



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
σε συνεργασία με
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΜΑΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**

υπό

ΑΘΑΝΑΣΙΑΣ Δ. ΓΑΚΗ

Νοσηλεύτρια ΤΕ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπων:

Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

2. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

3. Φωτεινή Τζαβέλλα, Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: Ethical dilemmas and concerns of nurses - midwives
regarding assisted reproduction

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	v
Abstract.....	vi
Εισαγωγή	7
Θεωρητικό Μέρος	9
1. Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή	9
1.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο	9
1.2 Ανατομία και Φυσιολογία.....	10
1.3 Ενδείξεις	11
1.4 Αντενδείξεις	12
1.5 Εξοπλισμός	12
1.6 Προσωπικό.....	13
1.7 Προετοιμασία.....	13
1.8 Τεχνική ή θεραπεία.....	14
1.8.1 Ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών	15
1.8.2 Ανάκτηση ωαρίων	16
1.8.3 Γονιμοποίηση.....	17
1.8.4 Προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος (PGT)	17
1.8.5 Εξωσωματική γονιμοποίηση.....	19
1.8.6 Μεταφορά εμβρύου	20
1.8.7 Κρυοσυντήρηση.....	22
1.8.8 Κλινική σημασία	22
2. Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί των νοσηλευτών - μαιών σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	24
2.1 Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί.....	24
2.2 Έρευνες από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα	26
2.2.1 Ηθικά διλήμματα φοιτητών μαιευτικής	26
2.2.2 Νέα προσέγγιση της ηθικής στη γονιμότητα	27
2.2.3 Ηθικά διλήμματα στην αναπαραγωγική υγεία - Εμπειρίες 10 μαιών	28
Ειδικό μέρος.....	30
1. Μεθοδολογική προσέγγιση έρευνας.....	30
2. Σκοπός- Ερευνητικά Ερωτήματα.....	30
3. Σημαντικότητα έρευνας.....	31
4. Μέθοδος	32
4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός	32
4.2 Δείγμα.....	33
4.3 Συλλογή δεδομένων.....	34
4.4 Ανάλυση δεδομένων.....	35
4.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία.....	37
4.6 Ηθική και δεοντολογία.....	37
4.7 Εμπόδια στην εκπόνηση της έρευνας	38
4.8 Επεξεργασία και Ανάλυση των Δεδομένων – Αποτελέσματα	38
4.8.1 Δημογραφικά δεδομένα	39
5. Θεματικές ενότητες	40
5.1 Εμπειρία	41
5.2 Συναισθήματα.....	43
5.3 Απόψεις	44
5.4 Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί.....	48
6. Συμπεράσματα- Συζήτηση.....	53
6.1 Περιορισμοί – Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες	58
Βιβλιογραφία.....	59

Πρόλογος - ευχαριστίες

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών (Ηθική και δεοντολογία στις Βιοιατρικές επιστήμες) του τμήματος Ιατρικής σε συνεργασία με το τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Στις σπουδές μου ήταν καθοριστική η συμβολή των καθηγητών στα γνωστικά αντικείμενα που παρακολούθησα και στους οποίους εκφράζω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες για την συμβολή τους για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Επιθυμώ ιδιαίτερα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και επιβλέποντα την διπλωματική μου εργασία, κ. Φραδέλο Ευάγγελο, για την επιστημονική και συμβουλευτική καθοδήγηση που μου προσέφερε στα στάδια εκπόνησης της εργασίας, με τις εύστοχες και πολύ εποικοδομητικές παρατηρήσεις του.

Επιθυμώ επίσης να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τους συναδέλφους μου χωρίς την βοήθεια των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο όρος υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ενσωματώνει ένα ευρύ φάσμα τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται για να αυξήσουν την πιθανότητα επίτευξης εγκυμοσύνης μετά τη συλλογή και τον άμεσο χειρισμό ωαρίων, σπέρματος και των εμβρύων που προκύπτουν εκτός του σώματος.

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική διατριβή πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση των ηθικών διλλημάτων και των προβληματισμών που καταγράφουν οι νοσηλευτές και μαίες στο πλαίσιο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Μεθοδολογία: Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης εφαρμόστηκε ποιοτική έρευνα με τη χρήση συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν σε νοσηλευτές και μαίες, εργαζόμενους στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 10 επαγγελματίες υγείας συνολικά, 2 νοσηλευτές και 8 μαίες από το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο» και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με την ποιοτική έρευνα που διεξήχθη τα αποτελέσματα χωρίζονται στις εξής θεματικές ενότητες: εμπειρία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (χρόνια εμπειρίας, διαδικασίες παροχής φροντίδας), συναισθήματα για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, απόψεις για θέματα που προκύπτουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ισότιμη και δίκαιη, όριο ηλικίας, μη παραδοσιακοί τύποι οικογένειας) ηθικά διλλήματα και προβληματισμοί (γενικά ηθικά διλλήματα, με τους μη παραδοσιακούς τύπους οικογένειας και σχετικά με τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται τώρα και στο μέλλον).

Συμπεράσματα: Απ' όλα τα παραπάνω, προκύπτουν ηθικά διλλήματα σχετικά με το όριο ηλικίας, με τις συνέπειες που μπορεί να έχει στην υγεία του παιδιού και της μητέρας, στο γεγονός ότι μπορεί να είναι διαθέσιμη μόνο σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες λόγω οικονομικών περιορισμών, γεγονός που θέτει ζητήματα σχετικά με την ισότητα πρόσβασης σε αυτές τις υπηρεσίες. Επιπλέον, οι μη παραδοσιακοί τύποι οικογενειών δημιουργούν τον προβληματισμό ως προς τα πρότυπα που θα έχει το παιδί και γενικότερα, υπάρχει φόβος και άγχος για τις πρακτικές που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον.

Λέξεις – κλειδιά: ηθικά διλλήματα, προβληματισμοί, νοσηλευτές, μαίες, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Abstract

Introduction: The term assisted reproduction incorporates a wide range of technologies used to increase the likelihood of achieving pregnancy after the collection and direct manipulation of eggs, sperm and resulting embryos outside the body.

Purpose: This thesis was conducted to investigate the ethical dilemmas and concerns recorded by nurses and midwives in the context of assisted reproduction.

Methodology: In the context of this study, qualitative research was applied using interviews conducted with nurses and midwives working in the assisted reproduction unit. The research sample consisted of 10 health professionals in total, 2 nurses and 8 midwives from the General Hospital of Larissa "Koutlibanio and Triantafyllion" and the University General Hospital of Larissa.

Results: According to the qualitative survey conducted, the results are divided into the following themes: experience in assisted reproduction (years of experience, care procedures), feelings about assisted reproduction, views on issues arising in assisted reproduction (equity and fairness, age limit, non-traditional family types) ethical dilemmas and concerns (general ethical dilemmas, with non-traditional family types and about practices used now and in the future).

Conclusions: From all of the above, ethical dilemmas arise about the age limit, the consequences it can have on the health of the child and the mother, the fact that it can only be available to certain social groups due to economic constraints, which raises questions about equal access to these services. In addition, non-traditional family types raise concerns about the role models that the child will have and, more generally, there is fear and anxiety about the practices that are going to be used in the future.

Keywords: ethical dilemmas, reflections, nurses, midwives, assisted reproduction.

Εισαγωγή

Υπολογίζεται ότι το 8%-12% των ζευγαριών στην αναπαραγωγική τους ηλικία είναι υπογόνιμα (VanderBorgh and Wyns, 2018), που αντιστοιχεί σε 50-80 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Επίσης, οι εκτιμήσεις του επιπολασμού της 12μηνης υπογονιμότητας κατά τη διάρκεια της ζωής και της περιόδου ήταν 17,5% και 12,6%, αντίστοιχα, σύμφωνα με τους Cox και συν. (2022), ωστόσο, αυτό ποικίλλει ανάλογα με τον πληθυσμό της μελέτης και τη μεθοδολογική προσέγγιση. Πριν από το 2010, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προέβλεπε ότι 48,5 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως παρουσίαζαν υπογονιμότητα, αλλά τώρα πιστεύεται ότι έως και 186 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως πάσχουν από υπογονιμότητα (WHO, 2023). Ωστόσο, υπάρχουν γεωγραφικές διαφορές όσον αφορά τη συχνότητα και το είδος της υπογονιμότητας, καθώς και έλλειψη πρόσβασης στην τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι μαίες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο σε περιπτώσεις υπογονιμότητας και εμπλέκονται σε πολλές πτυχές των υπογόνιμων ζευγαριών (WHO, 2023). Αυτοί οι επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν στη διαχείριση της υπογονιμότητας, στην ψυχολογική υποστήριξη του υπογόνιμου ζευγαριού και ο ρόλος τους θεωρείται καθοριστικός. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση, οι νομικοί κανονισμοί της Τεχνολογίας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, απαιτούν, μεταξύ άλλων, την παρουσία τουλάχιστον μίας μαίας με εμπειρία τουλάχιστον δύο (2) ετών στην στον τομέα, προκειμένου να λειτουργήσει σωστά μια Μονάδα Γονιμότητας και Αναπαραγωγής (Sully, et al., 2020).

Η υπογονιμότητα συνδέεται με πολύ άγχος καθ' όλη τη διάρκεια τη διαχείρισή της. Οι μαίες ενσαρκώνουν το ρόλο του συναισθηματικού υποστηρικτή κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου. Οι γνώσεις τους και το επίπεδο των ενσυναίσθησης παρέχουν στις υπογόνιμες γυναίκες ή στα ζευγάρια ψυχολογική ανακούφιση. Οι ασθενείς αισθάνονται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όταν έχουν έναν επαγγελματία υγείας κοντά τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

Σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Hiadzi και συν. (2023) διερεύνησαν τις εμπειρίες των πελατών και των επαγγελματιών Υ.Α. σε αστικές περιοχές της Γκάνα. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η παρατήρηση και οι συνεντεύξεις σε βάθος και αναλύθηκαν οι ηθικές διαστάσεις των εμπειριών

των ανθρώπων σε σχέση με τις πολιτιστικές και ηθικές αξίες της Γκάνας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η παροχή υπηρεσιών Υ.Α. για ετεροφυλόφιλα ζευγάρια σε έγγαμη συμβίωση, η διαθεσιμότητα της PGT για ασθενείς με δρεπανοκυτταρικά κύτταρα, η προτίμηση για πολλαπλές γεννήσεις που προκύπτουν από εμβρυομεταφορές, η χαμηλότερη προτίμηση για κρυοσυντήρηση, το υψηλό κόστος της θεραπείας Υ.Α. και η ανάγκη ρύθμισης της παροχής υπηρεσιών Υ.Α. στη Γκάννα ήταν μερικές από τις ηθικές ανησυχίες που εκφράστηκαν τόσο από τους πελάτες όσο και από τους επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω διακρίνεται η σημαντικότητα της διερεύνησης των ηθικών διλημάτων και προβληματισμών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές/μαίες που εργάζονται στην νομάδα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς δύναται να επηρεάσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Θεωρητικό Μέρος

1.Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

1.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο

Παρόλο που έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ο ορισμός που χρησιμοποιείται από το Αμερικανικό Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών (Center for Disease Control - CDC) βασίζεται στον νόμο του 1992 για το ποσοστό επιτυχίας και την πιστοποίηση των κλινικών γονιμότητας, ο οποίος απαιτεί από το CDC να δημοσιεύει την ετήσια έκθεση για τα ποσοστά επιτυχίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Assisted reproductive technologies - ART), σύμφωνα με τον ορισμό του Αμερικανικού Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών (Center for Disease Control - CDC), είναι οποιεσδήποτε θεραπείες σχετίζονται με τη γονιμότητα και στις οποίες γίνεται χειραγωγήση ωαρίων ή εμβρύων. Οι διαδικασίες στις οποίες χειραγωγείται μόνο το σπέρμα, όπως οι ενδομήτριες σπερματεγχύσεις, δεν λαμβάνονται υπόψη στο πλαίσιο αυτού του ορισμού. Επιπλέον, οι διαδικασίες στις οποίες πραγματοποιείται διέγερση των ωοθηκών χωρίς σχέδιο ανάκτησης ωαρίων εξαιρούνται επίσης από τον ορισμό.

Η πρώτη επιτυχής θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης (in vitro fertilization - IVF) στον άνθρωπο πραγματοποιήθηκε το 1978 στην Αγγλία - μια γυναίκα είχε μη διεγερμένο κύκλο και οι γιατροί πραγματοποίησαν λαπαροσκοπική ανάκτηση ενός μόνο ωαρίου από την ωοθήκη. Το ωάριο γονιμοποιήθηκε στη συνέχεια in vitro και στη συνέχεια μεταφέρθηκε ως έμβρυο στη μήτρα της γυναίκας (Jainetal., 2023).

Από τότε, η τεχνολογία της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει αναπτυχθεί και επεκταθεί σε πρόσβαση παγκοσμίως. Στο παρόν κεφάλαιο θα συζητηθούν οι τρέχουσες τεχνικές στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και θα συζητηθούν οι ενδείξεις και το προσωπικό που απαιτείται.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μακράν η πιο συχνή διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που εκτελείται και θα εξεταστεί κυρίως μαζί με συναφείς τεχνικές όπως η κρυοσυντήρηση και η ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (ICSI).

1.2 Ανατομία και Φυσιολογία

Τα κρίσιμα στοιχεία της γυναικείας ανατομίας για την κατανόηση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι οι ωothήκες, οι σάλπιγγες και η μήτρα. Οι ωothήκες είναι το τρίτο συστατικό του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωothικών (hypothalamic-pituitary-ovarianaxis -HPO), ο οποίος είναι ένας πολύπλοκος βρόχος ανατροφοδότησης που ελέγχει τον γυναικείο έμμηνο κύκλο. Οι ωothήκες είναι οι γυναικείες γονάδες, συζευγμένες δομές ωοειδούς σχήματος που προέρχονται εμβρυολογικά από τη μεσονεφρική ράχη πριν κατέλθουν στην πύελο. Στις ωothήκες ωριμάζουν και αναπτύσσονται τα ώαρια. Η παραγωγή οιστραδιόλης και προγεστερόνης προέρχεται επίσης από την ωothήκη. Οι ωothήκες έχουν δύο περιτοναϊκές συνδέσεις - τον ωothηκικό σύνδεσμο και τον ανασταλτικό σύνδεσμο της ωothήκης. Ο ωothηκικός σύνδεσμος συνδέει την ωothήκη με τη μήτρα. Ο ανασταλτικός σύνδεσμος της ωothήκης προσκολλά την ωothήκη στο πλευρικό τοίχωμα της πυέλου και περιέχει τη νευροαγγειακή παροχή της ωothήκης. Η κατανόηση αυτής της ανατομίας είναι σημαντική για την κατανόηση της διακολπικής προσέγγισης για την ανάκτηση ωαρίων (Jain et al., 2023).

Η μήτρα ανταποκρίνεται στις διακυμάνσεις των ορμονών που παράγονται από τον άξονα HPO. Βρίσκεται στην πύελο, μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Αποτελείται από το σώμα (το σώμα της μήτρας) και τον τράχηλο, ο οποίος συνδέει τη μήτρα με τον κόλπο. Το σώμα της μήτρας αποτελείται από τρία στρώματα - το περιμήτριο, το μυομήτριο και το ενδομήτριο. Το ενδομήτριο αποτελείται από δύο στιβάδες, τη λειτουργικότητα και τη βασική. Η λειτουργική στιβάδα υφίσταται κυκλικές ορμονικές αλλαγές για να προετοιμαστεί για την εμφύτευση με κάθε εμμηνορροϊκό κύκλο. Η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της ωothυλακικής φάσης του εμμηνορρυσιακού κύκλου έχει ως αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό των αδένων του ενδομητρίου. Κατά τη διάρκεια της ωχρινικής φάσης, τα επίπεδα προγεστερόνης αυξάνονται, με αποτέλεσμα το ενδομήτριο να

υφίσταται εκκριτικές αλλαγές. Εάν ένα έμβρυο δεν εμφυτευτεί κατά τη διάρκεια του κύκλου, τα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης πέφτουν, με αποτέλεσμα την αποδόμηση του λειτουργικού στρώματος, το οποίο στη συνέχεια αποκολλάται με την έμμηνο ρύση (Jain et al., 2023).

Οι σάλπιγγες είναι μυϊκοί σωλήνες που εκτείνονται και στις δύο πλευρές πλευρικά από τη μήτρα προς τις ωθήκες. Βοηθούν στη μεταφορά του ωαρίου στη μήτρα, συχνά με τη γονιμοποίηση να συμβαίνει μέσα στον ίδιο το σωλήνα. Οι σάλπιγγες βοηθούν σε αυτή τη μεταφορά σαρώνοντας το ωάριο στα αγκαθωτά άκρα τους, με συστολές λείων μυών και βλεφαριδωτά κιονοειδή επιθηλιακά κύτταρα που μεταφέρουν το ωάριο ή το έμβρυο στη μήτρα, όπου μπορεί να εμφυτευτεί εάν γονιμοποιηθεί.

1.3 Ενδείξεις

Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πραγματοποιούνται συχνότερα λόγω υπογονιμότητας. Σε ασθενείς με υπογονιμότητα από σαλπιγγικό παράγοντα, η εξωσωματική γονιμοποίηση παρακάμπτει απευθείας τις σάλπιγγες. Άλλες αιτιολογίες υπογονιμότητας στις οποίες χρησιμοποιείται η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνουν την ανδρική υπογονιμότητα, τη μειωμένη ωοθηκική εφεδρεία, την ωοθηκική ανεπάρκεια (με ωάρια δότριας), την ωοθυλακιορρηξία και την ανεξήγητη υπογονιμότητα (van Eekelen, et al., 2019).

Η εξωσωματική γονιμοποίηση χρησιμοποιείται επίσης εκτός των πλαισίων υπογονιμότητας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που επιθυμούν προεμφυτευτικό γενετικό έλεγχο πριν από τη σύλληψη (όπως εκείνες που είναι γνωστό ότι είναι φορείς ορισμένων γενετικών διαταραχών), διατήρηση της γονιμότητας, όπως πριν από γοναδοτοξική θεραπεία, ή σε ασθενείς που επιθυμούν να καθυστερήσουν την τεκνοποίηση. Οι γυναίκες αυτές μπορούν να επιλέξουν να καταψύξουν τα ωάρια ή τα έμβρυά τους, εάν βρίσκονται σε σταθερή σχέση (van Eekelen, et al., 2019).

1.4 Αντενδείξεις

Πριν από την έναρξη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συζητούνται με την ασθενή οι μητρικοί κίνδυνοι των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η ίδια η εγκυμοσύνη. Ορισμένες παθήσεις της μητέρας, ιδίως καρδιοπνευμονικές παθήσεις, όπως η πνευμονική υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια, αποτελούν σχετικά αντενδείξεις για την εγκυμοσύνη.

Θα πρέπει να διενεργείται συμβουλευτική και αξιολόγηση πριν από τη σύλληψη για τον έλεγχο τέτοιων καταστάσεων. Ακόμα και σε τέτοιες ασθενείς, μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιλογές μεταφοράς κύησης (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, 2017).

1.5 Εξοπλισμός

Με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές της Αμερικανικής Εταιρείας Αναπαραγωγικής Ιατρικής (ASRM) για τα εργαστήρια εμβρυολογίας/ανδρολογίας, απαιτείται ο ακόλουθος βασικός εξοπλισμός για τη διαχείριση ωαρίων και εμβρύων:

- Θερμοκοιτίδα
- Μικροσκόπιο κατάλληλο για τον χειρισμό και τον μικροχειρισμό ωαρίων και εμβρύων
- Συσκευές παρακολούθησης και συντήρησης του pH και της θερμοκρασίας
- Μπλοκ θέρμανσης
- Λέιζερ για βιοψία εμβρύων
- Εξοπλισμός κρυοσυντήρησης (δεξαμενές υγρού αζώτου)
- Εργαστηριακή φυγόκεντρος
- Κουκούλα στρωτής ροής
- Μέσα καλλιέργειας
- Ψυγείο
- Σύστημα φιλτραρίσματος αέρα.

1.6 Προσωπικό

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής- ASRM, το ελάχιστο προσωπικό για την κατάλληλη προσφορά τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνει έναν υπεύθυνο ιατρό, έναν ιατρό με άδεια αναπαραγωγικής ενδοκρινολογίας και υπογονιμότητας, έναν ιατρό με εμπειρία στην ανδρική αναπαραγωγή, νοσηλευτές με εκπαίδευση στην αναπαραγωγική ιατρική και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, έναν διευθυντή εμβρυολογικού εργαστηρίου, έναν ανδρολόγο με εμπειρία στις εργαστηριακές διαδικασίες, εργαστηριακό προσωπικό για την εκτέλεση των απαραίτητων ορμονικών εξετάσεων, ένα άτομο με εμπειρία στο γυναικολογικό υπερηχογράφημα (ιατρός, τεχνικός ή νοσηλεύτης), έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας με εμπειρία στη συμβουλευτική γονιμότητας και έναν γενετικό σύμβουλο (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2021).

1.7 Προετοιμασία

Η προετοιμασία για τις διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό την αξιολόγηση και την εξέταση των αιτιολογιών της υπογονιμότητας. Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αποτυχία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από τουλάχιστον ένα έτος επαφών χωρίς προφύλαξη. Η αξιολόγηση της υπογονιμότητας μπορεί επίσης να ξεκινήσει στους έξι μήνες από την αποτυχία επίτευξης εγκυμοσύνης σε γυναίκες άνω των 35 ετών ή σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν γνωστά πιθανά εμπόδια, όπως γνωστή νόσος της μήτρας ή των σαλπίγγων ή ανδρική υπογονιμότητα. Η αρχική περιεκτική λήψη ιστορικού περιλαμβάνει ιστορικό εμμήνου ρύσεως, ιστορικό εγκυμοσύνης, διάρκεια υπογονιμότητας, προηγούμενες θεραπείες υπογονιμότητας, προηγούμενο ιατρικό και χειρουργικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό και κοινωνικές και περιβαλλοντικές εκθέσεις/συνήθειες. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των βασικών ζωτικών σημείων, του δείκτη μάζας σώματος, την αξιολόγηση του θυρεοειδούς, της περίσσειας ανδρογόνων και την πυελική εξέταση (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2020).

Για την αξιολόγηση της γυναίκας, η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) ημέρας 3, η οιστραδιόλη (E2), ο αριθμός των αντιρρινικών ωοθυλακίων και η αντιμυλλεριανή ορμόνη (AMH) προσδιορίζονται μέσω αιματολογικών εξετάσεων και βασικού διακολπικού υπερηχογραφήματος για την αξιολόγηση της ωοθηκικής εφεδρείας. Η περαιτέρω ιατρική αξιολόγηση σε ασθενείς με δυσλειτουργία της ωοθυλακιορρηξίας περιλαμβάνει συλλογές θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH), προλακτίνης, DHEAS, τεστοστερόνης και 17 υδροξυπρογεστερόνης. Η παραπάνω ορμονική αξιολόγηση βοηθά στον προσδιορισμό της αιτιολογίας της ανωορρηξίας. Επιπλέον, η κοιλότητα της μήτρας και της πύελου αξιολογείται επίσης συνήθως με ένα βασικό διακολπικό υπερηχογράφημα, συχνά σε συνδυασμό με υστεροσαλπιγγόγραμμα ή υπερηχοϋστερογράφημα. Η υπερηχογραφική αξιολόγηση συμβάλλει στον εντοπισμό τυχόν παραγόντων της μήτρας που επηρεάζουν τη γονιμότητα και τη διατήρηση της εγκυμοσύνης, όπως η παρουσία πολυπόδων, υποβλεννογόνια ινομύωματα ή/και δυσμορφίες της μήτρας, όπως τα διαφράγματα της μήτρας.

Η υπερηχογραφική αξιολόγηση μπορεί επίσης να προσδιορίσει άλλες αιτίες υπογονιμότητας, όπως η υδροσαλπιγγική ή η ενδομητρίωση. Η εξέταση ανδρικής υπογονιμότητας περιλαμβάνει ανάλυση σπέρματος. Τόσο η ανδρική όσο και η γυναικεία αξιολόγηση περιλαμβάνει συνήθως μια βασική εξέταση λοιμωδών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης της σύφιλης, ενός πάνελ ηπατίτιδας και του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV).

1.8 Τεχνική ή θεραπεία

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Περιλαμβάνει τη συλλογή ωαρίων από την ωοθήκη, ακολουθεί η γονιμοποίηση in vitro και ολοκληρώνεται με τη μεταφορά του εμβρύου που προκύπτει στη μήτρα. Περιλαμβάνει διάφορα στάδια που περιγράφονται παρακάτω, συμπεριλαμβανομένης της ελεγχόμενης διέγερσης των ωοθηκών, της λήψης ωαρίων, της γονιμοποίησης, της καλλιέργειας εμβρύων και της μεταφοράς εμβρύων. Επιπλέον, η διαδικασία μπορεί επίσης να περιλαμβάνει προεμφυτευτικό γενετικό έλεγχο και ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος. Η κρυοσυντήρηση με υαλοποίηση χρησιμοποιείται στη συνέχεια για την κατάψυξη των

πλεοναζόντων εμβρύων ή για τη διατήρηση της γονιμότητας των ωαρίων ή των εμβρύων.

1.8.1 Ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών

Στις πρώτες περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης χρησιμοποιήθηκε ένας φυσικός εμμηνορροϊκός κύκλος, όπου λαμβανόταν ένα μόνο ωάριο. Η εξωσωματική γονιμοποίηση με φυσικό κύκλο εξακολουθεί να εφαρμόζεται στην πράξη. Ωστόσο, η ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών πραγματοποιείται πλέον συχνότερα για τη μεγιστοποίηση του αριθμού των ωαρίων που λαμβάνονται ανά κύκλο. Η τελευταία προσφέρει επίσης πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας εγκυμοσύνης.

Υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες και σχήματα για την ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών. Οι εκλεκτικοί διαμορφωτές των υποδοχέων οιστρογόνων (SERM), όπως η κιτρική κλομιφαίνη και η ταμοξιφαίνη, αποτελούν μια τέτοια οδό. Τα οφέλη των πρωτοκόλλων ελάχιστης διέγερσης ("μίνι-IVF") που χρησιμοποιούν SERM περιλαμβάνουν μειωμένο κίνδυνο συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών και πολύδυμης κύησης. Ωστόσο, οδηγεί επίσης σε χαμηλότερο ποσοστό γεννήσεων ζώντων παιδιών (49% έναντι 63% μεταξύ της mini-IVF και της συμβατικής IVF, αντίστοιχα) (Zhang et al., 2016).

Η έγχυση εξωγενών γοναδοτροπινών, όπως η ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη (FSH) και η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH), χρησιμοποιείται συχνά για ελεγχόμενη διέγερση. Μεγιστοποιεί τον αριθμό των αναπτυσσόμενων ωοθυλακίων κατά τη διάρκεια ενός κύκλου. Τα ακόλουθα πρωτόκολλα γοναδοτροπινών είναι πιο δημοφιλή επί του παρόντος.

Κύκλοι με ανταγωνιστές γοναδοτροπίνης (GnRH) - Τα μικτά φάρμακα γοναδοτροπινών χρησιμοποιούνται μέσω δύο τύπων ενέσεων, μία με δραστηριότητα FSH (ανασυνδυασμένη FSH) και μία που έχει τόσο δραστηριότητα FSH όσο και LH. Η πρόωγη αύξηση της LH προστατεύεται από την εμφάνιση με έναν ανταγωνιστή GnRH. Αυτοί οι κύκλοι μπορούν να ξεκινήσουν με εμμηνόρροια αφού επιβεβαιωθούν οι φυσιολογικές βασικές παράμετροι με υπερηχογράφημα και φυσιολογικά ορμονικά επίπεδα FSH και επίπεδα οιστραδιόλης. Σε πολλές περιπτώσεις, ο κύκλος ξεκινά μετά από προθεραπεία με αντισυλληπτικά από το στόμα για 2-4 εβδομάδες.

Κύκλοι GnRH αγωνιστών - Χρησιμοποιούνται επίσης μικτές γοναδοτροπίνες μέσω δύο τύπων ένεσης, μία με δραστηριότητα FSH (ανασυνδυασμένη FSH) και μία με δραστηριότητα FSH και LH. Το πρόωρο κύμα LH προστατεύεται από την εμφάνιση από έναν αγωνιστή GnRH. Ο αγωνιστής GnRH ξεκινά στην ωχρινική φάση του κύκλου πριν από την έναρξη των γοναδοτροπινών. Όταν αρχίσουν οι γοναδοτροπίνες, η δόση του αγωνιστή GnRH μειώνεται συνήθως στο μισό μέχρι να δοθεί ένα σκανδάλη για την τελική ωρίμανση πριν από την ανάκτηση των ωαρίων. Σε αυτούς τους κύκλους μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί προθεραπεία με αντισυλληπτικά από το στόμα.

Η διακολπική υπερηχογραφική παρακολούθηση χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση του αριθμού και της ανάπτυξης των ωοθυλακίων. Πραγματοποιούνται επίσης εργαστηριακές εξετάσεις ορού, με συχνότερη μέτρηση των επιπέδων οιστραδιόλης (E2) για την παρακολούθηση της ωοθηκικής ανταπόκρισης. Μόλις τα ωοθυλάκια ωριμάσουν (συνήθως όταν 2-3 ωοθυλάκια φτάσουν σε μέγεθος 18mm), η τελική ωρίμανση ενεργοποιείται τεχνητά μέσω εξωγενούς ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG) ή με τη χορήγηση αγωνιστή GnRH.

Συγκεκριμένα δοσολογικά σχήματα και άλλα λιγότερο συνηθισμένα πρωτόκολλα διέγερσης ξεφεύγουν από το πεδίο εφαρμογής της παρούσας ανασκόπησης.

1.8.2 Ανάκτηση ωαρίων

Στην αρχή της, η ανάκτηση ωαρίων γινόταν αρχικά με λαπαροτομία και στη συνέχεια με λαπαροσκόπηση. Σήμερα εκτελείται συνήθως κολπικά με την καθοδήγηση υπερήχων υπό γενική αναισθησία ή συνειδητή καταστολή. Μια βελόνα εισάγεται διακολπικά και καθοδηγείται με υπερήχους σε κάθε ωοθυλάκιο για την αναρρόφηση του ωοθυλακικού υγρού, που συνήθως περιέχει ένα ωάριο (Kwan et al., 2018). Μεγαλύτερος αριθμός ωαρίων που ανακτώνται (έως και 15) σχετίζεται με βελτιωμένα αποτελέσματα ζωντανών γεννήσεων (Steward et al., 2014).

Πριν από τη διακολπική προσέγγιση υπό την καθοδήγηση υπερήχων, γινόταν λαπαροσκοπική ή κοιλιακή ανάκτηση ωαρίων. Αν και σε μεγάλο βαθμό έχουν εκπέσει από την πρακτική, οι λαπαροσκοπικές και κοιλιακές αναλήψεις ωαρίων

χρησιμοποιούνται περιστασιακά για τη λήψη ωαρίων, όπως σε περιπτώσεις κολπικής αγενεσίας ή όταν οι ωοθήκες δεν βρίσκονται στην πύελο (όπως στην περίπτωση της μετατόπισης των ωοθηκών πριν από την ακτινοθεραπεία ή με ασθενείς που έχουν τεράστια ινομυωματώδη μήτρα).

1.8.3 Γονιμοποίηση

Η γονιμοποίηση πραγματοποιείται *in vitro* με την ανάμειξη των ωαρίων που λαμβάνονται από την ανάκτηση με σπερματοζωάρια σε μέσο καλλιέργειας. Τα σπερματοζωάρια λαμβάνονται μέσω δείγματος εκσπερμάτωσης ή χειρουργικής ανάκτησης σε περιπτώσεις αποφρακτικής αζωοσπερμίας και απομονώνονται μέσω φυγοκέντρησης πυκνότητας και πλύσης σε καλλιεργητικό μέσο. Για ασθενείς με ιστορικό αποτυχίας γονιμοποίησης ή με υπογονιμότητα από ανδρικό παράγοντα, εξετάζεται το ενδεχόμενο ενδοκυτταροπλασματικής έγχυσης σπέρματος (ICSI), καθώς έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα ποσοστά γονιμοποίησης. Η ICSI χρησιμοποιεί ένα μόνο σπέρμα που εγχέεται απευθείας στο κυτταρόπλασμα του ωαρίου. Οι εμβρυολόγοι επιλέγουν το σπέρμα για την ICSI χρησιμοποιώντας μορφολογικές παραμέτρους.

Τα έμβρυα επωάζονται για μεταφορά είτε την ημέρα 3 (στάδιο διάσπασης) είτε την ημέρα 5 (στάδιο βλαστοκύστης). Οι μεταφορές της ημέρας 5 είναι πιο συχνές και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Η αξιολόγηση της εμφάνισης των εμβρύων είναι πιο προγνωστική για την επιτυχία την ημέρα 5 στο στάδιο της βλαστοκύστης και όχι την ημέρα 2 ή 3 στο στάδιο της διάσπασης όπου τα έμβρυα είναι απλώς 4 ή 8 κύτταρα, αντίστοιχα (Glujonvsky et al., 2016).

1.8.4 Προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος (PGT)

Ο προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος διενεργείται συνήθως σε συνδυασμό με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Αναφέρεται σε διάφορες γενετικές εξετάσεις που διενεργούνται σε έμβρυα πριν από τη μεταφορά για τον εντοπισμό πιθανών γενετικών διαταραχών. Για παράδειγμα, ο προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος για ανευπλοειδία (PGT-A) ελέγχει για ανωμαλίες ολόκληρων χρωμοσωμάτων, ενώ ο

προεμφυτευτικός γενετικός έλεγχος για μονογονιδιακές διαταραχές (PGT-M) ελέγχει για διαταραχές ενός γονιδίου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Η PGT μπορεί να πραγματοποιηθεί με πολικά σώματα ή με ένα απομονωμένο βλαστομέριο ενός εμβρύου σε στάδιο διάσπασης, συνήθως από έμβρυο της 3ης ημέρας. Μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί από δείγμα κυττάρων από το τροφικό σπέρμα ενός εμβρύου σε στάδιο βλαστοκύστης. Το πλεονέκτημα του δείγματος τροφικού ετερόδερμου είναι η αποφυγή της βιοψίας της μάζας των εσωτερικών κυττάρων που γεννά το έμβρυο. Ωστόσο, στην περίπτωση μωσαϊκισμού, ενδέχεται να μην αντιπροσωπεύει τη σύσταση του εμβρυϊκού ιστού (Capalbo and Rienzi, 2017). υπάρχει επίσης η πιθανότητα ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Οι διαγνωστικές εξετάσεις, όπως η δειγματοληψία χοριακών λαχνών, θα πρέπει να προσφέρονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η PGT-A πραγματοποιήθηκε αρχικά με τη χρήση ανάλυσης φθορισμού *in situ* υβριδισμού (FISH) που χρησιμοποιούσε επιλεγμένα χρωμοσώματα. Τα περισσότερα στοιχεία με αυτή τη μέθοδο δεν έδειξαν βελτίωση στα αποτελέσματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης. τώρα, η PGT-A εκτελείται συνήθως σε 24 χρωμοσώματα, αρχικά με συστοιχία CGH (aCGH) και τώρα με τη χρήση πιο προηγμένης τεχνολογίας, όπως η αλληλούχιση επόμενης γενιάς (Brezina et al., 2016).

Με την ανάλυση 24 χρωμοσωμάτων, τα στοιχεία για την PGT-A είναι πιο μικτά. Μερικές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCT) που συνέκριναν την εκλεκτική μεταφορά ενός εμβρύου (eSET) ευλοειδών εμβρύων που προσδιορίστηκαν με PGT-A σε σύγκριση με την επιλογή εμβρύων με βάση τη μορφολογική βαθμίδα, διαπίστωσαν μη κατώτερα ή βελτιωμένα ποσοστά εγκυμοσύνης στην ομάδα PGT-A (Forman et al., 2013). Μια αναδρομική ανάλυση δεδομένων του 2011-2012 από μια εθνική βάση δεδομένων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαπίστωσε μια πιθανή αύξηση της πιθανότητας γεννήσεων ζώντων παιδιών σε γυναίκες ηλικίας >37 ετών που χρησιμοποίησαν την PGT-A. Αυτές οι τρέχουσες μελέτες είναι περιορισμένες είτε ως προς τον αναδρομικό σχεδιασμό είτε ως προς τη χρήση ομάδων ασθενών με ευνοϊκή πρόγνωση. Επιπλέον, οι μελέτες αυτές χρησιμοποιούν πλέον σπάνια χρησιμοποιούμενες μεθόδους γενετικής ανάλυσης, όπως η aCGH (Kushnir et al., 2016).

Λόγω των μικτών, περιορισμένων δεδομένων, η ASRM δεν συνιστά επί του παρόντος υπέρ ή κατά της καθολικής χρήσης της PGT-A. Ωστόσο, αναγνωρίζει τα δυνητικά οφέλη, ιδίως σε υποψήφιες για eSET, και την επακόλουθη μείωση των κυήσεων πολλαπλών κυήσεων (που αναλύονται παρακάτω) (Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology, 2018).

Ενώ η PGT χρησιμοποιείται κλασικά για την επιλογή έναντι ανευπλοειδιών και γενετικών διαταραχών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε πιο αμφιλεγόμενους ηθικά δρόμους, όπως στην επιλογή φύλου. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι άτομα σε συγκεκριμένες κοινότητες, όπως η κοινότητα των νάνων και των κωφών, ζητούν την επιλογή για νανισμό ή γενετική κώφωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστάται ένα μοντέλο κοινής λήψης αποφάσεων (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2017; Wallis, 2020).

1.8.5 Εξωσωματική γονιμοποίηση

Η εξωσωματική ωρίμανση (IVM) είναι μια τροποποίηση της παραδοσιακής εξωσωματικής γονιμοποίησης, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επιλεγμένες ασθενείς, όπως εκείνες που κινδυνεύουν από σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών (π.χ. ασθενείς με PCOS) ή γυναίκες με καρκίνο ευαίσθητο στα οιστρογόνα που απαιτεί γοναδοτοξική αγωγή με χρονική ευαισθησία. Στην εξωσωματική ωρίμανση, τα ανώριμα ωοθυλάκια συλλέγονται με ελαχιστοποιημένη έως μηδενική έκθεση σε ορμονική διέγερση κατά τη διάρκεια του σταδίου της βλαστικής κυψελίδας έως τη μετάφαση II. Συνήθως, πραγματοποιείται μια σύντομη πορεία χορήγησης FSH, με ή χωρίς χορήγηση hCG για την προετοιμασία των ωοθυλακίων (Hoetal., 2018). Η ανάκτηση και η καλλιέργεια πρέπει να τροποποιηθούν για τη λήψη και την ωρίμανση των ανώριμων ωαρίων πριν από τη γονιμοποίηση. Υποψήφιες για εξωσωματική ωρίμανση είναι και πάλι εκείνες που έχουν σχετική αντένδειξη για εξωσωματική γονιμοποίηση και οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευούνται ότι το ποσοστό επίτευξης του σταδίου της βλαστοκύστης είναι χαμηλότερο με την εξωσωματική ωρίμανση. Κατά πάσα πιθανότητα, τα ποσοστά εγκυμοσύνης είναι επίσης χαμηλότερα με αυτή τη μέθοδο (Ortega-Hrepichetal., 2013; Ho etal., 2019).

1.8.6 Μεταφορά εμβρύου

Η Αμερικανική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής (ASRM) ανέπτυξε ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο για την εμβρυομεταφορά με βάση μια ομάδα εργασίας που αξιολόγησε τις απαντήσεις ερευνών σχετικά με τις επιμέρους πρακτικές μεταξύ των ιατρικών διευθυντών της Εταιρείας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (SART) (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2017). Η ώθηση για την ανάπτυξη μιας τυποποιημένης πρακτικής κατευθυντήριας γραμμής βασίστηκε στα στοιχεία για την περιορισμένη εκπαίδευση στην εμβρυομεταφορά στις υποτροφίες και τα διαφορετικά αποτελέσματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης ανάλογα με τον πάροχο που εκτελεί τη μεταφορά.

Η κατευθυντήρια γραμμή του πρωτοκόλλου με βάση την έρευνα και τα υπάρχοντα στοιχεία έχει ως εξής:

1. Θα πρέπει να προετοιμαστεί κανείς για την εμβρυομεταφορά με την ανασκόπηση προηγούμενων σημειώσεων εικονικής/μεταφοράς
2. Η προετοιμασία της ασθενούς για τη διαδικασία θα πρέπει να περιλαμβάνει αναλγητικά για την άνεση της ασθενούς. Ωστόσο, τα αναλγητικά δεν έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης.
3. Διαδικασία timeout βάσει καταλόγου ελέγχου για να διασφαλιστεί η κατάλληλη αναγνώριση ασθενούς και εμβρύου
4. Διακοιλιακή καθοδήγηση για την απεικόνιση της ενδομητρικής κοιλότητας και της πυελικής ανατομίας, καθώς και για την υπερηχογραφική καθοδήγηση της μεταφοράς
5. Τυπική προετοιμασία στειρότητας με πλύσιμο των χεριών και αποστειρωμένα γάντια
6. Τοποθέτηση του ενδοσκοπίου. Συνιστάται η έκπλυση του κόλπου είτε με βαμβακερή μπατονέτα είτε με γάζα χρησιμοποιώντας φυσιολογικό ορό ή μέσο ως διάλυμα καθαρισμού
7. Απομάκρυνση της βλέννας από τον αυχενικό-ενδοτραχηλικό σωλήνα, με κάποια στοιχεία για βελτίωση των κλινικών ποσοστών εγκυμοσύνης.

8. Χρήση μαλακού καθετήρα εμβρυομεταφοράς για τη διέλευση από τον τράχηλο της μήτρας στην ενδομητρική κοιλότητα. Η μεταφορά μπορεί να γίνει άμεσα, κατά την οποία ο καθετήρας φορτώνεται με τα έμβρυα πριν από την τοποθέτηση του καθετήρα, με δοκιμαστική μεταφορά που ακολουθείται από την πραγματική μεταφορά (ο άδειος καθετήρας διέρχεται από τον τράχηλο της μήτρας πριν από τη φόρτωση του καθετήρα με ένα έμβρυο προς μεταφορά), ή τη μεταφορά μετά τη φόρτιση (Ο καθετήρας διέρχεται από τον τράχηλο της μήτρας, μετά την οποία αφαιρείται ο εσωτερικός καθετήρας, ενώ ο εξωτερικός καθετήρας παραμένει στη θέση του στο κανάλι. Στη συνέχεια, ο εσωτερικός καθετήρας φορτώνεται με το/τα έμβρυο/α και αντικαθίσταται για την τοποθέτηση του/των εμβρύου/ων στη μήτρα).
9. Θα πρέπει να τοποθετείται το άκρο του καθετήρα στο ανώτερο ή μεσαίο τρίτο της ενδομητρικής κοιλότητας. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτή η θέση βελτιώνει τα ποσοστά εγκυμοσύνης.
10. Θα πρέπει να επιβεβαιωθεί ότι ο καθετήρας δεν έχει κατακρατημένο έμβρυο (ή έμβρυα).
11. Δεν υπάρχουν στοιχεία για την ανάπαυση στο κρεβάτι μετά την εμβρυομεταφορά (Craciunas et al., 2016).

Αν και η συντριπτική πλειονότητα των εμβρυομεταφορών πραγματοποιείται με αυτόν τον τρόπο διακολπικά, για ασθενείς με ανωμαλίες της μήτρας ή δύσκολη διατραχηλική πρόσβαση, η ενδοαλλοειδική μεταφορά μέσω ενδοαλλοειδικής μεταφοράς γαμετών (GIFT) ή ενδοαλλοειδικής μεταφοράς ζυγωτών (ZIFT) είναι μια πιθανή εναλλακτική λαπαροσκοπική τεχνική μεταφοράς.

Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες της ASRM συνιστούν τη μεταφορά ενός εμβρύου σε ασθενείς με ευνοϊκή πρόγνωση, θεωρώντας ότι το μέγιστο όριο των δύο και τριών εμβρύων βλαστοκύστης που μεταφέρονται ταυτόχρονα στην ηλικιακή ομάδα 38 έως 40 και 41 έως 42 ετών, αντίστοιχα. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες γίνονται για να μειωθεί η πολύδυμη κύηση (που εξετάζεται περαιτέρω στην ενότητα "Επιπλοκές") (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2017).

Μετά την εμβρυομεταφορά, η ωχρινική φάση συνήθως υποστηρίζεται με συμπλήρωμα προγεστερόνης και οιστρογόνων για την προώθηση της εμφύτευσης και της συνέχισης της εγκυμοσύνης.

1.8.7 Κρυοσυντήρηση

Τα έμβρυα που δεν χρησιμοποιούνται στον τρέχοντα κύκλο μπορούν να κρυοσυντηρηθούν. Η κρυοσυντήρηση επιτυγχάνεται συνήθως με υαλοποίηση, μια διαδικασία ταχείας κατάψυξης. Η υαλοποίηση πιστεύεται ότι αποτρέπει την κρυοτραυματισμό μειώνοντας την ανάπτυξη ενδοκυτταρικών κρυστάλλων (Li et al., 2014). Όλα τα έμβρυα μπορούν επίσης να καταψυχθούν σε ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο για σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών (που αναλύεται περαιτέρω στην ενότητα "Επιπλοκές"). Τα έμβρυα από αυτούς τους κύκλους "κατάψυξης όλων" μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν σε έναν μελλοντικό κύκλο που δεν σχετίζεται με την ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών. Οι κύκλοι "freeze-all" χρησιμοποιούνται επίσης σε ορισμένες κλινικές ρουτίνες, καθώς τα κατεψυγμένα έμβρυα έχουν συσχετιστεί με βελτιωμένα ποσοστά εγκυμοσύνης και μαιευτικά αποτελέσματα, όπως μειωμένος κίνδυνος περιγεννητικής θνησιμότητας και πρόωρου τοκετού (Roqueetal., 2018).

1.8.8 Κλινική σημασία

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή επιτρέπει σε άτομα και ζευγάρια να επιτύχουν εγκυμοσύνη σε καταστάσεις που διαφορετικά δεν θα ήταν δυνατές, όπως σε άτομα με υπογονιμότητα, ιστορικό γοναδοτοξικών θεραπειών ή σε άτομα με επιβλαβείς γενετικές καταστάσεις.

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών, από το 2017, το 1,9% των βρεφών που γεννήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν συλληφθεί με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Το 2017, πραγματοποιήθηκαν περίπου 200.000 κύκλοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με εμβρυομεταφορά, με 78.052 γεννήσεις ζώντων παιδιών εκείνο το έτος. Καθώς η πρόσβαση, τα ποσοστά καθυστερημένης τεκνοποίησης και η ασφαλιστική κάλυψη για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αυξάνονται, οι αριθμοί αυτοί πιθανότατα θα αυξηθούν. Ως εκ τούτου, οι πάροχοι

υπηρεσιών υγείας των γυναικών και αναπαραγωγικής υγείας πρέπει να έχουν βασικές λειτουργικές γνώσεις σχετικά με τις ενδείξεις και τον κατάλληλο χρόνο παραπομπής σε ενδοκρινολόγο αναπαραγωγής και ειδικό σε θέματα υπογονιμότητας (Sunderam et al., 2020).

2. Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί των νοσηλευτών – μαιών σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

2.1 Ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί

Ένα ηθικό δίλημμα είναι μια κατάσταση στην οποία ένα άτομο πρέπει να κάνει μια επιλογή μεταξύ δύο ή περισσότερων ηθικά αποδεκτών επιλογών που μπορεί να δικαιολογήσει λογικά και ηθικά ή την ύπαρξη ενός προβλήματος χωρίς ικανοποιητική λύση. Σε κάθε σενάριο, πρέπει να επιλεγεί μία ενέργεια, διότι η εκτέλεση και των δύο ενεργειών θα ήταν αδύνατη. Η σημασία της λήψης ηθικών αποφάσεων έγκειται στο γεγονός ότι μπορούν να γίνουν πολύ διαφορετικές ηθικές επιλογές όσον αφορά το ίδιο ηθικό δίλημμα με αποτέλεσμα καμία από τις δύο επιλογές να μην είναι "σωστή ή λάθος" απόφαση (Dinahetal., 2017).

Οι ηθικές αρχές αποτελούν το θεμέλιο για τη νοσηλευτική πρακτική. Οι ηθικές αρχές ορίζονται ως η βάση για τις αποφάσεις των νοσηλευτών/μαιευτών σχετικά με την εξέταση των συνεπειών και των καθολικών ηθικών αρχών κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Η πιο θεμελιώδης από αυτές τις αρχές είναι ο σεβασμός των προσώπων. Οι ηθικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές/μαίες βασίζονται στις κατηγορίες αρχών της νοσηλευτικής και μαιευτικής δεοντολογίας οι οποίες στηρίζονται στις ηθικές αρχές. Ωστόσο, ανάλογα με τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις αξίες και τις εμπειρίες του ατόμου σε μια δεδομένη κατάσταση, μπορεί να γίνουν πολύ διαφορετικές επιλογές που αφορούν το ίδιο δίλημμα. Τα περισσότερα ηθικά διλήμματα στη νοσηλευτική/μαιευτική μπορούν να προσδιοριστούν σύμφωνα με τις ακόλουθες ταξινομήσεις: Τις πρωταρχικές και βασικές ηθικές αρχές (Dinahetal., 2017):

- Σεβασμός της αυτονομίας - συμφωνία για το σεβασμό του δικαιώματος του άλλου να αυτοκαθορίζει μια πορεία δράσης- υποστήριξη της ανεξάρτητης λήψης αποφάσεων.
- Μη αβελτηρία - αποφυγή βλάβης ή ζημίας- πυρήνας του ιατρικού όρκου και της νοσηλευτικής δεοντολογίας.
- Αγαθοεργία - Ενεργή προώθηση του καλού- εξετάζει το καλύτερο για τον ασθενή.

- Δικαιοσύνη - Προώθηση της ισότητας σε κάθε κατάσταση- δίκαιη κατανομή των πόρων και της θεραπείας ανάλογα με την έκτακτη ανάγκη.

Οι δευτερεύουσες ηθικές αρχές που μπορούν να ενσωματωθούν με τις πρωταρχικές αρχές κατά την ερμηνεία των ηθικών ζητημάτων και τη λήψη κλινικών αποφάσεων είναι οι ακόλουθες:

- Ειλικρίνεια - ή να λέμε την αλήθεια.
- Εμπιστευτικότητα - Όσον αφορά τους ασθενείς/πελάτες πληροφορίες, τη θεραπεία που μπορούν να αποκαλυφθούν με τη συγκατάθεση του ασθενούς, εκτός εάν απαιτείται για λόγους νόμου ή καθήκοντος.
- Πιστότητα - Η αρχή αυτή απαιτεί πίστη, δικαιοσύνη, ειλικρίνεια, υπεράσπιση και αφοσίωση στους ασθενείς. Περιλαμβάνει τη συμφωνία τήρησης των υποσχέσεων. Η πίστη αναφέρεται στην έννοια της τήρησης μιας δέσμευσης και βασίζεται στην αρετή της φροντίδας.

Η μαιευτική είναι ένας δυναμικός και διαρκώς μεταβαλλόμενος εξειδικευμένος τομέας της νοσηλευτικής που περιλαμβάνει τη φροντίδα των γυναικών και των οικογενειών που τεκνοποιούν. Ο κώδικας δεοντολογίας των μαιών αναφέρει ότι οι πελάτες είναι κεντρικής σημασίας για την άσκηση της μαιευτικής και συνεπώς η ευημερία τους αποτελεί το κύριο μέλημα των μαιών. Οι μαιές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα σε καθημερινή βάση, ανεξάρτητα από το επίπεδο των εγκαταστάσεων όπου ασκούν το επάγγελμά τους- οι ποικίλοι ρόλοι τους είναι αντιμετώπι με ηθικές αποφάσεις που μπορούν να επηρεάσουν τις ίδιες και τους ασθενείς/πελάτες τους, τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και τις πολιτικές και τους διοικητικούς υπαλλήλους των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Ejder Apayetal., 2020).

Τα ηθικά διλήμματα περιγράφονται ως καταστάσεις που δεν μπορούν να επιλυθούν- περιστάσεις στις οποίες λαμβάνονται αποφάσεις μεταξύ δύο επιλογών που μπορεί να είναι ηθικά εύλογες αλλά εξίσου προβληματικές. Η αναπαραγωγική υγεία είναι ένας τομέας αυξανόμενης πολυπλοκότητας που δημιουργεί δύσκολα ηθικά ζητήματα για τους επαγγελματίες υγείας. Οι εξελίξεις στην αναπαραγωγική τεχνολογία, για παράδειγμα, έχουν οδηγήσει σε αύξηση του φάσματος των ηθικών διλημάτων που αναφέρονται σε σχέση με το δικαίωμα της γέννησης, την άμβλωση,

τις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού, την επιλογή φύλου, τις γενετικές μελέτες, τις μελέτες εμβρύων, τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και την παρένθετη μητρότητα. Επιπλέον, η βία λόγω φύλου έχει αναφερθεί ως εμπόδιο στην άσκηση της αυτονομίας των γυναικών σε σχέση με τις αναπαραγωγικές επιλογές και έχει ως αποτέλεσμα την παραβίαση των σεξουαλικών και αναπαραγωγικών δικαιωμάτων (Ejder Apayetal., 2020).

2.2 Έρευνες από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα

2.2.1 Ηθικά διλήμματα φοιτητών μαιευτικής

Οι μαιές οφείλουν να λαμβάνουν ηθικές αποφάσεις με την υποστήριξη των αντίστοιχων κωδίκων επαγγελματικής δεοντολογίας, οι οποίοι παρέχουν ένα πλαίσιο για τη λήψη αποφάσεων στην κλινική πρακτική. Ενώ κάθε μαιά θα πρέπει να έχει ηθική επίγνωση και ευαισθησία στα συνεχώς μεταβαλλόμενα ζητήματα της αναπαραγωγής, λίγες εμπειρικές μελέτες έχουν εξετάσει τις απόψεις των μαθητευόμενων μαιών σε σχέση με τα αναπαραγωγικά ηθικά διλήμματα.

Σκοπός της έρευνας των Ejder Apay και συν. (2020) ήταν να διερευνήσει τις αντιδράσεις των φοιτητών μαιευτικής σε ορισμένα ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τις εμπειρίες των γυναικών όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την αναπαραγωγή.

Πραγματοποιήθηκε μια σειρά από ομάδες εστίασης με φοιτήτριες μαιάς του πανεπιστήμιου της Τουρκίας, από τις οποίες ζητήθηκε να συζητήσουν πέντε πολιτισμικά σημαντικά σενάρια, συμπεριλαμβανομένων ζητημάτων απόκτησης γνώσεων σχετικά με τις μεθόδους οικογενειακού προγραμματισμού, την αφαίρεση ή την τοποθέτηση ενδομήτριας συσκευής και την άμβλωση. Η μελέτη εξετάστηκε και έλαβε επίσημη έγκριση δεοντολογίας από επιτροπή δεοντολογίας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Atatürk. Ο επικεφαλής της Σχολής Επιστημών Υγείας ενέκρινε την έρευνα. Οι συμμετέχοντες έλαβαν προφορικές και γραπτές πληροφορίες σχετικά με τη μελέτη και έδωσαν τη συγκατάθεσή τους.

Από την ανάλυση των δεδομένων των ομάδων εστίασης εντοπίστηκαν πέντε θέματα που αφορούσαν και τα πέντε σενάρια. Τα θέματα αυτά ήταν "το δικαίωμα στην πληροφόρηση", "επιλογή και προστασία", "γονικά δικαιώματα και ευημερία των

γυναικών", "λήψη απόφασης" και "δικαιώματα των γυναικών και σεξουαλική κακοποίηση". Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι, ενώ οι φοιτητές σέβονταν την επιλογή των γυναικών, εξέφραζαν επίσης μεγάλη αμφιθυμία σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν οι προσωπικές αξίες συγκρούονται με τις κυρίαρχες κοινωνικές πεποιθήσεις και την επαγγελματική ηθική. Προτείνεται η εστίαση της εκπαίδευσης στη δεοντολογία ώστε να συμπεριλάβει τα ανθρώπινα δικαιώματα ως μέσο για να μπορέσουν οι φοιτητές να διερευνήσουν τις δικές τους κρίσεις κοινωνικών αξιών και ως μέσο για να περιοριστεί η πιθανή ανάπτυξη ηθικής σύγχυσης και ηθικής δυσφορίας.

2.2.2 Νέα προσέγγιση της ηθικής στη γονιμότητα

Όταν γίνεται λόγος για ηθική στην υγεία της γονιμότητας, υπάρχουν πολλά ηθικά ζητήματα που μπορούν να αντιμετωπιστούν. Η έντονη συζήτηση σχετικά με την "έναρξη της ανθρώπινης ζωής" συνδέεται στενά με την "υγεία της γονιμότητας".

Σκοπός της μελέτης των Sattari και συν. (2019) ήταν να εξετάσει τη νέα προσέγγιση της ηθικής στη γονιμότητα. Σε αυτή τη δομημένη ανασκόπηση, εξετάστηκαν όλες οι μελέτες που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια της περιόδου 2009-2018 με τη χρήση ηθικών λέξεων στη γονιμότητα, ηθικών προκλήσεων και μετά-αναλύσεων των τραπεζών πληροφοριών της χώρας που περιλαμβάνουν Magiran - medlib - SID - iranmedex και λατινικών βάσεων δεδομένων όπως CINAHL - Pubmed - scopus και τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της μετα - ανάλυσης - συλλέχθηκαν τα δεδομένα αυτών των επιλεγμένων άρθρων. Μετά την αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων και την εξαγωγή μεγάλου αριθμού άρθρων με βάση τον τίτλο και την περίληψη, διερευνήθηκαν 220 άρθρα, εκ των οποίων τα 193 αποκλείστηκαν λόγω του ότι δεν εξέταζαν τη δεοντολογία της γονιμότητας.

Εξετάστηκαν ακριβέστερα 27 άρθρα, εκ των οποίων 7 ήταν αφιερωμένα σε νομικά θέματα στον τομέα αυτό. Τέλος, εξετάστηκαν 20 άρθρα. Αυτό που είναι πολύ αποτελεσματικό στην ανάλυση των σχετικών θεμάτων και αποφάσεων στον τομέα αυτό είναι το πολιτιστικό-θρησκευτικό πλαίσιο της κοινωνίας. Τα φιλοσοφικά θεμέλια της λήψης αποφάσεων, καθώς και οι ηθικές αρχές και η δεοντολογία που είναι αποδεκτές σε κάθε κοινότητα, έχουν αναμφισβήτητη επίδραση στη γενική προσέγγιση της κοινωνίας στον τομέα της αναπαραγωγικής υγείας.

Το θέμα της "αναπαραγωγικής υγείας" σε λιγότερο πολιτισμό και κοινωνία θεωρείται ατομική και μόνο γυναικεία συζήτηση, αν και η κύρια εστίασή της είναι η "υγεία των γυναικών". Το ευρύτερο φάσμα των ιατρικών, ηθικών, νομικών, ψυχολογικών και κοινωνιολογικών ζητημάτων που εμπλέκονται σε αυτόν τον τομέα αφορά γυναίκες, άνδρες, παιδιά και ένα ευρύ φάσμα κοινοτήτων. Αυτό που είναι πολύ αποτελεσματικό στην ανάλυση των σχετικών θεμάτων και αποφάσεων στον τομέα αυτό είναι το πολιτισμικό-θρησκευτικό πλαίσιο της κοινωνίας. Τα φιλοσοφικά θεμέλια της λήψης αποφάσεων, καθώς και οι ηθικές αρχές και η δεοντολογία που είναι αποδεκτές σε κάθε κοινότητα, έχουν μια αναμφισβήτητη επίδραση στη γενική προσέγγιση της κοινωνίας σε στον τομέα της αναπαραγωγικής υγείας.

2.2.3 Ηθικά διλήμματα στην αναπαραγωγική υγεία - Εμπειρίες 10 μαιών

Κατά τη φροντίδα των εγκύων γυναικών, οι επαγγελματίες θα πρέπει να αναγνωρίζουν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα συμφέροντα της εγκύου και του εμβρύου της συγκλίνουν παρά αποκλίνουν. Υπάρχει ανάγκη να προαχθεί η υγεία των εγκύων γυναικών μέσω της υπεράσπισης της υγιούς συμπεριφοράς. Οι φορείς χάραξης πολιτικής, οι νομοθέτες, οι γιατροί και οι νοσηλεύτές/μαίες θα πρέπει να συνεργαστούν για να βρουν εποικοδομητικούς και τεκμηριωμένους τρόπους αντιμετώπισης των αναγκών. Τα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τρόπο ώστε η ασφάλεια της ζωής της μητέρας να αποτελεί πρώτη προτεραιότητα. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει την ανάπτυξη ασφαλών, διαθέσιμων και αποτελεσματικών υπηρεσιών για τις γυναίκες σε κίνδυνο και τις οικογένειές τους.

Στην έρευνά τους οι Dinah και συν. (2017) κατέγραψαν μέσω ποιοτικής έρευνας τους ηθικούς προβληματισμούς 10 μαιών. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαπιστώθηκαν ηθικά διλήμματα που αφορούσαν στην αυτονομία και τον σεβασμό των προσώπων, την εμπιστευτικότητα και την αρχή της ευεργετικότητας. Σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας των μαιών οι μαιές δεσμεύονται από το καθήκον της εμπιστευτικότητας (NMC, 2004), ωστόσο υπάρχουν φορές που η ανταλλαγή πληροφοριών είναι σημαντική καθώς θα είναι προς το συμφέρον της γυναίκας και του μωρού. Η ανάγκη να συζητηθεί ποιες πληροφορίες πρόκειται να κοινοποιηθούν

είναι υψίστης σημασίας και όταν ενημερωθούν για το σκεπτικό της κοινοποίησης των πληροφοριών, οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να δώσουν τη συγκατάθεσή τους.

Ειδικό μέρος

1. Μεθοδολογική προσέγγιση έρευνας

Η μεθοδολογική προσέγγιση της παρούσας έρευνας αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι της ερευνητικής διαδικασίας, ξεκινώντας από τον καθορισμό των ερευνητικών ερωτημάτων και του γενικού σκοπού της μελέτης. Η σαφής επίτευξη των στόχων αυτών οδηγεί στην καλύτερη κατανόηση της σημαντικότητας της έρευνας στο συγκεκριμένο πεδίο. Κατόπιν, η επιλογή του τρόπου συλλογής δεδομένων παίζει καίριο ρόλο στην επίτευξη των ερευνητικών στόχων, στην συγκεκριμένη περίπτωση οι συνεντεύξεις. Το δείγμα της έρευνας προσεγγίζεται με προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη την αναπαραστατικότητα και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Με αυτήν τη μεθοδολογική προσέγγιση, η έρευνα διαμορφώνει ένα πλαίσιο που επιτρέπει τη σφαιρική κατανόηση του θέματος και προάγει την ανάπτυξη νέων ερευνητικών κατευθύνσεων (Γαλάνης, 2018).

2. Σκοπός- Ερευνητικά Ερωτήματα

Η έρευνα μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση, επικεντρώνεται στην ανάλυση των ηθικών διλημάτων και των προβληματισμών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτες και οι μαίες σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, με έμφαση στη μέθοδο των συνεντεύξεων, έχει ως στόχο την εμβάθυνση στις προσωπικές απόψεις, τις εμπειρίες και τους προβληματισμούς των εν λόγω επαγγελματιών. Η έρευνα αυτή, διερευνά, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στον τομέα της αναπαραγωγής, εξετάζοντας τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τα πιθανά διλήμματα που επηρεάζουν την παροχή φροντίδας σε ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Μέσω των συνεντεύξεων, η έρευνα αποσκοπεί στο να αναδείξει τις ατομικές αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, παρέχοντας πολύτιμη εισαγωγή για τη βελτίωση των πρακτικών φροντίδας και την ανάπτυξη πολιτικών που θα υποστηρίζουν την ηθική και ευαίσθητη παροχή υπηρεσιών υγείας σε αυτόν τον ευαίσθητο τομέα. Για την διεξαγωγή, λοιπόν, της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι η εμπειρία των συμμετεχόντων στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κι αν υπάρχουν περιπτώσεις που τους εγείρουν ηθικά διλήμματα και προβληματισμούς;
2. Πώς νιώθουν οι συμμετέχοντες όταν έρχεται ένα υπογόνιμο ζευγάρι στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;
3. Ποιες διαδικασίες φροντίδας παρέχουν οι συμμετέχοντες στη γυναίκα ή στο υπογόνιμο ζευγάρι;
4. Πιστεύουν ότι η πρόσβαση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ισότιμη και δίκαιη;
5. Ποια είναι η άποψη των συμμετεχόντων για την αύξηση του ορίου ηλικίας στα 52 έτη για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή;
6. Πώς βλέπουν το γεγονός όταν μη παραδοσιακοί τύποι οικογένειας,(μονογονεϊκές, ομόφυλες) απευθύνονται στις υπηρεσίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Ποια είναι η αντίδραση τους και το αποδέχονται δύσκολα;
7. Ποια ηθικά διλήμματα δημιουργήθηκαν στους συμμετέχοντες κατά τη συνεργασία τους με μη παραδοσιακούς τύπους οικογένειας και πώς το αντιμετώπισαν;
8. «Ο σκοπός αγιάζει τα μέσα». Πιστεύουν οι συμμετέχοντες ότι ισχύει στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή; Και αν ναι, τους προβληματίζουν οι πρακτικές που χρησιμοποιούνται ή που θα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον;

3. Σημαντικότητα έρευνας

Η έρευνα σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή με την μέθοδο των συνεντεύξεων, ανοίγει τον δρόμο για έναν βαθύτερο προβληματισμό σχετικά με τα ηθικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και οι μαίες. Καθώς η τεχνολογία προχωρά και προσφέρει νέες δυνατότητες στον τομέα της αναπαραγωγής, οι επαγγελματίες της υγείας βρίσκονται αντιμέτωποι με διλήμματα σχετικά με την ηθική, την ευθύνη και τις επιπτώσεις στην κοινωνία. Οι συνεντεύξεις αποτελούν ένα καίριο εργαλείο στην ανάπτυξη κατανόησης για τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις

των επαγγελματιών υγείας, ενισχύοντας την διαλεκτική διαδικασία και την δημιουργία κοινών προσεγγίσεων σε ηθικά ζητήματα. Επιπρόσθετα, είναι, εξίσου, σημαντικό να σημειωθεί πως ανάλογες έρευνες είναι ελλιπείς και περιορισμένες, κυρίως στην εγχώρια βιβλιογραφία, επομένως κρίνεται απαραίτητη η σημασία της. Συνεπώς, η έρευνα αυτή αναδεικνύει την ανάγκη για συνεχείς συζητήσεις, καθοδηγώντας τους επαγγελματίες υγείας στην ανάπτυξη προορατικών προσεγγίσεων που θα διασφαλίζουν την ασφαλή και ηθική παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

4. Μέθοδος

4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Ο ερευνητικός σχεδιασμός για τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν στον χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αντιμετωπίζει μια πληθώρα προκλήσεων. Αναδεικνύεται ένα σύνθετο πλαίσιο όπου οι επιστημονικές, ηθικές και κοινωνικές πτυχές συγκλίνουν, και οι νοσηλευτές-μαίες είναι βαθιά ενεργοί συμμετέχοντες σε αυτόν τον διάλογο (Γαλάνης, 2018).

Στο πλαίσιο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η ποιοτική προσέγγιση αποτελεί κομβικό στοιχείο του ερευνητικού σχεδιασμού. Η εκτενής χρήση συνεντεύξεων παρέχει τη δυνατότητα για βαθύτερη κατανόηση των ηθικών διλημάτων και των προβληματισμών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές-μαίες. Μέσω αυτών των συνεντεύξεων, μπορούμε να αναδείξουμε τις προσωπικές τους αντιλήψεις, τις αξίες τους και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ηθικές τους αποφάσεις.

Οι νοσηλευτές-μαίες βρίσκονται σε μια μοναδική θέση ως πρωτεργάτες της φροντίδας, καθώς συνδυάζουν την επιστημονική τους γνώση με την ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Κατά την παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αντιμετωπίζουν συχνά διλήμματα που αφορούν την ευθύνη τους έναντι του ζευγαριού που επιζητεί τη βοήθειά τους, τον εμβρυϊκό υλικό και τις επιπτώσεις στη μητέρα και το παιδί.

Για τον λόγο αυτό, η μελέτη αυτή είναι ποιοτική, καθώς αποδείχθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος, για μια ολιστική προσέγγιση, με στόχο την εκτενή ανάλυση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν μέσα από τις δομημένες ερωτήσεις που τέθηκαν. Ο προσεκτικός σχεδιασμός των ερωτήσεων κρίνεται υψίστης σημασίας καθώς οι ερωτούμενοι, θα έρθουν αντιμέτωποι με ερωτήματα στα οποία θα πρέπει να αναλύσουν τις απόψεις τους, περιγράφοντας και ερμηνεύοντας την δική τους πλευρά ως επαγγελματίες υγείας που έχουν άμεση σχέση με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι συμμετέχοντες, λοιπόν, είναι οι πρωταγωνιστές της διαδικασίας αυτής, καθώς είναι ένας από τους λόγους που επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογία, καθώς δίνεται ιδιαίτερη βάση στις απαντήσεις του ερωτώμενου αλλά και στην αμεσότητα τους στην έρευνα.

4.2 Δείγμα

Οι συμμετέχοντες, στην παρούσα έρευνα, αποτελούν 10 γυναίκες, ηλικίας 40 έως 66 ετών, εκ των οποίων 8 μαιές και 2 νοσηλεύτριες, που εργάζονται στο τμήμα Μαιευτικής και μερικές από αυτές είτε έχουν εργαστεί, είτε εργάζονται σε μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, στην περιοχή της Λάρισας. Οι ερωτήσεις που επελέγησαν ώστε να συλλεχθούν τα δεδομένα αφορούσαν την εμπειρία των επαγγελματιών υγείας με την διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν ελεύθερες κι ανοιχτές, οπότε δεν υπήρχαν ίδιες απαντήσεις, καθώς ο καθένας μιλούσε από την δική του, μοναδική, εμπειρία. Η δειγματοληψία δεν ήταν τυχαία, επελέγησαν επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα, νοσηλεύτριες και μαιές, που εργάζονται είτε στο γυναικολογικό/μαιευτικό τμήμα ενός νοσοκομείου, είτε σε γυναικολογική/μαιευτική κλινική, είτε σε μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έτσι ώστε οι απαντήσεις να είναι πιο εμπειριστατωμένες ως προς την παρούσα μελέτη.

Τα κριτήρια επιλογής για συμμετοχή ήταν : ηλικίας 18 και άνω, νοσηλευτές ή μαιές που να εργάζονται σε τμήμα γυναικολογικό και να έχουν εμπειρία με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, να διαμένουν στην Λάρισα. Για τη συγκέντρωση δεδομένων σχετικά με τους προβληματισμούς των νοσηλευτών και των μαιών στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην περιοχή της Λάρισας, πραγματοποιήθηκε εκτενής έρευνα που συμμετείχαν ενεργά νοσηλεύτριες και μαιές από το εν λόγω

ιατρικό περιβάλλον. Αναλυτικότερα, το τελικό δείγμα μελέτης αποτελείται από 10 ερωτηθέντες, συγκεκριμένα 10 γυναίκες ηλικίας από 40-66 ετών, 8 μαίες και 2 νοσηλεύτριες, κατοίκους της Λάρισας.

4.3 Συλλογή δεδομένων

Πριν την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων διενεργήθηκε μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως και μια πιλοτική συνέντευξη που πραγματοποιήθηκε σε μια νοσηλεύτρια που εργαζόταν σε μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Μέσω της πιλοτικής συνέντευξης που έλαβε χώρα, δημιουργήθηκε το τελικό πλάνο συνέντευξης, με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, στο οποίο οι ερωτώμενοι απαντάνε σχετικά με τα συναισθήματα τους, τα ηθικά διλλήματα και τους προβληματισμούς που έχουν σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Γαλάνης, 2018).

Αναλυτικότερα, οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα σ' ένα ήσυχο μέρος, με στόχο να προκαλέσει το αίσθημα ασφάλειας στους συμμετέχοντες και να μπορούν να μιλήσουν για τα συναισθήματα και τα ηθικά διλλήματα τους ελεύθερα. Η δομή της συνέντευξης, είχε ως αφετηρία την καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων των συμμετεχόντων, όπως, η ηλικία, η ιδιότητα, ο χώρος εργασίας και η διαμονή τους. Στην συνέχεια της συνέντευξης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τα συναισθήματα τους, τις εμπειρίες τους, και τις απόψεις τους σχετικά με θέματα πάνω στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Μερικές από τις ερωτήσεις που έγιναν για την ενθάρρυνση των αφηγήσεων ήταν οι εξής: «Πείτε μας λίγα λόγια για την εμπειρία σας στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», «Πώς νιώθετε όταν έρχεται ένα υπογόνιμο ζευγάρι στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;» και «Ποια η άποψη σας για την αύξηση του ορίου ηλικίας στα 52 έτη για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή;». Για την ώθηση μια πλουσιότερης αφήγησης χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις, όπως: «πως αντιδράσατε τότε;» και «πως το αντιμετωπίσατε». Όλες οι συνεντεύξεις ακολούθησαν την ίδια ροή ερωτήσεων και με την ίδια σειρά. Η διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν μέσος όρος 15 λεπτά, αναλόγως την προσωπικότητα του ομιλητή, καθώς μερικοί αισθάνθηκαν αμέσως άνετοι να μιλήσουν κι άλλοι ήθελαν τον χρόνο τους. Οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν με μαγνητόφωνο και στην συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν σε κείμενο κατά λέξη.

Οι συνεντεύξεις με τις νοσηλεύτριες και μαίες που συμμετείχαν, πραγματοποιήθηκαν, προσεγγίζοντάς τες με σεβασμό και εξηγώντας τους σκοπό και τη σημασία της έρευνας. Οι συνεντεύξεις μπορεί να πραγματοποιήθηκαν με ατομικό τρόπο, ώστε οι συμμετέχοντες να ενθαρρυνθούν για να μοιραστούν τις απόψεις, τις εμπειρίες και τις απαιτήσεις τους ελεύθερα, σχετικά με τη νοσηλευτική και μαιευτική πρακτική και ιδιαίτερα, στο κομμάτι που αφορά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Το αναφερόμενο θέμα της έρευνας είχε καθοριστεί εκ των προτέρων, αλλά οι ερωτήσεις να προσαρμόστηκαν κατάλληλα κατά τη διάρκεια της πιλοτικής συνέντευξης που έγινε, με σκοπό να αντανakλούν την πολυπλοκότητα και τη βαθύτητα των απαντήσεων. Η βάση των συνεντεύξεων ήταν δομημένες ερωτήσεις με ανοικτές απαντήσεις. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες πριν την διεξαγωγή των συνεντεύξεων ενημερώθηκαν πλήρως για το περιεχόμενο της μελέτης, τον σκοπό και τον λόγο της παρούσας εργασίας. Φυσικά, τους δόθηκε το δικαίωμα της αποχώρησης, αν δεν ήθελαν να συνεχίσουν, υπέγραψαν την συγκατάθεση τους και τους δόθηκε βεβαίωση εμπιστευτικότητας, τηρώντας τα προσωπικά τους δικαιώματα. Οι συνεντεύξεις έγιναν στα ελληνικά, διήρκεσαν κατά μέσο όρο 15 λεπτά και πραγματοποιήθηκαν την περίοδο καλοκαίρι-φθινόπωρο 2023. Τέλος, να σημειωθεί πως η ανωνυμία των συμμετεχόντων είναι εξασφαλισμένη για την προστασία της ιδιωτικότητάς τους.

4.4 Ανάλυση δεδομένων

Η διεξαγωγή δομημένης συνέντευξης αποτελεί ένα κρίσιμο εργαλείο για τη συλλογή βαθιάς και διεξοδικής κατανόησης των απόψεων, των εμπειριών και των προοπτικών μαιών και νοσηλευτριών σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η ανάλυση των δεδομένων από αυτήν τη συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με την ποιοτική ανάλυση κι αποσκοπεί στον εντοπισμό κύριων θεμάτων, προκλήσεων και προοπτικών που προκύπτουν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις των συνεντεύξεων αναλύθηκαν με δηλωτική αλλά και με άδηλη ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου των απαντήσεων, εφόσον κρίθηκε η πιο κατάλληλη, για να αποδώσει σαφή κι εμπειριστατωμένα αποτελέσματα.

Εκτενέστερα, κατά τη διαδικασία ανάλυσης, αναγνωρίστηκαν από τον ερευνητή τα κύρια θέματα που επαναλαμβάνονται συχνά στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Αυτά περιλαμβάνουν την προσωπική εμπειρία τους με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, τις αντιλήψεις τους για την επίδραση της τεχνολογίας σε αυτήν τη διαδικασία, και τις ηθικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Στην συνέχεια, εξετάστηκαν οι δυσκολίες και τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν ηθικές διλήμματα, προκλήσεις επικοινωνίας με τους ασθενείς, και προβλήματα που σχετίζονται με την τεχνολογική πρόοδο. Έπειτα εξετάστηκαν οι προοπτικές που εκφράζονται από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το μέλλον της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Και τέλος, τα ευρήματα από τη συνέντευξη συσχετίζονται με υπάρχουσες ερευνητικές εργασίες στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενισχύοντας την ολοκληρωμένη κατανόηση του θέματος.

Η διαδικασία ανάλυσης ξεκίνησε με την ερευνήτρια ακούγοντας επανειλημμένα τις ηχογραφήσεις και διαβάζοντας το κείμενο που είχε ηχογραφηθεί από το μαγνητόφωνο, προσπαθώντας να αντλήσει μια ολοκληρωμένη κατανόηση του υλικού. Στη συνέχεια, διαίρεσε το κείμενο της συνέντευξης σε εννοιολογικές μονάδες, βασιζόμενη σε λέξεις και προτάσεις που σχετίζονταν με τον σκοπό της έρευνας. Οι μονάδες αυτές στη συνέχεια συμπυκνώθηκαν για να επισημάνουν την κυρίαρχη ουσία του κειμένου. Το συμπυκνωμένο κείμενο, μετά από επισημάνση με εννοιολογικά πλαίσια, ταξινομήθηκε σε κατηγορίες βάσει ομοιοτήτων και διαφορών στο περιεχόμενο, ακολουθώντας τη μεθοδολογία του Ιωσηφίδη (2003). Στο επόμενο στάδιο, η υποκείμενη έννοια των κατηγοριών εξετάστηκε και παρουσιάστηκε με ενόπτες θεματικής συνάφειας. Η ανάλυση χαρακτηρίστηκε από μια δυναμική διαδικασία που εμπεριείχε την εναλλαγή μεταξύ μερικών και συνολικής κατανόησης. Η συζήτηση και αναθεώρηση των διαφόρων σταδίων της διαδικασίας ανάλυσης διεξήχθησαν λεπτομερώς, προς την κατεύθυνση επίτευξης αποδοχής, ενώ αναζητούσαν μοτίβα και θέματα μέσω ακριβούς καταγραφής.

Η ποιοτική ανάλυση μέσω συνεντεύξεων αποτελεί μια ανεκτίμητη μέθοδο για την εκτίμηση των πτυχών μιας συγκεκριμένης εργασίας διότι προσφέρει βαθύτερη κατανόηση και περισσότερο εμπεριστατωμένες πληροφορίες σε σύγκριση με άλλες μεθόδους. Οι συνεντεύξεις επιτρέπουν στους ερευνητές να εξετάσουν τις αντιλήψεις, τις απόψεις και τις εμπειρίες των συμμετεχόντων με μεγαλύτερη λεπτομέρεια,

επιτρέποντας την ανάδειξη συναισθηματικών και πνευματικών πτυχών που δεν μπορεί να προκύψουν από ανώνυμες δομημένες διαδικασίες. Η προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες επιτρέπει τη δημιουργία ενός ενδιαφέροντος και εμπιστευτικού περιβάλλοντος, παρασιτώντας στην ανάδειξη πτυχών που ίσως διαφεύγουν σε πιο αντικειμενικές μεθόδους. Έτσι, η ποιοτική ανάλυση μέσω συνεντεύξεων αναδεικνύεται ως ουσιαστικό εργαλείο για την απόκτηση εμπειριστατωμένης και ευαίσθητης κατανόησης του αντικειμένου έρευνας.

4.5 Εγκυρότητα και αξιοπιστία

Η ποιοτική ανάλυση με τη μέθοδο συνεντεύξεων αποτελεί έναν εξαιρετικά αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την επίτευξη βαθιάς κατανόησης και ανάλυσης των δεδομένων. Μέσω αυτής της μεθόδου, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να εξετάσει τις προσωπικές εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων, προσφέροντας έναν βαθύτερο και πιο εμπλουτισμένο κατανοητικό πλαίσιο. Οι συνεντεύξεις επιτρέπουν την εξερεύνηση των συναισθημάτων, των κινήτρων και των πεποιθήσεων, προσφέροντας πλούσιο υλικό για την ανάπτυξη ενδιαφέροντος και πειστικού ερευνητικού περιεχομένου. Η διαδικασία της ποιοτικής ανάλυσης εξασφαλίζει την εμπιστευτικότητα των συνεντεύξεων, προάγοντας την ειλικρίνεια και την ακρίβεια των πληροφοριών, ενισχύοντας έτσι την εγκυρότητα της μεθόδου και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (Τσιώλης, 2014).

Στο γεγονός αυτό βοήθησε, επίσης, κι ο τρόπος που διεξήχθη όλη η διαδικασία, δηλαδή από την αρχή έως το τέλος της συλλογής των δεδομένων, τηρήθηκε αυστηρά η εμπιστευτικότητα των δεδομένων, των προσωπικών στοιχείων των ερωτηθέντων, η ανωνυμία τους, η συγκατάθεση τους, η προστασία των προσωπικών δεδομένων τους, καθώς και ο σεβασμός στην τήρηση των παραμέτρων που τέθηκαν εξ αρχής.

4.6 Ηθική και δεοντολογία

Το πλάνο εγκρίθηκε από το ηθικό συμβούλιο του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, και η έρευνα πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες του τμήματος. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς και προφορικά για τους σκοπούς της

μελέτης, διασφαλίστηκε η εμπιστευτικότητα, και τους εξηγήθηκε ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική και μπορούσε να τερματιστεί οποτεδήποτε χωρίς αιτιολόγηση. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, η ερευνήτρια λήφθηκε υπόψη της, την ευαισθησία των θεμάτων που αφορούν τις νοσηλεύτριες και μαίες, με προοπτική να αποφευχθούν ερωτήσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν δυσκολίες στους συμμετέχοντες.

4.7 Εμπόδια στην εκπόνηση της έρευνας

Σε θεωρητικό επίπεδο, η πρωταρχική πρόκληση είναι η περιορισμένη ποσότητα βιβλιογραφίας που επικεντρώνεται σε ποιοτικές έρευνες σε ελληνικό ή παγκόσμιο επίπεδο. Οι περισσότερες αναφορές επικεντρώνονται σε ποσοτικά δεδομένα και δείκτες, αποτελώντας ένα πεδίο με περιορισμένη πληροφόρηση για τις ποιοτικές πτυχές της έρευνας. Επιπλέον, το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι εξαιρετικά ευαίσθητο και προκαλεί έντονα συναισθήματα. Οι συνεντεύξεις πρέπει να διεξαχθούν με επιμέλεια ώστε να μην προκαλέσουν άγχος ή δυσάρεστα συναισθήματα στους συμμετέχοντες. Οι νοσηλεύτριες και μαίες πιθανόν να αντιμετωπίζουν προσωπικά ηθικά διλήμματα ή να έχουν προσωπικές απόψεις για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας είναι ζωτικής σημασίας για τη συμμετοχή τους στη μελέτη, για τον λόγο αυτό η εύρεση νοσηλευτών και μαίων που είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε συνεντεύξεις ήταν προκλητική. Ορισμένοι δεν ήθελαν να μοιραστούν τις απόψεις τους για το θέμα. Επιπλέον, λόγω της ειδικότητας του θέματος δεν ήταν εύκολο να βρεθεί ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων, καθώς οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που βρέθηκαν δεν είχαν εμπειρία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ή δεν αισθάνονταν οικεία στο να συμμετάσχουν στην έρευνα.

4.8 Επεξεργασία και Ανάλυση των Δεδομένων - Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις ερωτήσεις που τέθηκαν, οι προσωπικές εμπειρίες, τα συναισθήματα, οι σκέψεις και οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ενώ τα ευρήματα θα παρουσιαστούν ως αποτέλεσμα ποιοτικής

ανάλυσης. Η οργάνωση των ευρημάτων θα πραγματοποιηθεί με την ταξινόμησή τους σε θεματικές ενότητες, ενώ τα δεδομένα θα εξεταστούν και θα συσχετιστούν με παρόμοιες μελέτες προκειμένου να αναδειχθούν ομοιότητες και διαφορές. Κάθε ενότητα θα περιλαμβάνει επίσης αποσπάσματα από τις αυθεντικές απαντήσεις των συμμετεχόντων, προσφέροντας έτσι διαφάνεια στην αυθεντικότητα του υλικού(Τσιώλης, 2014).

4.8.1 Δημογραφικά δεδομένα

Φύλο	Ηλικία	Ειδικότητα	ΜέροςΕργασίας	Διαμονή
Γυναίκα	66	Μαία	Γυναικολογική κλινική ΠΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	60	Μαία	Ιδιωτική Γυναικολογική κλινική	Λάρισα
Γυναίκα	59	Μαία	Μαιευτική κλινική ΠΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	40	Νοσηλεύτρια	Μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ΠΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	48	Μαία	Μαιευτικό εξωτερικό ιατρείο ΠΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	51	Μαία	μαιευτικής Γυναικολογία ΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	55	Μαία	Μαιευτική κλινική ΠΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	47	Νοσηλεύτρια	Τακτικά εξωτερικά εργαστήρια ΠΓΝΛ	Λάρισα
Γυναίκα	43	Μαία	Ιατρείο υποβοηθούμενης παραγωγής	Λάρισα
Γυναίκα	54	Μαία	Δημόσια μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	Λάρισα

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ήταν 10 γυναίκες, ηλικίας από 40 έως 66 ετών, κάτοικοι της Λάρισας εκ των οποίων οι 8 ήταν μαίες και οι 2 νοσηλεύτριες. Από αυτές οι 8 εργάζονται στον δημόσιο τομέα, συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, 1 στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και 1 σε δημόσια μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι άλλες 2 στον ιδιωτικό, συγκεκριμένα η μια σε ιατρείο και η δεύτερη σε ιδιωτική γυναικολογική κλινική. Μάλιστα στην συνέντευξη αναφέρθηκε πως μερικές από αυτές έχουν χρόνια εμπειρία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, μια μαία μάλιστα δήλωσε πως είναι εξειδικευμένη στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή από την ESRI, μια άλλη δήλωσε πως δεν έχει πολλά χρόνια εμπειρίας, άλλη πως εργαζόταν στο τμήμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης αλλά λόγω της πανδημίας έκλεισε. Μια από τις δύο νοσηλεύτριες δήλωσε πως εργάζεται στο τμήμα εξωσωματικής γονιμοποίησης τα τελευταία 8 χρόνια. Συνολικά, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει μεγάλη εμπειρία στον χώρο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και είτε εργάζεται τη δεδομένη στιγμή σε αυτό το τμήμα είτε είχε απασχοληθεί στο παρελθόν με τον τομέα της υποβοηθούμενης παραγωγής, με τις περισσότερες να έχουν εμπειρία κυρίως στο τμήμα εξωσωματικής.

5. Θεματικές ενότητες

Εμβαθύνοντας, οι θεματικές ενότητες που προκύπτουν με βάση την δομημένη συνέντευξη που δόθηκε από τους συμμετέχοντες, στο πρώτο μέρος, δηλαδή την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, ερωτήθηκαν, για την ηλικία, την ειδικότητα, τον τόπο εργασίας και την διαμονή τους.

Στο δεύτερο και σημαντικότερο μέρος, οι θεματικές ενότητες που προκύπτουν με βάση τις ερωτήσεις που τέθηκαν σχετικά με τους ηθικούς προβληματισμούς των νοσηλευτών και των μαιών απέναντι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν οι εξής: εμπειρία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (χρόνια εμπειρίας, διαδικασίες παροχής φροντίδας), συναισθήματα για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, απόψεις για θέματα που προκύπτουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (ισότητα και δίκαιη, όριο ηλικίας, μη παραδοσιακοί τύποι οικογένειας) ηθικά διλλήματα και προβληματισμοί (γενικά ηθικά διλλήματα, με μη παραδοσιακούς τύπους οικογένειας, σχετικά με τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται τώρα και στο μέλλον), για τις οποίες υπάρχει διεξοδική ανάλυση στην συνέχεια.

5.1 Αναδεικνύοντας την εμπειρία και την ειδική φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας.

A. Εμπειρία στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Συνολικά, οι συμμετέχοντες στην έρευνα, φάνηκε πως έχουν χρόνια εμπειρία στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με εξαίρεση μια συμμετέχουσα η οποία αναφέρει πως δεν έχει μεγάλη εμπειρία στον τομέα αυτόν. Πιο αναλυτικά, οι εμπειρίες των εργαζομένων που συμμετείχαν, ήταν ποικίλες όσον αφορά τα χρόνια εμπειρίας της καθεμίας. Κάποιες ήταν πιο εξειδικευμένες πάνω στον τομέα με πολλά χρόνια εμπειρίας, και κάποιες άλλες είχαν μια σύντομη επαφή, είτε δούλευαν πιο πριν και έπειτα για κάποιο λόγο σταμάτησαν, είτε ξεκίνησαν πρόσφατα την εμπειρία τους σε αυτό το κομμάτι. Μια από τις συμμετέχουσες, μάλιστα, με την ειδικότητα της μαίας, δήλωσε πως εργάζεται πάνω από 25 χρόνια, στο τμήμα της εξωσωματικής με εμπειρία σε διάφορα νοσοκομεία και με *«εξειδίκευση στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή από την ευρωπαϊκή ESRI κοινότητα, υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μετά από εξετάσεις»*.

Σύμφωνα με τις καταγραφές, οι συμμετέχουσες δήλωσαν πως με τα χρόνια αυξάνονται τα ζευγάρια που απευθύνονται για βοήθεια, η εμπειρία τους είναι πολύ όμορφη και ο χρόνος πολύ εποικοδομητικός. Συγκεκριμένα δήλωσαν *«Ήταν μια ωραία εμπειρία, γνώρισα καινούργιο κόσμο. Είδα ανθρώπους οι οποίοι έχουν πάρα πολλές απορίες, σκέψεις, διλήμματα, τύψεις κι άγχος. Τα οποία καλείσαι να επιλύσεις και να συζητήσεις μαζί τους με τον καλύτερο τρόπο με διακριτικότητα και ευγένεια»*, μια από τις δύο νοσηλεύτριες, που είχε εργαστεί για ένα διάστημα στην μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δήλωσε πως *«Για το διάστημα που εργάστηκα εκεί έχω να σας πω ήταν πάρα πολύ εποικοδομητικός σαν χρόνος υπηρεσίας, με την έννοια ότι ερχόσουν σε επαφή με πάρα πολλά ζευγάρια, με προβληματισμούς, με αγωνίες ζευγαριών και περισσότερο το γεγονός ότι αισθανόσουν χρήσιμος, με την έννοια ότι μπορούσα από τη δική μου πλευρά, να βοηθήσω στα κομμάτια αυτά στα οποία χρειαζόταν να συνεισφέρω»*. Μια άλλη μαία αναφέρει ότι *«Είμαι πάρα πολύ χαρούμενη που εργάζομαι σε ένα ιατρείο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής η επαφή με τους ανθρώπους οι οποίοι πραγματικά ζητάνε λύσεις στο πρόβλημά τους και η βοήθειά μας είναι αυτή που τους κάνει χαρούμενους ή στο τέλος της ημέρας φεύγω χαρούμενη και γεμάτη από ικανοποίηση για την προσφορά μου σε αυτούς τους ανθρώπους»*.

Συνολικά, σύμφωνα με τις αναφορές των ερωτηθέντων η εμπειρία τους στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μια εμπειρία γεμάτη με συναισθήματα και σκέψεις, καθώς εγείρονται διάφοροι προβληματισμοί που θα αναλυθούν παρακάτω, αλλά σαν εμπειρία είναι μια όμορφη και δημιουργική.

B. Διαδικασίες παροχής φροντίδας

Στη ερώτηση που τέθηκε σχετικά με τις διαδικασίες φροντίδας που παρέχουν σε μια γυναίκα ή ένα υπογόνιμο ζευγάρι, οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν πάνω κάτω, οι ίδιες, καθώς η διαδικασία φροντίδας χωρίζεται σε δύο μέρη: το διαδικαστικό και το ψυχολογικό. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν πως η διαδικασία φροντίδας που παρέχεται περιλαμβάνει όλη την διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, από την αρχή έως το τέλος, δηλαδή από την τεχνητή γονιμοποίηση μέχρι την ψυχολογική τους υποστήριξη. Αρχικά, σύμφωνα με το διαδικαστικό μέρος, το οποίο γίνεται βάσει πρωτοκόλλου, λαμβάνεται το ιστορικό από το ζευγάρι και συγκεντρώνονται όλα τα απαραίτητα έγγραφα (ιατρικά, νομικά κλπ) και γίνονται επεξηγήσεις για όλη την διαδικασία που επρόκειτο να ακολουθηθεί ώστε να μειωθεί το άγχος του ζευγαριού, να προετοιμαστεί ψυχολογικά, να έχει ενημερωθεί πλήρως και να λυθούν οι τυχόν απορίες τους. Φυσικά, τους δίνονται συγκεκριμένες οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν κατά την περίοδο προετοιμασίας όσο βρίσκονται στο σπίτι, κι έπειτα αφού εγκριθεί, ξεκινάει η προετοιμασία για το χειρουργείο.

Στο μεσοδιάστημα, οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα ζεστό κλίμα, ώστε το ζευγάρι να νιώθει όμορφα και ασφάλεια, να υπάρχει επικοινωνία γιατί η διαδικασία είναι αρκετά αγχώδης και αγωνιώδης. Σύμφωνα με τα λόγια των ερωτηθέντων, για το συγκεκριμένο σημείο στην διαδικασία παροχής φροντίδας είπαν: *«Σαφέστατα θα μιλήσω με το ζευγάρι. Θα προσπαθήσω να κάνω έτσι μια γνωριμία και να δημιουργήσω ένα πολύ ζεστό και ελαφρύ κλίμα μεταξύ μας και αυτό φαίνεται και από την προηγούμενη ας πούμε ερώτηση που μου κάνετε και την απάντησή μου. Θέλω να έχω πολύ καλή επικοινωνία με τους ανθρώπους που επικοινωνώ στη δουλειά μου». «Προσπαθούμε να τους μειώσουμε το άγχος και να τους ενημερώσουμε έτσι ώστε να εκλείψει αυτός ο φόβος για το για το άγνωστο για αυτό που έχουν να αντιμετωπίσουν ενημέρωση, οργάνωση, πληροφορίες, όσο γίνεται περισσότερες να απαντήσουμε στις απορίες τους, ψυχολογική υποστήριξη. Να έχουν αισιοδοξία για το αποτέλεσμα. Και εν μέρει η υπόσχεση ότι θα είμαστε δίπλα τους στα βήματα αυτά που θα ακολουθήσουν σε όλη τη διαδικασία».*

Στην συνέχεια μετά την ψυχολογική προετοιμασία και υποστήριξη, ξεκινάνε οι προετοιμασίες για την ωοληψία, την τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και στη συνέχεια η εμβρυομεταφορά, όπου παρέχουν ότι βοήθεια χρειαστεί. Το ίδιο συμβαίνει και στην σπερματέγχυση, στον δότη σπέρματος κλπ. Πάνω στην διαδικασία που προαναφερθήκαμε, υπάρχουν οι εξής απαντήσεις: *«Η φροντίδα τους είναι στα πλαίσια της τοποθέτησης του φλεβοκαθετήρα της ευγενικής διάθεσης που πρέπει να έχουμε εμείς σαν προσωπικό να προσεγγίσουμε την προσωπικότητα και την ψυχολογία της κάθε γυναίκας και του ζευγαριού γενικά. Πέρα από τις ίδιες τις ιατρικές διαδικασίες, είναι σπάντα πρωτοκόλλου, δηλαδή να βάλουμε το φλεβοκαθετήρα, να της παρέχουμε βοήθεια και να βοηθήσουμε για την ωοληψία. Το ίδιο και για την εμβρυομεταφορά ηθική συμπαράσταση, ευγένεια και καλή διάθεση από μέρους μας» και «η βοήθεια είναι μέσα στο χειρουργείο, ας πούμε κατά την ωοληψία. Συμβουλές για μετά την ωοληψία, τι θα γίνει, εμβρυομεταφορά και συμβουλές μετά την Εμβρυομεταφορά. Στη σπερματέγχυση, στο δότη σπέρματος, επίσης συμβουλευτική τι θα γίνει, πώς θα κινηθεί και τα λοιπά. Και γενικώς είμαι στη διάθεσή τους για οτιδήποτε και τη φαρμακευτική τους αγωγή για όλο το κομμάτι»*

Βέβαια, μέσα στην διαδικασία φροντίδας κατατάσσεται και η ψυχολογική υποστήριξη όταν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά, όπως αναφέρει μια συμμετέχουσα *«Και δυστυχώς πρέπει πολλές φορές να τους προετοιμάζουμε για το πώς θα διαχειριστούν το αρνητικό αποτέλεσμα του οποίου υπάρχουν περιπτώσεις που προδιαγράφεται από την αρχή της προσπάθειας. Άρα λοιπόν, ένας άλλος ρόλος μας είναι να προετοιμάσουμε το ζευγάρι για όλα τα πιθανά και απίθανα πράγματα που θα μπορούσαν να συμβούν»*.

Συνολικά, η παροχή βοήθειας και φροντίδας είναι μεγάλη υπόθεση όπως είδαμε σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων καθώς η ευθύνη είναι μεγάλη, όταν οι άνθρωποι που πρέπει να δοθεί η απαραίτητη φροντίδα είναι σε μια ευαίσθητη ψυχολογική κατάσταση. Άρα πέρα από τις νοσηλευτικές- ιατρικές παροχές, δίνεται μεγάλη έμφαση στην ψυχολογία του ζευγαριού που πρέπει να φροντίσουν.

5.2 Συναισθήματα και συναισθηματική εμπλοκή

Σε αυτήν την θεματική ενότητα, που ακολουθεί, θα αναλυθούν τα συναισθήματα των μαιών και νοσηλευτριών που συμμετείχαν στην ποιοτική έρευνα,

σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, τα συναισθήματα είναι κατά βάση συμπόνια και αίσθημα παροχής βοήθειας. Υπάρχει έντονη διάθεση για βοήθεια, ώστε να υπάρχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για το ζευγάρι που έρχεται και θέλει να βρει λύση στο πρόβλημα του. Γνωρίζουν πως πρόκειται για μια διαδικασία αρκετά ψυχοφθόρα και αγχώδης, γι' αυτό θέλουν να προσφέρουν την υποστήριξη τους στο ζευγάρι και να το κάνουν να νιώσει άνετα, νιώθουν συμπόνια και θέλουν να δώσουν ελπίδες φυσικά σ' ένα πλαίσιο με ευχάριστη διάθεση, όπως αναφέρεται από μια μαία: *«Η πρώτη επίσκεψη κατά την οποία έρχεται το ζευγάρι και έχει τόσο άγχος και αγωνία εκείνο που αισθανόμαστε είναι μια μεγάλη συμπόνια, μια μεγάλη συμπαραράσταση που πρέπει να δώσουμε στο ζευγάρι πρέπει να του δώσουμε ελπίδες και με καλή διάθεση να του εξηγήσουμε τις πράξεις οι οποίες θα γίνουν στη μονάδα, πώς λειτουργεί η μονάδα και πώς θα τους βοηθήσει με τον καλύτερο τρόπο να ξεπεράσουν αυτό το άγχος, το οποίο έχουν τα ζευγάρια»*. Επιπλέον, νιώθουν απόλυτο σεβασμό, καθώς γνωρίζουν πως για να απευθυνθεί ένα ζευγάρι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, έχει περάσει από δυσκολίες: *«Νιώθω πολύ μεγάλο σεβασμό απέναντι σε αυτό το ζευγάρι, γιατί για να φτάσει σε μια μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ένα ζευγάρι, ένα υπογόνιμο ζευγάρι μπορεί να έχει ταλαιπωρηθεί αρκετά για πάρα πολύ καιρό, με κόστος οικονομικό, ψυχολογικό. Και είμαι πραγματικά δοτική. Θέλω να πιστεύω στους ασθενείς. Γενικώς μέσα στα νοσοκομεία αλλά και στους ανθρώπους γενικότερα. Πόσο μάλλον όταν υπάρχει αυτή η ιδιάζουσα περίπτωση στο υπογόνιμο ζευγάρι»*.

Συνολικά, τα συναισθήματα που έχουν οι συμμετέχοντες είναι θετικά και ποικίλα, καθώς νιώθουν σεβασμό, συμπόνια, ανάγκη για βοήθεια ψυχολογική και πρακτική, επιπλέον, δύο από τους συμμετέχοντες δήλωσαν πως αισθάνονται επαγγελματικά, χαίρονται που βρήκαν ένα τρόπο να βοηθήσουν την κατάσταση τους. Φυσικά, τα συναισθήματα είναι και «σύνθετα», όπως δήλωσε η τελευταία συμμετέχουσα *«καθώς σύνθετη είναι και όλη η διαδικασία»*.

5.3 Θέματα ισότητας

A. Ισότητα και δίκαιη

Στην ερώτηση για το αν η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι ισότιμη και δίκαιη, οι απόψεις διίστανται. Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των ερωτηθέντων

υπάρχει διχογνωμία στο αν τελικά είναι δίκαιη και ισότιμη η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, με τους 6 να υποστηρίζουν πως δεν είναι και ειδικότερα να απαντάνε πως: «Ε, όχι, δεν είναι δυνατόν αυτό το πράγμα να γίνει. δίκαιη Θα ήτανε οποίος έχει ανάγκη να μπορεί να απολαμβάνει τις ίδιες υπηρεσίες. Δυστυχώς ή ευτυχώς δραστηριοποιούνται Ιδιαίτερα και σε μεγάλο βαθμό ιδιωτικά κέντρα, τα οποία η πρόσβαση τους είναι με βάση το συγκεκριμένο αντίτιμο το οικονομικό. Δημόσιες μονάδες είναι ελάχιστες στην Ελλάδα. Με όλες τις παθολογίες του ελληνικού δημοσίου». Και μια ακόμη απάντηση είναι ότι «υπάρχει χώρος βελτίωσης σε αυτό το κομμάτι, έτσι ώστε να είναι ισότιμη τελικά . Όχι δεν είναι εντελώς ισότιμη και δίκαιη γιατί υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι μπορεί να ταλαιπωρηθούν. Ναι, μέσα από ένα σύστημα δημόσιο. Μέσα από το δημόσιο σύστημα είναι πιο χρονοβόρες οι διαδικασίες και το κόστος καμιά φορά όλων των φαρμάκων και όλης της διαδικασίας, ακόμη και των μετακινήσεων της διαμονής σε άλλα μέρη που θα πρέπει να παραμείνουν κάποιο διάστημα κάποιες οικογένειες μπορεί πραγματικά να μην το αντέχουν και έχουμε δει τέτοιες περιπτώσεις που τελικά εγκαταλείπουν τις προσπάθειες μόνο και μόνο ή μπαίνουν σε διαδικασία να δανειστούν υπέρογκα ποσά για τη δική τους τσέπη που τελικά όλο αυτό να τους φέρει σε δεύτερη μοίρα ως προς το πρόβλημά τους».

Από την άλλη 2 υποστηρίζουν πως είναι ισότιμη και δίκαιη λέγοντας πως: «Εγώ έχω δει ζευγάρια από όλες τις κοινωνικές τάξεις και από όλες τις φυλές, έχουν προσέλθει ακόμη και πρόσφυγες, στη μονάδα κατά καιρούς. Ναι, ήταν ισότιμη και δίκαιη όπως τους αξίζει, μια και ήταν και δωρεάν η όλη διαδικασία» και «Τουλάχιστον στις μονάδες στις οποίες έχω λάβει μέρος, πιστεύω ότι είναι ισότιμη και δίκαιη». Να σημειωθεί πως και οι δύο εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο.

Και τέλος, οι άλλοι 2 συμμετέχοντες πιστεύουν πως στον δημόσιο τομέα ισχύει πως η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι δίκαιη και ισότιμη αλλά στον ιδιωτικό τομέα δεν ισχύει λόγω του οικονομικού : «Τυπικά στο δημόσιο σύστημα είναι ισότιμη και δίκαιη, επειδή υπάρχουν όρια που δεν μπορούν να προσπαθήσουν πάρα πολλές φορές στο δημόσιο με τα φάρμακα. Πιθανόν κάποιες γυναίκες αναγκάζονται να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα, στον οποίο φυσικά η πρόσβαση ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα δεν είναι εφικτή» και «Στα δημόσια νοσοκομεία είναι ισότιμη και δίκαιη στις ιδιωτικές κλινικές εννοείται λόγω οικονομικών συνθηκών δεν είναι ισότιμη και δίκαιη δεν κάνουν πολλές προσπάθειες καμιά φορά και καμία». Επίσης να σημειωθεί, πως η

μια από τις δύο συμμετέχουσες εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα και η άλλη έχει εργαστεί και στον ιδιωτικό και στον δημόσιο.

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό μέσα από τις απαντήσεις πως παρόλο που οι 2 στους 10 απάντησαν πως είναι ισότιμη και δίκαιη η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι υπόλοιποι 8 αν και το έθεσα διαφορετικά, παρατηρούμε πως πιστεύουν ότι συνολικά, δηλαδή στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα, δεν είναι δίκαιη και ισότιμη, παρά μόνο στον δημόσιο μπορεί να είναι δίκαιη, που βέβαια απαιτεί μια μεγάλη και χρονοβόρα διαδικασία.

B. Όριο ηλικίας

Όσον αφορά την ερώτηση σχετικά με την αύξηση του ορίου ηλικίας στα 52 έτη για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, 4 από τις 10 απαντήσεις ήταν θετικές, υποστηρίζοντας ότι *«η αύξηση δεν ήταν μεγάλη, από τα 50 έτη στα 52, άρα δεν υπήρχε ραγδαία διαφορά»*, επιπλέον, *«ο μέσος όρος εμμηνόπαυσης στην Ελλάδα είναι στα 52 έτη οπότε σωστά τέθηκε αυτό το όριο»*, *«έγινε λόγω του ότι υπήρχε ήδη στα Βαλκάνια και πολλές γυναίκες πήγαιναν σε γειτονική χώρα»* και *«Η βιωσιμότητα των ανθρώπων είναι σε πολύ καλό επίπεδο, στα 52 χρόνια μια γυναίκα πλέον θεωρείται νέα, καθώς και ένας άνδρας καλά οι άντρες μπορούν να τεκνοποιήσουν και πολύ αργότερα»*.

Από την άλλη πλευρά, δημιουργήθηκαν διάφοροι προβληματισμοί πάνω στο θέμα της αύξησης του ορίου ηλικίας, καθώς είναι μια ηλικία που οι άνθρωποι ξεκινάνε να έχουν τα δικά τους προβλήματα υγείας, είναι αρκετά μεγάλο το όριο και δημιουργούνται διάφορα προβλήματα. Συγκεκριμένα, μια συμμετέχουσα υποστηρίζει *«Νομίζω δεν αντικατοπτρίζει πραγματικά τις ανάγκες των ζευγαριών τι 50 τι 52; Θεωρώ ότι. Θα έπρεπε να μπει ένα όριο. Δεν ξέρω αν θα ήταν το 50 ή το 52. Είναι πάρα πολύ μικρή διαφορά, αλλά νομίζω ότι για να γίνει αυτό το πράγμα θα πρέπει να ενημερώνονται πάρα πολύ καλά τα ζευγάρια και δη οι γυναίκες γιατί μια εγκυμοσύνη πάνω από τα 45 δημιουργεί θέματα δημιουργεί καταστάσεις οι οποίες είναι πολλές φορές τραγικές και για τις ίδιες και για τα παιδιά. Τους φορτώνει με προβλήματα υγείας ή μάλλον εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πολλά προβλήματα υγείας, τα οποία δυστυχώς τους ακολουθούν για το υπόλοιπο της ζωής τους. Δεν είναι εύκολο. Το να κυφορήσει μια γυναίκα πάνω από τα 50 ή κοντά στα 50. Και για αυτό θα πρέπει να ενημερώνονται πάρα πολύ καλά από τους γιατρούς τους για το ποιοι είναι οι κίνδυνοι*

και ποιες είναι οι πιθανότητες, για όλα τα πιθανά και απίθανα πράγματα που μπορούν να αντιμετωπίσουν, οπότε θα πρέπει να είναι πάρα πολύ συνειδητοποιημένες τι πάνε να κάνουνε. Από την άλλη πλευρά δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι δεν είναι μόνο οι κίνδυνοι στην εγκυμοσύνη είναι και το προσδόκιμο ζωής. Είναι και το γεγονός ότι μπορούμε να έχουμε μεγαλώνοντας κάποια άλλα προβλήματα υγείας. Τα οποία θα είναι επιζήμια για το παιδί. Δεν είναι εύκολο το να διαχειριστείς τέτοια περιστατικά και καλό είναι να γίνεται με πολλή μεγάλη ευαισθησία και πολλή μεγάλη προσοχή».

Έτσι οι υπόλοιποι 6 συμμετέχοντες, είτε θεώρησαν ανούσια την αύξηση καθώς ήταν δύο έτη και δεν υπήρχε λόγος, καθώς το όριο ήταν ήδη μεγάλο σύμφωνα με τα λεγόμενά τους βέβαια σε κάποιες περιπτώσεις θα μπορούσε να υπάρχει ένας διαχωρισμός αλλά έπειτα από έλεγχο, είτε ήταν αρνητικοί διότι είναι αρκετά μεγάλο το όριο κι επίσης υπάρχει μεγαλύτερη παθολογία όσο αυξάνεται η ηλικία.

Γ. Μη παραδοσιακοί τύποι οικογένειας

Οι μη παραδοσιακοί τύποι οικογένειας όπως οι μονογονεικές και οι ομόφυλες, έχουν αρχίσει να απευθύνονται σε μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής το γεγονός αυτό, φέρει εξίσου διχασμένες απόψεις στην αντιμετώπιση από τους νοσηλευτές και τις μαίες, όπως φάνηκε από τις απαντήσεις που έδωσαν. Αναλυτικότερα, οι 5 στους 10 συμμετέχοντες αναφέρουν πως δεν τους ήταν δύσκολο να δεχτούν τέτοιο είδους οικογένειες, σημειώνοντας μάλιστα μια από τις απαντήσεις: «Δεν υπάρχει, μετά από τόσα χρόνια δουλειάς, έχεις απομυθοποιήσει και τη βιολογική μητέρα και το βιολογικό γονιό. Γονιός είναι αυτός που μεγαλώνει ένα παιδί. Ο γονιός είναι αυτός που ξενυχτά πάνω από ένα παιδί, αυτός που το αγαπάει, τα παιδιά θέλουν αγάπη και θέλουν φροντίδα την παρέχει η παραδοσιακή οικογένεια ή ένα ζευγάρι, ομόφυλο ή ένα οτιδήποτε άλλο αυτό είναι αδιάφορο για τα παιδιά. Τα παιδιά θέλουν αγάπη και φροντίδα. Δεν σημαίνει ότι επειδή είναι ένα παραδοσιακό ζευγάρι, καταφεύγει σε μια μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι πιο κατάλληλο. Έχουμε δει πάρα πολλά ζευγάρια τα οποία αποκτούν παιδί με εξωσωματική και την επόμενη στιγμή χωρίζουν και δημιουργούν προβλήματα και χωρίζουν και με άσχημο τρόπο. Δυστυχώς ή ευτυχώς το παιδί δεν λύνει προβλήματα δημιουργεί».

Ωστόσο, υπήρχαν απαντήσεις που έδειξαν δυσκολία στο να δεχτούν τις μη παραδοσιακές οικογένειες, όπως για παράδειγμα «Η αλήθεια είναι ότι για μένα όχι απλά ήταν δύσκολο παραμένει δύσκολο. Ωστόσο όμως βλέπουμε να απευθύνονται τέτοιες οικογένειες σε μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Προσωπικά, νομίζω πως δεν θα έπρεπε να συμβαίνει αυτό και ότι οι παραδοσιακές οικογένειες θα έπρεπε να είναι αυτές που να αποκτούν παιδιά για να μπορούν να υπάρχουν τα πρότυπα για να μπορούμε να έχουμε μια ισορροπημένη κοινωνία» και «Οι ομόφυλες οικογένειες δεν έχουν απευθυνθεί. Δεν μου έχει τύχει ωστόσο όμως και στην ιδέα εγώ, είμαι αρνητική σε όλο αυτό. Θα προτιμούσα να είναι παραδοσιακοί τύποι οικογένειας. Βέβαια αυτό δεν είναι στο χέρι μου. Στις μονογονεϊκές ίσως όχι τόσο ωστόσο και εκεί υπάρχει ένα θέμα, αλλά εξετάζοντας όλο το πλαίσιο και το πλάνο της οικογένειας ή αυτό που θέλει να δημιουργήσει αυτή ή αυτό το άτομο ενδεχομένως να υπάρχουν κάποια στοιχεία που ίσως είναι και λίγο εγωιστικά κατ'εμέ. Οπότε εγώ είμαι λίγο αντίθετη σε κάποια από αυτά τα θέματα, ωστόσο όμως αυτό είναι προσωπική γνώμη και εντάζει, εννοείται και επιλογή. Ωστόσο δεν μπορείς να αντιδράσεις σε ένα σύστημα το οποίο υπάρχουν υψηλά ιθύνοντα άτομα τα οποία κατευθύνουν και δίνουν»

Αυτό που γίνεται αντιληπτό μέσα από τις απαντήσεις είναι πως ακόμα και αν σε μερικούς δήλωσαν πως ήταν δύσκολο να αποδεχτούν τις μη παραδοσιακές οικογένειες, φαίνεται πως γίνεται διάκριση ως προς το είδος της μη παραδοσιακής οικογένειας, παρατηρώντας πως το μεγαλύτερο πρόβλημα υπάρχει στα ομόφυλα ζευγάρια και όχι σε μια μόνη γυναίκα, για παράδειγμα: «Είναι δύσκολο είναι δύσκολο να αποδεχτώ. Δηλαδή δεν μου είναι πολύ δύσκολο να δεχτώ σε μονογονεϊκές πούμε περιπτώσεις. Δεν μου είναι δύσκολο γιατί μια γυναίκα μπορεί να θέλει να γίνει μάνα, να θέλει να έχει αύριο μεθαύριο κάποιον στη ζωή της. Αυτό είναι επιλογή της ή επειδή έτυχε να μη βρει το σωστό άνθρωπο ας πούμε, αλλά μια γυναίκα έχει το δικαίωμα πάντα είναι αναφαίρετο δικαίωμα να γίνει μάνα, να το βιώσει αυτό. Μπορεί να ακούγεται λίγο στερεότυπο αλλά θεωρώ ότι έτσι είναι τώρα. Όσον αφορά τα ομόφυλα ζευγάρια όχι δεν μπορώ να το δεχτώ καθόλου, αλλά δεν επηρεάζει τη συμπεριφορά μου».

5.4 Κοινωνικές Προκλήσεις

A. Γενικά ηθικά διλλήματα

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν πως κάποιες φορές υπάρχουν περιπτώσεις που τους εγείρονται ηθικά διλήμματα και προβληματισμοί γύρω από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Αυτοί οι προβληματισμοί είτε είναι γενικοί, είτε πιο ειδικοί, που απασχολεί τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά. Στις απαντήσεις που δόθηκαν μέσω της δομημένης συνέντευξης, σε μια από τις ερωτήσεις που αφορούσε για το αν έχουν ηθικά διλήμματα οι συμμετέχοντες, διατυπώθηκαν ορισμένοι προβληματισμοί.

Λεπτομερέστερα, οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ως επί το πλείστον, θετικές ως προς την ύπαρξη προβληματισμών πάνω στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Μερικοί από τους συμμετέχοντες ανέφεραν συγκεκριμένα ηθικά διλήμματα που έχουν όπως *«η αύξηση ορίου ηλικίας της γυναίκας στην αναπαραγωγή», «ζευγάρια τα οποία προσπαθούν και γνωρίζουμε λόγω ηλικίας έχουν ξεπεράσει τα όρια της γονιμότητας. Στην περίπτωση αυτή επιζητούν απεγνωσμένα να τεκνοποιήσουν χωρίς ουσιαστικά να γνωρίζουν ότι πλέον σε αυτή την ηλικία υπάρχουν πάρα πολλά προβλήματα», «προσωπικός μου προβληματισμός είναι για τη δωρεά. Για τη δωρεά ωαρίου ή σπερματοζωαρίου. Αυτό μπορεί να διευκολύνει πάρα πολλά ζευγάρια, αλλά από κει και πέρα εγείρονται και άλλα ερωτήματα.» «Προβληματισμούς φυσικά και έχω με το που ποιο είναι το όριο μέχρι που μπορεί να φτάσουν αυτές οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι επιλογές για να μπορέσει να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.»* Αυτές ήταν μερικές από τις απαντήσεις τους σχετικά με τους προβληματισμούς που έχουν κι όπως διαπιστώνεται, οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν δίλημμα σχετικά με το όριο ηλικίας.

B. Μη παραδοσιακοί τύποι οικογένειας

Αναφορικά στα ηθικά διλήμματα με τους μη παραδοσιακούς τύπους οικογένειας, μια ερωτηθείσα απάντησε πως τα ηθικά διλήμματα που υπάρχουν γενικά είναι τα ίδια και σε μια μη παραδοσιακή οικογένεια *«Δεν νομίζω ότι τα ηθικά διλήμματα αφορούσαν το μη παραδοσιακό τύπο οικογένειας. Είναι ηθικά διλήμματα που αφορούνε περισσότερο όλα τα ζευγάρια, δηλαδή οι μεγάλες ηλικίες, μπαμπάδες και μαμάδες που έρχονται και να τεκνοποιήσουν γύρω στα 50. Μπορεί ο σύντροφος να είναι πάνω από 60 εκεί νιώθεις λίγο περίεργα, νιώθω λίγο άβολα, το σέβεσαι, αλλά από την άλλη πλευρά στο πίσω μέρος του μυαλού σου δεν μπορείς να αγνοήσεις το ότι ένας άνδρας που είναι 65 -70 ναι μεν θέλει αλλά δεν ξέρω αν πρέπει».*

Βέβαια, υπήρχαν περιπτώσεις που έδειξαν πως οι ηθικοί προβληματισμοί υπάρχουν περισσότερο στα ομόφυλα ζευγάρια παρά στις μονογονεϊκές οικογένειες για παράδειγμα: *«Τα ηθικά διλήμματα με τις μονογονεϊκές οικογένειες λιγότερο κατά την δική μου άποψη, με τις ομόφυλες λίγο περισσότερα. Κι αυτό που με προβληματίζει ήταν η ψυχολογία των παιδιών αυτών και πως θα το αποδεχτεί το σύνολο της κοινωνίας; Γιατί φαντάζομαι ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό στο οποίο δεν είναι; Όχι αποδεκτά. Ξέρω εγώ είναι. Υπάρχουν ακόμα ταμπού. Μπράβο υπάρχουν ταμπού και ίσως να μην νιώθει αυτό το παιδί ψυχολογικά καλά τη στιγμή που τότε θα το αντιμετωπίζει η κοινωνία με αυτό τον τρόπο. Δεν έκανα καμιά προσπάθεια να αλλάξω άποψη ούτε στους μεν, ούτε στους δε. Διότι όπως είπαμε και πριν είναι αποφασισμένοι να κάνουν αυτό και καλώς πράττουν και ικανοποιούν τις επιθυμίες τους, εφόσον τους δίνει τη δυνατότητα».*

Επιπλέον, ο κύριος προβληματισμός στις μη παραδοσιακές οικογένειες ήταν σε ότι αφορά τα πρότυπα, για παράδειγμα : *«Η αλήθεια είναι πως το βασικό θέμα το οποίο είχα να σκεφτώ ήταν αν θα υπήρχαν τα πρότυπα σε αυτές τις οικογένειες. Ωστόσο όμως επειδή βλέπουμε ότι η κοινωνία μας αλλάζει, σκέφτηκα, γιατί όχι; Θα μπορούν και αυτοί οι άνθρωποι από τη στιγμή που έχουν αγάπη να δώσουν να μεγαλώσουν αυτά τα παιδιά σωστά και από τη στιγμή που είχαν τη διάθεση αλλά και την οικονομική δυνατότητα, αυτά τα παιδιά θα μπορούσαν να έχουν στήριξη και ίσως και σε κάποιες περιπτώσεις και καλύτερη στήριξη από παραδοσιακές οικογένειες. Άρα δεν είναι ο τύπος της οικογένειας που μας προβλημάτισε»* και *«Τα ηθικά μου διλήμματα είναι για το αν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν στο να μεγαλώσουν σωστά έτσι όπως έχουμε συνηθίσει μέχρι τώρα τα παιδιά αυτά και να έχουν πρότυπα. Αρσενικό και θηλυκό μέσα στην οικογένεια, ή μητέρα και πατέρα, να μην λείπει το ένα κομμάτι. Δεν έχουν τα πρότυπα, και μετά βλέπουμε ότι υπάρχει μεγάλο θέμα. Βλέπουμε ανθρώπους δηλαδή στην μετέπειτα κοινωνία με προβλήματα τα οποία έχουν αυξηθεί και από τη στιγμή που έχουν αυξηθεί και τα διαζύγια βλέπουμε ότι υπάρχει μεγάλο θέμα στην ισορροπία, στην ψυχική τους ισορροπία, άρα μετέπειτα στην κοινωνία υπάρχει θεωρώ θέμα σε αυτά τα παιδιά των χωρισμένων οικογενειών. Οπότε κάπου εκεί βάζω τις μονογονεϊκές».*

Επομένως, σ' αυτή την θεματική ενότητα φαίνεται πως οι συμμετέχοντες είχαν διάφορους προβληματισμούς όσον αφορά τις μη παραδοσιακές οικογένειες, εφόσον μερικοί φάνηκε να εστιάζουν κυρίως στις ομόφυλες, άλλοι στις μονογονεϊκές

για διαφορετικούς λόγους κι άλλοι εξέφεραν άποψη μόνο για το ένα από τα δύο είδη, καθώς δεν γνώριζαν για το άλλο λόγω απειρίας.

Γ. «Ο σκοπός αγιάζει τα μέσα» Πρακτικές που χρησιμοποιούνται τώρα και στο μέλλον.

Η τελευταία ερώτηση της συνέντευξης, σύμφωνα με την έκφραση «ο σκοπός αγιάζει τα μέσα» και αν πιστεύουν πως αυτό ισχύει στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι περισσότεροι ήταν αρνητικοί με ελάχιστες εξαιρέσεις όπου σύμφωνα με μία συμμετέχουσα απάντησε ότι *«Ναι ισχύει στην Υ.Α ο σκοπός αγιάζει τα μέσα. Εγώ αυτό πιστεύω με οποιοδήποτε τίμημα αρκεί να πετύχουμε να έχουμε την επιτυχία στην φαρέτρα μας,, από την πλευρά των γιατρών ας πούμε και των επιστημόνων ή για τα ζευγάρια. Αλλά από κει και πέρα δεν βλέπουμε και τις συνέπειες της κρυοσυντήρησης της έμβρυομεταφοράς κρυοσυντηρημένων εμβρύων, είμαι λίγο επιφυλακτική. Όταν δηλαδή αρχίζουμε και μελετάμε τώρα και να λέμε ότι η καισαρική τομή ας πούμε που είναι κάτι μη φυσιολογικό δεν είναι ο φυσιολογικός τρόπος δεν είναι η φύση που βάζει το σώμα σε διαδικασία να γεννηθεί ένα παιδί και η καισαρική είναι ένας τρόπος ιατρικής αντιμετώπισης για κάποιες περιπτώσεις άσχετα αν το έχουμε παρακάνει...έτσι είναι και με την εξωσωματική και αρχίζουμε και βλέπουμε και γίνονται έρευνες που λένε τα παιδιά της καισαρικής εμφανίζουν κάποια προβλήματα στην μετέπειτα ζωή τους επηρεάζει την μετέπειτα ζωή τους τα πρώτα λεπτά ας πούμε οι πρώτες ώρες της γέννησης ο τρόπος της γέννησης επηρεάζει μετέπειτα την ενήλικη ζωή μας πόσο μάλλον όταν έχουμε να κάνουμε με καθαρά τεχνικές εργαστηρίου παρεμβατικές τεχνικές».*

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, οι απαντήσεις ήταν κυρίως αρνητικές μ' ένα περιθώριο αποδοχής σε περιπτώσεις που θα έκανε καλό αυτή η πρακτική. Σχετικά με τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται, οι απαντήσεις ήταν οι εξής: *«Φυσικά και με προβληματίζουν οι πρακτικές που χρησιμοποιούνται τώρα. Με την προέλευση των ωαρίων του εμπορίου, με το εμπόριο των εμβρύων και δεν ξέρω τι άλλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο μέλλον με την επιλογή των ωαρίων και την επιλογή των εμβρύων που είναι ένας τύπος ευγονικής για το οποίο ο Χίτλερ, δηλαδή κατηγορήθηκε», «Σίγουρα υπάρχουν ορισμένοι μέθοδοι που στο μέλλον ή για την ώρα είναι αμφιλεγόμενες και δεν ξέρουμε ακριβώς τι γίνεται, αλλά στην πορεία η επιστήμη έδειξε*

ότι έχει και τις αντοχές, αλλά και τις ανοχές πολλές φορές και μπορεί και τα ενσωματώνει μια χαρά χωρίς να δημιουργούνται προβλήματα, ξέρουν που είναι τα όρια και τα βάζουν από μόνοι τους όταν δεν υπάρχουν τα νομοθετικά πλαίσια», «Όσο και να προβληματιστούμε πρέπει να δούμε ότι οι νέες μέθοδοι και οι εξελίξεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά κάποιο τρόπο είναι σύμφωνες με τα πιστεύω του καθενός, την επιστήμη, δεν μπορεί κανείς να τη σταματήσει. Η εξέλιξη στη γενετική είναι τεράστια, αν όχι εδώ στην Ελλάδα, στο εξωτερικό δουλεύουν πάρα πολλά εργαστήρια επάνω στη γενετική και εξελίσσεται συνεχώς. Στο μέλλον θα έχουμε και ακόμα μεγαλύτερες εξελίξεις λόγω ότι οι γυναίκες παντρεύονται σε μεγάλη ηλικία κι αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν γύρω στα 40. Πλέον έχει αλλάξει ο τρόπος ζωής και γενικά οι σχέσεις των ανθρώπων, καθώς και η ζωή τους ολόκληρη», «Αυτές με φοβίζουν και δεν μπορώ να φανταστώ τι μπορεί ακόμη να σκεφτούν. Δηλαδή αυτά τα οποίαμέχρι στιγμής βλέπουμε και με προβληματίζουν και έχω και ενστάσεις. Ωστόσο όμως το τι θα χρησιμοποιηθεί αυτό με αγχώνει και με φοβίζει για τις μετέπειτα γενιές».

Συνολικά, παρατηρείται πως υπάρχουν κάποιοι φόβοι ιδιαίτερα για το μέλλον, ως προς τις πρακτικές που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν, τονίζοντας πως πρέπει να υπάρχει ένα όριο και να μην «πατάνε επί πτωμάτων».

6. Συμπεράσματα- Συζήτηση

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιδίωξε τον εμπλουτισμό της κατανόησής μας σχετικά με τα ηθικά διλήμματα και τους προβληματισμούς που αντιμετωπίζουν νοσηλευτές και μαίες σε σχέση με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της ποιοτικής έρευνας μέσω συνεντεύξεων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προσέφεραν πολύτιμες εισηγήσεις και επιβεβαίωσαν τη σημασία της ανθρώπινης διάστασης και του προσωπικού προβληματισμού στην αντιμετώπιση των ηθικών ζητημάτων στον τομέα της υγείας.

Στο πλαίσιο αυτό, παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές και οι μαίες αντιμετωπίζουν πολυποίκιλα ηθικά διλήμματα, όπως η σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικών υποχρεώσεων και προσωπικών αξιών, η απόφαση για τη χρήση νέων τεχνολογιών στην αναπαραγωγή, και η διαχείριση περιπτώσεων με δεοντολογικές δυσκολίες. Οι συνεντεύξεις ανέδειξαν τον πλούτο της ανθρώπινης εμπειρίας και τη σημασία της εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με άλλες υπάρχουσες μελέτες, παρατηρήθηκε συμφωνία σε πολλές πτυχές, ενώ ταυτόχρονα αναδείχθηκαν και νέες πτυχές που διαφοροποιούν την εμπειρία των νοσηλευτών και των μαιών σε διάφορα και κοινωνικά πλαίσια. Συγκεκριμένα, λαμβάνοντας υπόψη τόσο την εγχώρια όσο και την ξένη βιβλιογραφία, στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν πολλές αντίστοιχες έρευνες, οπότε λήφθηκαν υπόψη μελέτες του εξωτερικού ως προς την σύγκριση των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, στην μελέτη των Church&Ekberg, (2013), οι μαθήτριες μαίες είναι ευαίσθητες σε ηθικά διλήμματα στη χρήση της αναπαραγωγικής τεχνολογίας και διατηρούν μια νατουραλιστική προσέγγιση, αντίθετες στην υπερβολική τεχνολογική παρέμβαση και εστιάζοντας στην ευημερία του παιδιού. Παρόλο που το δείγμα αλλάζει καθώς αφορά φοιτήτριες μαιευτικής, τα αποτελέσματα δείχνουν πως υπάρχουν ηθικοί προβληματισμοί, όπως στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, στην έρευνα των Ejder και συν., (2020) έδειξε ότι ενώ οι μαθητές σεβάστηκαν την επιλογή των γυναικών, εξέφρασαν επίσης μεγάλη αμφιθυμία σε ορισμένες περιπτώσεις όπου οι προσωπικές αξίες συγκρούονται με τις κυρίαρχες κοινωνικές πεποιθήσεις και την επαγγελματική ηθική. Η εστίαση στην εκπαίδευση ηθικής για να συμπεριλάβει τα ανθρώπινα δικαιώματα προτείνεται ως μέσο για να

μπορέσουν οι μαθητές να διερευνήσουν τις δικές τους κοινωνικές αξιακές κρίσεις και ως μέσο περιορισμού της πιθανής ανάπτυξης ηθικής σύγχυσης και ηθικής δυσφορίας. Αυτή η συγκριτική ανάλυση ενισχύει την εγκυρότητα των ευρημάτων μας και προσθέτει στον συνολικό συνορισμό της ερευνητικής κοινότητας στον τομέα της ηθικής στην υγεία.

Λαμβάνοντας υπόψη την κάθε θεματική ενότητα ξεχωριστά, ακολουθεί μια σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες αντίστοιχες έρευνες που διεξήχθησαν, μελετώντας και συγκρίνοντάς τις ανά θεματική ενότητα. Σύμφωνα, λοιπόν, με την πρώτη ενότητα που αφορά την «εμπειρία και την ειδική φροντίδα που παρέχεται στο πλαίσιο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής», λήφθηκε υπόψη η έρευνα των Facchin και συν., (2020) στην οποία φαίνεται πως η εμπειρία των ερωτηθέντων της συγκεκριμένης έρευνας κρίθηκε αρκετά αγχωτική και δύσκολη. Το δείγμα αφορούσε επαγγελματίες φροντίδας υπογονιμότητας όπως γυναικολόγους, εμβρυολόγους, νοσηλευτές και τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπήρχαν αρκετές δυσκολίες με την συνεργασία των υπογόνιμων ασθενών και οι παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς περιγράφηκαν ως πηγή άγχους για τους παρόχους καθώς και ως σημαντικό εμπόδιο στη δημιουργία μιας θετικής, ενσυναίσθησης σχέσης παρόχου-ασθενούς. Το αποτέλεσμα αυτό περιλάμβανε τρία υποθέματα που εξηγούσαν γιατί η διαδικασία αυτή ήταν αρκετά αγχωτική στους συμμετέχοντες της έρευνας. Τα υποθέματα ήταν τα εξής: α) υπογόνιμες γυναίκες ως «διαδίτεροι ασθενείς», β) η συμμετοχή ανδρών στη διαδικασία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γ) η επικοινωνία με τα υπογόνιμα ζευγάρια. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με αυτά των Facchin και συν., (2020) διαφέρουν, καθώς αδιαμφισβήτητα επρόκειτο για μια αγχωτική και δύσκολη διαδικασία αλλά παρατηρείται ότι στην έρευνα των Facchin και συν., (2020) ήταν καθολική η άποψη πως η εμπειρία με υπογόνιμα ζευγάρια είναι μια δύσκολη υπόθεση (Facchin, et al.,2020).

Στην δεύτερη θεματική ενότητα με τίτλο «Συναισθήματα και Συναισθηματική εμπλοκή», η παρούσα έρευνα έδειξε πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν έντονα το αίσθημα παροχής βοήθειας και συμπόνιας, σε σύγκριση, λοιπόν με την έρευνα της Allan, (2012) υπάρχει συμφωνία ως προς τα ευρήματα της. Συγκεκριμένα αναφέρεται πως τα κύρια ευρήματα της έρευνας περιγράφουν τον ρόλο των νοσηλευτών ως το «να είσαι εκεί» και ως «φτερούγισμα» ώστε να είναι χρήσιμοι τόσο σε ασθενείς όσο

και σε γιατρούς. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν την σημασία της γυναίκας νοσοκόμας καθώς η υποστήριξη τους κατά την διάρκεια της διαδικασίας είναι αρκετά σημαντική. Τέλος, αναφέρθηκε πως οι σχέσεις με τους νοσηλευτές δεν ήταν ιδιαίτερα στενά συναισθηματική, παρόλο που υπήρχε η συναισθηματική επίγνωση, ήταν με απόσταση πράγμα που τους άφησε ευχαριστημένους καθώς φάνηκε ο επαγγελματισμός τους και παρείχαν στους ασθενείς ότι χρειάζονταν (Allan, 2012)

Όσον αφορά την τρίτη θεματική ενότητα, δηλαδή τα «Θέματα Ισότητας», η μελέτη του Margot Kelly-Hedrick, (2019) έδειξε ότι οι ανισότητες υπάρχουν σε γραμμές φυλής, εθνικότητας, εκπαίδευσης, εισοδήματος, γεωγραφικής θέσης, οικογενειακής κατάστασης, ταυτότητας φύλου και σεξουαλικού προσανατολισμού. Για τον λόγο αυτό στο συγκεκριμένο άρθρο προτείνονται λύσεις που εγείρουν ηθικά ζητήματα. Συγκεκριμένα, τα εμπόδια στη φροντίδα περιλαμβάνουν οικονομικούς, γεωγραφικούς και κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες, γεγονός που συμπίπτει με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καθώς οι συμμετέχοντες απάντησαν πως υπάρχουν ζητήματα ανισότητας κυρίως λόγω των οικονομικών παραγόντων. Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη του Ombelet, (2011), αναφέρεται επίσης η σημασία των οικονομικών πόρων, καθώς οι περισσότερες περιπτώσεις υπογονιμότητας αντιμετωπίζονται μόνο με τη χρήση τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART), οι οποίες είτε δεν είναι διαθέσιμες είτε πολύ δαπανηρές και είναι προσβάσιμες μόνο από τους λίγους ευτυχισμένους που μπορούν να το αντέξουν οικονομικά. Το τεράστιο πρόβλημα της έλλειψης παιδιών στις αναπτυσσόμενες χώρες απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για λόγους κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας. Η παγκόσμια πρόσβαση στη φροντίδα υπογονιμότητας στις αναπτυσσόμενες χώρες μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν η καλής ποιότητας αλλά οικονομικά προσιτή φροντίδα υπογονιμότητας συνδέεται με πιο αποτελεσματικό οικογενειακό προγραμματισμό και ασφαλή προγράμματα μητρότητας (Ombelet, 2011).

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα αφορά τις «Κοινωνικές Προκλήσεις», δηλαδή τα ηθικά διλλήματα που προκύπτουν σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας των Serour & Serour, (2017), σχετικά με τα ηθικά ζητήματα στην υπογονιμότητα παρατηρείται πως το θέμα της υπογονιμότητας είναι μια ευρέως διαδεδομένη ανησυχία που

περιλαμβάνει ιατρικές, κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας συνήθως δεν εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς. Ωστόσο, η έλευση της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) έχει πυροδοτήσει σημαντικές ηθικές συζητήσεις και διαμάχες. Τρεις θεμελιώδεις ηθικές αρχές χρησιμεύουν ως ηθικό θεμέλιο για την ART: ελευθερία, χρησιμότητα και δικαιοσύνη. Το πεδίο της ιατρικής ηθικής βασίζεται σε κοινωνικές ηθικές, θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις, ενώ επηρεάζεται επίσης από οικονομικούς, πολιτικούς και νομικούς παράγοντες. Αυτή η αλληλεπίδραση δημιουργεί συχνά μια ένταση μεταξύ των αρχών της δικαιοσύνης και της χρησιμότητας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφορές στη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών ART μεταξύ εύπορων και φτωχών ατόμων (Serour. & Serour, 2017).

Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες που ήρθαν σε σύγκριση με την παρούσα έρευνα, εντοπίζονται πολλά κοινά στοιχεία ως προς τα ευρήματα τους, σε κάθε θεματική ενότητα, καθώς πρόκειται για ένα θέμα που εγείρει ηθικούς προβληματισμούς και απασχολεί την κοινότητα τόσο σε αναπτυσσόμενες όσο και σε αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως. Στις περισσότερες έρευνες, το βασικό πρόβλημα που προκύπτει είναι το οικονομικό, καθώς η διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι μια χρονοβόρα και αρκετά δαπανηρή διαδικασία. Φυσικά, τα εμπόδια που υπάρχουν είναι πολλά, περικλείοντας ένα φάσμα, περί ισότητας, δικαιωμάτων και ηθικών ζητημάτων.

Οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν διάφορους προβληματισμούς σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, από τις ηθικές πτυχές μέχρι τα κοινωνικά και πολιτισμικά θέματα. Οι αντιλήψεις τους προς την τεχνητή γονιμοποίηση, την προοδευτική τεχνολογία και την επίδραση τους στην κοινωνία αποτυπώνονται στα ευρήματα.

Η ποιοτική έρευνα με τη χρήση συνεντεύξεων αποδεικνύεται ως ισχυρό εργαλείο για την κατανόηση των προβληματισμών και των εμπειριών των επαγγελματιών υγείας. Οι προτάσεις που προκύπτουν από αυτή τη μελέτη μπορούν να συνεισφέρουν στην ενίσχυση της επαγγελματικής εκπαίδευσης, τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

Στο σύνολο, η παρούσα εργασία προσφέρει σημαντική εισαγωγή στους ηθικούς προβληματισμούς των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Οι συστάσεις που προκύπτουν μπορούν να αποτελέσουν βάση για περαιτέρω έρευνα και να ενθαρρύνουν τη συζήτηση στην επιστημονική κοινότητα και την πρακτική της υγείας.

6.1 Περιορισμοί – Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Η παρούσα έρευνα επικεντρώνεται στα ηθικά διλλήματα και τις ανησυχίες των νοσηλευτών και μαιών σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ωστόσο, παρουσίαζε ορισμένα περιοριστικά χαρακτηριστικά, καθώς περιλάμβανε μόνο έναν δήμο και έναν περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων, οι οποίοι εμπίπτουν σε περιορισμένα όρια ηλικίας (40-66 ετών). Επιπλέον, παρατηρήθηκε έλλειψη ανδρών και νοσηλευτών στο δείγμα, επομένως, τα αποτελέσματα πρέπει να αναλύονται με προσοχή, χωρίς δυνατότητα γενίκευσης.

Για τις επόμενες έρευνες, θα ήταν σκόπιμο να επικεντρωθούν σε ένα ευρύτερο δείγμα ατόμων, με περισσότερα κριτήρια, προερχόμενα τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα. Επιπλέον, η διαφορετική ηλικία των συμμετεχόντων επηρεάζει τη σκέψη τους και την αντίληψή τους ως προς τις νέες μεθόδους αναπαραγωγής και τους μη παραδοσιακούς τύπους οικογένειας. Ενδεχομένως, άτομα μικρότερης ηλικίας να παρέχουν διαφορετικά ερμηνευτικά πλαίσια και αντιδράσεις σε συγκεκριμένα ζητήματα.

Παρά τους περιορισμούς της, αυτή η μελέτη ξεχωρίζει ως μία από τις λίγες σε μια συγκεκριμένη ελληνική πόλη που έχει προσπαθήσει να διερευνήσει τις απόψεις νοσηλευτών και μαιών σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ακόμη και μέσω ποιοτικής ανάλυσης. Ωστόσο, για να εξαχθούν ακριβή συμπεράσματα, συνιστάται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας με ένα μεγαλύτερο και πιο ποικίλο δείγμα σε πολλές πόλεις. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση μεταξύ του ερωτώμενου και του ερωτώμενου έπαιξε καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της αφήγησης. Σε αυτήν την περίπτωση, τηρήθηκαν αυστηρά οι ηθικές και ηθικές αρχές που καθοδηγούν τη διαδικασία της συνέντευξης, γεγονός που συνέβαλε θετικά στην ανάλυση και μεταγραφή των απαντήσεων, οδηγώντας έτσι σε ασφαλή συμπεράσματα που συνάδουν με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία.

Βιβλιογραφία

- Allan, H. (2012). Managing intimacy and emotions in advanced fertility care. The future of nursing and midwifery roles. 15.
- Brezina, P.R., Anchan, R., and Kearns, W.G. (2016). Preimplantation genetic testing for aneuploidy: what technology should you use and what are the differences? *J Assist Reprod Genet.*, 33(7), p. 823-32
- Capalbo, A., and Rienzi, L. (2017). Mosaicism between trophectoderm and inner cell mass. *Fertil Steril.*, 107(5), p. 1098-1106
- Craciunas, L., and Tsampras, N. (2016). Bed rest following embryo transfer might negatively affect the outcome of IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Hum Fertil (Camb)*, 19(1), p. 16-22
- Church, S., & Ekberg, M. (2013). Student midwives' responses to reproductive ethics: a qualitative focus group approach using case scenarios.. *Midwifery*, 29 8, 895-901 . <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.10.005>.
- Cox C.M., Thoma M.E., Tchangalova N., Mburu G., Bornstein M.J., Johnson C.L., Kiarie J. (2022). Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Open*, 2022(4), p.hoac051
- Dinah, C., Sigei, J., Langatt, P., Chirchir, J.I., Grace, O., Nzyoka, M., et al. (2017). Ethical Dilemmas in Reproductive Health: Experiences of 10 Midwives. *International Journal of Humanities and Social Science*, 6(2), p. 173-177
- Ejder Apay, S., Gürol, A., Gür, E.Y., and Church, S. (2020). Midwifery students' reactions to ethical dilemmas encountered in outpatient clinics. *Nursing Ethics*, 27(7), p.1542-1555.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2017). Electronic address: ASRM@asrm.org; Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Transferring embryos with genetic anomalies detected in preimplantation testing: an Ethics Committee Opinion. *Fertil Steril.*, 107(5), p. 1130-1135.
- Facchin F, Leone D, Tamanza G, Costa M, Sulpizio P, Canzi E and Vegni E (2020) Working With Infertile Couples Seeking Assisted Reproduction: An Interpretative Phenomenological Study With Infertility Care Providers. *Front. Psychol.* 11:586873. doi: 10.3389/fpsyg.2020.586873

- Forman, E.J., Hong, K.H., Ferry, K.M., Tao, X., Taylor, D., Levy, B., Treff, N.R., and Scott, R.T. (2013). In vitro fertilization with single euploid blastocyst transfer: a randomized controlled trial. *Fertil Steril.*,100(1), p. 100-7.e1.
- Glujovsky, D., Farquhar, C., Quinteiro Retamar, A.M., Alvarez Sedo, C.R., and Blake, D. (2016). Cleavage stage versus blastocyst stage embryo transfer in assisted reproductive technology. *Cochrane Database Syst Rev.*,30(6),CD002118
- Hiadzi, R.A., Woodward, B., and Akrong, G.B. (2023). Ethical issues surrounding the use of assisted reproductive technologies in Ghana: An analysis of the experiences of clients and service providers. *Heliyon*, 9(2), p. e13767.
- Ho, V.N.A., Braam, S.C., Pham, T.D., Mol, B.W., and Vuong, L.N. (2019). The effectiveness and safety of in vitro maturation of oocytes versus in vitro fertilization in women with a high antral follicle count. *Hum Reprod.*,34(6), p.1055-1064.
- Ho, V.N.A., Pham, T.D., Le, A.H., Ho, T.M., and Vuong, L.N. (2018). Live birth rate after human chorionic gonadotropin priming in vitro maturation in women with polycystic ovary syndrome. *J Ovarian Res.*, 11(1), p.70.
- Jain, M., and Singh, M. Assisted Reproductive Technology (ART) Techniques. [Updated 2023 Jun 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576409/>
- Kelly-Hedrick M., (2019). *Disparities in access to fertility care in the united states: Ethical considerations for equitable solutions*. A thesis submitted to Johns Hopkins University in conformity with the requirements for the degree of Master of Bioethics
- Kushnir, V.A., Darmon, S.K., Albertini, D.F., Barad, D.H., and Gleicher, N. (2016). Effectiveness of in vitro fertilization with preimplantation genetic screening: a reanalysis of United States assisted reproductive technology data 2011-2012. *Fertil Steril.*, 106(1), p. 75-79.
- Kwan, I., Wang, R., Pearce, E., and Bhattacharya, S. (2018). Pain relief for women undergoing oocyte retrieval for assisted reproduction. *Cochrane Database Syst Rev.*, 5(5), p.CD004829.
- Li, Z., Wang, Y.A., Ledger, W., Edgar, D.H., and Sullivan, E.A. (2014). Clinical outcomes following cryopreservation of blastocysts by vitrification or slow freezing: a population-based cohort study. *Hum Reprod.*,29(12), p. 2794-801.

- Ombelet W. (2011). Global access to infertility care in developing countries: a case of human rights, equity and social justice. *Facts, views & vision in ObGyn*, 3(4), 257–266.
- Ortega-Hrepich, C., Stoop, D., Guzmán, L., Van Landuyt, L., Tournaye, H., Smits, J., De Vos, M. (2013). A "freeze-all" embryo strategy after in vitro maturation: a novel approach in women with polycystic ovary syndrome? *Fertil Steril.*, 100(4), p.1002-7
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2017). Electronic address: ASRM@asrm.org; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Guidance on the limits to the number of embryos to transfer: a committee opinion. *Fertil Steril.*, 107(4), p. 901-903.
- Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology (2018). Electronic address: ASRM@asrm.org; Practice Committees of the American Society for Reproductive Medicine and the Society for Assisted Reproductive Technology. The use of preimplantation genetic testing for aneuploidy (PGT-A): a committee opinion. *Fertil Steril.*, 109(3), p. 429-436.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2017). Electronic address: ASRM@asrm.org. Penzias A, Bendikson K, Butts S, Coutifaris C, Falcone T, Fossum G, Gitlin S, Gracia C, Hansen K, Mersereau J, Odem R, Rebar R, Reindollar R, Rosen M, Sandlow J, Vernon M. ASRM standard embryo transfer protocol template: a committee opinion. *Fertil Steril.*, 107(4), p. 897-900.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology (2017). Electronic address: ASRM@asrm.org; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril.*, 107(2), p. e3-e10
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, and Practice Committee of the Society of Reproductive Biologists and Technologists (2021). Electronic address: asrm@asrm.org. Minimum standards for practices

- offering assisted reproductive technologies: a committee opinion. *Fertil Steril.*, 115(3), p.578-582.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2020). Electronic address: asrm@asrm.org. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril.*, 113(3), p. 533-535
- Roque, M., Valle, M., Sampaio, M., and Geber, S. (2018). Obstetric outcomes after fresh versus frozen-thawed embryo transfers: A systematic review and meta-analysis. *JBRA Assist Reprod.*, 22(3), p. 253-260
- Sattari, M., Eslamnik, P.A., Rozian, A., and Jebelli, M. (2019). New approach to ethics in fertility. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14(6), p. 656-660
- Serour G.I. & Serour A.G., (2017). Ethical issues in infertility. *Best Practice Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Volume 43, 2017, Pages 21-31, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.02.008>.
- Steward, R.G., Lan, L., Shah, A.A., Yeh, J.S., Price, T.M., Goldfarb, J.M., and Muasher, S.J. Oocyte number as a predictor for ovarian hyperstimulation syndrome and live birth: an analysis of 256,381 in vitro fertilization cycles. *Fertil Steril.*, 101(4), p. 967-73.
- Sunderam, S., Kissin, D.M., Zhang, Y., Jewett, A., Boulet, S.L., Warner, L., Kroelinger, C.D., and Barfield, W.D. (2020). Assisted Reproductive Technology Surveillance - United States, 2017. *MMWR SurveillSumm.*, 69(9), p. 1-20.
- Sully, E.A., Biddlecom, A., Darroch, J.E., Riley, T., Ashford, L.S., Lince-Deroche, N....Murro R. (2020). Adding it up: Investing in Sexual and Reproductive Health.
- van Eekelen, R., van Geloven, N., van Wely, M., Bhattacharya, S., van der Veen, F., Eijkemans, M.J., and McLernon, D.J. (2019). IVF for unexplained subfertility; whom should we treat? *Hum Reprod.*, 34(7), p.1249-1259.
- Vander Borgh, M., and Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: definition and epidemiology. *Clin. Biochem.*, 62, p. 2–10.
- Wallis, J.M. (2020). Is it ever morally permissible to select for deafness in one's child? *Med Health Care Philos.*, 23(1), p. 3-15
- WHO (2023). WHO fact sheet. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility [September 12, 2023]

- Zhang, J.J., Merhi, Z., Yang, M., Bodri, D., Chavez-Badiola, A., Repping, S., and van Wely, M. (2016). Minimal stimulation IVF vs conventional IVF: a randomized controlled trial. *AmJObstetGynecol.*, 214(1), p. 96.e1-8.
- Γαλάνης Π. (2018). Μέθοδοι συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35, σ. 268–277
- Τίφας Α. (2021). Νοσηλευτική Ηθική Ευθύνη: Μέθοδοι λήψης ηθικών αποφάσεων. Ηθική. *Περιοδικό φιλοσοφίας*, (14), σ. 54–63
- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.