίδας είναι η θεραπεία. Είναι λογικό λοιπόν όταν αποτυγχάνει η θεραπεία να αναπτύσσονται συναισθήματα όπως κατάθλιψη, μονομανία, απομόνωση και έλλειψη διάθεσης. Παρ' όλα αυτά στο θέμα της υπογονιμότητας έχουμε διαφορετικές ψυχολογικές αντιδράσεις ανάμεσα στον άνδρα και στη γυναίκα. Ο άνδρας προτιμά την απομόνωση ενώ η γυναίκα την αναζήτηση της βοήθειας σε τρίτους. Στην ψυχοπαθολογία των υπογόνιμων ζευγαριών που διακρίνεται σε διαταραχές άγχους, προσωπικότητας, πρόσληψης τροφής, σεξουαλικές και συναισθηματικές διαταραχές έρχεται το υγειονομικό προσωπικό να παρέμβει με την εμπειρία που έχει. Ένα μεγάλο ποσοστό των υπογόνιμων ζευγαριών αναζητά βοήθεια, έτσι θέτονται θεραπευτικοί στόχοι και στρατηγικές αντιμετώπισης της υπογονιμότητας οι οποίες αποσκοπούν στην αποφυγή της υπενθύμισης της υπογονιμότητας, στην επανάκτηση του ελέγχου της ζωής τους, στο μοίρασμα φορτίου, στην αναγνώριση συναισθημάτων και στην ανακάλυψη ενός κρυφού νοήματος στην υπογονιμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Νομικά ζητήματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

7.1.1 Νομικά ζητήματα στην εξωσωματική γονιμοποίηση

Με το νόμο ν. 3089/2002 ρυθμίστηκε η τεχνητή γονιμοποίηση, δηλαδή (κατά τον όρο που χρησιμοποιεί εναλλακτικά και ο νομοθέτης) η «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή». Η σχετική ρύθμιση ενσωματώθηκε μάλιστα στον αστικό κώδικα.

7.1.2 Νομοθετική ρύθμιση

Άρθρο 1455. Η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή (τεχνητή γονιμοποίηση) επιτρέπεται μόνο για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας. Η υποβοήθηση αυτή επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Η ανθρώπινη αναπαραγωγή με τη μέθοδο της κλωνοποίησης απαγορεύεται. Η επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, εκτός αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο.

Άρθρο 1456. Κάθε ιατρική πράξη που αποβλέπει στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής, σύμφωνα με τους όρους του προηγούμενου άρθρου, διενεργείται με την έγγραφη συναίνεση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Αν η υποβοήθηση αφορά άγαμη γυναίκα, η συναίνεση αυτής και, εφόσον συντρέχει περίπτωση ελεύθερης ένωσης, του άνδρα με τον οποίο συζεί παρέχεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο.

Η συναίνεση ανακαλείται με τον ίδιο τύπο μέχρι τη μεταφορά των γαμετών ή των γονιμοποιημένων ωαρίων στο γονιμοποιημένο σώμα. Με τη επιφύλαξη

του άρθρου 1457, η συναίνεση θεωρείται ότι ανακλήθηκε, αν ένα από τα απρόσωπα που είχαν συναινέσει πέθανε πριν από τη μεταφορά.

Άρθρο 1457. Η τεχνητή γονιμοποίηση μετά το θάνατο του άνδρα ή του συζύγου με τον οποίο η γυναίκα συζούσε σε ελεύθερη ένωση επιτρέπεται με δικαστική άδεια μόνο εφόσον συντρέχουν σωρευτικός οι εξής προϋποθέσεις:

- 1) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας που έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο στειρότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του.
- 2) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Η τεχνητή γονιμοποίηση διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών και πριν από τη συμπλήρωση διετίας από το θάνατο άνδρα.

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

Άρθρο 1459. Τα πρόσωπα που προσφεύγουν σε τεχνητή γονιμοποίηση αποφασίζουν με κοινή έγγραφη δήλωσή τους προς τον ιατρό ή τον υπεύθυνο του ιατρικού κέντρου, που γίνεται πριν από την έναρξη της σχετικής διαδικασίας, ότι οι κρυοσυντηρημένοι γαμέτες και τα κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια που δεν θα τους χρειαστούν για να τεκνοποιήσουν:

- i. θα διατεθούν χωρίς αντάλλαγμα, κατά προτεραιότητα σε άλλα πρόσωπα, που θα επιλέξει ο ιατρός ή το ιατρικό κέντρο,
- ii. θα χρησιμοποιηθούν χωρίς αντάλλαγμα για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς,

iii. θα καταστραφούν.

Αν δεν υπάρχει κοινή δήλωση των ενδιαφερόμενων προσώπων, οι γαμέτες και τα γονιμοποιημένα ωάρια διατηρούνται για χρονικό διάστημα πέντε ετών από τη λήψη ή τη δημιουργία τους και μετά την πάροδο του χρόνου αυτού είτε χρησιμοποιούνται για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς είτε καταστρέφονται. Τα μη κρυοσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται μετά τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων ημερών από τη γονιμοποίηση. Ο τυχόν ενδιάμεσος χρόνος κρυοσυντήρησής τους δεν υπολογίζεται.

Άρθρο 1460. Η ταυτότητα των τρίτων προσώπων που έχουν προσφέρει τους γαμέτες ή τα γονιμοποιημένα ωάρια δε γνωστοποιείτε στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Ιατρικές πληροφορίες που αφορούν τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο χωρίς ένδειξη της ταυτότητάς του. πρόσβαση στο αρχείο αυτό επιτρέπεται μόνο στο τέκνο και για λόγους σχετικούς με την υγεία του. Η ταυτότητα του τέκνου, καθώς και των γονέων του δε γνωστοποιείτε στους τρίτους δότες γαμετών ή γονιμοποιημένων ωαρίων. (Παναγιωτόπουλος 2005)

7.1.3 Ο νόμος του Υπουργείου Υγείας

Το νομοθετικό πλαίσιο του υπουργείου υγείας έρχεται να συμπληρώσει το νόμο 3089/2002 του υπουργείου δικαιοσύνης περί ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Ο νέος νόμος προβλέπει, μεταξύ άλλων, την ίδρυση μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εκτός νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών. Σύμφωνα με τα επίσημα πρακτικά της ΣΤ' Συνεδρίασης της Ολομέλειας της Βουλής (18 Ιανουαρίου 2005) στο Κεφάλαιο Α Γενικές διατάξεις, Άρθρο 1 διατυπώνονται οι ακόλουθες γενικές αρχές: «Οι μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται με τρόπο που εξασφαλίζει το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου, του δικαιώματος της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής. Κατά την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί».

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. Σύμφωνα με το Άρθρο 16: «όποιος, κατά παράβαση των άρθρων 1455 Α.Κ., προβαίνει σε αναπαραγωγική κλωνοποίηση, σε επιλογή φύλου για μη ιατρικούς λόγους, σε δημιουργία χιμαιρών και υβριδίων, σε τροποποίηση του γονιδιώματος ανθρώπινων γαμετών και γονιμοποιημένων ωαρίων, σε μεταφορά ανθρώπινου γονιμοποιημένου ωαρίου σε ζώο ή σε ανάπτυξη ανθρώπινων γονιμοποιημένων ωαρίων εκτός του ανθρώπινου σώματος μετά την πάροδο 14 ημερών από τη γονιμοποίηση, η παράβασή τους τιμωρείται με ποινή κάθειρξης μέχρι 15 ετών».

Επίσης ως όριο ηλικίας της γυναίκας που επιθυμεί να τεκνοποιήσει με μία 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.

Σύμφωνα με το Άρθρο 4: «

- i. Οι μέθοδοι ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εφαρμόζονται σε ενήλικα πρόσωπα μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου προσώπου. Σε περίπτωση που το υποβοηθούμενο πρόσωπο είναι γυναίκα, ως ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής νοείται το πεντηκοστό έτος. Η εφαρμογή του σε ανήλικα πρόσωπα επιτρέπεται κατ' εξαίρεση λόγω σοβαρού νοσήματος που επισύρει κίνδυνο στειρότητας, για να εξασφαλιστεί η δυνατότητα τεκνοποίησης.
- ii. Πριν από την υποβολή σε μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διενεργείται υποχρεωτικός έλεγχος ιδίως για τους ιούς της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV-1, HIV-2), ηπατίτιδα Β, C και σύφιλη.
- iii. Αν τα πρόσωπα που μετέχουν στην εφαρμογή των μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι οροθετικοί για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, απαιτείται ειδική άδεια από την Εθνική Αρχή ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής».

Απαγορεύει επίσης την κλωνοποίηση για αναπαραγωγικούς σκοπούς, ενώ προβλέπει τη γέννηση παιδιού με «παρένθετη» μήτρα. Σύμφωνα με το άρθρο 13 παρ. 4: «Η συμφωνία για κυοφορία από τρίτη γυναίκα γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα. Δεν συνιστά αντάλλαγμα:

- α. η καταβολή των δαπανών που απαιτούνται για την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και την λοχεία
- β. κάθε θετική ζημία της κυοφόρου εξαιτίας αποχής από την εργασία της, καθώς και οι αμοιβές για εξαρτημένη εργασία, τις οποίες στερήθηκε λόγω απουσίας, με σκοπό την επίτευξη της εγκυμοσύνης, την κυοφορία, τον τοκετό και την λοχεία.

Το ύψος των καλυπτόμενων δαπανών και αποζημιώσεων καθορίζεται με απόφαση της Αρχής».

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. *(Στ Συνεδρίασης της Ολομέλειας της Βουλής, Ιανουάριος 2005, Κεφ. Α')*

7.2 Η Βρετανική νομοθεσία

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 τη χρήση μήτρας υποκαταστάσεως (δανεικής μήτρας) και την συγκατάθεση του συζύγου για χρήση σπέρματος δότη. Με τους νόμους αυτούς, απαγορεύονταν οι εμπορικές συναλλαγές και η διαφήμιση του «δανεισμού μήτρας» και επιβάλλεται η αναγνώριση τέκνων από πατέρες που έχουν συγκατατεθεί για τη χρήση σπέρματος δότη.

Ωστόσο, έπειτα από την ψήφιση του ειδικού «νόμου για την ανθρώπινη γονιμοποίηση και εμβρυολογία», το Βρετανικό σύστημα ελέγχου της πρακτικής 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 στη λειτουργία ενός ειδικού σώματος, της HFEA, η οποία εξεπρότεινε τον πρώτο κώδικα δεοντολογίας το 1991. Στον κώδικα περιγράφεται η πρακτική που «πρέπει» να ακολουθείτε (must practice), και η πρακτική που «θα έπρεπε» να ακολουθείτε (should practice), από όλους όσους ασχολούνται με την εξωσωματική γονιμοποίηση στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στο νόμο περιλαμβάνονται ορισμοί του εμβρύου και της γονιμοποίησης (θεωρείται έμβρυο το προϊόν γονιμοποίησης στο στάδιο 2 βλαστομεριδίων). Επίσης, θεωρείτε 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 ζώων εμβρύων 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 ανθρωπίνους γαμέτες και έμβρυα επιτρέπονται από το 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. (Κάζλαρης 1996)

7.3 Μελλοντικά σχέδια όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη των ατόμων κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης

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 ενός νεαρού και γόνιμου ζευγαριού είναι λιγότερο από 20% για κάθε προσπάθεια στις γόνιμες μέρες, τότε φαίνεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μία αποτελεσματική αγωγή.

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 360.000 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 των 360.000 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 υποβοηθούμενης 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 δε γίνεται σε υπογόνιμα ζευγάρια για να αποκτήσουν το πρώτο παιδί τους και έτσι να ικανοποιήσουν ένα από τα βασικά δικαιώματα που είναι η τεκνοποίηση.

Υπάρχουν κάποια μελλοντικά σχέδια του νόμου που πρόκειται να εφαρμοστούν 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 ψηφίστηκε στις 18 Ιανουαρίου 2005.

Σκοπός του Υπουργείου Υγείας 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 πληρεί η υποψήφια μητέρα προκειμένου να προχωρήσει στη συγκεκριμένη παραγωγική μέθοδο. Ειδικότερα προβλέπεται, ότι μία 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 βρίσκονται στη δυσάρεστη θέση να τερματίσουν την κύηση κάποιων γονιμοποιημένων ωαρίων στο 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 σπερματοζωάρια και τα ωάρια δε θα παραμένουν κατεψυγμένα επ' αόριστον, ενώ στις τράπεζες γενετικού υλικού το σπέρμα θα παραμείνει μόνο για δέκα χρόνια και τα ωάρια δε θα φυλάσσονται για περισσότερο από πέντε χρόνια. Παράλληλα, η κλωνοποίηση θεωρείται παράνομη για οποιοδήποτε λόγο κι αν πραγματοποιηθείτε.

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

(www.2810.gr)

Περίληψη

Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει ρυθμιστεί με το νόμο ν. 3089/2002. Με την νομοθετική αυτή ρύθμιση οριοθετούνται οι προϋποθέσεις που απαιτούνται για την πραγματοποίηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ο νόμος του υπουργείου υγείας έρχεται να συμπληρώσει το νόμο ν. 3089/2002 οριοθετώντας επίσης τις προϋποθέσεις αλλά και επιβάλλοντας κυρώσεις για τυχόν παράβαση τους. Με την εξωσωματική γονιμοποίηση πολλά ζευγάρια απέκτησαν τέκνο, παρ' όλα αυτά είναι δύσκολη η προσφυγή σε αυτήν την λύση λόγω υψηλού κόστους. Στην Ελλάδα τα ασφαλιστικά καλύπτουν το 20% του συνολικού κόστους της διαδικασίας, σε αντίθεση με άλλες χώρες που καλύπτουν το 75% με 100% των δαπανών. Λύση σε αυτό το ζήτημα έρχεται να δώσει ο καινούργιος νόμος που ψηφίστηκε 18/01/05, σύμφωνα με το οποίο προβλέπεται κάλυψη 100% του κόστους της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 Ηθική και κοινωνική διάσταση

Η τεράστια εξέλιξη στο χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οδήγησε την επιστημονική κοινότητα σε σκεπτικισμό, σχετικά με τα ηθικά διλήμματα τα οποία αναπόφευκτα προκύπτουν αλλά και σχετικά με τις μελλοντικές εφαρμογές των μεθόδων που χρησιμοποιούνται. Οι τοποθετήσεις πάνω σε αυτά τα ζητήματα πολλές, αξίζει όμως να αναφέρουμε τις κυριότερες.

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;

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 στέρωση 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. Κάτι τέτοιο όμως στη μέθοδο αυτή αποκλείεται συνειδητά.

Με προβληματισμό θα αντιμετωπίζαμε και το ζήτημα της παρένθετης μητέρας. Αποτελεί βέβαια μια σχετικώς σπάνια υποπερίπτωση ιατρικής

παρέμβασης μέχρι τώρα στην ανθρώπινη τεκνοποιητική διαδικασία, εγείρει όμως ηθικούς και νομικούς προβληματισμούς. (Γιαννοπούλου 2001)

8.2 Σύγχρονες ηθικές σκέψεις

-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.).

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 ενδομήτριου λόγω ορμονών που εμπλέκονται κατά τη διάρκεια εξωσωματικής γονιμοποίησης που έχουν σαν συνέπεια να διεγείρουν τις ωοθήκες με αποτέλεσμα να παράγουν περισσότερα ωάρια.

(<http://www.kosmogonia.gr/00-00-feminfertility.htm>)

8.3 Οι θέσεις της εκκλησίας της Ελλάδος

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 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 Ορθόδοξων 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. 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 εξολοκλήρου 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», σε τι καταστροφικά διέξοδα οδηγούν. *(Κάζλαρης 1996)*

Περίληψη

Γύρω από το θέμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης δημιουργούνται ηθικά διλήμματα, σκέψεις, προβληματισμοί που απασχολούν όχι μόνο το ίδιο το ζευγάρι αλλά και ολόκληρη την κοινωνία και ακόμη περισσότερο την Εκκλησία. Το «παιδί του σωλήνα», η ετερόλογη γονιμοποίηση, το δικαίωμα του παιδιού να γνωρίζει τον πατέρα του αλλά και να είναι καρπός αμοιβαίας αγάπης, ο καθορισμός φύλου, οι δανεικές μητέρες, η τεκνοποίηση ομοφυλόφιλων γυναικών, είναι λίγα από τα τεράστια προβλήματα που δημιουργούνται γύρω από το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Βιώνουμε μέρες στις οποίες ο μεγαλύτερος πληθυσμός αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Το φαινόμενο αυτό με το πέρασμα των χρόνων συνεχώς ακμάζει και τα αίτιά του ποικίλουν. Αίτια τα οποία καταλογίζονται τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Μια σπίθα ελπίδας σε αυτά τα ζευγάρια ήρθαν να δώσουν οι διάφορες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση χάρις την οποία μεγάλος αριθμός ζευγαριών απέκτησε αυτό που τόσο ποθούσε. Γι' αυτό παρόλη την χρονοβόρα και ψυχοφθόρα διαδικασία η εξωσωματική γονιμοποίηση προσφέρει ένα πολύτιμο δώρο, **ένα παιδί**.

Τα ποσοστά όμως δεν είναι 100% επιτυχημένα. Γεγονός το οποίο θα πρέπει να λάβει υπόψιν του το ζευγάρι προτού προβεί στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Χρήζει απόλυτης σιγουριάς και ωριμότητας η απόφαση για εξωσωματική γονιμοποίηση διότι με αυτά τα στοιχεία και με κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, συμβάλει σημαντικά και το ζευγάρι στην μεγιστοποίηση των πιθανοτήτων επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης όμως δεν είναι και η πιο προσιτή για τον μέσο πολίτη λόγω του υψηλού της κόστους. Πέρα όμως από το υψηλό της κόστος το ζευγάρι που θα προβεί σε αυτή την μέθοδο γονιμοποίησης θα πρέπει να γνωρίζει και τους κινδύνους που εγκυμονεί. Κίνδυνοι που αφορούν τόσο την ακεραιότητα της μητέρας όσο και του ίδιου του παιδιού.

Τα συναισθήματα των υποψήφιων γονέων ποικίλουν. Άλλα χαρακτηρίζονται από χαρά και αισιοδοξία και άλλα από λύπη και άγχος. Η εξωσωματική γονιμοποίηση προσφέρει ίσως την τελευταία ευκαιρία στα ζευγάρια να αποκτήσουν παιδί, έτσι το ζευγάρι που θα προβεί σ' αυτή τη μέθοδο γονιμοποίησης είναι γεμάτο χαρά διότι πρόκειται να αποκτήσει αυτό το πολυπόθητο γι αυτούς δώρο, **ένα παιδί**. Παράλληλα όμως δεν παύει να υπάρχει και το άγχος που συνοδεύεται με τις σκέψεις που αφορούν την περίπτωση αποτυχίας της προσπάθειας. Είναι το σημείο στο οποίο γκρεμίζεται

κάθε ελπίδα του ζευγαριού για απόκτηση παιδιού. Γι' αυτό θα πρέπει το ζευγάρι να είναι σίγουρο γι' αυτό που πραγματικά θέλει. Η ψυχολογική κατάστασή τους θα τους βοηθήσει πολύ να φτάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τα ηθικά όμως αυτά διλήμματα δεν απασχολούν μόνο το ζευγάρι που θέλεις να αποκτήσει ένα παιδί αλλά και όλη την κοινωνία. Η κοινωνική αντιμετώπιση ως προς αυτή την μέθοδο γονιμοποίησης δεν είναι πάντα θετική. Συχνά κριτικάρουν την επιστήμη αλλά και τους ίδιους τους υποψήφιους γονείς που καταφεύγουν στην εξωσωματική γονιμοποίηση δηλώνοντας ανορθόδοξη την απόκτηση παιδιού με την μέθοδο αυτή, χαρακτηρίζοντας το παιδί ως παιδί του σωλήνα. Αμυντική είναι και η στάση που λαμβάνει η εκκλησία, υπογραμμίζοντας ότι η απόκτηση παιδιού δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από μη φυσικούς και άρα ανορθόδοξους παράγοντες. Από την άλλη ο νόμος είναι πιο θετικός, επισημαίνοντας όμως λεπτομέρειες που θα πρέπει να τηρηθούν προκειμένου να συμβαδίζει η εξωσωματική γονιμοποίηση με την νομοθεσία της χώρας.

Οι υποψήφιοι γονείς θα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν τους την αντιμετώπιση της κοινωνίας, του νόμου αλλά και της εκκλησίας προκειμένου να δώσουν απάντηση στα εξής ερωτήματα: είμαστε έτοιμοι, σίγουροι και αποφασισμένοι να προχωρήσουμε στην εξωσωματική γονιμοποίηση παρ' όλες τις τυχόν δυσκολίες; Είμαστε έτοιμοι και πρόθυμοι να τις αντιμετωπίσουμε; Είμαστε αποφασισμένοι να πραγματοποιήσουμε το όνειρο μιας ζωής; Αν ναι.... **ΚΑΛΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ.**

Περίληψη

Στις μέρες μας, όλο και περισσότερα ζευγάρια αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της στειρότητας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη γενικότερη φθορά της δημόσιας υγείας που χαρακτηρίζει της «αναπτυγμένες» κοινωνίες. Η βιβλιογραφία βρίθει μελετών οι οποίες υποδηλώνουν τις αιτίες και τη θεραπεία της ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας. Είναι εντούτοις γνωστό σε πολλούς ότι η υπογονιμότητα παρακάμπτεται με ιατρική παρέμβαση και επομένως αυξάνεται ολοένα ο αριθμός των κέντρων ιατρικός υποβοηθούμενης τεκνοποίησης και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

Είναι σημαντικό να ερευνήσουμε την έκταση των ψυχολογικών και συναισθηματικών συνεπειών που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά, όταν οι προσδοκίες, οι αξίες και τα πιστεύω τους δοκιμάζονται από δυσκολίες στην επίτευξη της αναπαραγωγής.

Ο μεγάλος αριθμός των ζευγαριών που προσφεύγουν στις μεθόδους αυτές για να τεκνοποιήσουν εγείρει σοβαρούς ηθικούς, κοινωνικούς προβληματισμούς καθώς και προβλήματα νομοθεσίας. Αναφέρεται επίσης η θέση της εκκλησίας.

Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή
Όνειρα και ελπίδες που γίνονται αλήθειες.....

Βιβλιογραφία

1. Ξένια Βότση – Συμβουλευτική μαιευτική στην υπογονιμότητα- Β' Τόμος, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2004
2. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, Διλήμματα και Προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική- Δ' Έκδοση- Αθήνα 2001
3. Χάρης Ε. Κάζλαρης «Το χρυσό μου παιδί», Εκδόσεις Π. Τραυλός- Ε. Κωσταράκη, Αθήνα 1996
4. Αχιλλέας Καλογερόπουλος, «Γυναικολογία», Β' Έκδοση, Θεσσαλονίκη 2004
5. Αγγελική Πραπαναγιωτίδου «Οδηγός γονιμότητας», Εκδόσεις Φερενίκη, Αθήνα 2005
6. Κωνσταντίνος Δ. Παναγιωτόπουλος «Η Συγγένεια», Ίδρυση- Ανατροπή Έννομες συνέπειες, Εκδόσεις Βασ . Ν. Κατσαρού, Αθήνα 2005
7. Dr. Φιλιππίδης Γεώργιος, Η Εξωσωματική γονιμοποίηση και η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή σε απλά λόγια για γυναικολόγους κι βιολόγους, Α' Έκδοση, Αθήνα 2004
8. Δρ. Ιωάννης Χατζημπουγιός , Ιατρός Παθολογοανατόμος- Κυτταρολόγος Καθηγητής Ανατομικής, «Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου», Εκδόσεις GM DESIGN, Σεπτέμβριος 2003.
9. Αντιγόνη Ωραιοπούλου «Και την ψυχή μου για ένα μωρό;», Εκδόσεις Μυρτος, Αθήνα 2003
10. British Medical Journal 20/07/2002

11. The Lancet 25/01/2003
12. American Journal of Human and Genetics 01/2003
13. Περιοδικό : «Ελληνική εταιρεία γυναικολογίας- ενδοκρινολογίας», Τεύχος 10, Μέρος 2^ο
14. Εφημερίδα «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ» 21-06-2002
15. Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ» 1-2 Νοεμβρίου Αφιέρωμα στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση
16. Επίσημα πρακτικά της Στ Συνεδρίασης της Ολομέλειας της Βουλής, 18 Ιανουαρίου 2005, κεφάλαιο Α', Γενικές Διατάξεις
17. Σύρρου Μ. , Γενετικοί Κίνδυνοι στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο – Αθήνα 2001
18. www.gynecology.gr/ivf
19. www.gynecology.gr/ivf
20. <http://www.kosmogonia.gr/03-02-male.htm>
21. http://www.kosmogonia.gr/06_03_chances.htm#usa
22. www.embryolab.gr
23. http://www.fertilitynews.gr/Greece/concern/Questions_to_Ask_Your_Doctor.jsp
24. www.health.in.gr/news/article
25. www.2810.gr

26. <http://www.kosmogonia.gr/00-00-feminfertility.htm>

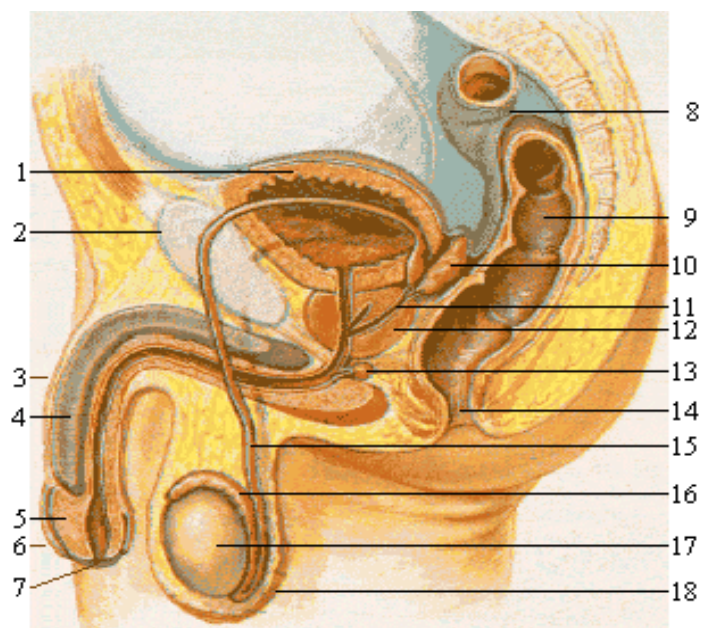
27. www.eugonia.com

28. <http://www.kosmogonia.gr/03-02-male.htm>

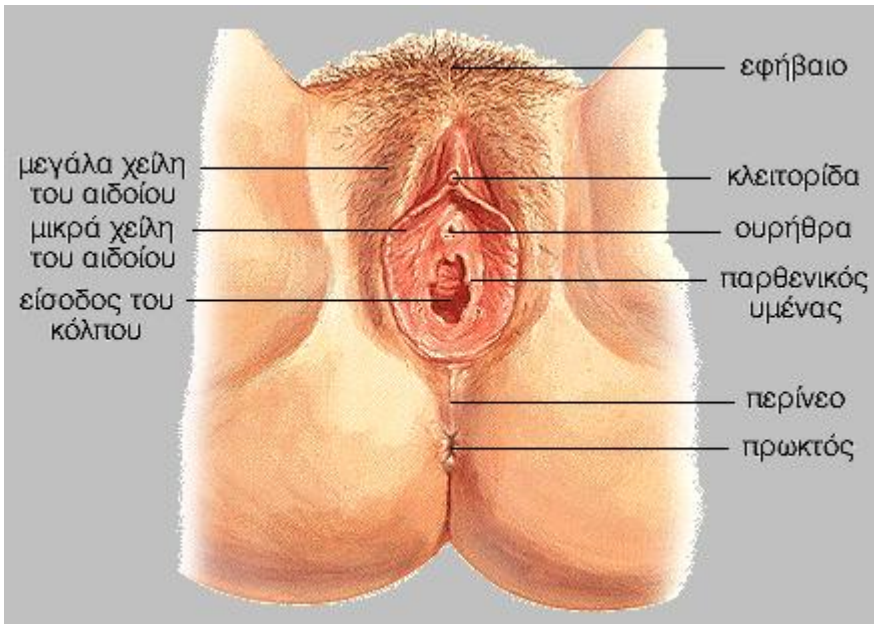
Παράρτημα



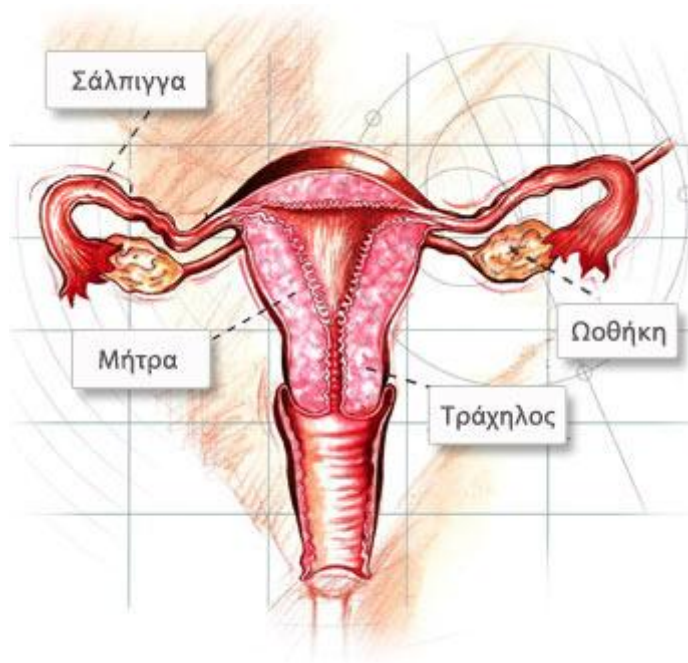
(ΕΙΚΟΝΑ 1)



(ΕΙΚΟΝΑ 2)



(ΕΙΚΟΝΑ 3)



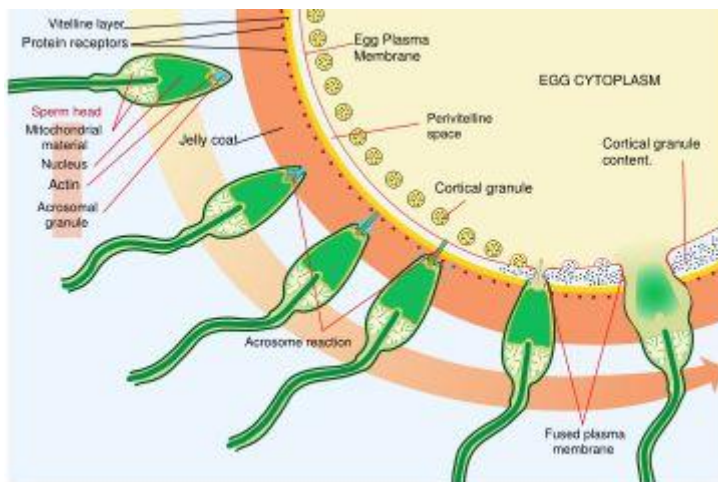
(ΕΙΚΟΝΑ 4)



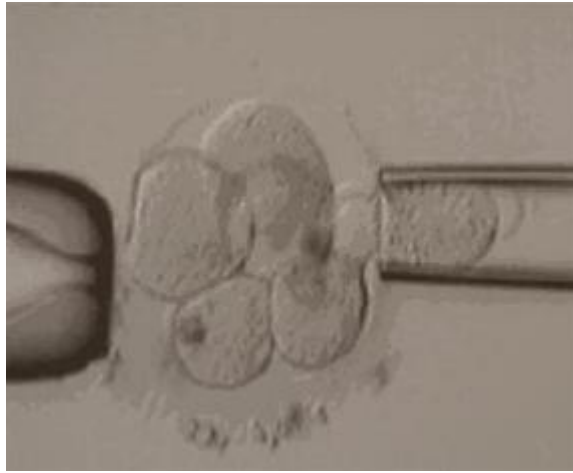
(EIKONA 5)



(EIKONA 6)



(EIKONA 7)



(EIKONA 8)



(EIKONA 9)



(EIKONA 10)



(EIKONA 11)