



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

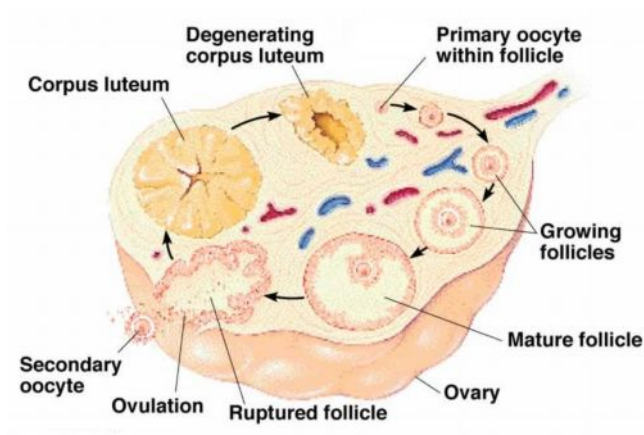
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΣ ΠΟΝΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΣ (ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ)

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΝΩΤΗΣ



*" ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ
ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΣΥΝΕΠΕΙΩΝ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ "*

ΛΑΡΙΣΑ 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την περάτωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. "ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ", μου δίνεται η ευκαιρία να επισημάνω 'ότι είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κοπιαστικό να ολοκληρώσεις με επιτυχία ένα τόσο σοβαρό έργο, έχοντας ταυτόχρονα άλλες εξίσου σημαντικές υποχρεώσεις να διεκπεραιώσεις.

Τι' όλα τα παραπάνω είναι επιβεβλημένο να ευχαριστήσω θερμά ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κωνσταντίνο Νταφρόπουλο που στήριξε την προσπάθειά μου αυτή σε δύσκολες στιγμές, με καθοδήγησε και μου αφιέρωσε πολύ από τον εξαιρετικά πολύτιμο χρόνο του.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να ευχαριστήσω και τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής κ. Κωνσταντίνο Τουργουλιάνη και κ. Κωνσταντίνο Μπουώτη.

Τέλος, ιδιαίτερα πρέπει να ευχαριστήσω τον οικογενειακό και φιλικό μου περίγυρο για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξη που μου προσέφεραν απλόχερα καθ' όλη τη διάρκεια του πονήματός μου.

Λάρισα, 31 Ιανουαρίου 2011



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει συντελεστεί μια αλματώδης ανάπτυξη στις ιατρικές μεθόδους που αποσκοπούν στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Το όλο θέμα της τεχνολογικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή ίσως ορθότερα παρεμβατικής γονιμοποίησης, είναι μοναδικής ψυχολογικής σπουδαιότητας, κοινωνικής σημασίας αλλά και πνευματικής βαρύτητας.

Με τις σύγχρονες αναπαραγωγικές τεχνικές είναι δυνατόν να δικαιωθούν οι προσδοκίες των υπογόνιμων ζευγαριών και να ικανοποιηθεί η βαθιά ανάγκη της μητρότητας και της πατρότητας αντίστοιχα. Κάτι τέτοιο μπορεί να ενισχύσει τη συνοχή της συζυγικής ζωής και να αυξήσει το αίσθημα της πληρότητας και ολοκλήρωσης της έννοιας της οικογένειας, ενώ παράλληλα γεννώνται καινοφανή προβλήματα ηθικού, ιατρικού, ψυχολογικού, νομικού και κοινωνικού χαρακτήρα ως αποτέλεσμα της μηχανοποίησης ενός κατεξοχήν προσωπικού, βαθιά συναισθηματικά και ιερού γεγονότος.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα εντυπωσιακότερα επιτεύγματα της Ιατρικής Επιστήμης με βαθύτατες κοινωνικές συνέπειες. Το γεγονός της γέννησης ενός νέου ανθρώπου χαιρετίζεται βέβαια με ιδιαίτερο θαυμασμό, δέος και χαρά, αλλά κρίσιμο παραμένει το ζήτημα της ποιότητας ζωής τόσο του ίδιου του παιδιού όσο και των γονέων του.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	7
1.1. Ανδρική Υπογονιμότητα	8
1.2. Γυναικεία Υπογονιμότητα	9
2. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ	17
3. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	21
3.1. Ορισμός	21
3.2. Ιστορική Ανάδρομη	22
3.3. Στάδια	24
3.4. Κίνδυνοι και Παρενέργειες	25
3.5. Ποσοστά Επιτυχίας	27
3.6. Ελλάδα και Αναπαραγωγική Υγεία	28
4. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	32
4.1. Ψυχολογικές Δυσλειτουργίες	34
4.2. Ψυχολογική Υποστήριξη	36
4.3. Συμβουλευτική Παρέμβαση	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΣΚΟΠΟΣ	42
2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	42
3. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	43
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	44
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	45
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	68



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-----	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ -----	77
ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT-----	81
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	



ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



1. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με στατιστικές μελέτες, ένα στα πέντε ζευγάρια στην Ευρώπη δεν καταφέρνει να επιτύχει εγκυμοσύνη παρά τη θέλησή του. Η υπογονιμότητα αναφέρεται ακριβώς στη δυσκολία για φυσική τεκνοποίηση. Ο παλιότερος όρος της στειρότητας έχει πλέον εκλείψει από το ιατρικό λεξιλόγιο, αφού χάρη στην πρόοδο που έχει σημειωθεί στον τομέα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι εξαιρετικά σπάνια τα ζευγάρια που δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί.

Ο κλασικός ορισμός της υπογονιμότητας περιλαμβάνει την αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης ύστερα από ένα έτος ελεύθερων σεξουαλικών επαφών στο ζευγάρι. Ωστόσο υπάρχουν διαφοροποιήσεις, ανάλογα με την ηλικία, κυρίως της γυναίκας, και το ατομικό ιστορικό των συντρόφων. Όσο αυξάνει η ηλικία τόσο μειώνεται ο χρόνος που πρέπει η γυναίκα να προσπαθεί για να πετύχει εγκυμοσύνη, αφού στενεύουν τα χρονικά περιθώρια. Το ιστορικό είναι καθοριστικό σε πολλές περιπτώσεις. Αν, για παράδειγμα, υπάρχει πρόσφατη φλεγμονή στην πύελο ή περιτονίτιδα ή έχει διαγνωσθεί περιτονίτιδα στη γυναίκα ή ιστορικό κρυπορχίας στον άνδρα, είναι ευνόητο ότι δεν υπάρχει λόγος να περιμένουν ένα ολόκληρο έτος για να χαρακτηριστούν υπογόνιμοι και να καταφύγουν σε ειδικούς επιστήμονες.

Η υπογονιμότητα είναι ένα θέμα που αφορά το ζευγάρι και όχι τον κάθε σύντροφο επιμέρους. Η γονιμότητα των δύο συντρόφων συμμετέχει αθροιστικά, διότι σε πολλές περιπτώσεις υπογόνιμων ζευγαριών, ο ένας ή και οι δύο σύζυγοι αποκτούν παιδιά με επόμενο σύντροφο. Τέλος, η υπογονιμότητα διακρίνεται σε πρωτοπαθή, για τα ζευγάρια που δεν έχουν



επιτύχει ποτέ κύηση, και σε δευτεροπαθή για εκείνα που έχουν τουλάχιστον ένα ιστορικό κύησης¹.

1.1 Ανδρική Υπογονιμότητα

Η ανδρική υπογονιμότητα² μπορεί να προκαλείται από διάφορα αίτια που ταξινομούνται στις παρακάτω κατηγορίες:

➤ Ενδοκρινικές διαταραχές

Οι ενδοκρινικές διαταραχές περιλαμβάνουν τη δυσλειτουργία του υποθαλάμου (σύνδρομο Kallmann) και της υπόφυσης (όγκος, ακτινοβολία, επέμβαση), την υπερπρολακτιναιμία (υψηλά επίπεδα προλακτίνης στο αίμα εξαιτίας φαρμάκων ή όγκου στην υπόφυση), τη χορήγηση εξωγενών ανδρογόνων (ντόπινγκ), τις διαταραχές του θυρεοειδή αδένος (υποθυρεοειδισμός), και την υπερπλασία των επινεφριδίων. Ακόμη και το έντονο στρες μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ενδοκρινικές διαταραχές αναπαραγωγής.

➤ Ανατομικές ανωμαλίες

Οι ανατομικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν την συγγενή απουσία των σπερματικών πόρων (σύστημα μεταφοράς των σπερματοζωαρίων από τους όρχεις), την απόφραξη των σπερματικών πόρων (εξαιτίας κυστικής ίνωσης), και τις συγγενείς ανωμαλίες στο σύστημα εκσπερμάτισης. Όλες οι παραπάνω καταστάσεις αφορούν αποκλειστικά τη μεταφορά των σπερματοζωαρίων, τα οποία παράγονται φυσιολογικά στους όρχεις.

¹ <http://www.mammycool.gr/viewcontent.jsp?id=14EUPJIS2&cid=14AM8I8GF&limitstart>

² Ο γενικός έλεγχος της υπογονιμότητας για τους άνδρες περιλαμβάνει: λήψη αναλυτικού ιστορικού και κλινική εξέταση από τον ειδικό ιατρό, αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο, σπερμοδιάγραμμα, βιοχημικό έλεγχο σπερματικού υγρού, καλλιέργεια σπερματικού υγρού, ανοσολογικό έλεγχο σπερματικού υγρού, ορμονικές εξετάσεις για τον έλεγχο της αναπαραγωγικής λειτουργίας (FSH, LH, estradiol, prolactin, testosterone, TSH, FT4), κυτταρογενετικό έλεγχο, υπερηχογραφική εκτίμηση της αιματικής ροής στους όρχεις, βιοψία όρχεων. Για εκτενέστερη ανάλυση ορά: <http://www.mammycool.gr/viewcontent.jsp?id=14EUPJIS2&cid=14AM8I8GF&limitstart=3>



➤ Ανωμαλίες σπερματογένεσης

Οι ανωμαλίες της σπερματογένεσης έχουν ως αποτέλεσμα την παραγωγή ελαττωματικών σπερματοζωαρίων ή την παντελή έλλειψή τους στο σπέρμα. Οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες, σε ορχίτιδα από παρωτίτιδα, σε κρυπορχία και στην έκθεση σε ακτινοβολίες ή χημικές ουσίες.

➤ Μη φυσιολογική κινητικότητα

Η ανώμαλη κινητικότητα και μεταφορά των σπερματοζωαρίων προκαλείται από την έλλειψη ουράς στα σπερματοζωάρια (σύνδρομο Kartagener), την ύπαρξη κισσοκήλης ή βουβωνοκήλης, και την ύπαρξη αντιγόνων που συνδέονται με τα σπερματοζωάρια και τα καταστρέφουν (συνήθως εξαιτίας προηγηθείσας φλεγμονής που δε θεραπεύθηκε έγκαιρα).

➤ Σεξουαλική δυσλειτουργία

Η σεξουαλική δυσλειτουργία αποτελεί την αιτία με την ευκολότερη διάγνωση και οφείλεται σε παλίνδρομη εκσπερμάτιση (εξαιτίας ανατομικών ανωμαλιών), στυτική δυσλειτουργία, και μειωμένη λίμπιντο.

➤ Τραυματισμός και συστροφή όρχεων

Σοβαροί ή επαναλαμβανόμενοι τραυματισμοί ή συστροφή των όρχεων, που δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα, οδηγούν σε βλάβες ή και νέκρωσή τους.

➤ Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και λοιμώξεις του ουρογεννητικού συστήματος

Τα συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που επηρεάζουν τη γονιμότητα οφείλονται στο ουρεόπλασμα και στο μυκόπλασμα³.

1.2 Γυναικεία Υπογονιμότητα

Οι αιτίες της γυναικείας υπογονιμότητας⁴ μπορούν να διακριθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

³

<http://www.mammycool.gr/viewcontent.jsp?id=14EUPJIS2&cid=14AM8I8GF&limitstart=1>



➤ Διαταραχές ωοθυλακιορρηξίας

Διαταραχές στην ωοθυλακιορρηξία εντοπίζονται στο 15-20% των υπογόνιμων ζευγαριών. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι κεντρικής αιτιολογίας, δηλαδή να προκύπτουν από βλάβη στον υποθάλαμο (υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός) εξαιτίας συγγενούς βλάβης (σύνδρομο Kallman), μεγάλης απώλειας βάρους, ανορεξίας, βουλιμίας, έντονης σωματικής άσκησης ή γενετικών ανωμαλιών. Οι διαταραχές στην ωοθυλακιορρηξία μπορεί, ακόμη, να οφείλονται σε δυσλειτουργία της υπόφυσης, λόγω τραύματος (σύνδρομο Sheehan), όγκου ή συγγενούς έλλειψης (σύνδρομο κενού εφιππίου). Η υπερπρολακτιναιμία, δηλαδή η υπερέκκριση προλακτίνης λόγω φαρμάκων ή όγκου, επίσης, διαταράσσει τον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Οι διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας μπορεί να είναι ωοθηκικής αιτιολογίας, εξαιτίας της ανεπάρκειας σε ωοθυλάκια, όπως συμβαίνει σε αφαίρεση των ωοθηκών, σε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, στο σύνδρομο Turner ή άλλες χρωμοσωμικές ανωμαλίες, και στην πρόωμη ωοθηκική ανεπάρκεια ή άλλες κληρονομικές αιτίες. Επίσης, η έλλειψη των ωοθυλακίων μπορεί να οφείλεται σε συγγενή αγενεσία των ωοθηκών. Σπανιότερη αιτία είναι το σύνδρομο αντίστασης της ωοθήκης στις

⁴ Ο γενικός έλεγχος της υπογονιμότητας για τις γυναίκες περιλαμβάνει: λήψη αναλυτικού ιστορικού και κλινική εξέταση από τον ειδικό γυναικολόγο αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο διενέργεια τεστ Παπανικολάου, λήψη καλλιέργειας κολπικού και τραχηλικού υγρού, για την εντόπιση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ορμονικές εξετάσεις για τον έλεγχο της αναπαραγωγικής λειτουργίας (FSH, LH, estradiol, prolactin, testosterone, androstenedione, DHEAS, SHBG, TSH, FT4, glucose, insulin), οι οποίες πραγματοποιούνται τη 2η-3η ημέρα του κύκλου, υπερηχογραφικό έλεγχο, για την απεικόνιση των έσω γεννητικών οργάνων, κυτταρογενετικό έλεγχο, υστεροσαλπιγγογραφία ή σαλπιγγογραφία, για τον έλεγχο της βατότητας των σαλπίγγων και αδρή εκτίμηση της κοιλότητας της μήτρας, υπερηχοϋστερογραφία, για την εκτίμηση της μήτρας και των σαλπίγγων, υστεροσκόπηση, για τον έλεγχο του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας, λαπαροσκόπηση, για τον έλεγχο της μήτρας, των σαλπίγγων και της πυέλου. Οι εξετάσεις που αναφέρονται είναι ενδεικτικές. Σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός είναι αυτός που θα κατευθύνει το ζευγάρι και θα συστήσει τις απαραίτητες εξετάσεις. Τέλος, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν είναι πάντοτε δυνατή η ανεύρεση συγκεκριμένης αιτίας, αλλά αυτό δεν αποτελεί λόγο για να σταματήσει η προσπάθεια για την απόκτηση παιδιού, αφού η ιατρική της αναπαραγωγής προσφέρει πολλές δυνατότητες προς την κατεύθυνση αυτή. Για εκτενέστερη ανάλυση ορά: <http://www.mammycool.gr/viewcontent.jsp?id=14EUPJIS2&cid=14AM818GF&limitstart=4>



υποφυσιακές ορμόνες. Συχνότερες αιτίες είναι η υπερανδρογοναιμία (υψηλά επίπεδα ανδρογόνων στο αίμα) και το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, που διαγιγνώσκεται στο 15-20% των γυναικών με διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας.

➤ Ανατομικές ανωμαλίες

Οι ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας αφορούν ανωμαλίες διάπλασης, όπως η δίκερρος και η διθάλαμος, γενετικές ανωμαλίες (σύνδρομο Rokitansky), ινομύωματα, πολύποδες ή ενδομήτριες συμφύσεις (σύνδρομο Ashermann) από προηγηθείσα απόξεση. Οι ανωμαλίες στις σάλπιγγες οφείλονται σε έλλειψη, αφαίρεση ή απόφραξη από μετεγχειρητικές συμφύσεις, υδροσάλπιγγα, ενδομητρίωση, εξωμήτρια εγκυμοσύνη και φλεγμονή.

➤ Φλεγμονές στην πύελο, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ενδομητρίωση

Οι φλεγμονές στην πύελο επηρεάζουν τη γονιμότητα. Η συχνότερη αιτιολογία είναι η μόλυνση από χλαμύδια, που μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή. Τα μικρόβια προκαλούν φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, όπως η σαλπιγγίτιδα, η ενδομητρίτιδα και η τραχηλίτιδα, που μειώνουν τις πιθανότητες σύλληψης. Η ενδομητρίωση είναι η ύπαρξη ιστού του ενδομητρίου σε έκτοπη θέση, εκτός της κοιλότητας της μήτρας, όπου μόνο υπάρχει, φυσιολογικά. Η ενδομητρίωση διαγιγνώσκεται στο 20% των υπογόνιμων γυναικών και προκαλεί διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας, βλάβες στις σάλπιγγες και τις ωοθήκες και ανοσολογικής αιτιολογίας αποβολές.

➤ Ανοσολογικοί παράγοντες

Στις περιπτώσεις αυτές η γυναίκα παράγει αντισώματα κατά των σπερματοζωαρίων του συντρόφου της ή κατά του κυήματος. Αυτό μπορεί να συνυπάρχει με άλλα ανοσολογικά ή ρευματικά νοσήματα.

➤ Ιδιοπαθή αιτιολογία



Ιδιοπαθούς αιτιολογίας χαρακτηρίζεται η υπογονιμότητα όταν δεν ανευρίσκεται καμία εμφανής αιτία υπογονιμότητας, με τις δυνατότητες που παρέχουν οι σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι και οι ιατρικές γνώσεις⁵.

Μια σειρά παραγόντων καθορίζουν τη γυναικεία γονιμότητα και κατ' επέκταση και την υπογονιμότητα αυτών με σημαντικότερους τους ακόλουθους:

➤ Ηλικία

Είναι γνωστό ότι η γονιμότητα σημειώνει κάθετη πτώση, ύστερα από την ηλικία των 37 ετών, ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, η βαθμιαία πτώση ξεκινά στα 27 χρόνια. Στις γυναίκες που έχουν ήδη ένα παιδί παρατηρείται μικρότερη καθυστέρηση στην ελάττωση της αναπαραγωγικής ικανότητας, η οποία οφείλεται στην φθορά των ωαρίων από το χρόνο και τις περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως είναι η ακτινοβολία. Ακόμη οφείλεται στο γεγονός ότι, σε χρονική κλίμακα, τα υγιέστερα ωάρια είναι αυτά που "ξοδεύονται" κατά προτεραιότητα, με αποτέλεσμα να παραμένουν, με την πάροδο των ετών, όλο και λιγότερο υγιή ωάρια για ωοθυλακιορρηξία. Έτσι, για παράδειγμα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία που μένει έγκυος μια γυναίκα τόσο αυξάνει η πιθανότητα να αποκτήσει παιδί με σύνδρομο Down. Η ηλικία της εμμηνόπαυσης, για τις Ελληνίδες, είναι, κατά μέσο όρο, το 51^ο έτος της ηλικίας τους. Εντούτοις, κάποιες γυναίκες, που γεννιούνται με μικρότερο αριθμό ωαρίων (πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια), εμφανίζουν πρόωρη εμμηνόπαυση. Η ηλικία της εμμηνόπαυσης έχει, συνήθως, κληρονομικό χαρακτήρα. Η χρήση μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και προγεννητικού ελέγχου έχει αποδειχθεί σύμμαχος για πολλές γυναίκες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της ηλικίας.

➤ Βάρος

Η εκτίμηση του βάρους γίνεται ορθότερα από το Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.). Η φυσιολογική τιμή του δείκτη είναι 20-25kg/m². Όταν η τιμή

5

<http://www.mammycool.gr/viewcontent.jsp?id=14EUPJIS2&cid=14AM818GF&limitstart=2>



είναι μικρότερη από 20, ο οργανισμός αντιμετωπίζει ενεργειακό πρόβλημα και κάνει οικονομία διακόπτοντας τις λειτουργίες που δεν είναι απαραίτητες για την επιβίωση, όπως είναι η αναπαραγωγή. Άρα, αναστέλλεται η ωορρηξία και διαταράσσεται η έμμηνος ρύση. Όταν η τιμή του δείκτη είναι μεγαλύτερη από 25, παράγονται περισσότερα ανδρογόνα και αλλάζει ο μεταβολισμός, με συνέπεια να διαταράσσεται η αναπαραγωγική ικανότητα. Τόσο η πρόσληψη βάρους, από τις λιπώσαρκες, όσο και η απώλεια βάρους, από τις υπέρβαρες γυναίκες, με την εφαρμογή υποθερμιδικής διαίτας ή και σωματικής άσκησης, συντελεί στη ρύθμιση του κύκλου και βελτιώνει τη γονιμότητα.

➤ Κάπνισμα

Οι γυναίκες που καπνίζουν είναι σε υψηλότερο ποσοστό υπογόνιμες και καθυστερούν περισσότερο να επιτύχουν εγκυμοσύνη, σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες. Μάλιστα, η μείωση της γονιμότητας είναι ανάλογη της ποσότητας των τσιγάρων. Πρέπει να τονισθεί ότι τα στοιχεία αφορούν και τις παθητικές καπνίστριες, ενδεχομένως, σε ελαφρώς μικρότερο βαθμό. Η διακοπή του καπνίσματος παίζει σημαντικό ρόλο στη γονιμότητα.

➤ Αλκοόλ

Η χρήση και, πολύ περισσότερο, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ έχει ενοχοποιηθεί για πτώση της γονιμότητας. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, ακόμη και η ήπια κατανάλωση αλκοόλ, προκαλεί υψηλότερο ποσοστό υπογονιμότητας, σε σύγκριση με τη μηδενική κατανάλωση. Η διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ συνδέεται με βελτίωση της γονιμότητας.

➤ Καφεΐνη και Τεΐνη

Η καφεΐνη και η τεΐνη, που περιέχονται στον καφέ και το τσάι, αντίστοιχα, έχουν ενοχοποιηθεί, από παλιά, για μείωση της γονιμότητας. Βέβαια, οι παρατηρήσεις αυτές αφορούν κατανάλωση καφεΐνης μεγαλύτερη από δύο κούπες καφέ την μέρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάποια αρνητικά αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και σε γυναίκες που, ενώ κατά τη διάρκεια της προσπάθειας για εξωσωματική γονιμοποίηση είχαν μετριάσει την



κατανάλωση καφεΐνης, προηγουμένως, κατανάλωναν πολύ μεγαλύτερες ποσότητες.

➤ Φλεγμονές γεννητικών οργάνων

Τα βακτήρια, οι μύκητες, οι ιοί και τα παράσιτα μπορούν να επηρεάσουν την αναπαραγωγική λειτουργία και στα δύο φύλα. Κάποιοι από τους μικροοργανισμούς αυτούς μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και προκαλούν τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στις γυναίκες, οι βλάβες στον τράχηλο, τις σάλπιγγες και την κοιλιακή κοιλότητα οφείλονται, κυρίως, στα χλαμύδια και τη γονόρροια, ενώ η τραχηλίτιδα από τον ιό του απλού έρπητα φαίνεται λιγότερο επικίνδυνη. Η βακτηριακή κολπίτιδα, που οφείλεται σε κοινά μικρόβια και δεν ανήκει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, δε δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα, εκτός από τις περιπτώσεις που προκαλεί ανιούσες φλεγμονές της γυναικείας γεννητικής οδού.

➤ Αντισύλληψη

Το ενδομήτριο σπείραμα ή σπιράλ θεωρείται ότι αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη πυελικής φλεγμονής, ενώ οι φλεγμονές που σχετίζονται με το σπιράλ είναι πολύ σοβαρότερες. Η χρήση του σπιράλ δεν συνιστάται σε γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά και δεν έχουν μόνιμη σεξουαλική σχέση. Το αντισυλληπτικό χάπι, εκτός του ότι αποτελεί την πιο αποτελεσματική αντισυλληπτική μέθοδο, φαίνεται ότι προσφέρει κάποιο βαθμό προστασίας από την ανάπτυξη πυελικής φλεγμονής. Η προστασία οφείλεται στο γεγονός ότι το χάπι προκαλεί πάχυνση της τραχηλικής βλέννας, με αποτέλεσμα να εμποδίζει την είσοδο στη μήτρα τόσο των σπερματοζωαρίων όσο και των μικροβίων. Ωστόσο, πρέπει να τονισθεί ότι το αντισυλληπτικό χάπι δεν προστατεύει πλήρως από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γυναίκες ότι η λήψη αντισυλληπτικού χαπιού δεν επηρεάζει τη γονιμότητα. Ύστερα από τη διακοπή του χαπιού, η γονιμότητα επανέρχεται πλήρως, όπως έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. Οι εκτρώσεις υποβάλλουν σε σημαντικό κίνδυνο τη γονιμότητα της γυναίκας. Η διαδικασία της έκτρωσης ενέχει τον



κίνδυνο τραυματισμού του τραχήλου, του ενδομητρίου και της μήτρας, αλλά και την πιθανότητα ανάπτυξης πυελικής φλεγμονής.

➤ Διατροφή

Έχει βρεθεί ότι οι αλλαγές στην περιεκτικότητα των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων των τροφών επηρεάζουν τη γυναικεία γονιμότητα, κυρίως, μέσω της σύνθεσης των προσταγλανδινών. Οι προσταγλανδίνες επιδρούν σε παράγοντες της αναπαραγωγικής λειτουργίας, όπως είναι η έκκριση ορμονών και η ίδια η ωοθυλακιορρηξία. Η διατροφή που είναι πλούσια σε πολυακόρεστα και Ω3 λιπαρά παίζει, ενδεχομένως, καταλυτικό ρόλο στη βελτίωση της γονιμότητας. Θετικά στοιχεία έχουν αναφερθεί και για την αυξημένη κατανάλωση αντιοξειδωτικών ουσιών. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες περιέχονται σε τροφές, όπως είναι τα λαχανικά, τα φρούτα και το πράσινο τσάι. Τα αντιοξειδωτικά βοηθούν τον οργανισμό να λειτουργήσει πιο εύρυθμα και να διορθώσει τις βλάβες που προκαλούνται στα κύτταρα. Έχει βρεθεί ότι η πρόσληψη αντιοξειδωτικών με τη διατροφή συμβάλει στην ταχύτερη επίτευξη εγκυμοσύνης καθώς και σε μικρότερο αριθμό αποβολών.

➤ Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία, κυρίως, αλλά και η ακτινοθεραπεία, ιδιαίτερα στην κοιλιακή χώρα, επηρεάζουν σημαντικά τη γυναικεία γονιμότητα. Προκαλούν την καταστροφή των ανώριμων ωαρίων στις ωοθήκες, με αποτέλεσμα η γυναίκα να έχει πρόωρη εμμηνόπαυση. Η λύση για τη διατήρηση της γονιμότητας σε νεαρές γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία είναι η κατάψυξη (κρυοσυντήρηση) ωαρίων πριν από την έναρξη της θεραπείας. Τα ωάρια μπορούν να καταψυχθούν απευθείας, να παραμείνουν σε κατάψυξη και να γονιμοποιηθούν στο μέλλον.

➤ Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά της υπογονιμότητας στις σύγχρονες κοινωνίες. Είναι, πλέον, γνωστό ότι τα ζιζανιοκτόνα, τα εντομοκτόνα, τα φυτοφάρμακα και διάφοροι διαλύτες περιέχουν ουσίες που μιμούνται τη δράση των



ενδογενών ορμονών με βλαβερές συνέπειες για την υγεία. Το πόσιμο νερό που έχει υποστεί χλωρίωση, περιέχει παραπροϊόντα, που φαίνεται να συνδέονται με πρόωρες αποβολές στην εγκυμοσύνη. Οι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στο στεγνό καθάρισμα, στις εκτυπώσεις και στις βαφές συνδυάζονται με χαμηλότερη γονιμότητα. Τέλος, και οι ακτινοβολίες έχουν κατηγορηθεί για τα μεγαλύτερα ποσοστά υπογονιμότητας που παρατηρούνται σε γυναίκες που εργάζονται σε χώρους όπως είναι τα ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια.

➤ Άλλοι παράγοντες

Η ενδομητρίωση αποτελεί άλλον ένα παράγοντα υπογονιμότητας. Πρέπει, ωστόσο, να αναφερθεί ότι η βαρύτητα και η θέση της ενδομητρίωσης έχουν σημασία, καθώς, και ότι στις περισσότερες φορές υπάρχει θεραπεία. Το άγχος επιδρά στη γονιμότητα, μεταβάλλοντας το ρυθμό έκκρισης και τη λειτουργική ισορροπία των αναπαραγωγικών ορμονών, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της ανάπτυξης των ωαρίων και την ανωθυλακιορρηξία. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στη γονιμότητα αυξάνοντας τους ανωθυλακιορρηκτικούς κύκλους στις γυναίκες αλλά και μεταβάλλοντας τη σύσταση της τραχηλικής βλέννας, με συνέπεια τη δυσκολία επίτευξης εγκυμοσύνης. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, όπως είναι η μαριχουάνα και η κοκαΐνη, έχει άμεση επίδραση στην ωθυλακιορρηξία και την ποιότητα των ωαρίων, όπως έχει αποδειχθεί, με αποτέλεσμα ακόμη και μη αναστρέψιμη μείωση της γονιμότητας. Οι συστηματικές κολπικές πλύσεις αυξάνουν την πιθανότητα για ανάπτυξη πυελικής φλεγμονής, καρκίνου του τραχήλου και, ενδεχομένως, των εξωμήτριων κυήσεων⁶.

6

<http://www.mammycool.gr/viewcontent.jsp?id=14EUNUQAI&cid=14AM818GF&limitstart=1>



2. ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ως μια σειρά πρακτικών των τελευταίων δεκαετιών, ήρθε να καλύψει προβλήματα υπογονιμότητας, και να ενισχύσει την υπόθεση εργασίας ότι αυτά υπήρχαν από την αρχή της ανθρώπινης ιστορίας.

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει αναμφισβήτητα συμβάλλει τα μέγιστα στη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου. Όλα, όμως ξεκινούν από την προαιώνια αγωνία του ανθρώπου για την πλαισίωσή του με απογόνους. Έτσι μονάχα αποκτά νόημα η ζωή. Η Ιατρική ασχολήθηκε και συνεχίζει να ασχολείται με τα προβλήματα υπογονιμότητας του ανθρώπινου είδους, παρέχοντας λύσεις και νέες τεχνικές, ενώ ταυτόχρονα συμπορεύεται με την Τεχνολογία στην προσπάθειά της για εύρεση νέων τεχνικών θεραπείας της υπογονιμότητας. Εξίσου σημαντική είναι και η συνδρομή της Νομικής Επιστήμης μέσω του νομοθέτη, ο οποίος καλείται να επικαιροποιήσει όλη αυτή την προσπάθεια με την κατάλληλη και προστατευτική νομοθεσία.

Με τις εφαρμογές της υποβοήθησης δίνεται η δυνατότητα τεκνοποίησης, όταν υπάρχει τεκμηρίωση της υπογονιμότητας, δηλαδή αντιμετώπιση της αδυναμίας απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο καθώς και αντιμετώπιση ειδικών παθήσεων ή συνδρόμων που επηρεάζουν την γονιμότητα, ενώ παρατείνεται το χρονικό διάστημα κατά το οποίο μια γυναίκα μπορεί με ασφάλεια για την ίδια και για το παιδί να τεκνοποιήσει. Σημαντικός παράγοντας σε μια τέτοια προσπάθεια είναι και η ηλικία του υποβοηθούμενου ατόμου, στο βαθμό που καθορίζει και την ιατρικώς ακολουθούμενη διαδικασία. Έτσι, ορίζεται ότι η γυναίκα στην οποία θα εμφυτευθούν τα γονιμοποιημένα ωάρια πρέπει να μην έχει υπερβεί το 50^ο έτος της ηλικίας της, ενώ ως προς το μέγιστο αριθμό των γονιμοποιημένων



ωαρίων που μπορούν να εμφυτευθούν, αυτά φθάνουν τα 3 εάν η γυναίκα είναι μέχρι 40 και το πολύ τα 4, εάν η ηλικία της κυμαίνεται από 40 έως 50 ετών.

Η ιατρική υποβοήθηση στη ανθρώπινη αναπαραγωγή επιτρέπεται επιπροσθέτως είτε για να αποφευχθεί η μετάδοση στο τέκνο σοβαρής ασθένειας, είτε για να προληφθεί μια επικίνδυνη κυοφορία, δηλαδή να αποφευχθεί μια νοσογόνος κατάσταση του παιδιού μέσω της προεμφυτευτικής διάγνωσης. Πάντως σε κάθε περίπτωση η υποβοήθηση επιτρέπεται μέχρι την ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής του υποβοηθούμενου ανθρώπου. Η ανθρώπινη αναπαραγωγή με τη μέθοδο της κλωνοποίησης απαγορεύεται, ενώ η επιλογή του φύλου του τέκνου δεν είναι επιτρεπτή, εκτός και αν πρόκειται να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική νόσος που συνδέεται με το φύλο. Υπό το πρίσμα της διαφαινόμενης ελάττωσης της παγκόσμιας γονιμότητας, η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αποτελεί κάτι επιπλέον, μια γέφυρα στη διάσωση της αναπαραγωγής του ανθρώπινου είδους.

Ωστόσο, όμως φτάσουμε σε ένα τέτοιο σημείο, η κοινωνική ευθύνη της πολιτείας, ας μη λησμονά και τη λύση της υιοθεσίας. Η προτροπή στη υιοθεσία για το άτεκνο ζευγάρι δεν αφορά άμεσα βέβαια τον κλινικό θεραπευτή, δεν τον εξαιρεί όμως του συμβουλευτικού λόγου και ρόλου, από τη στιγμή που χαίρει της εμπιστοσύνης του ζευγαριού. Ας μην λησμονείται, εξάλλου, ότι η υιοθεσία αποτελεί μια άριστη διέξοδο, όχι μόνο για το ζευγάρι αλλά και για την ανάγκη φροντίδας ενός παιδιού που αξίζει να ανήκει σε μια οικογένεια και να εξελιχθεί σε χρήσιμο μέλος της κοινωνίας⁷.

Οι μέθοδοι της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Ι.Υ.Α.) εφαρμόζονται με τρόπο που εξασφαλίζουν το σεβασμό της ελευθερίας του ατόμου και του δικαιώματος της προσωπικότητας καθώς και την

7

http://www.perceptum.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=1



ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, με βάση τα δεδομένα της Ιατρικής και της Βιολογίας, σε συνδυασμό και με τις αρχές της Βιοηθικής.

Για την εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων πρέπει να λαμβάνεται, κατά κύριο λόγο, υπόψη το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί⁸.

Οι Τεχνολογίες της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Assisted Reproduction Technologies, A.R.T.) αφορούν σε διαδικασίες κατά τις οποίες λαμβάνονται τα ωάρια από τις ωοθήκες. Αυτές που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι η κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση (I.V.F., in-vitro fertilization) και η ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου ή μικρογονιμοποίηση (I.C.S.I., intracytoplasmic sperm injection). Στο παρελθόν χρησιμοποιήθηκαν και άλλες τεχνικές όπως η G.I.F.T. (gamete intrafallopian transfer), η Z.I.F.T. (zygote intrafallopian transfer), η T.E.T. (tubal embryo transfer), η P.O.S.T. (peritoneal oocyte and sperm transfer) και η S.U.Z.I. (subzonal sperm injection)

Τα έμβρυα που προκύπτουν από αυτές τις τεχνικές μεταφέρονται στην ενδομητρική κοιλότητα, μια διαδικασία γνωστή ως εμβρυομεταφορά. Η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση αποτελεί τη βιοψία βλαστομεριδίων από το έμβρυο πριν την εμβρυομεταφορά και την ανάλυση του γενετικού του υλικού για διάγνωση χρωμοσωμικών και γονιδιακών ανωμαλιών. Σημαντικό τμήμα του τομέα της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής αποτελεί η κρυοσυντήρηση γαμετών (σπερματοζωαρίων και ωαρίων) και εμβρύων για μελλοντική χρήση.

Αυτό που πρέπει πρωτίστως να αντιληφθεί το υπογόνιμο ζευγάρι είναι πως υπάρχουν πολλές μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, χωρίς απαραίτητα να αποτελεί και πανάκεια. Είναι αναγκαίο τα ζευγάρια να κατανοήσουν ότι η απουσία σύλληψης δεν οδηγεί κατ' ανάγκη απευθείας στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Είναι απαραίτητη η συζήτηση με το

⁸ Ν. 3305/27-11-2005, (Φ.Ε.Κ. 17^Α/27-01-2005), Άρθρο 1



γυναικολόγο ο οποίος θα αναγνωρίσει τους παράγοντες υπογονιμότητας ενός ζευγαριού και θα συστήσει την κατάλληλη θεραπεία. Στις περισσότερες των περιπτώσεων που δεν ανευρίσκεται συγκεκριμένος παράγοντας υπογονιμότητας, άγνωστη αιτιολογία, ενδεχομένως κάποια από τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας⁹.

⁹ www.paidorama.com



3. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (I.V.F.)

3.1 Ορισμός

Η Εξωσωματική Γονιμοποίηση είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, η οποία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά με επιτυχία σε άνθρωπο το 1978. Εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η γονιμοποίηση έξω από το σώμα, αντί δηλαδή η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο να γίνει στο φυσικό του περιβάλλον, που είναι η σάλπιγγα της γυναίκας, γίνεται στο εργαστήριο. Είναι ουσιαστικά η παράκαμψη μιας συγκεκριμένης λειτουργίας του οργανισμού όταν, για διάφορους λόγους, δεν μπορεί να γίνει στο ανθρώπινο σώμα. Τα ωάρια όμως είναι της γυναίκας, τα σπερματοζωάρια του άνδρα και κατά συνέπεια τα έμβρυα που προκύπτουν είναι κομμάτι αυτών.

Τα ωάρια λαμβάνονται με τη διαδικασία της ωοληψίας από τα ωοθυλάκια που αναπτύσσονται στις ωοθήκες της γυναίκας. Στη συνέχεια, στο εργαστήριο έρχονται σε επαφή με τα σπερματοζωάρια, μέσα σε ειδικά δοχεία, τρυβλία, με καλλιεργητικό υλικό, προκειμένου να γίνει η γονιμοποίηση. Τα τρυβλία με τα γονιμοποιημένα ωάρια ή ζυγωτές τοποθετούνται σε επωαστικό κλίβανο για δύο (2) έως έξι (6) ημέρες, υπο ειδικές συνθήκες, ώστε τα έμβρυα να διανύσουν τα πρώτα στάδια της ανάπτυξής τους. Αντί τα έμβρυα να καταλήξουν στη μήτρα με φυσικό τρόπο, δηλαδή μέσω σάλπιγγας, μεταφέρονται σε αυτήν από εξειδικευμένο γυναικολόγο, με τη βοήθεια ενός λεπτού καθετήρα μέσα στον οποίο έχουν τοποθετηθεί αυτά. Τα έμβρυα εμφυτεύονται από μόνα τους στον βλεννογόνο της μήτρας, το ενδομήτριο, όπως και στη φυσιολογική



σύλληψη. Άρα εάν υπάρξει επιτυχής εμφύτευση, θα υπάρξει συνακόλουθα και εγκυμοσύνη¹⁰.

3.2 Ιστορική Αναδρομή

Για αιώνες οι επιστήμονες πίστευαν ότι το σπερματοζώαριο περιείχε έναν "μικρό άνθρωπο" που τοποθετούνταν μέσα στη γυναίκα για να ωριμάσει και να γίνει παιδί. Αυτή ήταν η εύκολη και απλουστευμένη εξήγηση για το μυστήριο της σύλληψης. Μια σωστή κατανόηση των μηχανισμών της κληρονομικότητας άρχισε με την έρευνα του Αυστριακού μοναχού και βοτανολόγου Gregor Mendel το 1865, "πατέρα της γενετικής". Τα ευρήματα του Mendel μαζί με τις θεωρίες του σύγχρονου του Charles Darwin, αποτέλεσαν την βάση για την γενετική έρευνα του 20ου αιώνα. Οι νόμοι του Mendel δεν αξιοποιήθηκαν επιστημονικά, δυστυχώς, μέχρι το 1901.

Μια από τις πρώτες μεθόδους της ανθρώπινης παρέμβασης στην ζωική αναπαραγωγή ήταν η τεχνητή γονιμοποίηση. Οι Άραβες την εφάρμοζαν ήδη από το 1320. Κατά χρονολογική σειρά ακολουθούν το 1420 ο Γάλλος μοναχός Dom Pinchon όπου επιχείρησε την τεχνητή γονιμοποίηση σε αυγά ψαριών και το 1780 ο Ιταλός φυσιοδίφης Lazzaro Spallanzani πειραματίστηκε σε σκύλους και ο Άγγλος βιολόγος Robert Bakewell, ο ιδρυτής της επιστήμης της ελεγχόμενης ζωικής αναπαραγωγής, δημιούργησε αρκετές νέες ράτσες κτηνοτροφικών ζώων στα τέλη του 18ου αιώνα.

Η μεγάλη επανάσταση ήρθε με την ανακάλυψη το 1953 του δεοξυριβονουκλεϊκού οξέος, D.N.A., από τον Αμερικάνο βιολόγο James D Watson και τον Άγγλο βιολόγο Francis Crick και οδήγησε στην νέα επιστήμη της Γενετικής Μηχανικής. Το D.N.A., "μόριο της ζωής", είναι μια δομή

¹⁰ <http://www.imlarisas.gr/main.php?p=346&more=1>



διπλής έλικας που βρίσκεται σε κάθε ζωντανό κύτταρο και καθορίζει την γονιδιακή κατάσταση του κάθε έμβριου όντος.

Η ιστορία της εργαστηριακής γονιμοποίησης (I.V.F.) και της μεταφοράς εμβρύων (E.T.) χρονολογείται από το 1890, όταν ο Walter Heape ένας καθηγητής ιατρικής στο πανεπιστήμιο του Cambridge στην Αγγλία, που πραγματοποιούσε έρευνα για την αναπαραγωγή σε διάφορα ζωικά είδη, ανέφερε την πρώτη γνωστή περίπτωση της μετεμφύτευσης εμβρύων στα κουνέλια, πολύ πριν να προταθούν ακόμη οι εφαρμογές της στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Οι πιο σημαντικοί σταθμοί στην εξωσωματική γονιμοποίηση υπήρξαν:

- Το 1961 ο Palmer από τη Γαλλία περιέγραψε την πρώτη ανάκτηση ωαρίων με λαπαροσκοπία.
- Το 1973 η πρώτη εγκυμοσύνη I.V.F. πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία. Δυστυχώς, οδηγήθηκε σε πρόωρη αποβολή (De Kretzer et al., 1973).
- Το 1978 η πρώτη γέννηση με την τεχνική I.V.F. συνέβη στο Όλνταμ της Αγγλίας στις 25 Ιουλίου 1978 από τους Patrick Steptoe and Robert Edwards (Steptoe and Edwards, 1978).
- Το 1983 η πρώτη εγκυμοσύνη και η πρώτη επιτυχής γέννηση μετά από τη δωρεά ωαρίων. (Trounson et al., 1983).
- Το 1984 ψηφίζεται ο πρώτος νόμος για I.V.F.. Η κυβέρνηση της Victoria καθιέρωσε το νόμο στειρότητας I.V.F. το 1984. Η πρώτη νομοθεσία για τη ρύθμιση του I.V.F. και τη σχετική μ' αυτήν έρευνα των ανθρώπινων εμβρύων. Πρώτη γέννηση μωρού στην Ελλάδα από Έλληνες επιστήμονες.
- Το 1990 η πρώτη επιτυχής κρυοσυντήρηση ανθρώπινων εμβρύων με την μέθοδο της υαλοποίησης και γέννηση μωρού. (Gordts et al 1990). Πρώτη αναφορά της υποβοηθούμενης εκκόλαψης στα ανθρώπινα έμβρυα. (Cohen et al. 1990).



- Το 1991 η in vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM) σε μη διεγερμένο κύκλο, οδήγησε σε εγκυμοσύνη σε ένα πρόγραμμα δωρεάς ωαρίων (Cha et al. 1991).
- Το 1994 η πρώτη αναφερόμενη γέννηση μετά από κατάψυξη-απόψυξη ωαρίου και μικρογονιμοποίηση I.C.S.I. (Chen, 1986).
- Το 2002 ψηφίστηκε ο πρώτος Νόμος 3089/2002 (Φ.Ε.Κ. 327^A/23-12-2002) υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στην Ελλάδα.
- Το 2005 ψηφίστηκε ο δεύτερος Νόμος 3305/2005 (Φ.Ε.Κ. 17^A/27-01-2005) ο οποίος ορίζει τον αριθμό των εμβρύων που μεταφέρονται στην μήτρα στην Ελλάδα¹¹.

3.3 Στάδια

Τα στάδια που ακολουθούνται σε μια εξωσωματική γονιμοποίηση είναι τα παρακάτω:

➤ Πρόκληση Ωοθυλακιορρηξίας

Η συγκεκριμένη διαδικασία συνίσταται στην χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την παραγωγή ικανού αριθμού ωαρίων σε ένα κύκλο. Η φαρμακευτική αγωγή καθορίζει και τον ακριβή χρόνο που θα συμβεί η ωορρηξία με αποτέλεσμα όλα τα υπόλοιπα βήματα της εξωσωματικής γονιμοποίησης να μπορούν να προγραμματιστούν. Κάποια από τα φάρμακα είναι σε ενέσιμη μορφή. Είναι σημαντικό να ακολουθείται το χρονοδιάγραμμα της φαρμακευτικής αγωγής και το πρόγραμμα των δόσεων με ακρίβεια, έτσι ώστε η πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας να είναι επιτυχής. Καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου η γυναίκα υποβάλλεται σε συχνά υπερηχογραφήματα τα οποία παρέχουν εικόνα των ωοθυλακίων μέσα στα οποία βρίσκονται τα ωάρια και συχνές αιματολογικές εξετάσεις για

¹¹ <http://www.kosmogonia.gr/index.php/el/information/211--ivf-.html>



να διαπιστωθεί πόσο καλά ανταποκρίνεται ο οργανισμός στην φαρμακευτική αγωγή, διότι κάθε οργανισμός αντιδρά διαφορετικά.

➤ Ωοληψία

Όταν τα ωοθυλάκια έχουν ωριμάσει, στη γυναίκα θα πρέπει να χορηγηθεί ενδομυϊκά η hCG (ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη). Σε χρονικό διάστημα 34 με 36 ωρών το αργότερο, ο γιατρός λαμβάνει τα ωάρια από τις ωοθήκες της γυναίκας. Παράλληλα με την ωοληψία ο σύντροφος δίνει δείγμα σπέρματος.

➤ Γονιμοποίηση και Ανάπτυξη εμβρύου

Στο εργαστήριο IVF οι εμβρυολόγοι προετοιμάζουν κατάλληλα τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια και τα αναμειγνύουν. Αν επιτευχθεί γονιμοποίηση, οι εμβρυολόγοι θα επωάσουν τα γονιμοποιημένα ωάρια και θα τα ελέγχουν για τις επόμενες 2-5 ημέρες για να βεβαιωθούν ότι αναπτύσσονται σωστά.

➤ Εμβρυομεταφορά

Ο γιατρός θα συζητήσει για τον ακριβή αριθμό των εμβρύων που θα μεταφερθούν στη μήτρα και ίσως προτείνει και την κατάψυξη κάποιων εξ αυτών που δεν πρόκειται να μεταφερθούν και είναι κατάλληλα να καταψυχθούν για να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντικές προσπάθειες.

➤ Εμφύτευση εμβρύου

Σε δύο (2) περίπου εβδομάδες μετά την εμβρυομεταφορά, η γυναίκα υποβάλλεται σε τεστ εγκυμοσύνης. Ένα θετικό αποτέλεσμα στο τεστ εγκυμοσύνης, σημαίνει πως το έμβρυο έχει εμφυτευθεί στο ενδομήτριο και πως είναι έγκυος¹².

3.4 Κίνδυνοι και Παρενέργειες

Μερικές γυναίκες όταν μπου σε κάποιο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δυνατόν να αναπτύξουν κάποια ήπια, αλλά δυσάρεστα,

¹² Kosmogonia website - everything IVF



συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της αντίδρασης του οργανισμού τους στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή κατά την φάση της διέγερσης των ωοθηκών τους. Τα συμπτώματα αυτά και οι σπάνιες αλλεργικές αντιδράσεις που προέρχονται από τα φάρμακα, δεν έχουν μεγάλη διάρκεια και δεν εμπνέουν καμία ανησυχία, ενώ είναι εύκολα αντιμετωπίσιμα. Έτσι μπορεί να εμφανιστούν εξάψεις, μελαγχολία, οξυθυμία, πονοκέφαλοι και αϋπνία.

Ως κυριότερες αρνητικές επιπτώσεις για τον οργανισμό της γυναίκας έχουν στη διεθνή βιβλιογραφία αναφερθεί:

➤ Σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών

Παρ' όλη τη στενή ιατρική παρακολούθηση που γίνεται, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες κάποιες γυναίκες να αναπτύξουν το λεγόμενο "σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών", δηλαδή η ανταπόκριση τους στην θεραπεία είναι πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη. Αυτό θα επιφέρει κύστες στις ωοθήκες με συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα και έντονο το αίσθημα της κακουχίας. Η κατάσταση της γυναίκας θα εκτιμηθεί από τον ιατρό της και σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να σταματήσει η προσπάθεια μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων μπορεί πλέον να προληφθεί, αλλά και όταν εκδηλωθεί αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή. Σε ποσοστό 1% έως 2% περίπου των περιπτώσεων της υπερδιέγερσης είναι πολύ σοβαρή και οι ωοθήκες διογκώνονται και επιφέρουν έντονες ναυτίες, εμέτους, πόνο στην κοιλιακή χώρα, πρήξιμο της κοιλιάς, δύσπνοια, κακουχία, αδυναμία, λιποθυμίες καθώς και κατακράτηση υγρών. Οι επιπλοκές αυτές απαιτούν την άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο.

➤ Πολύδυμες κυήσεις

Με την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ συχνό το φαινόμενο των πολύδυμων κυήσεων, αφού τοποθετούνται στην μήτρα μέχρι και 4 έμβρυα. Έτσι μπορεί να έχουμε κυήσεις από ένα, δύο, τρία ως και τέσσερα έμβρυα. Στις περιπτώσεις όπου η κύηση γίνεται με παραπάνω από ένα έμβρυα, οι πρόωροι τοκετοί είναι συχνό φαινόμενο με όλους τους κινδύνους που



υποκρύπτονται τόσο για την μητέρα όσο και για τα νεογνά (Blennbon, 2005).

➤ Καρκίνος

Πολλές μελέτες μέχρι σήμερα έχουν δείξει ότι τα ωοθυλακιορρηκτικά φάρμακα είναι ασφαλή και δεν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης γυναικολογικού ή άλλου καρκίνου^{13 14}.

3.5 Ποσοστά Επιτυχίας

Μια από τις πιο δύσκολες ερωτήσεις που θα κάνει το ζευγάρι, όταν επιλέξει κάποια από τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι το ποσοστό επιτυχίας που θα έχει¹⁵. Τα περισσότερα ζευγάρια που συνειδητά απευθύνονται στις νέες τεχνολογίες για να αποκτήσουν παιδιά και ειδικότερα επιλέγουν την εξωσωματική γονιμοποίηση, έχουν ένα ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 30% ανά κύκλο. Πράγμα το οποίο σημαίνει ότι ακόμη και σήμερα που έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος της τεχνογνωσίας, εντούτοις ένα μεγάλο ποσοστό ζευγαριών δεν θα καταφέρουν να αποκτήσουν παιδί (Χαλαλάμπους κ.α., 2007).

Ακόμη και στην περίπτωση κατά την οποία δεν συντρέχει κανένα οργανικό ή ψυχολογικό πρόβλημα, η έναρξη κύησης δεν είναι κάτι που συντελείται νομοτελειακά ή αυτοστιγμής, πολύ περισσότερο δε όταν συνυπάρχει κάποια δυσκολία. Αυτό σημαίνει ότι το ποσοστό επιτυχίας κυοφορίας ανά κύκλο ωοθυλακιορρηξίας, είναι αρκετά χαμηλό ακόμη και όταν το ζευγάρι είναι "εν δυνάμει" γόνιμο. Φυσικά, δεν υπάρχει λόγος απογοήτευσης για κανένα ζευγάρι όσο η υπόθεσή του έχει το περιθώριο να στηριχθεί σε μία από τις επιλογές της ιατρικής υποβοήθησης. Αξίζει να επισημανθεί ότι η υπογονιμότητα είναι υπόθεση του ζευγαριού, όχι

¹³ <http://www.kosmogonia.gr/index.php/el/danger.html>

¹⁴ <http://www.imlarisis.gr/main.php?p=346&more=1>

¹⁵ <http://www.kosmogonia.gr/>



αναγκαία του ενός ή του άλλου συντρόφου, με κρυφό ή φανερό ενοχικό αντίκτυπο, αλλά και των δυο τους. Από την άλλη, υπάρχουν προβλήματα γονιμότητας που αφορούν συγκεκριμένα το αρσενικό ή το θηλυκό αναπαραγωγικό σύστημα και αυτά αντιμετωπίζονται από τις οικείες ειδικότητες, τον ανδρολόγο – ουρολόγο και τον γυναικολόγο αντιστοίχως¹⁶.

3.6 Ελλάδα και Αναπαραγωγική Υγεία

Ισχύον θεσμικό πλαίσιο στην Ελλάδα, όσον αφορά στο χώρο της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, είναι ο Νόμος 3089/2002, όπως αυτός συμπληρώθηκε με το Νόμο 3305/2005. Θεσμικό πλαίσιο¹⁷ που διαπνέεται από επιστημονική επάρκεια και σύγχρονο πνεύμα που το καθιστά πρωτοπόρο και πρότυπο σε πανευρωπαϊκό επίπεδο,

¹⁶http://www.perceptum.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=25:ypovoithoumeni-anaparagogi&catid=2:mar09&Itemid=14

¹⁷ Η Ελληνική Νομοθεσία με δύο νόμους, μέσα σε διάστημα μόλις δύο ετών, επιχειρεί να ρυθμίσει τα θέματα που άπτονται της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Με τον πρώτο Νόμο 3089/2002 (Φ.Ε.Κ. 327Α/23-12-2002) περί "Ιατρικής Υποβοήθησης στην Ανθρώπινη Αναπαραγωγή", ρυθμίστηκαν βασικά θέματα, όπως η τεχνητή γονιμοποίηση, η μεταθανάτια γονιμοποίηση, η τύχη των πλεοναζόντων γονιμοποιημένων ωαρίων, ο δανεισμός μήτρας, καθώς και ορισμένες επιπτώσεις τους στους θεσμούς της συγγένειας και της διαδοχής. Με το δεύτερο Νόμο 3305/2005 (Φ.Ε.Κ. 17Α/27-01-2005) περί "Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής" εξειδικεύει και συμπληρώνει, με έμφαση στη βιοϊατρική διάσταση, τις διατάξεις του Ν. 3089/2002, χωρίς ωστόσο να τον τροποποιεί. Ουσιαστικά ρυθμίζει θέματα προστασίας και προαγωγής του ευαίσθητου τομέα της δημόσιας υγείας.

Αμφότεροι οι δύο νόμοι κινούνται εντός των αρχών και αξιών που θέτει το Σύνταγμα και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου και τη Βιοϊατρική, καθώς και το πρόσθετο πρωτόκολλο, που έχουν κυρωθεί αντίστοιχα από την Ελλάδα (Ν. 2619/1998 και ΥπΑ. 0546/1/ΑΣ 723/4898/21-10-1998). Παράλληλα, λαμβάνει υπόψη το συμφέρον του παιδιού, που προστατεύεται από τη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και το Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα, δεν έχει ενεργοποιηθεί η διαδικασία έκδοσης του Προεδρικού Διατάγματος, που προβλέπεται από το Ν. 3305/2005, με το οποίο θα καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των μονάδων Ι.Υ.Α. και επιπλέον οι όροι της κάλυψης από πλευράς των ασφαλιστικών ταμείων αλλά και των ανασφάλιστων μέσα από τα προνοιακά προγράμματα της Ι.Υ.Α.. Ελλείψει της σχετικής ρύθμισης, βρίσκονται σε ισχύ εγκύκλιοι του Ι.Κ.Α. που καθορίζουν μεν τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία για την έγκριση κάλυψης ενός μέρους των εξόδων της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αντιμετωπίζουν δε το ζήτημα μερικώς.



δημιουργώντας ένα απόλυτα ικανοποιητικό πλαίσιο υποστήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών στην Ελλάδα. (Μητροσύλη Μ., 2007)

Είναι χαρακτηριστικό ότι, επί τη βάσει αυτών των δεδομένων, η χώρα έχει αποτελέσει πόλο έλξης υπογόνιμων ζευγαριών του εξωτερικού, που την επιλέγουν ως τόπο διενέργειας της θεραπείας τους, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για το ευρύτερο επιστημονικό κύρος και την προβολή της διεθνώς. Έτσι μία νέα τάση που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα και αυξάνεται όλο και περισσότερο, είναι ο λεγόμενος "Ιατρικός Τουρισμός". Παλαιότερα, αυτοί που επισκέπτονταν την Ελλάδα από άλλες χώρες για την απόκτηση ενός παιδιού, ήταν κυρίως ζευγάρια Ελλήνων της Διασποράς.

Σήμερα εμπιστεύονται την Ελλάδα ακόμη και άνθρωποι από την άλλη άκρη της γης, όλων των εθνικοτήτων. Εκτός από τις γειτονικές χώρες, όπως Ιταλία, Σερβία και Τουρκία, ζευγάρια από Αραβικές χώρες όπως η Συρία και η Αίγυπτος επισκέπτονται τη χώρα, προκειμένου να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους, που δεν είναι άλλο από την απόκτηση ενός παιδιού. Είναι χαρακτηριστικό ότι ζευγάρια ακόμη και από χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Αμερική και η Αυστραλία, οι οποίες φημίζονται για την ιατρική τους εξέλιξη, καταφεύγουν στη Ελλάδα για εξωσωματική γονιμοποίηση. Οι λόγοι που καθιστούν την Ελλάδα ιδιαίτερα ελκυστική για αρκετά ζευγάρια του εξωτερικού είναι, τα υψηλά ποσοστά εγκυμοσύνης, η φιλελεύθερη νομοθεσία, αλλά κυρίως το χαμηλότερο κόστος, που κάνουν τους ξένους να προτιμούν τα Ελληνικά Κέντρα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

Το κόστος για μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα στον ιδιωτικό τομέα ανέρχεται περίπου σε 3.000€, ενώ στο δημόσιο τομέα το κόστος είναι μηδενικό. Η απαιτούμενη φαρμακευτική αγωγή καλύπτεται σε ποσοστό 75-100% ανάλογα με τον Ασφαλιστικό φορέα. Βέβαια για τους Έλληνες που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί το κόστος θεωρείται αρκετά υψηλό ακόμη και σε συνδυασμό με τα ασφαλιστικά



ταμεία τα οποία καταβάλλουν ένα ελάχιστο ποσό. Μπορούν όμως να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους των φαρμάκων, αφού προσκομισθούν τα ανάλογα δικαιολογητικά (Ρούπα κ.α., 2009).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στους μεγαλύτερους φορείς κοινωνικής ασφάλισης προβλέπονται τα ακόλουθα. Το Ι.Κ.Α.¹⁸ καλύπτει τη δαπάνη όλων των εξετάσεων που προηγούνται της θεραπείας και το συνολικό κόστος των φαρμάκων (πλην έξι σκευασμάτων), ενώ δίνει μέχρι 352,16€ ανά ολοκληρωμένη προσπάθεια. Βασική προϋπόθεση είναι η γυναίκα να είναι έγγαμη, ηλικίας 23 έως 45 ετών και να κάνει μέχρι τέσσερις προσπάθειες το χρόνο. Το Ταμείο του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) καλύπτει τις γυναίκες έως 50 ετών και μέχρι τρεις προσπάθειες το χρόνο. Οι παροχές του προβλέπουν 300€ ανά προσπάθεια και κάλυψη του 75% της φαρμακευτικής δαπάνης. Το Ταμείο Ελευθέρων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.) καταβάλλει 352,16€ σε περίπτωση επιτυχούς προσπάθειας ή 176,08€ σε περίπτωση ανεπιτυχούς προσπάθειας και συνολικά καλύπτει μέχρι τρεις προσπάθειες ετησίως. Επίσης προσφέρει 75% κάλυψη των φαρμάκων με όριο ηλικίας για τις γυναίκες μέχρι και 50 ετών. Τέλος ο Ο.Γ.Α. προσφέρει 100% κάλυψη των φαρμάκων και δεν συμμετέχει στο ελάχιστο στο κόστος των προσπαθειών.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) τα υπογόνιμα ζευγάρια αποτελούν περίπου το 15% του γενικού πληθυσμού και συγκεκριμένα στην Ελλάδα υπολογίζονται σε 250.000 με 300.000. Ωστόσο τα υπογόνιμα ζευγάρια σε ολόκληρο τον κόσμο είναι περίπου 50 έως 80 εκατομμύρια. Το ποσοστό αυτό δεν είναι ισομερώς κατανομημένο γεωγραφικά και δυστυχώς η χώρα μας δείχνει να κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις (Λαϊνάς, 2002).

Σε πρόσφατη έκθεση του ευρωπαϊκού προγράμματος παρακολούθησης της Ι.Υ.Φ. (European IV.F. monitoring, E.I.M.)

¹⁸ <http://www.ika.gr/gr/infopages/faq/ans.cfm?catid=7&ansid=14>



παρουσιάζονται τα αποτελέσματα όσον αφορά τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με βάση τις διενεργηθείσες θεραπείες στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια του έτους 2006 (De Mouzon et al., 2010). Τα στοιχεία προέρχονται από 32 ευρωπαϊκές χώρες και συγκεκριμένα συμμετείχαν 998 κλινικές, όπου αναφέρθηκαν 458.759 κύκλοι θεραπειών.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι την πρωτοκαθεδρία κατέχει η Γαλλία με 65.759 κύκλους και έπονται η Γερμανία με 54.695, η Ισπανία με 49.943 και το Ηνωμένο Βασίλειο με 43.953. Στην Ελλάδα την ίδια χρονική περίοδο είναι καταγεγραμμένοι μόλις 3.971 κύκλοι. Από αυτούς, σε 117.318 των περιπτώσεων ακολουθήθηκε η κλασική γονιμοποίηση (I.V.F.), σε 232.844 η ενδοκυτταροπλαστική έγχυση σπερματοζωαρίου (I.C.S.I.), σε 86.059 η μεταφορά κατεψυγμένων εμβρύων (FER), σε 12.685 η δωρεά ωαρίων (E.D.), σε 6.591 η τεχνική P.G.D. και P.G.S., σε 247 η εξωσωματική γονιμοποίηση ωαρίων (I.V.M.) και τέλος σε 3.498 η μεταφορά κατεψυγμένων ωαρίων (F.O.R.).



4. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Η τεκνοποιία και η ανατροφή παιδιών αποτελούν, εκτός από βιολογικές, και κοινωνικές επιταγές. Αρκετά ζευγάρια ξοδεύουν μεγάλο μέρος του χρόνου τους σκεπτόμενα πότε θα κάνουν παιδιά. Τα περισσότερα άτομα θεωρούν ότι θα είναι ικανά ν' αποκτήσουν παιδιά, έτσι η εμφάνιση της υπογονιμότητας τα αναστατώνει ή δεν την αποδέχονται. Ο τρέχων ορισμός της υπογονιμότητας απαιτεί ότι το ζευγάρι έχει προσπαθήσει ν' αποκτήσει παιδί τουλάχιστον για ένα χρόνο πριν ζητήσει βοήθεια. Κατά τη διάρκεια της αρχικής διάγνωσης και της θεραπείας, το ζευγάρι μπορεί να παραμένει σε κατάσταση αναμονής για την επίλυση του προβλήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα, και οι επανειλημμένες αποτυχίες είναι συχνό φαινόμενο για πολλά ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας.

Για αρκετά άτομα με υπογονιμότητα η απόκτηση παιδιών αποβαίνει εξαιρετικά σημαντική και διαπλέκεται με τους υψηλούς στόχους της πληρότητας και της ευτυχίας. Ο συνδυασμός των αξιώσεων των ατόμων για τεκνοποιία μαζί με τους κοινωνικούς προσδιορισμούς συμπλέκουν την γονιμότητα στην ενήλικη ζωή με τη σεξουαλικότητα και είναι φανερό πόσο βαθιά επηρεάζει η υπογονιμότητα την αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, μερικοί άνδρες αμφισβητούν τον ανδρισμό τους επειδή δεν μπορούν να κάνουν παιδιά.

Η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα του ζευγαριού, ανεξάρτητα αν υπάρχουν περιπτώσεις όπου η υπογονιμότητα παρουσιάζεται σε έναν από τους δύο συζύγους. Σε οποιαδήποτε περίπτωση το ζευγάρι συμπεριφέρεται και αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην υπογονιμότητα. Η προσωπική αντίδραση θα εξαρτηθεί από την προσωπικότητα και τον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς του καθενός (Laffont et al., 1994).



Επιπροσθέτως, επειδή οι στόχοι της τεκνοποίησης διαπλέκονται μ' άλλους υψηλούς στόχους ζωής, τα άτομα με υπογονιμότητα μπορεί να νιώθουν ανάξια σε πολλούς τομείς του εαυτού τους (πχ αν είναι ελκυστικοί, αν έκαναν ένα επιτυχημένο γάμο, αν έγιναν αξιόλογα μέλη της κοινωνίας κ.α.), μειώνοντας έτσι γενικά την αυτοεκτίμησή τους, πράγμα που σημαίνει ότι τα άτομα αυτά μπορεί να θεωρούν αποτυχίες στόχων μέσου επιπέδου, ως αποτυχία πολλαπλών υψηλών στόχων.

Η υπογονιμότητα κατατάσσεται ως μια από τους μεγαλύτερους στρεσογόνους παράγοντες στη ζωή, συγκρινόμενη με το διαζύγιο και το θάνατο στην οικογένεια, καθώς και τις σωματικές ασθένειες, όπως ο καρκίνος και το A.I.D.S.. Απειλεί την ταυτότητα του ατόμου και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής ενός ζευγαριού. Η υπογονιμότητα θεωρείται ως παρατεταμένη κρίση της ζωής που συνδέεται με τον κίνδυνο για κατάθλιψη, αίσθημα απώλειας, ενοχή, απομόνωση, καθώς και για σεξουαλικά και συζυγικά προβλήματα.

Οι περισσότερες μελέτες στον τομέα της ψυχολογίας επικεντρώνονται στις αντιδράσεις των γυναικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά υπάρχουν και μελέτες που ερευνούν τις αντιδράσεις και των δύο συζύγων. Πολλές γυναίκες έχουν βρεθεί να αντιδρούν πιο έντονα από ότι οι άνδρες στην υπογονιμότητα και τη θεραπεία.

Παρατηρήθηκε ότι περισσότερο σχετιζόμενο με τη θεραπεία άγχος και κατάθλιψη εμφανίζουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Beutel et al, 1999). Προς το ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και άλλοι μελετητές, όπου διαγνώστηκε ότι οι γυναίκες αντέδρασαν με αυξημένη ανησυχία και κατάθλιψη μετά την αποτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ενώ καμία μεταβολή δεν παρατηρήθηκε στους άνδρες (Verhaak et al, 2005).

Επισημαίνεται ότι μεταβλητές όπως η ηλικία, τα προβλήματα αναπαραγωγής, ο χρόνος υπογονιμότητας, το οικονομικό κόστος και οι προηγούμενες προσπάθειες I.V.F. δεν αποδεικνύεται να επιδρούν, να συσχετίζονται, με την αναφερόμενη λύπη ή στα επίπεδα της κατάθλιψης



που εμφανίζουν οι γυναίκες συνεπεία της κατάστασης που βιώνουν. Έτσι οι γυναίκες συνηθίζουν την απομόνωση υιοθετώντας συμπεριφορές όπως ο ύπνος και τη συνομιλία αποκλειστικά με τον εαυτό τους (Lukse et Vacc, 1999).

Στην παρούσα μελέτη θα επικεντρωθούμε στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και κυρίως στη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και στις βραχυπρόθεσμες ψυχολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις και εμπειρίες της έγγαμης σχέσης. Τα αποτελέσματα φυσικά που θα προκύψουν είναι συνάρτηση με το αν τελικά επιτεύχθηκε η πολυπόθητη εγκυμοσύνη.

4.1 Ψυχολογικές Δυσλειτουργίες

Αν και κατά το παρελθόν τα ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας θεωρείτο ότι χαρακτηρίζονταν από έντονες ψυχολογικές συγκρούσεις, οι σύγχρονες έρευνες αποδεικνύουν ότι η ψυχοπαθολογία που εμφανίζεται στον πληθυσμό αυτό είναι συνήθως αποτέλεσμα του άγχους και των απωλειών που συνδέονται με την υπογονιμότητα και όχι πρωτογενής αιτία της. Παρόλα αυτά πριν την έναρξη της θεραπείας υπογονιμότητας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα ύπαρξης των ακόλουθων ανασταλτικών προς τη θεραπεία ψυχολογικών συνθηκών:

- Αντιδράσεις θλίψης, κοινές σε άνδρες και σε γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας, δεδομένου ότι η ίδια η υπογονιμότητα σημαίνει απώλεια σε πολλά επίπεδα. Παρά τις κοινές αντιδράσεις θλίψης, οι γυναίκες φαίνεται να υποφέρουν πιο πολύ από τους άνδρες ύστερα από μια διάγνωση υπογονιμότητας. Η συχνότητα της κατάθλιψης σοβαρής μορφής, σήμερα, σε ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας φαίνεται να είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με το παρελθόν.
- Κατάθλιψη, ενοχές, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόγνωση και διαταραχές στη σκέψη εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες.



- Αίσθημα κοινωνικής ανεπάρκειας είναι πολύ συχνό στα υπογόνιμα ζευγάρια, αφού νιώθουν ότι δεν είναι ικανοί να φέρουν σε πέρας την "κοινωνική τους υποχρέωση" που δεν είναι άλλη από τη δημιουργία οικογένειας.
- Αυξημένα επίπεδα άγχους παρατηρούνται σε μεγάλο ποσοστό τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας. Ιδιαίτερης προσοχής χρήζει η αντιμετώπιση συγκεκριμένων φοβιών που εμφανίζονται και στο γενικό πληθυσμό, όπως η φοβία προς το αίμα ή και τις σύριγγες.
- Διαταραχές στην πρόσληψη της τροφής, όπως η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία, όχι μόνο είναι συχνά αιτίες δυσλειτουργιών στην ωορρηξία, αλλά και παράγοντες που συνδέονται με αυξημένη περιγενετική νοσηρότητα, όπως η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης ή και αυξημένες συγγενής δυσπλασίες.¹⁹

Ωστόσο στην διεθνή βιβλιογραφία λίγα πράγματα έχουν γραφεί για το αν και κατά πόσο αποδεικνύεται στην πράξη η ύπαρξη ουσιαστών διαφορών που συνδέονται με την ανησυχία, την κατάθλιψη και τη διαχείριση του θυμού μεταξύ ζευγαριών με επιβεβαιωμένη "οργανική" υπογονιμότητα και των αντίστοιχων με "λειτουργική" (μη οργανική) υπογονιμότητα. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι τα ζευγάρια και των δύο ομάδων υποβάλλονται στον ίδιο στρεσογόνο παράγοντα, την υπογονομότητα (Fassino et al., 2002).

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι το στρες που βιώνει το ζευγάρι μπορεί πραγματικά να φθάσει σε πολύ υψηλά επίπεδα. Αυτό έχει αντίκτυπο τόσο στον τρόπο που ο άνδρας και η γυναίκα αντιμετωπίζουν ο ένας τον άλλον και το πρόβλημά τους, όσο και στον τρόπο που βλέπουν το γιατρό τους και την προτεινόμενη σε αυτούς θεραπεία.

¹⁹

http://www.epsyea.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=10&Itemid=12



Η αναβλητικότητα και η αναποφασιστικότητα είναι βασικά χαρακτηριστικά του υπογόνιμου ζευγαριού. Αυτό φυσικά μπορεί όχι μόνο να επιτείνει το πρόβλημα, αλλά πολλές φορές το επιδεινώνει. Συνεπώς, στρες και υπογονιμότητα συνθέτουν ένα φαύλο κύκλο, όπου το στρες μπορεί να οδηγήσει στη υπογονιμότητα, αλλά και η υπογονιμότητα να οδηγήσει σε στρες.

4.2 Ψυχολογική Υποστήριξη

Τα υπογόνιμα ζευγάρια αποτελούν μια ομάδα ανθρώπων οι οποίοι, χωρίς να εμφανίζουν μια σωματική ασθένεια, υποφέρουν συναισθηματικά από τη συχνά μακράς διάρκειας κατηγοριοποίησή τους στους άτεκνους. Η κατηγοριοποίηση αυτή κυριαρχεί στη σκέψη τους και καθορίζει τις αποφάσεις τους για το μέλλον.

Η ανεπιθύμητη ατεκνία, πέρα από κάθε αμφιβολία, απειλεί κάθε πλευρά της ζωής τους όπως την ταυτότητά τους, τα συναισθήματα αυτοεκτίμησής τους, το ρόλο τους ως πατέρα και μητέρας, τις προσδοκίες τους για το μέλλον, τις σχέσεις τους με τους άλλους, την κοινωνική και ίσως την επαγγελματική τους υπόσταση. Κατά συνέπεια η συναισθηματική φόρτιση για τα ζευγάρια που επιλέγουν τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι μεγάλη, καθώς η εκπλήρωση του πολυπόθητου στόχου (η απόκτηση ενός υγιούς παιδιού) είναι συνήθως ζήτημα πολλών ετών και έντονων προσπαθειών, ενώ η κατάληξη των προσπαθειών δεν είναι πάντα η ποθητή.

Συναισθήματα που εμφανίζουν και οι δύο γονείς κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος εξωσωματικής γονιμοποίησης, με μεγαλύτερο όμως το ποσοστό των γυναικών, είναι το άγχος και η κατάθλιψη, τα οποία δημιουργούν με τη σειρά τους ανησυχία, ανυπομονησία, ενοχές και ένταση οδηγώντας τους πολλές φορές και στην πλήρη απομόνωση (Comninou et al., 1988).



Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας αφορούν τόσο κάθε μέλος του ζευγαριού όσο και τη σχέση τους. Η ψυχολογική υποστήριξη κατά τη δύσκολη αυτή περίοδο είναι συχνά απαραίτητη, αλλά ακόμη και όταν επιτυγχάνεται η πολυπόθητη εγκυμοσύνη, η αγωνία δεν σταματά διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μιας αποβολής ή ενός πρόωρου τοκετού.

Με δεδομένο ότι η επιθυμία απόκτησης ενός παιδιού είναι περίπλοκη και στις μέρες μας θεωρείται επιβεβλημένη, οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι χρήσιμες για να βοηθηθούν τα ζευγάρια με υπογονιμότητα στη ρύθμιση των ψυχολογικών προβλημάτων. Τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι κατά κανόνα φυσιολογικά από ψυχιατρικής πλευράς και μπορούν συνήθως ν' ανταπεξέλθουν στο στρες της υπογονιμότητας. Στο παρελθόν, η θεραπεία στηριζόταν στην πεποίθηση ότι ψυχολογικοί παράγοντες εμποδίζουν τη γονιμοποίηση, κατά συνέπεια οι θεραπευτικές μέθοδοι προσπαθούσαν να αυξήσουν τις ευκαιρίες για σύλληψη (Hammer-Burns et al., 2002).

Με τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων έγινε σαφές ότι ο αριθμός των περιπτώσεων που δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία, είναι μικρός. Έτσι, σήμερα, οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι χρήσιμες για να βοηθήσουν τα ζευγάρια με υπογονιμότητα να χειριστούν το στρες, να τονώσουν τη συναισθηματική τους διάθεση και να διευκολύνουν στη ρύθμιση των ψυχολογικών προβλημάτων που ανακύπτουν από την υπογονιμότητα.

Μια πλειάδα από ιατρικές επιλογές προσφέρονται στα ζευγάρια που υφίστανται την αξιολόγηση και θεραπεία της υπογονιμότητας όπως:

➤ Εκτίμηση και Αρχική Συμβουλευτική

Αρκετά προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσφέρουν την ευκαιρία στα ζευγάρια να εκτιμηθούν ψυχολογικά. Η εκτίμηση σ' αυτό το στάδιο γίνεται για να εντοπιστούν θέματα όπως κατάθλιψη ή κατάχρηση τοξικών ουσιών, που δυσκολεύουν την επιτυχία της θεραπείας, ενώ παράλληλα δίνεται η ευκαιρία να προετοιμαστεί το ζευγάρι για διάφορα



θέματα που πιθανόν να παρουσιαστούν στη πορεία της θεραπείας και να συζητηθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους.

➤ Ψυχαναλυτική Θεραπεία

Οι ψυχοδυναμικές θεραπευτικές προσπάθειες επιχειρούν να αποκαλύψουν ασυνείδητες συγκρούσεις και διευκολύνουν τις υποκείμενες άλυτες συναισθηματικές εμπειρίες που πιθανόν να μειώνουν τη γονιμότητα. Ανεξάρτητα από την επίδραση στη γονιμότητα, η διαδικασία ελέγχου του στρες μπορεί να προσφέρει κάποια βοήθεια στο χειρισμό του άγχους για επίτευξη εγκυμοσύνης.

➤ Χαλάρωση και Διαχείριση του Στρες

Η χαλάρωση μπορεί να μειώνει την ένταση της διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, το οποίο μπορεί με τη σειρά του να διευκολύνει την γονιμότητα. Αξίζει να αναφερθεί ότι από το 1995 λειτουργεί στην Ελλάδα το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας "Κυβέλη". Το σωματείο ιδρύθηκε για να στηρίξει και να ενημερώσει τα υπογόνιμα ζευγάρια.

4.3 Συμβουλευτική Παρέμβαση

Αν οι δυο σύζυγοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας και νιώθουν πως χρειάζονται βοήθεια από κάποιον ειδικό, η λύση που προτείνεται από την πλευρά των ψυχολόγων είναι η συμβουλευτική μέθοδος.

Η συμβουλευτική για την υπογονιμότητα είναι μια εξειδικευμένη μορφή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης που συνδέεται με την πρόβλεψη ιατρικής θεραπείας για την υπογονιμότητα και γίνεται ολοένα και πιο απαραίτητη καθώς αναπτύσσεται η ιατρική τεχνολογία που αφορά πολλές θεραπείες (Kemeter, 1988, επίσης Strauss et al., 2002).

Ο Οργανισμός Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας (Human Fertilization and Embryology Authority) στη Μεγάλη Βρετανία, υποστηρίζει ότι το περιεχόμενο της συμβουλευτικής, μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το



ζευγάρι και την θεραπεία που έχει επιλέξει, αλλά συνήθως πρέπει να περιλαμβάνεται κάποια μορφή συμβουλευτικής, η οποία βασίζεται σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω διαδικασίες, παρ' όλο που πολλές φορές στη πράξη αυτές μπορεί να συμπίπτουν:

➤ Ενημερωτική Συμβουλευτική

Στόχο έχει την παροχή επαρκών πληροφοριών, όσον αφορά τις ιατρικές πτυχές της θεραπείας (αυτό αποτελεί βασική ευθύνη του γιατρού), καθώς και τις κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες της θεραπείας της υπογονιμότητας. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, συμβουλευτικοί ψυχολόγοι, οφείλουν και αυτοί με τη σειρά τους να βοηθήσουν το άτομο να κατανοήσει όλες τις πληροφορίες που θα συμβάλλουν στη λήψη μιας απόφασης που αφορά τη θεραπεία και τις επιλογές στο θέμα των γονέων.

➤ Συμβουλευτική Επιπτώσεων

Στόχος της είναι η παροχή της κατάλληλης βοήθειας στο ζευγάρι, ώστε να εξετάσει, να συνειδητοποιήσει και να λάβει υπόψη του όλες τις πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η προτεινόμενη θεραπεία, όχι μόνο για το ίδιο, αλλά και για στην οικογένειά του, καθώς και στο παιδί που θα γεννηθεί ως αποτέλεσμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

➤ Υποστηρικτική Συμβουλευτική

Στόχο έχει να παρέχει συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη στα υπογόνιμα ζευγάρια σε περιόδους έντονου στρες, όπως μετά από μια ανεπιτυχή προσπάθεια εγκυμοσύνης και κυρίως σε ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη.

➤ Θεραπευτική Συμβουλευτική

Περιλαμβάνει στρατηγικής υποστήριξης στα ζευγάρια (λ.χ. για τη μείωση του άγχους), με επίκεντρο την κατανόηση των ψυχολογικών συνεπειών της ατεκνίας και κυρίως την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων τους (Strauss et al., 2002).

Κυρίαρχο μοντέλο που θα μπορούσε να αναφερθεί ως οδηγός στη συμβουλευτική υπογόνιμων ζευγαριών είναι το Μοντέλο Συμβουλευτικής



Υπογονιμότητας (Infertility Counseling Model – I.C.M.), το οποίο βασίζεται στο Μοντέλο Συμβουλευτικής 3 σταδίων του Gerard Egan και εισήχθη από την Jane Read μέσω της δουλειάς της ως σύμβουλος εξωσωματικής γονιμοποίησης (Read J, 1995).

Το μοντέλο αυτό έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικό για την ψυχολογική υποστήριξη αυτών των ζευγαριών και περιλαμβάνει πέντε (5) στάδια: διάγνωση, έλεγχος συναισθημάτων, λήψη αποφάσεων, ξεκίνημα θεραπείας και αναμονή αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με το ανωτέρω μοντέλο, το ζευγάρι που υπόκειται σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης μπαίνει σε ένα κύκλο συναισθημάτων: από τη διάγνωση στον έλεγχο των συναισθημάτων και στη συνέχεια στο σχέδιο δράσης, στη θεραπεία και στην αναμονή των αποτελεσμάτων αυτής. Αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά, το ζευγάρι επιστρέφει στο δεύτερο στάδιο ελέγχου των συναισθημάτων και δοκιμάζει για ακόμη μια φορά τα ίδια συναισθήματα.

Δυστυχώς στη χώρα μας δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα ευρέως η συμβουλευτική μέθοδος για ζευγάρια με πρόβλημα υπογονιμότητας, όπως συμβαίνει σε άλλες χώρες της Ευρώπης όπου υπάρχουν ομάδες ζευγαριών που συζητούν τα προβλήματά τους ή ακόμη και τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης τέτοιων ζευγαριών.



ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



1. ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθούν οι πεποιθήσεις, στάσεις, απόψεις και βραχυπρόθεσμες συναισθηματικές αντιδράσεις των υπογόνιμων ζευγαριών στη θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης και να συσχετιστούν αυτές τόσο με το φύλο τους όσο και με τις διάφορες παραμέτρους της μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που ακολουθούν.

2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Για τους σκοπούς της έρευνας κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο στο οποίο οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να καταγράψουν:

- Δημογραφικές πληροφορίες (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική δραστηριότητα),
- Οικογενειακά στοιχεία (χρόνια έγγαμου βίου, ύπαρξη και παρουσία άλλων παιδιών, αριθμός παιδιών γονεϊκής οικογένειας),
- Απόψεις για τη συζυγική σχέση (φροντίδα εαυτού, συντρόφου, επίδραση ατεκνίας σε εαυτό, σύντροφο),
- Στοιχεία σχετικά με την υπογονιμότητα (προσπάθεια και έτη προσπάθειας για φυσιολογική κύηση),
- Πληροφορίες σχετικά με την απόφαση για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (λόγοι απόφασης, πηγή ενημέρωσης, ικανοποίηση για απόφαση, εμπιστοσύνη στη μέθοδο, πρόθεση για επανάληψη),
- Στοιχεία σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (αριθμός προσπαθειών, μέθοδος),



- Απόψεις για ψυχολογικές πλευρές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (παρουσία συζύγου, επίδραση στη σχέση),
- Αντιλήψεις για την ψυχολογική υποστήριξη (ανάγκη, ένταξη, πρόθεση για ένταξη σε πρόγραμμα, στόχοι, συμβολή ψυχολόγου),
- Απόψεις για σχέση stress-υπογονιμότητας και
- Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ψυχολογικής κατάστασης.

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ψυχολογικής κατάστασης βασίστηκε στην αποτύπωση των θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων που αποκομίστηκε από τη μελέτη άρθρων για το υπό συζήτηση θέμα και από προσωπικές, άτυπες συνεντεύξεις που είχε η ερευνήτρια με ζευγάρια της εν λόγω κατηγορίας για τα προβλήματα και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που υφίστανται, συνεπεία της δοκιμασίας που υποβάλλονται.

3. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 51 υπογόνιμα ζευγάρια και 10 γυναίκες που επιλέχθηκαν από 3 ανεξάρτητες πηγές:

- Το 1^ο υποσύνολο αποτέλεσαν 9 ζευγάρια και 8 γυναίκες που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια στο Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής "Εμβρυογένεσις" στην Αθήνα.
- Το 2^ο υποσύνολο αποτέλεσαν 27 ζευγάρια στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου "Αχιλλοπούλειο".
- Το 3^ο υποσύνολο αποτέλεσαν 16 ζευγάρια και 1 γυναίκα από το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον της ερευνήτριας.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε με 3 διαφορετικούς τρόπους:

- Στο Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού, της ψυχολόγου του κέντρου,
- Στο Γ.Ν. Βόλου με τη συμπαράσταση της προϊσταμένης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του και



- Στο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον της ερευνήτριας με απευθείας συνέντευξη.

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του ειδικού στατιστικού λογισμικού S.P.S.S. έκδοση 16.

Η περιγραφή των δεδομένων της έρευνας έγινε με την παρουσίαση του μέσου όρου, της τυπικής απόκλισης, της διαμέσου και του εύρους των συνεχών μεταβλητών, καθώς και του απόλυτου αριθμού και του ποσοστού των τιμών στις κατηγορικές μεταβλητές. Για τη σύγκριση δυο ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε το U-test των Mann-Whitney, ενώ για τη σύγκριση ζευγαρωτών παρατηρήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Z του Wilcoxon. Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης υπολογίστηκε ο δείκτης α του Cronbach, ενώ για την εκτίμηση των παραμέτρων που επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ήταν $P=0,05$.



5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

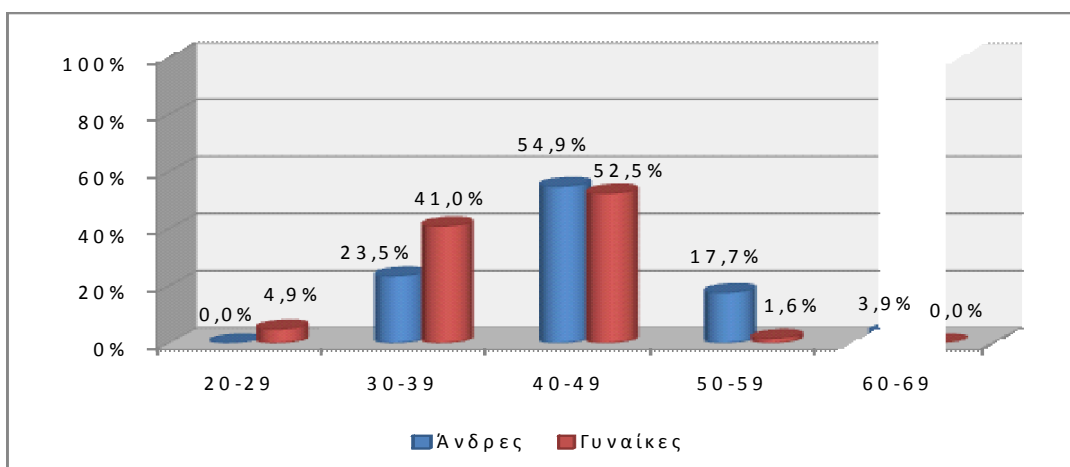
Συνολικά συμπληρώθηκαν 112 ερωτηματολόγια, από 51 ζευγάρια (102 ερωτηματολόγια) και από 10 επιπλέον γυναίκες, των οποίων οι σύζυγοι δεν ήταν διαθέσιμοι την περίοδο της μελέτης.

➤ Δημογραφικές πληροφορίες

Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος και το εύρος (ελάχιστο-μέγιστο) των ηλικιών των ανδρών και γυναικών του δείγματος. Στο διάγραμμα 1 φαίνεται η κατανομή των ηλικιών ανά φύλο σε ταξινόμηση ανά δεκαετίες.

Ηλικία (έτη)	Άνδρες	Γυναίκες
Μέσος όρος	43,98	39,38
Τυπική απόκλιση	6,722	5,441
Διάμεσος	43	40
Ελάχιστο	31	28
Μέγιστο	60	50

Πίνακας 1: Ηλικία



Διάγραμμα 1: Ηλικιακή κατηγορία ανά φύλο

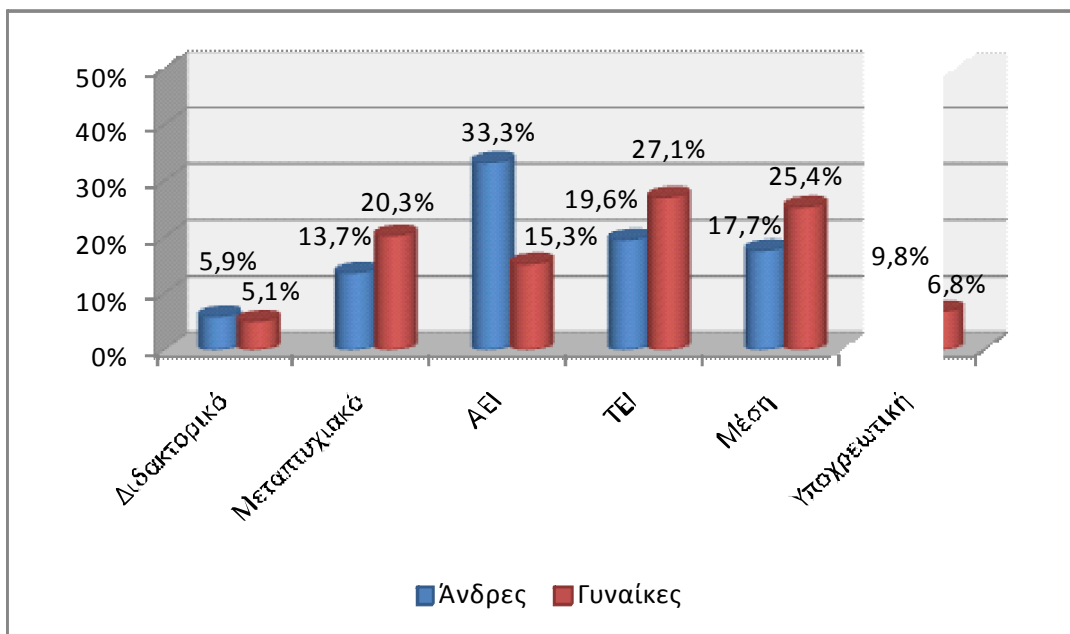


Στα 51 ζευγάρια του δείγματός μας οι άνδρες ήταν κατά μέσο όρο 3,902 έτη μεγαλύτεροι από τις γυναίκες (43,98 έναντι 40,08 έτη, $Z=5,080$, $P=0,001$). Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις ηλικίες των ζευγαριών στα τρία υποσύνολα του δείγματος.

Στον πίνακα 2 και στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των ανδρών και γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, ενώ στον πίνακα 3 καταγράφεται η επαγγελματική τους κατάσταση.

Εκπαίδευση	Άνδρες	Γυναίκες
Διδακτορικό	3 (5,9%)	3 (5,1%)
Μεταπτυχιακό	7 (13,7%)	12 (20,3%)
ΑΕΙ	17 (33,4%)	9 (15,3%)
ΤΕΙ	10 (19,6%)	16 (27,1%)
Μέση	9 (17,6%)	15 (25,4%)
Υποχρεωτική	5 (9,8%)	4 (6,8%)

Πίνακας 2: Εκπαιδευτικό επίπεδο ανά φύλο



Διάγραμμα 1: Εκπαιδευτικό επίπεδο ανά φύλο



Επάγγελμα	Άνδρες	Γυναίκες
Δημόσιος υπάλληλος	19 (37,3%)	29 (47,5%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	17 (33,3%)	12 (19,7%)
Ελεύθερος επαγγελματίας	12 (23,5%)	13 (21,3%)
Άνεργος	1 (2,0%)	3 (4,9%)
Άλλο	2 (3,9%)	4 (6,6%)

Πίνακας 3: Επαγγελματική κατάσταση

Είναι φανερό ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (πάνω από το 20% είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό), ενώ μεγάλο ήταν το ποσοστό κυρίως των δημοσίων αλλά και των ιδιωτικών υπαλλήλων. Εξάλλου, όλες σχεδόν οι γυναίκες είχαν κάποια εργασία εκτός σπιτιού. Στα 51 ζευγάρια του δείγματος, καμιά στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου των συζύγων ($Z=0,908$, $P=0,364$).

➤ Οικογενειακά στοιχεία

Τα έτη έγγαμου βίου παρουσιάζονται στον πίνακα 4, τόσο για τα ζευγάρια του δείγματός μας, όσο και για τις 10 γυναίκες, των οποίων οι σύζυγοι δεν ήταν διαθέσιμοι την περίοδο της μελέτης. Για ένα ζευγάρι δεν ήταν διαθέσιμη η πληροφορία της διάρκειας του γάμου τους.

Έτη γάμου	Ζευγάρια (n=50)	Γυναίκες (n=10)	Σύνολο (n=60)
1-3 έτη	4 (8%)	4 (40%)	8 (13,3%)
4-6 έτη	15 (30%)	1 (10%)	16 (26,8%)
7-10 έτη	9 (18%)	2 (20%)	11 (18,3%)
11-13 έτη	6 (12%)	0 (0%)	6 (10,0%)
14-16 έτη	8 (16%)	3 (30%)	11 (18,3%)
17 και άνω έτη	8 (16%)	0 (0%)	8 (13,3%)

Πίνακας 4: Έτη έγγαμου βίου



Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη διάρκεια γάμου των συμμετεχόντων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ως ζευγάρι και των γυναικών που το συμπλήρωσαν μόνες τους ($U=180,5$, $P=0,160$). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι για 4 ή περισσότερα έτη.

Στον πίνακα 5 καταγράφεται κατά πόσο οι γυναίκες που συμμετείχαν στο δείγμα μας είχαν ήδη τεκνοποιήσει, καθώς και ο αριθμός τους. Το 45,1% των γυναικών του δείγματός μας είχαν από ένα έως τέσσερα παιδιά. Από τις 27 γυναίκες που είχαν ήδη ένα ή περισσότερα παιδιά, οι 4 είχαν παιδί από άλλο γάμο. Αντίστοιχα μόνο ένας από τους άντρες της μελέτης είχε παιδί από προηγούμενη σύζυγο.

Παιδιά	Ζευγάρια (n=51)	Γυναίκες (n=10)	Σύνολο (n=61)
Κανένα	28 (54,9%)	6 (60%)	34 (55,8%)
1	14 (27,4%)	4 (40%)	18 (29,5%)
2	7 (13,7%)	0 (0%)	7 (11,5%)
3	1 (2,0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
4	1 (2,0%)	0 (0%)	1 (1,6%)

Πίνακας 5: Προηγούμενα παιδιά

Στον πίνακα 6 φαίνεται ο αριθμός παιδιών της γονικής οικογένειας τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών του δείγματος. Πάνω από τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων προέρχονταν από οικογένειες που είχαν 2 ή περισσότερα παιδιά. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών στα ζευγάρια του δείγματός μας ως προς αυτό το χαρακτηριστικό ($Z=0,676$, $P=0,499$).



Αριθμός παιδιών γονέων	Άνδρες	Γυναίκες
1	5 (9,8%)	4 (6,5%)
2	28 (54,9%)	32 (52,5%)
3	13 (25,5%)	21 (34,4%)
4	5 (9,8%)	2 (3,3%)
5 και άνω	0 (0,0%)	2 (3,3%)

Πίνακας 6: Αριθμός παιδιών γονικής οικογένειας

➤ Απόψεις για τη συζυγική σχέση

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι απόψεις τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών σχετικά με το κατά πόσο οι απαιτήσεις της δουλειάς και της καθημερινότητας επηρεάζουν *αρνητικά* το χρόνο και τη φροντίδα που αφιερώνουν στον εαυτό τους και στον ή στη σύντροφό τους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι λίγη έως αρκετή η αρνητική αυτή επίδραση.

	Άνδρες		Γυναίκες	
	εαυτό	σύντροφο	εαυτό	σύντροφο
Καθόλου	6 (11,8%)	4 (7,8%)	4 (6,6%)	3 (4,9%)
Λίγο	13 (25,4%)	11 (21,6%)	18 (29,5%)	19 (31,1%)
Αρκετά	16 (31,4%)	19 (37,3%)	18 (29,5%)	23 (27,7%)
Πολύ	8 (15,7%)	5 (9,8%)	6 (9,8%)	5 (8,3%)
Πάρα Πολύ	8 (15,7%)	9 (17,6%)	15 (24,6%)	10 (16,4%)
Δεν απάντησαν	-	3 (5,9%)	-	1 (1,6%)

Πίνακας 7: Η αρνητική επίδραση της δουλειάς/καθημερινότητας στο χρόνο και τη φροντίδα που αφιερώνεται στον εαυτό ή στον σύντροφο.

Αποδίδοντας τιμές από 1 έως 5 στις απαντήσεις (1 = "Καθόλου", 2 = "Λίγο", 3 = "Αρκετά", 4 = "Πολύ", 5 = "Πάρα Πολύ") μπορεί κανείς να βαθμονομήσει τις απαντήσεις για καθεμιά από τις 4 ερωτήσεις. Στον πίνακα



8 φαίνονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και οι διάμεσοι των απαντήσεων αυτών.

	Άνδρες		Γυναίκες	
	εαυτό	σύντροφο	εαυτό	σύντροφο
Μέσος όρος	3,00	3,08	3,27	3,02
Τυπική απόκλιση	1,272	1,200	1,250	1,062
Διάμεσος	3	3	3	3

Πίνακας 8: Η αρνητική επίδραση της δουλειάς / καθημερινότητας στο χρόνο και τη φροντίδα που αφιερώνεται στον εαυτό ή στον σύντροφο.

Όπως φαίνεται και στον πίνακα αυτό παρότι οι γυναίκες δηλώνουν μια ελάχιστα μεγαλύτερη αρνητική επίδραση της καθημερινότητας και της δουλειάς τους στον εαυτό τους, η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, δεν υπάρχει καμία διαφορά μεταξύ των δηλώσεων των ανδρών και των γυναικών σε ότι αφορά τον εαυτό τους (3,00 έναντι 3,27, $Z=1,479$, $P=0,139$) ή το/τη σύντροφό τους (3,08 έναντι 3,02, $Z=0,142$, $P=0,887$). Επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της αρνητικής επίδρασης στον εαυτό συγκριτικά με το σύντροφο τόσο για τους άντρες (3,00 έναντι 3,08, $Z=0,420$, $P=0,674$) όσο και για τις γυναίκες (3,27 έναντι 3,02, $Z=1,583$, $P=0,113$).

Στους πίνακες 9 και 10 καταγράφονται με ανάλογο τρόπο οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με την εκτίμησή τους κατά πόσο η έλλειψη ενός παιδιού στο ζευγάρι επηρεάζει αρνητικά τόσο τους ίδιους όσο και τους συντρόφους τους. Και στην περίπτωση αυτή αποδόθηκαν οι τιμές από 1 έως 5 στις απαντήσεις (1 = "Καθόλου", 2 = "Λίγο", 3 = "Αρκετά", 4 = "Πολύ", 5 = "Πάρα Πολύ") και υπολογίστηκαν ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και η διάμεσος των απαντήσεων για καθεμιά από τις 4 ερωτήσεις.



	Άνδρες		Γυναίκες	
	εαυτό	σύντροφο	εαυτό	σύντροφο
Καθόλου	4 (7,8%)	2 (4,0%)	3 (4,9%)	6 (9,8%)
Λίγο	15 (29,4%)	10 (19,6%)	13 (21,3%)	8 (13,1%)
Αρκετά	12 (23,5%)	13 (25,5%)	13 (21,3%)	23 (37,7%)
Πολύ	5 (9,8%)	4 (7,8%)	9 (14,8%)	8 (13,1%)
Πάρα Πολύ	14 (27,5%)	17 (33,3%)	23 (37,7%)	15 (24,6%)
Δεν απάντησαν	1 (2,0)	5 (9,8%)	-	1 (1,6%)

Πίνακας 9: Η αρνητική επίδραση της έλλειψης ενός παιδιού στον εαυτό ή στον σύντροφο.

	Άνδρες		Γυναίκες	
	εαυτό	σύντροφο	εαυτό	σύντροφο
Μέσος όρος	3,20	3,49	3,66	3,33
Τυπική απόκλιση	1,358	1,308	1,394	1,297
Διάμεσος	3	3	4	3

Πίνακας 10: Η αρνητική επίδραση της έλλειψης ενός παιδιού στον εαυτό ή στον σύντροφο.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9, οι περισσότεροι άνδρες απάντησαν ότι η έλλειψη παιδιού θα επηρέαζε τους ίδιους λίγο, ενώ τις συντρόφους τους πάρα πολύ. Οι γυναίκες δήλωσαν πιο συχνά ότι η έλλειψη παιδιού θα επηρέαζε τις ίδιες πάρα πολύ και τους συντρόφους τους αρκετά.

Στον πίνακα 10 τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται βαθμονομημένα. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες θεωρούν ότι οι γυναίκες τους θα επηρεάζονταν πιο αρνητικά από ότι οι ίδιοι από την έλλειψη παιδιού (3,20 έναντι 3,49, $Z=2,345$, $P=0,019$) μια διαφορά στατιστικά σημαντική. Την ίδια άποψη έχουν και οι γυναίκες (3,66 έναντι 3,33, $Z=2,023$, $P=0,043$). Παρότι οι γυναίκες υπερεκτιμούν την επίδραση που θα έχει η έλλειψη παιδιού στο σύντροφό τους (3,33 έναντι 3,20, $Z=1,339$, $P=0,180$) και οι άνδρες αντίστοιχα υποεκτιμούν την αρνητική επίδραση στη σύντροφό τους



(3,49 έναντι 3,66, $Z=0,741$, 0,458), οι διαφορές αυτές δε φτάνουν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.

➤ Στοιχεία σχετικά με την υπογονιμότητα

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται οι προηγούμενες προσπάθειες των ζευγαριών για φυσιολογική κύηση χωρίς τη συνεπικουρία ιατρικών μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τα περισσότερα ζευγάρια προσπάθησαν για 2-3 έτη πριν καταφύγουν στις μεθόδους της τεχνητής γονιμοποίησης, ενώ 8 από τις 61 γυναίκες του δείγματος (13,1%) δήλωσαν ότι προσπάθησαν λιγότερο από το ενδεδειγμένο ένα έτος ή και καθόλου. Οι ηλικίες αυτών των γυναικών κυμαίνονταν από 35-49 με μέσο όρο και διάμεσο τα 43 έτη.

	Ζευγάρια (n=51)	Γυναίκες (n=10)	Σύνολο (n=610)
Όχι	1 (2,0%)	1 (10,0%)	2 (3,3%)
Λιγότερο από 1 έτος	5 (9,8%)	1 (10,0%)	6 (9,8%)
1 έτος	7 (13,7%)	2 (20,0%)	9 (14,7%)
2-3 έτη	21 (41,2%)	2 (20,0%)	23 (37,7%)
4-5 έτη	8 (15,7%)	1 (10,0%)	9 (14,8%)
6 και άνω έτη	9 (17,6%)	3 (30,0%)	12 (19,7%)

Πίνακας 11: Έτη προσπαθειών για φυσιολογική κύηση.

➤ Πληροφορίες σχετικά με την απόφαση για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι λόγοι που πρόβαλαν οι συμμετέχοντες για την απόφασή τους να καταφύγουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Τα δύο τρίτα των ζευγαριών είχαν διαγνωσμένες αιτίες υπογονιμότητας, ενώ λιγότερο συχνοί λόγοι ήταν κατά σειρά η προχωρημένη ηλικία της γυναίκας και η πίεση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχε μεγάλη συμφωνία μεταξύ



των ζευγαριών ως προς την αιτιολόγηση της απόφασής τους και σε καμία αιτία δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών.

	Ζευγάρια (n=51)		Γυναίκες (n=10)
	Άνδρες	Γυναίκες	
Διαγνωσμένη αιτία υπογονιμότητας	34 (66,7%)	34 (66,7%)	7 (10,0%)
Προχωρημένη ηλικία γυναίκας	10 (19,6%)	11 (21,6%)	1 (10,0%)
Πίεση συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος	8 (15,7%)	6 (11,8%)	1 (10,0%)
Άλλοι λόγοι	4 (7,8%)	7 (13,7%)	2 (20,0%)

Πίνακας 12: Λόγοι λήψης απόφασης για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Η κύρια πηγή ενημέρωσης ήταν τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες το ιατρικό προσωπικό, ενώ η δεύτερη πιο σημαντική ήταν οι συγγενείς και φίλοι του ζευγαριού. Η επόμενη σημαντικότερη αιτία ήταν για τις γυναίκες η τηλεόραση και το ραδιόφωνο πολύ περισσότερο από ότι στους άνδρες ($Z=2,236$, $P=0,025$), ενώ για τους άνδρες ο ημερήσιος και περιοδικός τύπος, καθώς και το διαδίκτυο ($Z=1,342$, $P=0,180$ και $Z=0,707$, $P=0,480$), μια διαφορά που δεν έφτασε στο επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας. Ο αριθμός και το ποσοστό των απαντήσεων απεικονίζεται στον πίνακα 13.

Πηγή ενημέρωσης	Άνδρες	Γυναίκες
Ιατρικό προσωπικό	31 (60,8%)	41 (67,2%)
Συγγενείς και φίλοι	9 (17,7%)	13 (21,3%)
Τηλεόραση και ραδιόφωνο	4 (7,8%)	11 (18,0%)
Ημερήσιος και περιοδικός τύπος	7 (13,7%)	4 (6,6%)
Διαδίκτυο	6 (11,8%)	5 (8,2%)

Πίνακας 13: Πηγή αρχικής ενημέρωσης για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.



Παράγοντες δυσχέρειας	Άνδρες	Γυναίκες
Οικονομικό κόστος	34 (66,7%)	37 (60,7%)
Παρενέργειες της θεραπείας	14 (27,5%)	23 (37,7%)
Απόψεις κοινωνικού περίγυρου	6 (11,8%)	5 (8,2%)
Ψυχολογικές προκαταλήψεις	3 (5,9%)	2 (3,3%)
Θρησκεία και ηθική	1 (2,0%)	1 (1,6%)
Κανένας	7 (13,7%)	7 (11,5%)

Πίνακας 14: Σημαντικότεροι παράγοντες που δυσχεραίνουν τη λήψη της απόφασης για την έναρξη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Μόνον 7 ζευγάρια (13,7%) δήλωσαν ότι δεν υπήρχε κανένας παράγοντας που δυσκόλεψε την απόφασή τους για την έναρξη της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στους υπόλοιπους συμμετέχοντες το οικονομικό κόστος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας, ενώ οι παρενέργειες της θεραπείας και οι απόψεις του κοινωνικού περίγυρου ακολουθούσαν. Στον πίνακα 14 φαίνεται ότι το οικονομικό κόστος και οι κοινωνικοί λόγοι επηρέαζαν περισσότερο τους άνδρες ($Z=0,905$, $P=0,366$ και $Z=0,707$, $P=0,480$) ενώ οι παρενέργειες περισσότερο τις γυναίκες ($Z=1,732$, $P=0,083$), εντούτοις οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Η θρησκεία και οι ψυχολογικές επιφυλάξεις είχαν ελάχιστη επίδραση στους συμμετέχοντες.

	Άνδρες	Γυναίκες
Ελεύθερος χρόνος	21 (41,2%)	13 (21,3%)
Διασκέδαση	13 (25,5%)	9 (14,8%)
Εργασία και καριέρα	3 (5,9%)	4 (6,6%)
Αθλητικές δραστηριότητες	5 (9,8%)	4 (6,6%)
Όλα	23 (45,1%)	45 (73,8%)
Τίποτα	1 (2,0%)	2 (3,3%)

Πίνακας 15: Θυσίες που υπάρχει διάθεση να γίνουν για τον ερχομό ενός παιδιού.



Τα ζευγάρια του δείγματός μας που κατέφυγαν στην τεχνητή γονιμοποίηση ήταν διατεθειμένοι να θυσιάσουν πολλά στοιχεία της ζωής τους για να αποκτήσουν ένα παιδί, με τον ελεύθερο χρόνο και τη διασκέδαση είναι οι πιο αναμενόμενες θυσίες. Ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων 68 (60,7%) δήλωσαν ότι θα ήταν έτοιμοι να τα θυσιάσουν "όλα", ενώ ελάχιστοι (2,7%) έδωσαν το "τίποτα" ως απάντηση. Συγκριτικά, πολύ περισσότερες γυναίκες ήταν διατεθειμένες να κάνουν ολοκληρωτικές θυσίες στη ζωή τους για χάρη της μητρότητας απ' ότι οι σύζυγοί τους ($Z=3,873$, $P=0,001$).

➤ Στοιχεία σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Για το ένα τρίτο των γυναικών του δείγματός μας (22 γυναίκες, 36,0%) ήταν η πρώτη προσπάθεια τεχνητής γονιμοποίησης, ενώ οι 17 (27,9%) είχαν 5 ή και περισσότερες προσπάθειες στο ενεργητικό τους, όπως φαίνεται στον Πίνακα 16.

	Ζευγάρια (n=51)	Γυναίκες (n=10)	Σύνολο (n=61)
Καμία (Πρώτη φορά)	19 (37,3%)	3 (30,0%)	22 (36,1%)
1	2 (3,9%)	0 (0,0%)	2 (3,3%)
2	5 (9,8%)	1 (10,0%)	6 (9,8%)
3	7 (13,7%)	2 (20,0%)	9 (14,8%)
4	5 (9,8%)	0 (0,0%)	5 (8,2%)
5 και άνω	13 (25,5%)	4 (40,0%)	17 (27,9%)

Πίνακας 16: Αριθμός προσπαθειών που έχουν ήδη γίνει μέχρι τώρα.

Στον πίνακα 17 απεικονίζεται ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση και η μικρογονιμοποίηση είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο δείγμα μας. Σε δύο ζευγάρια υπήρχε διάσταση ως προς τις απαντήσεις σχετικές με τη μέθοδο: οι άνδρες έδωσαν την απάντηση "μικρογονιμοποίηση", ενώ οι γυναίκες τις απαντήσεις



"εξωσωματική γονιμοποίηση" και "ομόλογη σπερματέγχυση". Μια γυναίκα που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο μόνη της λάμβανε μέρος σε μια διαδικασία δωρεάς σπέρματος.

	Ζευγάρια (n=51)		Γυναίκες (n=10)
	Άνδρες	Γυναίκες	
Εξωσωματική γονιμοποίηση	31 (60,8%)	32 (62,8%)	4 (40,0%)
Μικρογονιμοποίηση	15 (29,4%)	13 (25,4%)	3 (30,0%)
Ομόλογη σπερματέγχυση	3 (5,8%)	4 (7,8%)	2 (20,0%)
Ετερόλογη σπερματέγχυση	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας με προγραμματισμένη σεξ. επαφή	1 (2,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Δωρεά ωαρίων	-	-	1 (10,0%)

Πίνακας 17: Μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

➤ Απόψεις για ψυχολογικές πλευρές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Λίγοι μόνο συμμετέχοντες (12, 10,7%) δήλωσαν καθόλου ικανοποιημένοι από το γεγονός ότι κατέφυγαν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 18, βαθμονομώντας τις απαντήσεις από 1 έως 3 (όπου 1 = "Καθόλου", 2 = "Μερικώς" και 3 = "Απολύτως") προκύπτει ότι οι άνδρες ήταν ελάχιστα πιο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες, αυτή όμως η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($Z=0,645$, $P=0,519$).

	Άνδρες	Γυναίκες
Καθόλου	5 (9,8%)	7 (11,5%)
Μερικώς	18 (35,3%)	27 (44,3%)
Απολύτως	24 (47,1%)	27 (44,3%)
Δεν απάντησαν	4 (7,8%)	0 (%)
Μέσος όρος	2,40	2,33



Τυπική απόκλιση	0,681	0,676
-----------------	-------	-------

Πίνακας 18: Ικανοποίηση για τη χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες δηλώνουν ότι εμπιστεύονται τη θεραπεία ως απόρροια των αποτελεσμάτων της, ενώ λίγοι μόνο (9 συμμετέχοντες, 8%) είναι αρνητικοί. Στον πίνακα 19 απεικονίζεται ότι, βαθμονομώντας τις απαντήσεις από 1 έως 3 (όπου 1 = "Όχι", 2 = "Ίσως" και 3 = "Ναι"), οι γυναίκες εκδηλώνουν λίγη μεγαλύτερη σιγουριά, χωρίς αυτή η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($Z=1,213$, $P=0,225$).

	Άνδρες	Γυναίκες
Όχι	5 (9,8%)	4 (6,6%)
Ίσως	21 (41,2%)	26 (42,6%)
Ναι	25 (49,0%)	31 (50,8%)
Μέσος όρος	2,39	2,44
Τυπική απόκλιση	0,666	0,620

Πίνακας 19: Βαθμός εμπιστοσύνης στη θεραπεία ως απόρροια των αποτελεσμάτων της.

Σε γενικές γραμμές τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι θα πραγματοποιούσαν εκ νέου προσπάθεια τόσο σε περίπτωση θετικού όσο και σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 20, χρησιμοποιώντας την ίδια βαθμονόμηση όπως και προηγουμένως, η αποφασιστικότητα ήταν μεγαλύτερη στην περίπτωση του αρνητικού αποτελέσματος τόσο για τους άνδρες (2,31 έναντι 2,65, $Z=3,090$, $P=0,002$) όσο και για τις γυναίκες (2,36 έναντι 2,72, $Z=3,067$, $P=0,002$). Παρότι οι γυναίκες δήλωσαν πιο αποφασισμένες για επανάληψη της προσπάθειας και εφόσον υπάρχει θετικό αποτέλεσμα και εφόσον το αποτέλεσμα είναι αρνητικό, οι διαφορές αυτές δεν έφτασαν να είναι στατιστικά σημαντικές.



Αποτέλεσμα	Άνδρες		Γυναίκες	
	θετικό	αρνητικό	θετικό	αρνητικό
Όχι	11 (21,6%)	2 (3,9%)	12 (19,7%)	2 (3,3%)
Ίσως	13 (25,5%)	14 (27,5%)	15 (24,6%)	13 (21,3%)
Ναι	27 (52,9%)	35 (68,6%)	34 (55,7%)	46 (75,4%)
Μέσος όρος	2,31	2,65	2,36	2,72
Τυπική απόκλιση	0,812	0,559	0,797	0,521

Πίνακας 20: Εκ νέου προσπάθεια σε περίπτωση θετικού ή αρνητικού αποτελέσματος.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι θετικοί ή μάλλον θετικοί απέναντι στην αλλαγή της μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εάν η τρέχουσα δε φέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Όπως φαίνεται στον πίνακα 21, μόνον 11 άτομα (9,8%) θα έμεναν σταθεροί στην ίδια μέθοδο. Οι άνδρες φαίνεται να επιθυμούν περισσότερο την αλλαγή συγκριτικά με τις γυναίκες χωρίς όμως αυτή η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($Z=0,535$, $P=0,593$).

	Άνδρες	Γυναίκες
Όχι	4 (7,8%)	7 (11,5%)
Ίσως	20 (39,2%)	25 (41,0%)
Ναι	24 (47,1%)	27 (44,3%)
Δεν απάντησαν	3 (5,9%)	2 (3,2%)
Μέσος όρος	2,42	2,34
Τυπική απόκλιση	0,647	0,685

Πίνακας 21: Προδιάθεση για αλλαγή μεθόδου σε περίπτωση αποτυχίας της τρέχουσας.

Στον πίνακα 22 καταγράφονται οι απαντήσεις ανδρών και γυναικών σχετικά με το πόσο αναγκαίο είναι να παρίσταται αυτοπροσώπως ο σύζυγος (άνδρας) στις ιατρικές διαδικασίες της θεραπείας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν ότι θεωρούν την παρουσία του απαραίτητη



πάντοτε. Βαθμονομώντας τις απαντήσεις από 1 έως 3 (όπου 1 = "Ποτέ", 2 = "Μερικές φορές" και 3 = "Πάντα"), προκύπτει ότι δεν υπάρχει ουσιαστικά καμία διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών των ζευγαριών του δείγματός μας ($Z=0,500$, $P=0,617$).

	Άνδρες	Γυναίκες
Ποτέ	0 (0,0%)	1 (1,6%)
Μερικές φορές	18 (35,3%)	20 (32,8%)
Πάντα	32 (62,7%)	40 (65,6%)
Δεν απάντησαν	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Μέσος όρος	2,64	2,69
Τυπική απόκλιση	0,485	0,510

Πίνακας 22: Αναγκαιότητα αυτοπρόσωπης παρουσίας του συζύγου στις ιατρικές διαδικασίες της θεραπείας.

Η τελευταία αντίληψη που διερευνήθηκε σχετικά με τις ψυχολογικές πλευρές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αφορούσε τον πιθανό αντίκτυπο της θεραπευτικής διαδικασίας α) στην ποιότητα της σχέσης μεταξύ των δύο συντρόφων και β) στην ψυχολογία του ίδιου. Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι απαντήσεις ανδρών και γυναικών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν λίγη έως αρκετή επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στις ατομικές και διαπροσωπικές ψυχολογικές διεργασίες τους.

Χρησιμοποιώντας το γνωστό σχήμα βαθμονόμησης από 1 έως 5 για να αντιπροσωπευτούν τα επίπεδα απάντησης από το "Καθόλου" έως το "Πάρα Πολύ" υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των απαντήσεων. Μεγαλύτερη επίδραση καταγράφηκε στην ατομική ψυχολογία των συμμετεχόντων παρά στη σχέση τους, όπως δήλωσαν τόσο οι άνδρες (2,76 έναντι 2,31, $Z=2,921$, $P=0,003$) όσο και οι γυναίκες (3,37 έναντι 2,65, $Z=3,536$, $P=0,001$). Επίσης οι γυναίκες δήλωσαν μεγαλύτερη επίδραση από ότι οι σύζυγοί τους τόσο στο επίπεδο της μεταξύ τους



σχέσης (2,65 έναντι 2,31, $Z=2,737$, $P=0,006$) όσο και στην ατομική τους ψυχολογία (3,37 έναντι 2,76, $Z=2,890$, $P=0,004$).

	Άνδρες		Γυναίκες	
	σχέση	ψυχολογία	σχέση	ψυχολογία
Καθόλου	18 (35,3%)	5 (9,8%)	17 (27,9%)	2 (3,3%)
Λίγο	9 (17,6%)	18 (35,3%)	11 (18,0%)	12 (19,7%)
Αρκετά	16 (31,4%)	18 (35,3%)	18 (29,5%)	21 (34,4%)
Πολύ	1 (2,0%)	4 (7,8%)	4 (6,6%)	10 (16,4%)
Πάρα Πολύ	5 (9,8%)	6 (11,8%)	10 (16,4%)	14 (23,1%)
Δεν απάντησαν	2 (3,9%)	0 (0,0%)	1 (1,6%)	2 (3,3%)
Μέσος όρος	2,31	2,76	2,65	3,37
Τυπική απόκλιση	1,278	1,124	1,400	1,158

Πίνακας 23: Επίδραση της θεραπευτικής διαδικασίας στην ποιότητα της σχέσης με το σύντροφο και στην ψυχολογία του εαυτού.

➤ Αντιλήψεις για την ψυχολογική υποστήριξη

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 24 παρότι τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων συμφωνούν για την αξία που έχει η ψυχολογική υποστήριξη για ένα ζευγάρι που πραγματοποιεί υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, λιγότερο από το 20% των ζευγαριών έχει ενταχθεί σε παρόμοιο πρόγραμμα κατά την έναρξη της θεραπείας. Μεταξύ των δύο φύλων δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τις απόψεις ($Z=0,302$, $P=0,763$) ούτε ως προς την λήψη ψυχολογικής υποστήριξης ($Z=1,414$, $P=0,157$).

	Άνδρες		Γυναίκες	
	απαραίτητο	ένταξη	απαραίτητο	ένταξη
Ναι	34 (66,7%)	9 (17,6%)	40 (65,6%)	11 (18,0%)
Όχι	17 (33,3%)	36 (70,6%)	20 (32,8%)	41 (67,2%)
Δεν	0 (0,0%)	6 (11,8%)	1 (1,6%)	9 (14,8%)



απάντησαν

Πίνακας 24: Άποψη για το κατά πόσο είναι απαραίτητο ένα ζευγάρι να υποστηρίζεται ψυχολογικά και κατά πόσο έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης κατά την έναρξη της θεραπείας.

Εντούτοις υπήρχαν διαφορές ως προς την πρόθεση για πιθανή ένταξη σε πρόγραμμα βοήθειας στην παρούσα φάση. Στον πίνακα 25 φαίνεται ότι περισσότεροι άνδρες ήταν αρνητικοί σε μια τέτοια προοπτική, ενώ οι γυναίκες είχαν περισσότερο αμφίρροπα συναισθήματα. Ακολουθώντας τη συνηθισμένη βαθμονόμηση από 1 έως 3 (όπου 1 = "Όχι", 2 = "Ίσως" και 3 = "Ναι"), προκύπτει στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη πρόθεση των γυναικών παρά των ανδρών για παρόμοιο πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης ($Z=2,236$, $P=0,025$).

	Άνδρες	Γυναίκες
Όχι	22 (43,2%)	22 (36,1%)
Ίσως	17 (33,3%)	22 (36,1%)
Ναι	2 (3,9%)	7 (11,4%)
Δεν απάντησαν	10 (19,6%)	10 (16,4%)
Μέσος όρος	1,51	1,71
Τυπική απόκλιση	0,597	0,701

Πίνακας 25: Πρόθεση για άμεση ένταξη σε πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης.

Σύμφωνα με τα ζευγάρια που συμμετείχαν στη μελέτη μας οι στόχοι στους οποίους αποσκοπεί η ψυχολογική στήριξη σε ένα ζευγάρι είναι κατά σειρά η χαλάρωση και διαχείριση της έντασης (stress) του ζευγαριού, η εκτίμηση και αρχική συμβουλευτική και τελευταία μόνον η ψυχαναλυτική θεραπεία. Περίπου ένα τρίτο των συμμετεχόντων δήλωσε ότι και οι τρεις στόχοι ήταν εξίσου σημαντικοί ενώ ένα μικρότερο ποσοστό μάλλον απαξίωσε τη χρησιμότητα της ψυχολογικής υποστήριξης, όπως φαίνεται



στον πίνακα 26. Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις απαντήσεις τους αυτές.

	Άνδρες	Γυναίκες
Εκτίμηση και αρχική συμβουλευτική	6 (11,8%)	7 (11,5%)
Ψυχαναλυτική θεραπεία	3 (5,9%)	1 (1,6%)
Χαλάρωση και διαχείριση της έντασης	20 (39,2%)	26 (42,6%)
Όλα τα παραπάνω	17 (33,3%)	25 (41,0%)
Τίποτα	8 (15,7%)	8 (13,1%)

Πίνακας 26: Στόχος στον οποίο αποσκοπεί η ψυχολογική στήριξη του ζευγαριού.

Παρόμοιο πρότυπο απαντήσεων παρατηρήθηκε και στην ερώτηση σχετικά με την αποστολή του συμβούλου-ψυχολόγου στην ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού. Πέρα από τα ζευγάρια εκείνα που συμφώνησαν (55 συμμετέχοντες, 49,1% του δείγματος) ή διαφώνησαν με όλες τις επιλογές (17 συμμετέχοντες, 15,2% του δείγματος), οι υπόλοιποι έτειναν να υποστηρίζουν ότι το ζευγάρι χρειάζεται υποστήριξη με στόχο τη "Διερεύνηση, κατανόηση, υποβοήθηση στην επίλυση των προβλημάτων που απορρέουν από την κατάσταση την οποία βιώνει το ζευγάρι εξαιτίας της όλης προβληματικής" και δευτερευόντως την "υποστήριξη του ζευγαριού στην περίπτωση που το τελευταίο αποδεχθεί πως δε θα μπορέσει τελικά να τεκνοποιήσει". Το πρότυπο των απαντήσεων καταγράφεται στον πίνακα 27, ενώ και πάλι δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

	Άνδρες	Γυναίκες
Διερεύνηση, κατανόηση, υποβοήθηση στην επίλυση των προβλημάτων	10 (19,6%)	10 (16,4%)
Ενθάρρυνση στη συμμετοχή του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος	1 (2,0%)	3 (4,9%)



Αξιολόγηση των ειδικότερων αναγκών	4 (7,8%)	4 (6,6%)
Υποστήριξη στην απόφαση για συνέχιση ή διακοπή της θεραπείας	3 (5,9%)	3 (4,9%)
Υποστήριξη στην αποδοχή για μη τεκνοποίηση	7 (13,7%)	10 (16,4%)
Όλα τα παραπάνω	23 (45,1%)	32 (52,5%)
Καμία	9 (17,6%)	8 (13,1%)

Πίνακας 27: Η συμβολή-αποστολή του σύμβουλου-ψυχολόγου στη διαδικασία υποστήριξης του ζευγαριού.

➤ Απόψεις για σχέση stress-υπογονιμότητας

Τέλος, στην ερώτηση για την φορά της αιτιακής σχέσης μεταξύ stress και υπογονιμότητας, τα δύο τρίτα των ζευγαριών απάντησαν ότι τα θεωρούν μάλλον αλληλεξαρτώμενα σε έναν μεταξύ τους φαύλο κύκλο, ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες μοιράστηκαν περίπου ισόποσα στις υπόλοιπες τρεις πιθανές απαντήσεις, δηλαδή το stress ως αιτία της υπογονιμότητας, η υπογονιμότητα ως αιτία του stress ή και τα δύο να είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους. Και πάλι, άνδρες και γυναίκες συμφώνησαν σε βαθμό που οι απαντήσεις τους να μην εμφανίζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

	Άνδρες	Γυναίκες
Stress > υπογονιμότητα	6 (11,8%)	8 (13,1%)
Υπογονιμότητα > Stress	6 (11,8%)	5 (8,2%)
Φαύλος κύκλος	33 (64,6%)	41 (67,2%)
Ανεξάρτητα μεταξύ τους	6 (11,8%)	7 (11,5%)

Πίνακας 28: Σχέση Stress και Υπογονιμότητας.

➤ Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης ψυχολογικής κατάστασης

Η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων εκτιμήθηκε με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου που συναποτελείται από 15 ερωτήσεις. Στον πίνακα 29 καταγράφονται οι ερωτήσεις αυτές, καθώς και ο μέσος όρος



και τυπική απόκλιση των απαντήσεων που έδωσαν τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες του δείγματος, καθώς και του αθροίσματός τους. Η αξιολόγηση των απαντήσεων έγινε σε κλίμακα Likert με εύρος από 0 έως 6, όπου 0 = "Ποτέ", 1 = "Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο", 2 = "Μία φορά το μήνα ή λιγότερο", 3 = "Μερικές φορές το μήνα", 4 = "Μία φορά την εβδομάδα", 5 = "Μερικές φορές την εβδομάδα", 6 = "Κάθε μέρα". Ο συντελεστής α του Cronbach ήταν πολύ υψηλός κατά τη χορήγηση τόσο στους άνδρες ($\alpha=0,906$) όσο και στις γυναίκες ($\alpha=0,931$).

Ερωτήσεις		Άνδρες		Γυναίκες	
		Μ.ό.	Τ.α.	Μ.ό.	Τ.α
1.	Νιώθω ένα συναισθηματικό κενό.	1,29	1,628	2,02	1,987
2.	Νοιώθω κατάθλιψη	0,94	1,377	1,52	1,702
3.	Νιώθω μια αδικαιολόγητη ανησυχία χωρίς να μπορώ να προσδιορίσω το αίτιο αυτής	1,59	1,590	2,25	1,457
4.	Νιώθω κούραση και σωματική εξουθένωση όταν σηκώνομαι το πρωί.	1,80	1,929	2,18	1,836
5.	Νοιώθω απογοήτευση για τις επιλογές, στόχους και προτεραιότητες, που είχα θέσει μέχρι σήμερα σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο	1,56	1,728	1,62	1,918
6.	Νιώθω να έχω χαμηλή αυτοεκτίμηση	0,86	1,386	1,52	1,742
7.	Νιώθω υπερβολική ένταση (stress) στις κοινωνικές και επαγγελματικές μου σχέσεις	2,14	2,020	2,08	1,916
8.	Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	1,47	1,629	1,95	1,978
9.	Νιώθω κοινωνική απομόνωση (στίγμα).	0,39	1,060	0,57	1,307
10.	Αισθάνομαι ενοχή ως αποτέλεσμα της αρνητικής κοινωνικής κριτικής που εισπράττω από το περιβάλλον μου.	0,63	1,385	0,76	1,466



11. Αισθάνομαι έντονο θυμό με τον ίδιο τον εαυτό μου.	0,84	1,302	1,27	1,494
12. Αισθάνομαι φόβο και ανασφάλεια για μέλλον.	1,63	1,523	2,03	1,859
13. Αντιλαμβάνομαι μια συσσώρευση των ψυχολογικών προβλημάτων μου.	1,18	1,307	1,82	1,732
14. Αδυνατώ να αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις της ζωής.	1,25	1,481	2,12	1,767
15. Αδυνατώ να διατηρήσω συγκροτημένη τη σκέψη μου επί σοβαρών ζητημάτων.	0,73	1,097	1,27	1,425
ΣΥΝΟΛΟ	18,27	14,941	24,90	18,336

Πίνακας 29: Προτάσεις αξιολόγησης ψυχολογικής κατάστασης.

Συνολικά οι γυναίκες δήλωσαν πιο βεβαρυμμένη ψυχολογική κατάσταση από ότι οι άνδρες ($Z=3,140$, $P=0,002$). Η δήλωση με τη μεγαλύτερη βαθμολογία (πιο συχνά) ήταν για τους άνδρες "Νιώθω υπερβολική ένταση (stress) στις κοινωνικές και επαγγελματικές μου σχέσεις" και για τις γυναίκες "Νιώθω μια αδικαιολόγητη ανησυχία χωρίς να μπορώ να προσδιορίσω το αίτιο αυτής". Η δήλωση με τη χαμηλότερη βαθμολογία (λιγότερο συχνά) ήταν και για τα δύο φύλα "Νιώθω κοινωνική απομόνωση (στίγμα)".

Θεωρώντας το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης εξαρτημένη μεταβλητή και θέτοντας όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές ως ανεξάρτητες, προέκυψαν με τη μέθοδο της παλινδρόμησης κατά βήμα τα μοντέλα που περιγράφονται στον πίνακα 30 για τους άνδρες και στον πίνακα 31 για τις γυναίκες.

Μεταβλητή	B	τυπικό σφάλμα	τυποποιημένο B	t	P
Σταθερά	16,334	12,137		1,346	0,189



Αντίκτυπος της θεραπευτικής διαδικασίας στην ψυχολογία του ίδιου	6,092	1,563	0,474	3,898	0,001
Απαιτήσεις δουλειάς επηρεάζουν αρνητικά τον εαυτό	3,670	1,439	0,306	2,551	0,016
Επανάληψη σε θετικό αποτέλεσμα	-6,609	2,363	-0,338	-2,797	0,009
Συμβολή του ψυχολόγου ή υποβοήθηση	-12,190	4,568	-0,329	-2,668	0,013
Εκπαίδευση	3,014	1,377	0,268	2,189	0,037

Πίνακας 30: Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογική κατάσταση των ανδρών.

Από τον πίνακα 30 προκύπτει ότι η άσχημη ψυχολογική κατάσταση των ανδρών σχετίζεται:

- Θετικά με τον υψηλό αντίκτυπο που θεωρούν ότι έχει η θεραπευτική διαδικασία στην ψυχολογία των ίδιων
- Θετικά με την αντίληψη ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς ή της καθημερινότητας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την φροντίδα που αφιερώνουν στους ίδιους
- Αρνητικά με την πρόθεσή τους να επαναλάβουν την προσπάθεια σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος
- Θετικά με την αντίληψη ότι η συμβολή-αποστολή του συμβούλου-ψυχολόγου είναι η διερεύνηση, κατανόηση και υποβοήθηση στην επίλυση των προβλημάτων, που απορρέουν από την κατάσταση την οποία βιώνει το ζευγάρι εξαιτίας της όλης προβληματικής
- Θετικά με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.



Μεταβλητή	B	τυπικό σφάλμα	τυποποιημένο B	t	P
Σταθερά	41,380	7,743		5,344	0,001
Ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη ζευγαριού	-12,498	5,724	-0,310	-2,183	0,034

Πίνακας 31: Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών.

Από τον πίνακα 31 προκύπτει ότι η άσχημη ψυχολογική κατάσταση των γυναικών σχετίζεται μόνο με τη θετική απάντηση στην ερώτηση "θεωρείτε ότι καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι απαραίτητο το ζευγάρι να υποστηρίζεται ψυχολογικά;"



6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο δείγμα περιλαμβάνονταν 61 γυναίκες ηλικίας από 28 έως και 50 ετών και 51 άντρες ηλικίας από 31 έως 60 ετών. Παρατηρούμε ότι η μέγιστη ηλικία των γυναικών αντιστοιχεί σε αυτήν που ορίζεται από τη νομοθεσία ως ανώτατο όριο για την πραγματοποίηση εξωσωματικής γονιμοποίησης. Παρόμοιο όριο δεν υπάρχει για τους άνδρες, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ζευγάρια που πραγματοποιούν διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενώ ο άνδρας απέχει μόλις 5 έτη από το όριο της τρίτης ηλικίας (συμβατικά τα 65 έτη της ηλικίας). Από την άλλη μεριά, οι μικρότερες γυναίκες που έκαναν εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν 28 ετών. Είναι πιθανόν οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας να μην καταφεύγουν στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ακόμα κι αν έχουν προβλήματα υπογονιμότητας, ίσως επειδή διατηρούν την ελπίδα τους ότι θα συλλάβουν χωρίς παρέμβαση.

Δυο ακόμα δημογραφικές παρατηρήσεις έχουν ενδιαφέρον. Η πρώτη είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ζευγαριών που συμμετείχαν στην έρευνά μας είχαν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, πάνω από το 70% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι κάποιου ανώτερου ή ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος ή είχαν επιπλέον πραγματοποιήσει και μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ μόνον 9 στα 112 άτομα (8%) είχαν ολοκληρώσει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε στο γεγονός ότι τα ζευγάρια με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο δέχτηκαν πιο συχνά να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια της έρευνας είτε ότι καταφεύγουν πιο συχνά σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από ότι τα ζευγάρια με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η υψηλότερη εκπαίδευση γενικά συσχετίζεται με συχνότερη προσφυγή σε επαγγελματίες υγείας και άρα και στους ειδικούς αναπαραγωγής.



Μια εναλλακτική εξήγηση μπορεί να συσχετίζεται με τη δεύτερη ενδιαφέρουσα δημογραφική παρατήρηση: περίπου οι μισές γυναίκες του δείγματός μας και πάνω από το ένα τρίτο των ανδρών ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Αντίθετα, μόνον 4 άτομα στο δείγμα μας (ένας άνδρας και τρεις γυναίκες, 3,6%) ήταν άνεργοι. Μια και το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται θετικά με την οικονομική κατάσταση ενός ανθρώπου, φαίνεται ότι πιο συχνά οι άνθρωποι με οικονομική ευμάρεια καταφεύγουν στη μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης, λόγω του αυξημένου οικονομικού της κόστους.

Τα περισσότερα ζευγάρια είχαν από 4 έως και περισσότερα από 17 έτη έγγαμου βίου. Με άλλα λόγια η καταφυγή στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αυξάνεται μετά την πάροδο 3 ετών και παραμένει σημαντική ακόμα κι όταν περάσουν σχεδόν δύο δεκαετίες γάμου. Εντύπωση επίσης προκαλεί το γεγονός ότι τεχνητή γονιμοποίηση δεν κάνουν μόνον οι άτεκνες γυναίκες (55,7% των γυναικών στη μελέτη μας) αλλά και γυναίκες που έχουν ήδη τεκνοποιήσει στη ζωή τους. Πράγματι, σχεδόν το 15% των γυναικών είχε δύο ή περισσότερα παιδιά. Η υπόθεση ότι οι γυναίκες αυτές θέλουν πιθανόν να ολοκληρώσουν ένα δεύτερο γάμο κάνοντας παιδιά με το νέο τους σύζυγο δεν ευσταθεί: από τις 27 γυναίκες που είχαν ήδη παιδιά μόνον στις 4 αυτά προέρχονταν από προηγούμενο γάμο.

Το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες προέρχονταν από οικογένειες με δύο ή περισσότερα παιδιά, παρότι σημαντικό, δεν μπορεί να θεωρηθεί κίνητρο που ωθεί τους ανθρώπους στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, δεδομένου ότι οι περισσότερες οικογένειες στην Ελλάδα, ιδίως της γενιάς των γονέων των συμμετεχόντων, έχουν περισσότερα του ενός παιδιά.

Οι απαντήσεις των ανδρών και γυναικών της μελέτης σχετικά με την πιθανή αρνητική επίδραση της δουλειάς και της καθημερινότητας στο χρόνο και τη φροντίδα που αφιερώνουν στους ίδιους και στους συντρόφους τους ήταν γενικά μετριοπαθείς. Περισσότερο χρήσιμες φαίνεται να είναι οι απόψεις τους αναφορικά με την αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει η



έλλειψη παιδιού. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες συμφωνούν ότι πιο αρνητικό αποτέλεσμα έχει η απουσία τέκνων στην ψυχολογία της γυναίκας. Αυτό συνάδει με τις γενικότερες παραδοσιακές κοινωνικές απόψεις σχετικά με την τεκνοποίηση ως σημαντικού ρόλου και στόχου στη ζωή μιας γυναίκας, περισσότερο από ότι του άνδρα. Παρά τη στερεότυπη αυτή άποψη όμως, είναι πολύ σημαντικό εύρημα το γεγονός ότι οι άνδρες δε γνωρίζουν πόσο σημαντική είναι η επίδραση αυτή στις συζύγους τους και την υποεκτιμούν, τη θεωρούν δηλαδή λιγότερο αρνητική από όσο τη θεωρούν οι ίδιες. Αντίστοιχα και οι γυναίκες υπερεκτιμούν την αρνητικότητα της επίδρασης στους συζύγους τους, υποθέτουν δηλαδή ότι θα τους επηρεάσει περισσότερο αρνητικά από όσο εκτιμούν οι ίδιοι για τους εαυτούς τους. Αυτό αποτελεί μια γνωστική διαστρέβλωση, όπου ο καθένας από τα δύο μέλη του ζευγαριού θεωρεί πιο όμοιο το σύντροφό του από ότι πραγματικά είναι (π.χ. οι γυναίκες θεωρούν ότι η έλλειψη παιδιού θα πειράξει τους άντρες τους πολύ, όσο πολύ δυσαρεστεί και τις ίδιες).

Σε ότι αφορά τη φυσιολογική κύηση τα ζευγάρια του δείγματος έκαναν προσπάθειες επί 1 έως και 6 ή περισσότερα έτη, με την πλειοψηφία να καταφεύγει στην τεχνητή γονιμοποίηση μετά από 2-3 έτη περίπου. Δεν πρέπει να προκαλεί εντύπωση ότι υπήρχαν συνολικά 8 γυναίκες (13,1%) που προσπάθησαν λιγότερο από το ενδεδειγμένο ένα έτος ή δεν προσπάθησαν και καθόλου. Κάποιες από αυτές λόγω του προχωρημένου της ηλικίας τους δεν ήθελαν να ξοδέψουν ένα ακόμη έτος προσπαθώντας, ενώ κάποια άλλα ζευγάρια πιθανόν να είχαν ήδη διαγνωστεί με κάποια πάθηση που κάνει τη φυσιολογική σύλληψη αδύνατη και, επομένως, κατέφυγαν απευθείας στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Ο κυριότερος λόγος που ωθεί τα ζευγάρια να καταφεύγουν σε εξωσωματική γονιμοποίηση είναι αδιαμφισβήτητα κάποια ή κάποιες ήδη ιατρικά διαγνωσμένες αιτίες υπογονιμότητας. Η προχωρημένη ηλικία της γυναίκας και η πίεση του οικογενειακού και του ευρύτερου περιβάλλοντος ήταν οι επόμενοι λόγοι που απείχαν κατά πολύ από τον πρώτο (ποσοστά



66,7% έναντι περίπου 20% και 14%, αντίστοιχα). Υπήρχε μια μικρή τάση οι γυναίκες να αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην αυξημένη ηλικία τους (11 γυναίκες προς 10 άνδρες) και οι άνδρες να δίνουν λίγο μεγαλύτερη σημασία στην πίεση του κοινωνικού περιβάλλοντος (8 άνδρες προς 6 γυναίκες) όμως αυτή η διαφορά δεν ήταν καθόλου στατιστικά σημαντική. Αντίθετα υπήρχε αξιοσημείωτη συμφωνία μέσα στα ζευγάρια ως προς την δικαιολόγηση της απόφασής τους, κάτι που δείχνει ικανοποιητικό βαθμό επικοινωνίας μεταξύ τους.

Όπως ήταν αναμενόμενο, η βασικότερη αρχική πηγή ενημέρωσης ήταν το ιατρικό προσωπικό, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Μια και για τα δύο τρίτα των ζευγαριών του δείγματός μας η αιτία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ήταν ιατρικά διαγνωσμένα αίτια υπογονιμότητας, είναι λογικό μαζί με τη διάγνωση οι επαγγελματίες υγείας να προσέφεραν και ενημέρωση για την πιθανή αντιμετώπιση του προβλήματος με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι μικρές διαφορές που παρατηρήθηκαν σχετικά με τις άλλες πηγές ενημέρωσης, όπου οι γυναίκες είχαν συχνότερα πληροφορίες που προσέλαβαν από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο, ενώ οι άνδρες από τον τύπο και το διαδίκτυο αντικατοπτρίζουν τις διαφορές ως προς τις γενικότερες πηγές ενημέρωσης που προτιμούν τα δύο φύλα.

Οι παρενέργειες της θεραπείας ήταν σημαντική πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες περισσότερο αλλά και για τους συζύγους τους. Φαίνεται, εντούτοις, ότι δεν ήταν αυτός ο σημαντικότερος παράγοντας που κάνει επιφυλακτικά τα ζευγάρια απέναντι στη τεχνητή γονιμοποίηση αλλά η μεγάλη οικονομική επιβάρυνση. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τις προηγούμενες πληροφορίες ότι τα περισσότερα ζευγάρια ήταν υψηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η επιλογή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σχετίζεται περισσότερο με οικονομικούς παρά με ιατρικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά, στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα ζευγάρια φαίνεται ότι είναι διατεθειμένα να κάνουν μια σειρά



από θυσίες στον ελεύθερο χρόνο, τη διασκέδασή τους αλλά και στην εργασία ή καριέρα τους, προκειμένου να αποκτήσουν ένα παιδί. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται έμμεσα η άποψη ότι οι γυναίκες έχουν ισχυρότερη επιθυμία να τεκνοποιήσουν απ' ό,τι οι σύζυγοί τους, μια και είναι στατιστικά πολύ σημαντικά πιο διατεθειμένες να τα θυσιάσουν "όλα" στο βωμό αυτού του σκοπού.

Περίπου το ένα τρίτο των ζευγαριών βρίσκονταν στην πρώτη τους προσπάθεια, ενώ ένα δεύτερο τρίτο είχαν ήδη κάνει 5 ή περισσότερες προσπάθειες έως τώρα. Με άλλα λόγια, δύο είναι οι συχνότερες κατηγορίες ζευγαριών: αυτά που έχουν επανειλημμένες αποτυχίες αλλά και την επιμονή και την οικονομική ευχέρεια να προσπαθήσουν πολλές φορές και αυτά που δοκιμάζουν μόνο μία φορά και στη συνέχεια σταματούν είτε λόγω επιτυχίας είτε λόγω απογοήτευσης είτε λόγω του οικονομικού φόρτου.

Η τεχνητή γονιμοποίηση είναι η μέθοδος εκλογής τις περισσότερες φορές, με την μικρογονιμοποίηση και την ομόλογη σπερματέγχυση να ακολουθούν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι υπήρχε μια μικρή ασυνέπεια ως προς τον τρόπο περιγραφής της διαδικασίας μεταξύ των συζύγων σε δύο ζευγάρια, γεγονός που αντικατοπτρίζει την πολυπλοκότητα των όρων και την περιπλοκότητα των διαδικασιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που συχνά προκαλεί σύγχυση ακόμα και στους ανθρώπους που την επιλέγουν.

Σε γενικές γραμμές τα ζευγάρια στην έρευνά μας δήλωσαν από μέτρια ως υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τη μέθοδο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και γενικά μεγάλη εμπιστοσύνη στη μέθοδο που ακολουθούν και στα αποτελέσματά της. Σημαντικό είναι ότι δηλώνουν αποφασισμένα να ξαναπροσπαθήσουν όχι μόνο σε περίπτωση αρνητικού αλλά και σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος, αν και περίπου στο ένα πέμπτο από τα ζευγάρια το θετικό αποτέλεσμα παρά το αρνητικό θα σήμαινε διακοπή των προσπαθειών τους. Αυτό είναι λογικό, μια και το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δεν έχουν κανένα παιδί και



φαίνεται ότι θα ήταν ικανοποιημένοι έστω με ένα. Η μεγαλύτερη αποφασιστικότητα και επιμονή που εκδήλωσαν οι γυναίκες και σε αυτήν την περίπτωση αντιστοιχεί σε προηγούμενο αποτέλεσμα αυτής της μελέτης, κατά το οποίο η γυναίκες εκδήλωσαν μεγαλύτερη επιθυμία για τεκνοποίηση. Παρατηρήθηκε επίσης μια τάση οι γυναίκες να νιώθουν λίγο μεγαλύτερη σιγουριά για την τρέχουσα μέθοδο και οι άνδρες να είναι λίγο πιο πρόθυμοι να αλλάξουν μέθοδο σε ενδεχόμενη αποτυχία. Τέλος, και τα δύο φύλα συμφώνησαν σε πολύ μεγάλο βαθμό σχετικά με την αναγκαιότητα της παρουσίας αυτοπροσώπως του συζύγου (άνδρα) κατά τις διάφορες ιατρικές διαδικασίες.

Μεγάλη σημασία έχει το εύρημα ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δήλωσαν ότι οι διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν μεγάλη επίδραση κυρίως στην ατομική τους ψυχολογία αλλά και στη μεταξύ τους σχέση. Φαίνεται λοιπόν ότι η τεχνητή γονιμοποίηση βάζει σε κρίση τόσο το ζευγάρι όσο και την προσωπική ισορροπία του καθενός. Η επίδραση αυτή και στα δύο αυτά επίπεδα έγινε περισσότερο αντιληπτή από τις γυναίκες, που ούτως ή άλλως επιφορτίζονται και περισσότερο το βιολογικό και όχι μόνον βάρος αυτών των διαδικασιών.

Σε ότι αφορά την ψυχολογική υποστήριξη, είναι ενδιαφέρον ότι, ενώ σε θεωρητικό επίπεδο η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι είναι χρήσιμη, οι περισσότεροι ούτε συμμετέχουν σε υποστηρικτικό πρόγραμμα ούτε έχουν κατασταλαγμένη επιθυμία να συμμετάσχουν σε κάποιο παρόμοιο. Αυτή η παρατήρηση αντικατοπτρίζει τη συχνά θεωρητική γνώση του ορθού, που όμως δεν ακολουθείται από ανάλογες πράξεις. Φαίνεται ότι ο ρόλος και η χρησιμότητα του ψυχολόγου είναι γνωστά αλλά δεν έχουν περάσει ακόμα στην ελληνική νοοτροπία. Σε θεωρητικό επίπεδο, τα ζευγάρια πιστεύουν ότι χρειάζονται υποστήριξη ως προς τα συμπτώματά τους (χαλάρωση και διαχείριση της έντασης) και όχι σε βάθος (π.χ. ψυχαναλυτική) ψυχοθεραπεία, αντιμετωπίζουν, δηλαδή, το πρόβλημά τους ως προσωρινό και επιφανειακό, και όχι ως βαθιά δυσκολία που αφορά το



χαρακτήρα και την προσωπικότητά τους. Αντίστοιχα, οι περιστάσεις στις οποίες θεωρούν ότι είναι πιο χρήσιμη η υποστήριξη είναι είτε η γενική, όπως έχει προκύψει από την ανάγκη για χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είτε ειδικά η διαδικασία αποδοχής της αποτυχίας για τεκνοποίηση και το πένθος ή η προσαρμογή που απαιτεί μια τέτοια απόφαση.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αξιολόγησης της ψυχολογικής κατάστασης των ζευγαριών ήταν πολύ υψηλή, όπως φαίνεται από τους συντελεστές α του Cronbach που ήταν μεγαλύτεροι από 0,9 και για τα δύο φύλα. Το γεγονός ότι οι γυναίκες είχαν πιο έντονα και πιο συχνά προβλήματα συνάδει με το ευρέως αναγνωρισμένο επιδημιολογικό δεδομένο ότι οι γυναίκες ακόμα και στο γενικό πληθυσμό αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα άγχους, κατάθλιψης και κοινωνικής δυσχέρειας από ότι οι άνδρες. Από την ανάλυση των επιμέρους ερωτήσεων γίνεται φανερό ότι οι γυναίκες πάσχουν από ψυχολογικού τύπου άγχος (αδικαιολόγητη, αναίτια ανησυχία), ενώ η νοσηρότητα των ανδρών πηγάζει από τις επαγγελματικές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις (stress).

Ολοκληρώνοντας, σημαντικό και ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης αυτής υπήρξαν οι συσχετίσεις που βρέθηκαν μεταξύ της ψυχολογικής κατάστασης ανδρών και γυναικών και των διαφόρων παραμέτρων που μετρήθηκαν στην έρευνά μας. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι κύρια πηγή της ψυχολογικής δυσχέρειας των γυναικών που χρησιμοποιούν μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελούν οι ίδιες αυτές οι θεραπευτικές διαδικασίες. Η δήλωσή τους ότι "είναι απαραίτητο το ζευγάρι να υποστηρίζεται ψυχολογικά" αποτελεί μια έμμεση κραυγή βοήθειας και ανάγκης για υποστήριξη για αυτές τις ίδιες. Σε ότι αφορά τους άνδρες, φαίνεται ότι η ψυχολογική τους κατάσταση σχετίζεται με ένα πιο περίπλοκο πλέγμα παραγόντων. Παρότι η θεραπευτική διαδικασία επηρεάζει και τη δική τους ψυχολογία, κάτι που δε διστάζουν να δηλώσουν απευθείας, επαγγελματικοί και οικονομικοί-εκπαιδευτικοί παράγοντες φαίνεται να



παίζουν γενικότερο ρόλο στην ψυχική τους υγεία. Από τον ψυχολόγο ζητούν κατανόηση και υποβοήθηση για τα τρέχοντα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της θεραπείας και, μόνο εφόσον έχουν θετική ψυχολογική διάθεση, σκοπεύουν να υποστούν τις ίδιες διαδικασίες για να αποκτήσουν και επόμενο παιδί με τον ίδιο τρόπο.

Συμπερασματικά η μελέτη αυτή κατέγραψε το φάσμα των ψυχολογικών αντιδράσεων των ζευγαριών που λαμβάνουν την υποστήριξη από μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αν και έχουν καταγραφεί μικρές διαφορές στον τρόπο που βιώνουν την εμπειρία τους αυτή τα δύο φύλα, είναι σημαντικό ότι τα ζευγάρια φαίνεται να μοιάζουν στον τρόπο σκέψης, ανάλυσης και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν τόσο από την ίδια τους την υπογονιμότητα όσο και από την αντιμετώπισή της με θεραπείες που συχνά επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την ψυχολογία τους. Είναι αυτονόητο να τονιστεί ακόμη μια φορά η ανάγκη για υποστήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα πορίσματα στα οποία καταλήγει η έρευνα αυτή συμβάλλουν στην κατανόηση της συναισθηματικής αναταραχής που συνδέεται με την υπογονιμότητα και την "θεραπεία" της, καθώς και στην αναγνώριση του αιτήματος ψυχολογικής υποστήριξης που εντοπίστηκε στα υπογόνιμα ζευγάρια και της χρησιμότητας παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών.

Αυτό που πρέπει πρωτίστως να αντιληφθεί το ζευγάρι είναι πως οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν είναι πανάκεια και δεν υπόσχονται σίγουρη εγκυμοσύνη, πόσο μάλλον τεκνοποίηση. Είναι όμως ο πλέον αξιόπιστος και ασφαλής τρόπος για να προσπαθήσει κανείς να αποκτήσει παιδί και στα κατάλληλα χέρια έχει εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας, τα οποία χρόνο με το χρόνο και με την πρόοδο της επιστήμης βελτιώνονται. Ποιο είναι τελικά το ψυχολογικό, ηθικό και οικονομικό κόστος της τεχνικής της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Τελειώνοντας, επισημαίνεται ότι η έρευνα αυτή, ως συμβολή στην κατανόηση της δυναμικής της υπογονιμότητας του ζευγαριού, διανοίγει ερωτήματα. Μπορεί, κάλλιστα, να διατυπωθεί το ερώτημα αν και κατά πόσο η συναισθηματική αναταραχή που εντοπίστηκε δύναται με τη σειρά της να έχει επιπτώσεις στη γονιμότητα, ερώτημα που θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ

Anderheim L, Holter H, Bergh C, and Möller A. *Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization?*, Human Reproduction 2005, vol. 20, issue 10 pp. 2969–2975.

Beutel M, Kupfer J., Kirchmeyer P., Kehde S., Köhn F.M., Schroeder-Printzen I., Gips H., Herrero H.J.G. and Weidner W., *Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by I.V.F. or I.C.S.I.*, Andrologia 1999, vol. 31, issue 1, pp. 27-35.

Blennborn M, Nilsson S., Hillervik C. and Hellberg D., *The couple's decision-making in IVF: one or two embryos at transfer*, Human Reproduction 2005, vol. 20, issue 5, pp. 1292-1297.

Boivin J., *Who is likely to need counselling?*, in J. Boivin and H. Kantenich (Eds.), *Guidelines for Counselling in Infertility*, ESHRE Monographs, Oxford University Press 2002

Boivin, J. and Schmidt, L., *Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome one year later*, Fertility and Sterility 2005, vol.83, issue- 6, pp. 1745-1752.

Boivin, J., *Counseling for infertility and its treatment*, in, G.B. La Sala, P. Fagandini, V. Lori, Monti, F. and Blickstein, I. (eds). *Coming into the world: A dialogue between medical and human sciences*, De Gruyter: Berlin 2006.

Cha K.Y., Koo, J.J., Ko, J.J., Choi, D.H., Han, S.Y., and Yoon, T.K., *Pregnancy after in vitro fertilization of human follicular oocytes collected from nonstimulated cycles, their culture in vitro and their transfer in a donor oocyte program*, Fertility and Sterility 1991, vol. 55, pp. 109–113.

Chen C. *Pregnancy after human oocyte cryopreservation*, Lancet 1986, vol. 1, pp. 884-886.

Cohen, J., Wright, G. and Malter, H., *Impairment of the hatching process following in-vitro fertilization in the human and improvement of implantation by assisting hatching using micromanipulation*, Human Reproduction 1990, vol. 5, pp. 7-13.

Comninou A., Danesis J., Mantalenakis S., Mantzavinos T., Sarris S., Tarlatzis V. and Tzigounis B., *In vitro fertilization in the treatment of*



infertility, Hellenic Obstetrics and Gynecology 1988, 1, pp. 92-121.

De Kretzer D., Dennis P., Hudson B., Leeton J., Lopata A., Outch K., Talbot J., Wood C., *Transfer of a Human Zygote*, Lancet 1973, vol. 2, pp. 728-729.

De Mouzon J., Goossens V., Bhattacharya S., Castilla J.A., Ferraretti A.P., Korsak V., Kupka M., Nygren K.G., Nyboe Andersen A., and The European IVF-monitoring (EIM) Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), *Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE*, Human Reproduction 2010, vol. 25, issue 8, pp. 1851-1862.

Edelmann Robert J. and Connolly Kevin J, *Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory*, British Journal of Health Psychology 2000, vol. 5, issue 5, pp. 365-375.

Fassino S., Piero A., Boggio S., Piccioni V. and Garzano L., *Anxiety, dispersion and anger suppression in infertile couples: a controlled study*, Human Reproduction 2002, vol. 17, issue 11, pp. 2984-2994.

Gordts S., Roziers P, Campo R., and Noto V., *Survival and pregnancy outcome after ultrarapid freezing of human embryos*, Fertility and Sterility 1990, vol. 53, issue 3, pp. 469-472.

Hammer-Burns Linda, Covington Sharon, *Infertility Counselling: A Comprehensive Handbook for Clinicians*, Parthenon Publishing Group N.Y., 1999, [τίτλος για την ελληνική έκδοση *Συμβουλευτική στην Υπογονιμότητα*, Παπαληγούρα, Ζαΐρα (επιμέλεια), τόμοι Α' & Β', Παπαζήση, Αθήνα 2002 & 2004].

Hjelmstedt A., Andersson L., Skoog-Svanberg A., Bergh T., Boivin J. and Collins A. *Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking I.V.F.- and I.C.S.I.-treatment*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1999, vol. 78, issue 1, pp. 42-48.

Holter H., Anderheim L., Bergh C. and Möller A., *First IVF treatment—short-term impact on psychological well-being and the marital relationship*, Human Reproduction 2006, vol. 21, issue 12, pp. 3295-3302.

Kemeter Peter. *Studies on psychosomatic implications of infertility effects of emotional stress on fertilization and implantation in in-vitro fertilization*, Human Reproduction 1988, vol. 3, issue 3, pp. 341-352.

Laffont I. and Edelmann R.J., *Psychological aspects of in vitro fertilization; a gender comparison*, Journal of Psychosomatic Obstetrics and



Gynaecology, vol. 15, issue 2, pp. 85–92.

Lee T.Y. and Sun G.H., *The effect of an infertility diagnosis on treatment-related stresses*, Archives of Andrology 2001, vol. 41, issue 1, pp. 67-71.

Lukse M.P., Vacc N.A., *Grief, Depression, and Coping in Women Undergoing Infertility Treatment*, Obstetrics and Gynecology 1999, vol. 93, issue 2, pp. 245-251.

Newton C.R., Sherrard W. and Glavac I. *The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress*, Fertility and Sterility 1999, vol. 72, issue 1, pp. 54-62.

Read J, *Counseling for Fertility Problems*", Sage Publications, London 1995

Salvatore P., Gariboldi S., Offidani A., Coppola F., Amore M. and Maggini C., *Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures*, Fertility and Sterility 2001, vol. 75, issue 6, pp. 1119-1125.

Step toe P.C. and Edwards R.G., *Birth after the reimplantation of a human embryo*, (letter). *Lancet* 1978, issue 312, p. 366.

Strauss B., Boivin, J., *Counselling within infertility*, in J. Boivin and H. Kertenich (Eds.) *Guidelines for Counselling in Infertility*, ESHRE Monographs, Oxford University Press 2002.

Sydsjö Gunilla, Ekholm Katarina, Wadsby Marie, Kjellberg Svante and Sydsjö Adam, *Relationships in couples after failed I.V.F. treatment: a prospective follow-up study*, Human Reproduction 2005, vol. 20, issue 7, pp. 1952-1957.

Trounson A., Leeton J., Besanko M., Wood, C. and Conti A., *Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilised in vitro*, British Medical Journal 1983, issue 286, pp. 835-838.

Verhaak C.M., Lintsen A.M.E., Evers A.W.M. and Braat D.D.M., *Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment*, Human Reproduction 2010, vol. 25, issue 5, pp. 1234-1240.

Verhaak C.M., Smeenk J.M.J., Eugster A., van Minnen A. Kremer J.A.M. and Kraaijaak F.W., *Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection*, Fertility and Sterility 2001, vol. 76, issue 3, pp. 525-531.



Verhaak C.M., Smeenk J.M.J., Van Minnen A., Kremer J.A.M. and Kraaijaat F.W., *A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles*, Human Reproduction 2005, vol. 20, issue 8, pp. 2253-2260.

Volgsten H., Svanberg A.S. and Olsson P., *Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 201, vol. 89, issue 10, pp. 1290-1297.

Αγαλλοπούλου Πηνελόπη, *Ιατρική Υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή και Αστικό Δίκαιο*, Α.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2002.

Αγαλλοπούλου Πηνελόπη, *Ιατρική Υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή. Ν.3089/2002: Προπαρασκευαστικές Εργασίες, Συζήτηση στη Βουλή*, Α.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα-Κομοτηνή 2004.

Γρινιεζάκης Μ. (Αρχιμανδρίτης), Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α., *Βιοηθικοί προβληματισμοί στην Ιατρική Δεοντολογία*, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας 2009.

Λαϊνάς Τ.Γ. "Επιδημιολογία και Διαγνωστική Προσέγγιση του υπογόνιμου ζευγαριού. Μονάδα Μελέτης και Θεραπείας της Υπογονιμότητας", Ιατρική Έρευνα Α.Ε., Αθήνα 2002.

Μητροσύλη Μ. *Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή – Παρουσίαση και παρατηρήσεις στο νόμο 3305/2005 "Εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής"*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, τόμος 24, τεύχος 6, σ. 612-622.

Ρούπα Ζωή, Πολυκανδριώτη Μαρία, Φάρος Ευθύμιος, Γουρνή Ιωάννα, Σωτηροπούλου Πηνελόπη, Γουρνή Μαρίτσα, *Απόψεις υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής*, Το Βήμα του Ασκληπιού 2009, τόμος 8, τεύχος 4, σ. 304-320.

Χαραλάμπους Π., Κλεισιάρης Χ., *Υπογονιμότητα και Ψυχολογικές Επιπτώσεις*, στο <http://www.medtime.gr/content/view/193/42/lang,greek/>



ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθούν οι βραχυπρόθεσμες συναισθηματικές αντιδράσεις των υπογόνιμων ζευγαριών που υποβάλλονται σε θεραπείες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, οι οποίες σχετίζονται στενά με το πρόβλημα της υπογονιμότητας που βιώνουν αυτά.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η έρευνα ήταν μέρος μιας μελέτης, όπου 51 ζευγάρια και 10 μεμονωμένες γυναίκες συμμετείχαν. Γυναίκες και άνδρες απάντησαν, ξεχωριστά, σε ερωτηματολόγιο σχετικά με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι συναισθηματικές αντιδράσεις γυναικών και ανδρών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το αν θα επιτευχθεί ή όχι εγκυμοσύνη στο εγγύς μέλλον.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπείες Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής είχαν ως ομάδα επίγνωση του προβλήματος που βιώνουν. Καθοριστικός παράγοντας είναι να κατανοήσουν εμπράκτως την ανάγκη τους για υποστήριξη από ειδικούς επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας.

AIM: The aim of this study was to assess infertile couples' short-term emotional responses to their Assisted Reproduction treatments, which are strongly correlated to their infertility problem.

METHODS: The research was part of a study where 51 couples and 10 individual women participated. The women and men answered a questionnaire separately concerning psychological and social factors.

RESULTS: Women's and men's emotional reactions highly related to the prospect of whether pregnancy will be achieved soon or not.

CONCLUSION: Couples undergoing Assisted Reproduction treatments were as a group aware of their infertility problem. Determinant is to practically comprehend their necessity of psychological support by specialists of Psychology.

Λέξεις κλειδιά: *έγγαμη σχέση, συναισθηματικές αντιδράσεις, υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, υπογονιμότητα, ψυχολογική ευεξία.*



ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ



ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Γραμματεία:
Νέο Κτίριο Ιατρικής, Πτέρυγα 2, 4^{ος} Όροφος,
Περιοχή Βιόπολις (πρώην Μεζούρλο) Λάρισα

Τηλ.: 2410685710
Fax.: 2410685554

Επιβλέπων: *Νταφόπουλος Κωνσταντίνος*, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μελέτη της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και των Ψυχολογικών Συνεπειών αυτής στο ζευγάρι

Αγαπητές κύριες και κύριοι,

Η ανωτέρω μελέτη αφορά στην διερεύνηση του άγχους και παντός άλλου είδους ψυχολογικών επιπτώσεων που βιώνει το ζευγάρι, στην προσπάθεια του να τεκνοποιήσει καθώς επίσης και στη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης του ζευγαριού ανάλογα με τη τελική έκβαση του εγχειρήματος.

Η μελέτη διεξάγεται στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "*Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*".

Για να καταστεί δυνατή η υλοποίηση και η ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης είναι απαραίτητη η μέτρηση των αντιλαμβανόμενων από το υπό τεκνοποίηση ζευγάρι προσδιοριστικών παραγόντων που επιδρούν αποφασιστικά, είτε θετικά είτε αρνητικά, στην όλη διαδικασία.

Η συμμετοχή στην συγκεκριμένη έρευνα είναι προαιρετική αλλά η υποστήριξη Σας είναι εξαιρετικά σημαντική για την ολοκλήρωση αυτής.

Τα στοιχεία και οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι αυστηρά ανώνυμα και εμπιστευτικά. Τα όποια συμπεράσματα θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Σας ευχαριστώ, εκ προοιμίου, για την βοήθεια και συμμετοχή Σας
Κωνσταντίνα Ποντικοπούλου, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2010

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ: ☐ ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

<input type="checkbox"/> ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	<input type="checkbox"/> ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
<input type="checkbox"/> ΑΝΩΤΑΤΗ (Α.Ε.Ι.)	<input type="checkbox"/> ΑΝΩΤΕΡΗ (Τ.Ε.Ι.)
<input type="checkbox"/> ΜΕΣΗ	<input type="checkbox"/> ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ:

<input type="checkbox"/> ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	<input type="checkbox"/> ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
<input type="checkbox"/> ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	<input type="checkbox"/> ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΑΣ
<input type="checkbox"/> ΑΝΕΡΓΟΣ	<input type="checkbox"/> ΑΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ ΕΠΑΚΡΙΒΩΣ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΧΡΟΝΙΑ ΕΓΓΑΜΟΥ ΒΙΟΥ: ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10
☐ 11-13 ☐ 14-16 ☐ 17 ΚΑΙ ΑΝΩ

ΕΧΕΤΕ ΗΔΗ ΠΑΙΔΙΑ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ:

ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΗΔΗ ΠΑΙΔΙΑ ΑΥΤΑ ΕΙΝΑΙ: ☐ ΕΝΤΟΣ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΓΑΜΟΥ ☐ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΓΑΜΟ

ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΟΥΝ: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ΚΑΙ ΑΝΩ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ Ή ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ

Α. ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ; ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΛΙΓΟ ☐ ΑΡΚΕΤΑ
☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Β. ΣΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ; ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΛΙΓΟ ☐ ΑΡΚΕΤΑ
☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΑΡΝΗΤΙΚΑ

Α. ΕΣΑΣ; ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΛΙΓΟ ☐ ΑΡΚΕΤΑ
☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Β. ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ; ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ ☐ ΛΙΓΟ ☐ ΑΡΚΕΤΑ
☐ ΠΟΛΥ ☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΥΗΣΗΣ; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΤΕ; ☐ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 1 ΕΤΟΣ ☐ 1 ΕΤΟΣ
☐ 2-3 ΕΤΗ ☐ 4-5 ΕΤΗ
☐ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 5 ΕΤΗ ☐ ΚΑΘΟΛΟΥ

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ;

☐ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

☐ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΗ ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

☐ ΠΙΕΣΗ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΦΙΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

☐ ΑΛΛΟΙ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ:

ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ, ΑΡΧΙΚΑ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ;

☐ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

☐ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΙΛΟΥΣ

☐ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ ΚΑΙ ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ

☐ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΥΠΟ

☐ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΠΟΙΟΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΕΙ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ;

☐ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

☐ ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ

☐ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΓΥΡΟΥ

☐ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ

ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ

☐ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

☐ ΚΑΝΕΝΑΣ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΧΟΜΟ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ, ΤΙ ΕΙΣΤΕ ΔΙΑΤΙΘΕΜΕΝΟΙ ΝΑ ΘΥΣΙΑΣΕΤΕ;

☐ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ

☐ ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ

☐ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΙΕΡΑ

☐ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

☐ ΟΛΑ

☐ ΤΙΠΟΤΑ

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΠΟΥ ΚΑΤΑΦΕΥΓΕΤΕ ΣΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ;

☐ ΚΑΘΟΛΟΥ

☐ ΜΕΡΙΚΩΣ

☐

ΑΠΟΛΥΤΩΣ

ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΤΗΝ ΔΟΚΙΜΑΖΕΤΑΙ;

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΕΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ;

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5 ΚΑΙ ΑΝΩ

ΠΟΙΑ ΜΕΘΟΔΟ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ;

☐ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

☐ ΟΜΟΛΟΓΗ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ

☐ ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

☐ ΕΤΕΡΟΛΟΓΗ ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ

☐ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΩΘΟΥΛΑΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

☐ ΔΩΡΕΑ ΩΑΡΙΩΝ

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΣΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΡΡΟΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΥΤΗΣ;

☐ ΟΧΙ

☐ ΙΣΩΣ

☐ ΝΑΙ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΕΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ (ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ) ΘΑ ΓΙΝΟΤΑΝ ΕΚ ΝΕΟΥ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ;

☐ ΟΧΙ

☐ ΙΣΩΣ

☐ ΝΑΙ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ (ΜΗ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ) ΘΑ ΓΙΝΟΤΑΝ ΕΚ ΝΕΟΥ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ;

☐ ΟΧΙ

☐ ΙΣΩΣ

☐ ΝΑΙ

ΑΝ ΝΑΙ, Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΘΑ ΣΑΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΕ ΝΑ ΔΟΚΙΜΑΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΓΙΑ ΠΙΘΑΝΟ ΘΕΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;

☐ ΟΧΙ

☐ ΙΣΩΣ

☐

ΝΑΙ

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ (ΑΝΔΡΑ) ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΑ:

☐ ΠΟΤΕ

☐ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

☐

ΠΑΝΤΑ

ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΣΑΣ;

☐ ΚΑΘΟΛΟΥ

☐ ΛΙΓΟ

☐

ΑΡΚΕΤΑ

☐ ΠΟΛΥ

☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΧΕΙ ΑΜΕΣΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΣΤΗ ΔΙΚΙΑ ΣΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ;

☐ ΚΑΘΟΛΟΥ

☐ ΛΙΓΟ

☐ ΑΡΚΕΤΑ

☐ ΠΟΛΥ

☐ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΚΑΘ' ΟΛΗ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ, ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΕΤΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ;

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΕΧΕΤΕ ΕΝΤΑΧΘΕΙ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

☐ ΝΑΙ

☐ ΟΧΙ

ΑΝ ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΤΕ ΗΔΗ ΠΡΑΞΕΙ, ΣΚΕΦΤΕΣΤΕ ΣΟΒΑΡΑ ΝΑ ΕΝΤΑΧΘΕΙΤΕ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΤΩΡΑ;

☐ ΟΧΙ

☐ ΙΣΩΣ

☐ ΝΑΙ

ΣΕ ΤΙ ΑΠΟΣΚΟΠΕΙ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ, Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ;

- ☐ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ
- ☐ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ☐ ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ (STRESS)
- ☐ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
- ☐ ΤΙΠΟΤΑ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ-ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ-ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ;

- ☐ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ, ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ, ΠΟΥ ΑΠΟΡΡΕΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΒΙΩΝΕΙ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΟΛΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗΣ
- ☐ ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΕΥΡΥΤΕΡΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ-ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
- ☐ ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΟΝΑΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΘΕ ΜΕΛΟΥΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΑ
- ☐ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ, ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΣΗ Ή ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- ☐ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΑΠΟΔΕΧΘΕΙ ΠΩΣ ΔΕ ΘΑ ΜΠΟΡΕΣΕΙ ΤΕΛΙΚΑ ΝΑ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΕΙ
- ☐ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ
- ☐ ΚΑΜΙΑ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΙΤΙΩΔΗΣ ΣΧΕΣΗ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΕΙ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΤΙΣ ΕΝΝΟΙΕΣ "ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ" ΚΑΙ "STRESS";

- ☐ ΤΟ STRESS ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ
- ☐ Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΤΟ STRESS
- ☐ Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΟΣ ΑΛΥΣΙΤΕΛΟΥΣ ΦΑΥΛΟΥ ΚΥΚΛΟΥ
- ☐ ΚΑΜΙΑ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ Η ΜΙΑ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΛΛΗΣ

Προτάσεις Αξιολόγησης Ψυχολογικής Κατάστασης

Οι προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα **αισθήματά** Σας σχετικά με το πρόβλημα Σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Αισθάνομαι μεγάλη ενεργητικότητα

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ: -----Ο (ΠΟΤΕ)-----

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ						ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ
Νιώθω ένα συναισθηματικό κενό.						
Νοιώθω κατάθλιψη						
Νιώθω μια αδικαιολόγητη ανησυχία χωρίς να μπορώ να προσδιορίσω το αίτιο αυτής						
Νιώθω κούραση και σωματική εξουθένωση όταν σηκώνομαι το πρωί.						
Νοιώθω απογοήτευση για τις επιλογές, στόχους και προτεραιότητες, που είχα θέσει μέχρι σήμερα σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο						
Νιώθω να έχω χαμηλή αυτοεκτίμηση						
Νιώθω υπερβολική ένταση (stress) στις κοινωνικές και επαγγελματικές μου σχέσεις						
Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.						
Νιώθω κοινωνική απομόνωση (στίγμα).						
Αισθάνομαι ενοχή ως αποτέλεσμα της αρνητικής κοινωνικής κριτικής που εισπράττω από το περιβάλλον μου.						
Αισθάνομαι έντονο θυμό με τον ίδιο τον εαυτό μου.						
Αισθάνομαι φόβο και ανασφάλεια για μέλλον.						
Αντιλαμβάνομαι μια συσσώρευση των ψυχολογικών προβλημάτων μου.						
Αδυνατώ να αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις της ζωής.						
Αδυνατώ να διατηρήσω συγκροτημένη τη σκέψη μου επί σοβαρών ζητημάτων.						

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ