

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΕΥΠ**

**ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ  
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ  
ΚΑΙ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:  
ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΝΙΚΗΦΟΡΙΔΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ  
ΠΑΝΤΑΖΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### 1. ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	00
1.2	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
1.3	ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
1.4	ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
1.5	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ.....	00
1.6	ΠΟΤΕ ΤΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΖΗΤΗΣΟΥΝ ΒΟΗΘΕΙΑ.....	00
1.7	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
1.8	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
1.9	ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	00
1.10	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	00
1.11	ΣΤΟΧΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	00
1.12	ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ.....	00

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### 2. ΑΝΔΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

2.1	ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ.....	00
2.2	ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
2.3	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
2.4	ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ.....	00
2.5	ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
2.6	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### 3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

3.1	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	00
3.2	ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ.....	00
3.3	ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....	00
3.4	ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ....	00
3.5	ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΡΙΤΟΥ.....	00

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### 4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ

4.1	ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	00
4.2	ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ.....	00
4.3	ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
4.4	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΣΕ ΑΝΤΙΔΙΑΣΤΟΛΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	00

4.5	ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	00
4.6	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.....	00
4.7	ΑΓΧΟΣ – ΕΝΟΧΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΣΕΙΣ.....	00
4.8	Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ.....	00

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **5. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ**

5.1	ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
5.2	ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΣ Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ.....	00
5.3	ΠΟΙΟΙ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
5.4	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ.....	00
5.5	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ STRESS.....	00
5.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	00
5.7	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	00

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **6. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΗΛΙΚΙΑ**

6.1	Η ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	00
6.2	Η ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΩΝ ΑΝΔΡΩΝ.....	00
6.3	Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	00
6.4	ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	00

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

### **7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

7.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	00
7.2	ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
7.3	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
7.4	ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
7.5	ΑΝΘΡΩΠΟΓΕΝΕΙΣ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	00
7.6	ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
7.7	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	00
7.7.1	ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	00
7.7.2	ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;.....	00
7.7.3	ΠΟΙΟΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ;.....	00

7.7.4.	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	00
7.7.5	ΣΥΦΙΛΗ-ΕΡΠΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	00
7.7.6	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	00
7.7.7	ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	00
7.7.8	ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ.....	00

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο**

8.1	ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	00
8.2	ΚΡΙΤΙΚΗ.....	00
8.3	ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	00
8.4	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	00
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	00

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

## 1. ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στην αποικιακή Αμερική, τα παιδιά ήταν απαραίτητα για την ανάπτυξη των αποικιών και, ακόμη περισσότερο, για την οικονομική επιβίωση. Η ατεκνία θεωρείτο αποτέλεσμα των αμαρτιών μιας γυναίκας και η προσπάθεια και μόνο για «θεραπεία» της στειρότητας εκλαμβάνονταν ως περιφρόνηση προς το θέλημα του Θεού<sup>1</sup>. Όσους ήταν κατ' επιλογή άτεκνοι τους έλεγαν «φυγόπονους», γιατί δεν συνεισέφεραν στην οικονομική σταθερότητα και ευημερία της κοινότητας<sup>1</sup>. Ωστόσο, υπογονιμότητα δεν σήμαινε ότι το ζευγάρι θα ήταν άτεκνο ή ότι θα απομακρυνόταν από την κοινότητα. Τα περισσότερα ζευγάρια έπαιρναν παιδιά συγγενών ή «υιοθετούσαν» παιδιά των αδερφών τους ως βιολογικούς κληρονόμους, ενώ οι φυσικοί γονείς διατηρούσαν επαφή με τα παιδιά τους. Πολιτισμικές αλλαγές κατά το 18ο αιώνα επηρέασαν την οικογενειακή ζωή και τα δεδομένα για το σχηματισμό της οικογένειας, απομακρύνοντας τις αμερικανικές οικογένειες από την κοινωνία της κοινότητας και δημιουργώντας μια κοινωνία οικογενειακών μονάδων (παντρεμένα ζευγάρια και οι απόγονοι τους)<sup>2</sup>.

Πριν από τη βιομηχανική επανάσταση του 19ου αιώνα, η αξία των παιδιών περιοριζόταν κυρίως στην οικονομική χρησιμότητα τους. Με τη θέσπιση νόμων για την εκμετάλλευση ανηλίκων, πραγματοποιήθηκε μια μνημειώδης κοινωνική αλλαγή, τα παιδιά έπαψαν πια να αποτελούν εργατικό δυναμικό και εκτιμήθηκαν για συναισθηματικούς λόγους, για τη συντροφικότητα και την ενεργητικότητα που προσέφεραν. Έτσι, έγιναν λειτουργικός άχρηστα, αλλά συναισθηματικώς ανεκτίμητα. Ο Griel<sup>3</sup> σημειώνει ότι αυτή η αλλαγή στις αξίες εξηγεί πιθανότατα τη διαφορετική σημασία που έχουν τα παιδιά για τους άνδρες και τις γυναίκες. Ανέκαθεν οι άνδρες επένδυναν στην απόκτηση παιδιών (κυρίως αγοριών), καλύπτοντας την ανάγκη τους για έναν πρακτικό και πνευματικό κληρονόμο. Τα παιδιά, όπως και οι σύζυγοι, αποτελούσαν την «κινητή περιουσία» των ανδρών. Με τη βιομηχανική επανάσταση, τα παιδιά έπαψαν να είναι μια οικονομική επένδυση και απέκτησαν αξία ως συναισθηματική επένδυση, προσφέροντας ζεστασιά και τρυφερότητα, τομέας που τυπικά ανήκε στις γυναίκες. Αυτή η αλλαγή αξιών είναι, σύμφωνα με τον Griel, η αιτία της διαφορετικής αντιμετώπισης των παιδιών από τους άνδρες.

Από τις αρχές του 20ού αιώνα, η αναπαραγωγή έπαψε να είναι απλώς ζήτημα απόκτησης παιδιών, αλλά ζήτημα απόκτησης κατάλληλων παιδιών. Μόνο άξιοι γονείς ήταν ικανοί να αποκτήσουν και να αναθρέψουν άξια παιδιά. Αυτή η πολιτισμική αλλαγή, γνωστή ως ιδιωτικοποίηση της ευτυχίας, αντιπροσώπευε για την αμερικανική κοινωνία τη μετάβαση από την κοινότητα (ως πηγή συναισθηματικής κάλυψης και καταξίωσης) σε μια κοινωνία, στην οποία η οικογένεια αποτελεί πια το επίκεντρο της ευτυχίας<sup>1</sup>.

### 1.2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ενώ τα ποσοστά υπογονιμότητας έχουν παραμείνει τα ίδια εδώ και έναν αιώνα (10-13%)<sup>4</sup>, η χρήση και η διαθεσιμότητα θεραπειών για την υπογονιμότητα έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά, κυρίως τα τελευταία 25 χρόνια. Επίσης έχει αυξηθεί η δημοσιοποίηση και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα υπογονιμότητας και θεραπειών υψηλής τεχνολογίας, όπως η τεχνητή γονιμοποίηση. Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι υπάρχουν 50-80 εκατομμύρια υπογόνιμα ζευγάρια, στα οποία προστίθενται περίπου 2 εκατομμύρια νέα ζευγάρια ετησίως, με τάση για αύξηση. Σημειώτεών ότι ο καρκίνος προσβάλλει περίπου 6 εκατομμύρια άτομα ετησίως και η ελονοσία περίπου 100 εκατομμύρια: επομένως, η υπογονιμότητα, χωρίς να αποτελεί μείζονα διαταραχή της υγείας, δεν είναι διόλου αμελητέα, σε παγκόσμια κλίμακα. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακόμη πλήρεις επιδημιολογικές μελέτες της υπογονιμότητας, αλλά εκτιμάται ότι περίπου 300.000 ζευγάρια δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Επίσης, παρόλο που οι άνδρες κατά τους τρεις τελευταίους αιώνες στην Αμερική αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας το ίδιο συχνά με τις γυναίκες, οι γυναίκες ήταν αυτές που, σε μεγαλύτερο ποσοστό, έφεραν το ιατρικό, κοινωνικό και πολιτισμικό βάρος της αποτυχίας ενός ζευγαριού να συλλάβει<sup>2</sup>.

Η συχνότητα της υπογονιμότητας μπορεί να ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή και από πληθυσμό σε πληθυσμό. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν υπάρχει ειδικό «προφίλ» του υπογόνιμου ζευγαριού. Η υπογονιμότητα είναι πολυσύνθετη και ρευστή κατάσταση: το ίδιο άτομο, ή ζευγάρι, μπορεί να διανύσει μεγάλες χρονικές περιόδους στις οποίες αδυνατεί να συλλάβει και η αδυναμία αυτή μπορεί να επέλθει, ή να λήξει, χωρίς προειδοποίηση.

### 1.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

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

Ο όρος υπογονιμότητα χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ανικανότητα σύλληψης κατά τη διάρκεια ενός έτους σεξουαλικής επαφής χωρίς αντισύλληψη. Αυτό το χρονικό όριο επελέγη, γιατί παρατηρήθηκε ότι σχεδόν το 25% των ζευγαριών θα συλλάβει μέσα στον πρώτο μήνα, 60% μέσα στους 6 μήνες και 80% μέσα στους 12 μήνες σεξουαλικής επαφής χωρίς χρήση αντισυλληπτικών μέσων<sup>5</sup>. Παρ' όλα αυτά, πολλά ζευγάρια θεωρούν ότι είναι στείρα αν συλλάβουν αλλά, λόγω μιας αποβολής, δεν μπορέσουν να φέρουν στον κόσμο ένα ζωντανό βρέφος. Ως πρωτογενής υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού να συλλάβει, όταν δεν έχει συλλάβει ποτέ (30% των ζευγαριών), ενώ η δευτερογενής υπογονιμότητα αναφέρεται στην αδυναμία σύλληψης από ένα ζευγάρι που έχει συλλάβει στο παρελθόν (70% των ζευγαριών). Σε γενικές γραμμές, η αξιολόγηση και η θεραπεία των ζευγαριών, τα οποία αντιμετωπίζουν πρόβλημα πρωτογενούς ή δευτερογενούς υπογονιμότητας, όπως και οι αιτίες του προβλήματος, είναι οι ίδιες.

## 1.4 ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η πρώτη γραπτή αναφορά στην υπογονιμότητα γίνεται από τους Αιγυπτίους στον πάπυρο Kahoun (2200-1950 π.Χ.)<sup>6</sup>. Οι Αιγύπτιοι περιέγραψαν τις διαδικασίες διάγνωσης της υπογονιμότητας (π.χ., αδυναμία εντοπισμού στην αναπνοή της μυρωδιάς του σκόρδου, όταν αυτό είχε τοποθετηθεί στον κόλπο) και θεραπευτικά μέτρα (π.χ., λουτρά με σκόρδο ή κρασί). Ο Έλληνας γιατρός Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που μίλησε για την υπογονιμότητα και πίστευε ότι ήταν απίθανο να επέλθει κύηση εάν το πέος δεν εισχωρούσε στην κοιλότητα της μήτρας για να αναμειχθεί το σπέρμα του άνδρα με το «σπέρμα» που παρήγαγε η γυναίκα. Ο Ρωμαίος Σοράνος, που έζησε το 2ο αιώνα μ.Χ. και θεωρείται από μερικούς ο πατέρας της γυναικολογίας, πίστευε ότι η υπογονιμότητα οφειλόταν στην ακατάλληλη χρονική περίοδο της σεξουαλικής επαφής και ότι η πιο γόνιμη περίοδος του έμμηνου κύκλου ήταν αμέσως μετά το τέλος της έμμηνου ρύσης. Πίστευε ακόμη ότι τα ζεστά μπάνια μείωναν τη γονιμότητα.

Μετά το 16ο αιώνα, άρχισαν πλέον οι γνώσεις μας πάνω στη γονιμότητα και στην υπογονιμότητα να βασίζονται περισσότερο στην επιστημονική έρευνα, όταν ο Vasalius (1514-1564) περιέγραψε την αναπαραγωγική δίοδο της γυναίκας και ο Spellanzani περιέγραψε τη διαδικασία της γονιμοποίησης. Κατά το 19ο αιώνα, η υπογονιμότητα θεωρείτο κυρίως πρόβλημα κατασκευής του σώματος, που προκαλείτο από διαταραχές του τραχήλου ή από λανθασμένη θέση της μήτρας. Έτσι, η θεραπεία της υπογονιμότητας ήταν κυρίως χειρουργική, με έμφαση στη διαστολή του τραχήλου, στην αφαίρεση των συμφύσεων και στη διόρθωση της θέσης της μήτρας.

Η σύγχρονη πρακτική της υπογονιμότητας βασίζεται σχεδόν ολοκληρωτικά σε παρατηρήσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τον 20ό αιώνα (βλ. Σχήμα 1).

Σχήμα 1. Χρονική ακολουθία των σημαντικότερων εξελίξεων στη διάγνωση και στη θεραπεία της υπογονιμότητας από το 1900.

- 
- 1904 - Συνήθης θερμοκρασία σώματος
  - 1910 - Ανάπτυξη της υστεροσαλπιγγογραφίας
  - 1913 - Χρησιμοποίηση διοξειδίου του άνθρακα για την εξέταση των φαλλοπιανών σαλπίγγων
  - 1929 - Πρώτη περιγραφή απλή μέτρησης σπέρματος
  - 1940 - Η λαπαροσκόπηση γίνεται δημοφιλής στη Γαλλία
  - 1960 - Εισαγωγή φαρμακευτικής αγωγής της γονιμότητας
  - 1970 - Προαγωγή μικροεπεμβάσεων των σαλπίγγων
  - 1978 - Το πρώτο παιδί εξωσωματικής γονιμοποίησης γεννιέται στην Αγγλία
  - 1980 - Διαδίδεται η χειρουργική λαπαροσκόπηση
  - 1992 - Εισάγεται η μικρογονιμοποίηση
- 

Σήμερα είναι παραδεκτό ότι, η συχνότητα της υπογονιμότητας είναι σχεδόν η ίδια στους άνδρες και τις γυναίκες. Μετά τον ενδελεχή διαγνωστικό έλεγχο, η υπογονιμότητα παραμένει ανεξήγητη μόνο στην μειονότητα των ζευγαριών. Σε πολύ αδρές γραμμές, η υπογονιμότητα οφείλεται είτε σε φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, είτε σε ορμονικές διαταραχές (και οι μεν και οι δε προκαλούν

συγκεκριμένες δυσλειτουργίες). Στην Ελλάδα μάλιστα, θεωρείται ότι ο μεγάλος αριθμός αμβλώσεων, καθώς και διάφορες λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος που δεν καταπολεμούνται εγκαίρως και επαρκώς, προκαλούν χρόνιες φλεγμονές και οδηγούν τελικά σε υπογονιμότητα.

Στις βασικές αιτίες υπογονιμότητας συμπεριλαμβάνονται<sup>7</sup>:

1. αδυναμία ωορρηξίας,
2. ανικανότητα παροχής του απαραίτητου αριθμού υγιών σπερματοζωαρίων στις σάλπιγγες,
3. απόφραξη σαλπίγγων,
4. ενδομητρίωση ή συμφύσεις στην πύελο της γυναίκας, οι οποίες εμποδίζουν τη σύλληψη των ωαρίων μέσω των σαλπίγγων,
5. ακατάλληλη χρονική περίοδος ή λάθος τρόπος σεξουαλικής επαφής,
6. μολύνσεις της αναπαραγωγικής διόδου ή ανοσολογικά προβλήματα που εμποδίζουν τη γονιμοποίηση ή την εμφύτευση και
7. ανωμαλίες στο ενδομήτριο, οι οποίες μπορεί να εμποδίζουν την εμφύτευση του εμβρύου.

Το τεστ υπογονιμότητας έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί καθεμία από τις παραπάνω κατηγορίες και να κάνει έλεγχο για τυχόν λανθάνουσες παθήσεις ή ασθένειες. Είναι, επίσης, σημαντικό να σημειώσουμε το γεγονός ότι για κάθε ζευγάρι μπορεί να υπάρχουν παραπάνω από μία αιτίες υπογονιμότητας και ότι δεν θα έπρεπε να υποθέτει κανείς ότι από τη στιγμή που εντοπίστηκε μια ανωμαλία, δεν υπάρχουν άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στο πρόβλημα.

## 1.5 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ

Η μέση φυσιολογική πιθανότητα επιτυχίας κήσεως από ένα γόνιμο ζευγάρι με κανονική σεξουαλική ζωή, δεν υπερβαίνει το 20% ανά έμμηνο κύκλο<sup>4</sup>. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο όταν η ηλικία της γυναίκας είναι μικρή (κάτω των 25 ετών), παραμένει περίπου σταθερό μέχρι την ηλικία των 30 και μειώνεται προοδευτικά μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Σε μεγαλύτερες ηλικίες, το ποσοστό φυσιολογικής σύλληψης είναι πολύ μικρό, της τάξεως του 5% το πολύ. Περίπου το 50% των φυσιολογικών γόνιμων ζευγαριών επιτυγχάνει κύηση κατά το πρώτο έτος προσπαθειών και 20-35% των ζευγαριών αυτών επιτυγχάνει κύηση κατά το δεύτερο έτος προσπαθειών. Το υπόλοιπο 15% είναι τα «υπογόνιμα» ζευγάρια.

Στατιστικές έρευνες έχουν δείξει ότι, η αθροιστική πιθανότητα τεκνοποίησης για ένα μετρίως υπογόνιμο ζευγάρι προσεγγίζει το 95% στην πενταετία, ενώ για ένα βαρέως υπογόνιμο ζευγάρι φθάνει έως και 45% στην πενταετία<sup>4</sup>. Πράγματι, πολλά ζευγάρια που αποτυγχάνουν επανειλημμένως στην εξωσωματική γονιμοποίηση και αποφασίζουν να σταματήσουν τις προσπάθειες, τεκνοποιούν αργότερα από μόνα τους, όταν «δεν το περιμένουν». Επομένως, το τυπικό χρονικό όριο των 12 μηνών δεν πρέπει να θεωρείται απόλυτο. Εάν ένα ζευγάρι έχει τον χρόνο και την υπομονή να περιμένει, η εγκυμοσύνη θα έλθει, έστω και ύστερα από αρκετούς μήνες. Ωστόσο, αυτά προφανώς δεν ισχύουν όταν υπάρχει βεβαιωμένη στειρότητα ενός μέλους του ζευγαριού. Κατά συνέπεια, η λογική αντιμετώπιση είναι να διερευνάται η γονιμότητα μετά από ένα έτος τακτικών απροστάτευτων επαφών και, εάν δεν εντοπίζεται παράγων απόλυτης στειρότητας, το ζευγάρι να περιμένει, προκειμένου να αποφύγει την άσκοπη «ιατροποίηση» της δημιουργίας απογόνων.



## 1.6 ΠΟΤΕ ΤΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΖΗΤΗΣΟΥΝ ΒΟΗΘΕΙΑ

Με βάση τις στατιστικές που παρουσιάσαμε παραπάνω, τα ζευγάρια πρέπει να αρχίσουν να σκέφτονται να ζητήσουν ιατρική βοήθεια, εάν δεν έχουν συλλάβει έπειτα από 12 μήνες ελεύθερων σεξουαλικών σχέσεων. Ωστόσο, κάποια ζευγάρια μπορεί να επωφεληθούν από πρόωμη ιατρική παρέμβαση. Για παράδειγμα, όσοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σεξουαλική επαφή ή γνωρίζουν ότι έχουν κάποια γενετική δυσλειτουργία ή έχουν ιστορικό υπογονιμότητας από προηγούμενη σχέση, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν το ενδεχόμενο ιατρικής αξιολόγησης προτού παρέλθει ένας χρόνος ανεπιτυχών προσπαθειών σύλληψης. Επίσης, οι γυναίκες θα πρέπει να ζητήσουν ιατρική συμβουλή ή αξιολόγηση πριν από τις πρώτες προσπάθειες σύλληψης ή μετά έξι μήνες ανεπιτυχών προσπαθειών, αν δεν έχουν κανονικό έμμηνο κύκλο, αν έχουν υποστεί πυελική χειρουργική επέμβαση ή μολύνσεις, αν έχουν ιστορικό καρκίνου ή αν προσπαθούν να συλλάβουν μετά την ηλικία των 35 ετών. Τέλος, οι άνδρες οι οποίοι έχουν προβλήματα εκσπερμάτισης ή έχουν γνωστό ιστορικό μολύνσεων, χειρουργικών επεμβάσεων ή αναπτυξιακών δυσλειτουργιών της ανδρικής αναπαραγωγικής οδού, πρέπει να αναζητήσουν θεραπεία πριν από την απόφαση τους για προσπάθεια σύλληψης. Η συμβουλή αυτή για τη λήψη ιατρικής περίθαλψης για την υπογονιμότητα βασίζεται όχι μόνο στην υπόθεση ότι οι ιατρικές θεραπείες μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες ενός ζευγαριού να συλλάβει, αλλά και στο ότι η υπογονιμότητα μπορεί να είναι το εμφανές σύμπτωμα διαφόρων ιατρικών λανθανουσών παθήσεων. Ορισμένα άτομα μπορεί να είναι άτεκνα λόγω παθήσεων, όπως όγκοι στην υπόφυση, προβλήματα θυρεοειδούς, ενδομητρίωση ή ακόμη και καρκίνο. Ο έγκαιρος εντοπισμός λανθανουσών παθήσεων μπορεί να απλοποιήσει τη θεραπεία και να βελτιώσει όχι μόνο τις πιθανότητες σύλληψης, αλλά και την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και, σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να σώσει και ζωές. Επομένως, η θεραπεία της υπογονιμότητας δεν πρέπει να θεωρείται απλώς μια διαδικασία επιλογής, καθότι είναι σαφές ότι μπορεί να είναι επωφελής για την υγεία.

## 1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Πριν από οποιαδήποτε θεραπεία χρειάζεται να τεθεί μια σαφής διάγνωση. Η διάγνωση της υπογονιμότητας τίθεται από εξειδικευμένο ιατρό (γυναικολόγο, ουρολόγο-ανδρολόγο ή ενδοκρινολόγο, ανάλογα με την περίπτωση). Εκτός από την κλινική εξέταση και την λεπτομερή λήψη του ιατρικού ιστορικού του ζευγαριού, ο διαγνωστικός έλεγχος μπορεί να συμπεριλάβει:

- μικροβιολογικές εξετάσεις (συνήθως καλλιέργεια σπέρματος και κολπικού υγρού)
- εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, σπέρματος και τραχηλικής βλέννης
- ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας ή οσχέου, υστεροσαπλιγογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία)
- κολποσκόπηση, πειροσκόπηση
- χειρουργικές επεμβάσεις (υστεροσκόπηση, λαπαροσκόπηση)
- άλλες ειδικές εξετάσεις και αναλύσεις (ανοσολογικές, σπέρματος, κ.λπ.)

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

## 1.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

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

Ανάλογα με την διάγνωση, προσφέρονται διαφορετικές επιλογές. Οι απλούστερες είναι:

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

Εάν αυτές οι μέθοδοι δεν αποδώσουν, ή εάν η εφαρμογή τους είναι περιττή, απαιτείται η προσφυγή σε πιο πολύπλοκες μεθόδους.

## 1.9 ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σε μία έρευνα που εξέταζε τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών, η οποία έγινε με ακουσίως άτεκνα ζευγάρια, οι van Balen και Trimbos-Kemper<sup>8</sup> βρήκαν ότι η επιθυμία για παιδιά ήταν πολύ έντονη, κυρίως στις γυναίκες, ακόμη και έπειτα από μια μακρά περίοδο (8,6 χρόνια) ατεκνίας. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες πρώτιστα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών ήταν η ευτυχία και η ευημερία, ενώ οι κοινωνικοί λόγοι ήταν ασήμαντοι και για τους δύο. Ο Newton<sup>9</sup> και οι συνεργάτες του ερεύνησαν τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού σε μια ομάδα άτεκνων ανδρών και γυναικών, οι οποίοι συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα τεχνητής γονιμοποίησης και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες έδιναν μεγαλύτερη σημασία στην ολοκλήρωση του ρόλου τους ως γυναικών, ενώ οι άνδρες τόνιζαν περισσότερο ως κίνητρο την επιθυμία τους για την ολοκλήρωση του γάμου τους. Παρόλο που η μακρά περίοδος θεραπείας της υπογονιμότητας ενισχύει τη διαδικασία προσδιορισμού των κινήτρων για την απόκτηση παιδιού, τα περισσότερα ζευγάρια δεν εγκαταλείπουν την επιθυμία τους να δημιουργήσουν οικογένεια. Η διαδικασία αυτή βοηθάει τα άτεκνα ζευγάρια να

σχηματίσουν μια πιο ρεαλιστική αντίληψη ως προς τις απαιτήσεις και τις ικανοποιήσεις που συνεπάγεται η ύπαρξη παιδιών.

### **1.10 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η ψυχολογική φροντίδα του υπογόνιμου ατόμου ή ζευγαριού, συμπεριλαμβανομένης και της αξιολόγησης και θεραπείας, πραγματοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και συνθηκών, όπως η αυτοπαραπομπή για ψυχοθεραπεία ή η υποχρεωτική εκπαιδευτική συμβουλευτική. Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση της υπογονιμότητας γίνεται συνήθως με σκοπό τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το προσωπικό ιστορικό, το ψυχιατρικό ιστορικό και το τρέχον λειτουργικό επίπεδο του ατόμου/ζευγαριού, καθώς και ως ανασκόπηση της εμπειρίας της υπογονιμότητας ως προς τις επιδράσεις της στην οικογένεια, την ψυχική υγεία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το αναπαραγωγικό και σεξουαλικό ιστορικό. Οι συνηθέστερες μέθοδοι συγκέντρωσης αυτών των πληροφοριών είναι τα ψυχολογικά τεστ ή/και μια δομημένη συνέντευξη, που διευκολύνουν την αξιολόγηση και τη θεραπεία. Όπως και άλλες μορφές ψυχολογικής θεραπείας, έτσι και η συμβουλευτική της υπογονιμότητας συμπεριλαμβάνει και παρεμβάσεις που βασίζονται στην προσεκτική ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ασθενούς/ζευγαριού για διαταραχές, ψυχοπαθολογία και πιθανή αναγκαιότητα για φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα.

Παρ' όλο που δεν υπάρχουν ενδείξεις αυξημένης συχνότητας εμφάνισης ψυχιατρικών προβλημάτων στα υπογόνιμα άτομα, είναι πιθανό τα άτομα αυτά να παρουσιάσουν ψυχολογική κατάπτωση ως αποτέλεσμα του στρες που προκαλεί η θεραπεία ή να επανεμφανίσουν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία (π.χ., κατάθλιψη, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής). Είτε προϋπήρχε είτε εμφανίζεται για πρώτη φορά, η συναισθηματική κατάπτωση μπορεί να χειροτερέψει την ποιότητα ζωής, την ιατρική θεραπεία και να δημιουργήσει έντονα προβλήματα στο ιατρικό προσωπικό. Η ψυχολογική φροντίδα αυτή καθαυτή συνεπάγεται ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχιατρικής ή ψυχοφαρμακευτικής θεραπείας.

### **1.11 ΣΤΟΧΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Οι στόχοι της ψυχολογικής αξιολόγησης είναι<sup>10</sup>:

1. Να προετοιμάσει τους ασθενείς για τη θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθούν.
2. Να τεθούν ζητήματα που οι ασθενείς μπορεί να μην είχαν σκεφθεί μέχρι τότε και αυτά να συζητηθούν πριν από τη θεραπεία.
3. Να εντοπιστούν οι ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από ψυχολογική θεραπεία είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας.
4. Να εξεταστούν οι ασθενείς για τυχόν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή κοινωνική δυσλειτουργία που θα μπορούσε να δυσκολέψει ή να επηρεάσει τη θεραπεία της υπογονιμότητας.

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

1. Η ατομική συμβουλευτική είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της προσωπικής συναισθηματικής κατάπτωσης και δυσλειτουργίας, είτε αυτή προκλήθηκε είτε επιδεινώθηκε από την υπογονιμότητα. Βοηθάει, στη δημιουργία μιας ασφαλούς και έμπιστης σχέσης με το θεραπευτή, για την ανακούφιση από τον πόνο της υπογονιμότητας ή από προηγούμενα ψυχολογικά τραύματα.

2. Η συμβουλευτική ζευγαριών είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων της σχέσης ή του γάμου και, κυρίως, προβλημάτων που αφορούν την επικοινωνία, τη λήψη αποφάσεων και τη λύση συγκρούσεων. Είναι μια ιδιαίτερα κατάλληλη προσέγγιση στην υπογονιμότητα, η οποία είναι συνήθως «πρόβλημα ζευγαριού» και η οποία προκαλεί θλίψη για κοινές απώλειες και των δύο συντρόφων, διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων και έντονο στρες για το ζευγάρι (π.χ., αυξημένες οικονομικές ανάγκες, παρατεταμένη ιατρική θεραπεία).

3. Η ομαδική συμβουλευτική βοηθά τα άτομα και τα ζευγάρια που χρειάζονται επιβεβαίωση ή προσωπική προοπτική, ώστε να προαχθεί η ψυχολογική ανάπτυξη τους. Τα μέλη της ομάδας αλληλοβοηθούνται στην ομαλοποίηση της υπογονιμότητας και το μοίρασμα των εμπειριών της, καθώς και στον περιορισμό των συναισθημάτων απομόνωσης και στιγματισμού.

## 1.12 ΕΙΔΙΚΟΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ

Η ψυχολογία της στειρότητας για διάφορες συνθήκες και πληθυσμούς (ξεχωριστή για λευκά, μεσοαστικά, ετεροφυλόφιλα, νέα ή για πρώτη φορά παντρεμένα ζευγάρια) συνεπάγεται την αναγνώριση ξεχωριστών αντιδράσεων και μοναδικών κοινωνικών συνθηκών, που συνήθως επηρεάζουν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τις συμβουλευτικές παρεμβάσεις<sup>10</sup>. Η γνώση των διαπολιτισμικών παραγόντων της υπογονιμότητας μπορεί να βοηθήσει τον θεραπευτή στην επιλογή της κατάλληλης υποστήριξης, κατεύθυνσης και παρέμβασης, καθώς και στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Θέματα φυλετικά, πολιτισμικά και θρησκευτικά επιδρούν στον τρόπο που κάθε ζευγάρι αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υπογονιμότητας, είτε επηρεάζοντας τον τρόπο που το αντιλαμβάνονται, υπαγορεύοντας την προσέγγιση τους στη θεραπεία και τις εναλλακτικές λύσεις για τη δημιουργία οικογένειας, είτε επιδρώντας στην ψυχολογική προσαρμογή τους.

Οι κοινωνικές αλλαγές επηρέασαν εντυπωσιακά την αύξηση των ανύπανδρων γυναικών και των ζευγαριών λεσβιών<sup>10</sup> που αναζητούσαν υπηρεσίες υπογονιμότητας, ανεξάρτητα από το αν οι ίδιες ήταν πραγματικά στείρες ή όχι. Κι άλλες κοινωνικές αλλαγές είναι εμφανείς, όπως ζευγάρια προχωρημένης ηλικίας τα οποία έχουν καθυστερήσει να αποκτήσουν παιδιά για διάφορους λόγους, καθώς και ξαναπαντρεμένα ζευγάρια που επιθυμούν ένα δικό τους παιδί, απευθύνονται στις υπηρεσίες αναπαραγωγής. Τέλος, η θεραπεία γι' αυτούς τους ασθενείς (ζευγάρια ομοφυλόφιλων γυναικών, ανύπανδρες γυναίκες, ξαναπαντρεμένα ζευγάρια ή ζευγάρια προχωρημένης ηλικίας) μπορεί να συνεπάγεται τη χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή/και γαμέτες δότη, με συνακόλουθα ιδιαίτερα ψυχολογικά ζητήματα και προβλήματα προσαρμογής.

Τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν δευτερογενή στειρότητα δεν είναι «άτεκνα», αλλά αδυνατούν να επεκτείνουν την οικογένεια τους όπως επιθυμούν<sup>10</sup>. Είτε είχαν

παλαιότερα δυσκολία στη σύλληψη είτε όχι, τα ζευγάρια αυτά αντιμετωπίζουν τα ίδια ψυχολογικά προβλήματα στειρότητας όπως και άλλα ζευγάρια και συχνά αισθάνονται εξίσου απομονωμένοι και ψυχολογικά καταπονημένοι. Παρ' όλ' αυτά, αντιμετωπίζουν και την πρόσθετη πρόκληση του ότι είναι ήδη γονείς και οι λήψεις αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία και τις εναλλακτικές λύσεις για την επέκταση της οικογένειας τους γίνονται με βάση την σύνθεσης της παρούσας οικογένειας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **2. ΑΝΔΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

#### **2.1 ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ**

Συνηθιζόταν να πιστεύουμε και όχι πολλά χρόνια πριν ότι, όταν ένα ζευγάρι είχε πρόβλημα τεκνοποίησης, υπεύθυνη ήταν η γυναίκα<sup>11</sup>. Σήμερα από τις στατιστικές γνωρίζουμε, ότι ο άνδρας είναι τουλάχιστον κατά το ήμισυ (50%) συνυπεύθυνος για την υπογονιμότητα του ζευγαριού. Αυτό το ποσοστό ακούγεται απίστευτο, εάν σκεφτεί κανείς, ότι ένας υγιής άνδρας, ελευθερώνει με κάθε του εκσπερμάτιση 120-600 εκατομμύρια σπερματοζωάρια και παράγει κατά τη διάρκεια της ζωής του περίπου 400 δισ. σπερματοζωάρια. Φαινομενικά λοιπόν ο άνδρας τα καταφέρνει πολύ καλά στο τομέα της αναπαραγωγής, αλλά δυστυχώς αυτό δεν είναι σε όλες τις περιπτώσεις αληθές. Η πιο κοινή αιτία ανδρικής υπογονιμότητας είναι ακριβώς η αδυναμία πολλών ανδρών να παράγουν ικανοποιητικό αριθμό υγιούς σπέρματος. Επομένως, μια ανάλυση σπέρματος πρέπει να γίνει στην αρχή της διαδικασίας της αξιολόγησης. Χρειάζεται να γίνουν τουλάχιστον δύο αναλύσεις με διαφορά αρκετών εβδομάδων, προκειμένου να γίνει η κατάλληλη αξιολόγηση της ανδρικής γονιμότητας. Συνήθως, τα εργαστήρια κάνουν τις αναλύσεις σπέρματος και καταγράφουν τα αποτελέσματα σύμφωνα με τις συστάσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ).

#### **2.2 ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Ο ουρολόγος πρέπει να έχει ένα γενικό ιατρικό, χειρουργικό, αναπαραγωγικό και σεξουαλικό ιστορικό, καθώς και ένα ιστορικό πιθανής έκθεσης σε τοξικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων και φαρμάκων ή άλλων τοξικών ουσιών<sup>11</sup>. Ακολούθως ο γιατρός μπορεί να προχωρήσει σε διάφορες εξετάσεις οι οποίες αναλύονται παρακάτω.

Πρώτα από όλες είναι οι ορμονικές αιτίες από διαταραχές στην υπόφυση και τον υποθάλαμο που μπορεί να είναι συγγενείς (εκ γενετής), ή επίκτητες όπως ορισμένες κακοήθειες ή ακτινοβολία κ.λ.π. Ορλικές αιτίες συγγενείς π.χ. κρυπορχία δηλ. ατελής κάθοδος του όρχη ή των όρχεων στο όσχεο, όπως και η εκ γενετής

ανυπαρξίας του σπερματικού πόρου του όρχεως και επίκτητες, όπως είναι οι μολύνσεις, οι φλεγμονές (ορχίτις, επιδιδυμίτις κ.α.), τραυματικές κακώσεις, νοσήματα κάποιου οργανικού συστήματος, συστηματικές παθήσεις, ύπαρξη σπερματικών αντισωμάτων, διάφορα φάρμακα που επιδρούν στην σπερματογένεση και η κίρσοκήλη. Όσον αφορά την τελευταία μία ιδιαίτερη αναφορά, γιατί συναντάται στο 20% περίπου όλων των ανδρών και είναι αιτία για το 40% των υπογόνιμων ανδρών. Η κίρσοκήλη προκαλείται από ανεπάρκεια των φλεβών των όρχεων με αποτέλεσμα τη φλεβική στάση με συνέπεια την αύξηση της θερμοκρασίας τοπικά, γεγονός που θεωρηθείτε ότι επηρεάζει τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα του σπέρματος. Είναι σημαντικό να πούμε ότι η κίρσοκήλη είναι μία χειρουργικά αναστρέψιμη κατάσταση με σχετικά απλή χειρουργική επέμβαση. Πρέπει, επίσης, να εξετάσουν τους νεφρούς και τους ουρητήρες, για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν εκ γενετής διαταραχές στο ουροποιητικό σύστημα. Επίσης, διαταραχές της ουρήθρας μπορεί να οδηγήσουν στη μη σωστή τοποθέτηση του σπέρματος εντός του κόλπου κατά τη σεξουαλική πράξη. Άλλες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν στειρότητα είναι οι λειτουργικές διαταραχές του ίδιου του σπερματοζωαρίου, π.χ. η μειωμένη κινητικότητα, η λήψη ορισμένων φαρμάκων για την αντιμετώπιση του έλκους στομάχου, κορτιζόνη και αναβολικά που παίρνουν οι αθλητές για να βελτιώσουν τις επιδόσεις τους, ακόμα η χρήση και εθισμός σε ορισμένες ουσίες όπως η νικοτίνη και το κάπνισμα, η χρήση μαριχουάνας, κοκαΐνης και αλκοόλ σχετίζεται με τη μη φυσιολογική ποσότητα, μορφολογία ή λειτουργία του σπέρματος. Ακόμα υπεύθυνα για υπογονιμότητα θεωρούνται ορισμένα αντιβιοτικά, η ανεπάρκεια βιταμίνης C, πολλά τοξικά φάρμακα<sup>11</sup> και χημικά που χρησιμοποιούνται στις καλλιέργειες, αλλά και στις βιομηχανίες. Τα περισσότερα υπογόνιμα άτομα φοβούνται ότι η διατροφή, το πρόγραμμα σωματικής άσκησης ή άλλες πτυχές του τρόπου ζωής τους μπορεί να ευθύνονται για την υπογονιμότητά τους. Παρ' όλο που υπάρχουν λίγες ενδείξεις για το ότι απλές διαφορές στον τρόπο ζωής προκαλούν ανδρική υπογονιμότητά, το κάπνισμα, η χρήση μαριχουάνας, η υπερβολική έκθεση στη ζέστη και ο υπερβολικά συχνός αναντισμός κοντά στις μέρες της ωορρηξίας μπορεί να μειώσουν τη γονιμότητα. Στις αιτίες υπογονιμότητας έχει θέση το υπερβολικό στρες, τα ζεστά μπάνια στην περιοχή και ένδυση με πολύ στενά εσώρουχα που κρατούν το όσχεο και τους όρχεις σε αυξημένη θερμοκρασία αλλά και η πολυήμερη αποχή από το σεξ, η στυτική δυσλειτουργία και οι διαταραχές στην εκσπερμάτιση (πρόωρη εκσπερμάτιση, καθυστερημένη ή αδύνατη εκσπερμάτιση).

Τέλος, έως 18% των ανδρών με μειωμένη ποσότητα σπέρματος, για την οποία δεν μπορεί να βρεθεί άλλη αιτία, έχει έλλειψη ενός τμήματος του χρωμοσώματος Y (μικροδιαγραφές)<sup>12</sup>. Αυτή τη στιγμή, τα γενετικά τεστ για μικροδιαγραφές δεν συνηθίζονται, λόγω του κόστους τους και της απουσίας συγκεκριμένης θεραπείας.

### **2.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΔΡΙΚΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Όσον αφορά την χειρουργική θεραπεία, πρωτεύοντα ρόλο έχει η διόρθωση της κίρσοκήλης, που γίνεται συνήθως με μικρή τομή στη κοιλιακή χώρα, εξωπεριτοναϊκά, με μικρή νοσηρότητα και πολύ μεγάλα ποσοστά επιτυχίας ή ακόμα λαπαροσκοπικά όπου ο ασθενής μπορεί την ίδια ημέρα του χειρουργείου να φύγει από το Νοσοκομείο. Η χειρουργική αντιμετώπιση της κίρσοκήλης αυξάνει την ποσότητα, την κινητικότητα και βελτιώνει την μορφολογία του σπέρματος στο 50-90% των ανδρών και ακολουθείται από κύηση για το 30-55% των πρωτύτερα

υπογόνιμων ανδρών<sup>13</sup>. Ωστόσο, 50% των ανδρών με κίρσοκήλες είναι γόνιμοι και είναι δύσκολο να προβλεφθεί ποιοι υπογόνιμοι άνδρες θα ωφεληθούν από αυτή τη χειρουργική επέμβαση. Ακόμα μπορεί να εφαρμοσθούν διάφορες τεχνικές αναστόμωσης του σπερματικού πόρου και της επιδιδυμίδος για διόρθωση ανάλογων προβλημάτων, αλλά και μικροχειρουργικές επεμβάσεις με την βοήθεια του μικροσκοπίου για λήψη σπέρματος από την επιδιδυμίδα κ.α. Δυστυχώς, λόγω της δημιουργίας ουλώδους ιστού στο σπερματικό πόρο του όρχεως ή αντισπερματικών αντισωμάτων στους όρχεις, η γονιμότητα δεν αντικαθίσταται πάντα. Παρ' όλ' αυτά, το 75% των ανδρών μπορεί να αποκτήσει παιδί έπειτα από χειρουργική αποκατάσταση προηγούμενης εκτομής των σπερματικών πόρων.

Στην συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνεται η ενδοκρινολογική θεραπεία και ανοσολογική αγωγή εκεί που ανακαλύπτεται αντισπερματικά αντισώματα. Τέλος για τους άνδρες με πολύ φτωχό σπέρμα υπάρχει η γονιμοποίηση δια μέσου δοκιμαστικού σωλήνα (IVF) και η τεχνητή γονιμοποίηση.

## **2.4 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ**

Οι άνδρες και ιδιαίτερα αυτοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, θα πρέπει να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τα παρακάτω μέτρα πρόληψης<sup>14</sup>:

1. Μείωση ή αν είναι δυνατόν και διακοπή του καπνίσματος.
2. Αποφυγή χρήσης μαριχουάνας ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, όπως επίσης υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος.
3. Αποφυγή της έντονη γυμναστική.
4. Απόκτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και μάλιστα, με τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C.
5. Αποφυγή της χρόνια λήψη φαρμάκων και κυρίως αντιβιοτικών, χωρίς την σύσταση του γιατρού.
6. Αποφυγή της παραμονής σε χώρους με μεγάλη θερμοκρασία, όπως είναι οι σάουνες και τα ζεστά λουτρά, καθώς και αποφυγή των στενών ρούχων και εσωρούχων.
7. Οι σεξουαλικές επαφές να περιορίζονται στις 2-3 φορές την εβδομάδα, γιατί η επιπλέον αποχή εξασθενεί την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, ενώ η συχνή ή καθημερινή επαφή μειώνει τον αριθμό τους.

## **2.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Εάν η ανάλυση σπέρματος είναι φυσιολογική και δεν υποδεικνύει γενικά την συμμετοχή ενός παράγοντα του άντρα που να προκαλεί υπογονιμότητα, τότε η έρευνα εστιάζεται περισσότερο προς την γυναίκα. Αρχικά είναι σκόπιμο να γίνει εξωτερική εξέταση της λεκάνης, η οποία ίσως βοηθήσει τον γιατρό να διαπιστώσει πληγές, κύστες, σημάδια σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών κ.τ.λ., που μπορεί να σχετίζονται με την σύλληψη. Πολύ συχνά ο γυναικολόγος προτείνει καλλιέργεια των κολλικών εκκρίσεων ή και ένα τεστ Παπανικολάου.

Στην προσπάθεια να καθοριστεί η ωορρηξία (πότε είναι διαθέσιμο ένα ωάριο), μπορεί να χρειαστεί μια εξέταση ούρων<sup>15</sup>. Η παρουσία μεγάλων ποσοτήτων ωχρινοτρόπου ορμόνης (ΕΗ), η οποία απελευθερώνεται από την υπόφυση προκαλώντας ωορρηξία, υποδεικνύει ότι το ωάριο σύντομα θα απελευθερωθεί. Αυτή η εξέταση μπορεί να γίνεται και στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα (υπάρχουν πολλά τεστ που μπορεί κανείς να προμηθευθεί από ένα φαρμακείο), όμως είναι καλύτερο να εκτελείται για πολλούς μήνες για τον καθορισμό του προτύπου ωορρηξίας. Επειδή η θερμοκρασία του σώματος αλλάζει ανάλογα με τις μεταβολές που συμβαίνουν σε αυτό, μπορεί συγχρόνως να γίνεται και παρακολούθηση της βασικής θερμοκρασίας του σώματος. Η μέτρηση γίνεται το πρωί, πριν καν η γυναίκα να σηκωθεί από το κρεβάτι, με ειδικό θερμόμετρο, που μπορεί να δείχνει ακόμα και τις ελάχιστες αλλαγές στην θερμοκρασία του σώματος της. Έτσι, καθορίζεται κατά πόσο η ωορρηξία είναι κανονική και πότε συμβαίνει.

Ένα άλλο σημαντικό τεστ είναι αυτό της προγεστερόνης (μια ορμόνη), το οποίο δείχνει τα επίπεδα της. Η ορμόνη αυτή παράγεται μετά την ωορρηξία από τις ωοθήκες και προετοιμάζει την μήτρα να υποδεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Για τον λόγο αυτό, η εξέταση διεξάγεται 5 με 10 ημέρες πριν την περίοδο, με εξέταση αίματος και δίνει πολύ χρήσιμες πληροφορίες.

Με την βιοψία (αφαιρώντας ένα μικρό τμήμα της μήτρας), είναι επίσης δυνατόν να υπολογίσουμε την ποιότητα του περιβάλλοντος της μήτρας και να καθοριστεί η ωορρηξία. Η διαδικασία αυτή αφαίρεσης τμήματος της μήτρας ονομάζεται βιοψία του ενδομητρίου.

Κοντά στην στιγμή της ωορρηξίας και λίγες ώρες μετά την σεξουαλική επαφή του ζευγαριού, μπορεί να εκτελεστεί μια ακόμη, εξέταση. Πρόκειται για την εξέταση της βλέννας από τον τράχηλο της μήτρας, ώστε να εκτιμηθεί η αλληλεπίδραση της με το σπέρμα, ενώ θα πρέπει να αναζητηθεί η πιθανή μείωση ή έλλειψη της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων και να εκτιμηθεί ο αριθμός και η ποιότητα των σπερματοζωαρίων.

Η υστεροσαλπιγγογραφία ( HSG) με ειδικές ακτίνες X επιτρέπει στον γιατρό να απεικονίσει φυσικές ανωμαλίες ή αποφράξεις της μήτρας (ύστερος) και των σαλπίγγων ή ανωμαλίες που βρίσκονται γύρω από αυτές. Η απεικόνιση γίνεται με την βοήθεια ειδικής βαφής που εισάγεται στον τράχηλο και ταξιδεύει διαμέσου της μήτρας και των σαλπίγγων.

Μια ακόμη απεικονιστική μέθοδος είναι και ο υπέρηχος, που εντάσσεται στις μη επώδυνες διαδικασίες για την μελέτη του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας. Σκοπός αυτής της της τεχνικής είναι η λήψη «φωτογραφιών» των ωοθηκών και της μήτρας, με την χρησιμοποίηση υψηλών συχνοτήτων ηχητικών κυμάτων. Η εξέταση αυτή επιτρέπει στον ειδικό να καθορίσει ακόμη και την πυκνότητα του περιβάλλοντος της μήτρας αλλά και την ανάπτυξη ή απελευθέρωση των ωαρίων από τις ωοθήκες. Ο υπέρηχος ωστόσο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στον άντρα για την διάγνωση κιστών (κισσοκήλη) στους όρχεις.

Μια ευρέως πλέον χρησιμοποιούμενη τεχνική είναι η λαπαροσκόπηση. Για την διαπίστωση σημαδιών από πληγές, ενδομητρίωσης ή άλλων εμποδίων, ο γιατρός μπορεί να εισάγει έναν σωλήνα με οπτική ίνα (λαπαροσκόπιο) μέσα στην κοιλιά της γυναίκας διαμέσου μιας μικρής τομής, ακριβώς κάτω από τον αφαλό. Αυτή η διαδικασία, που ονομάζεται λαπαροσκόπηση, εκτελείται πιο συχνά κάτω από γενική αναισθησία, αλλά η τοπική αναισθησία και η νάρκωση είναι μια άλλη επιλογή.

Τέλος, ο γυναικολόγος μπορεί να διεξάγει και υστεροσκόπηση, μια διαδικασία κατά την οποία εισάγει έναν σωλήνα με οπτική ίνα (υστεροσκόπιο) διαμέσου του κόλπου για να δει το εσωτερικό της μήτρας. Με την υστεροσκόπηση



μπορεί να δει και το άνοιγμα των σαλπίγγων, να κάνει μια βιοψία ή να διορθώσει μικρά προβλήματα. Η υστεροσκόπηση εκτελείται συνήθως κάτω από τοπική ή γενική αναισθησία.

## **2.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Με τη χρήση των παραπάνω εξετάσεων θα βρεθεί μια πιθανή αιτία για την υπογονιμότητα του ζευγαριού περίπου στο 85% των περιπτώσεων. Για το υπόλοιπο 15% δεν θα βρεθεί καμιά εξήγηση ή αιτία. Αφού βρεθεί μια εξήγηση, παρουσιάζεται στο υπογόνιμο άτομο ή στο ζευγάρι ένα πρόγραμμα θεραπείας<sup>10</sup>, όπως αναφέρονται παρακάτω:

**Πρόκληση ωορρηξίας:** Οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν κάθε μήνα περίοδο, ανταποκρίνονται σχεδόν πάντα στα φάρμακα που προκαλούν ωορρηξία (τα λεγόμενα «φάρμακα γονιμότητας»), εκτός κι αν υπάρχει ανεπάρκεια των ωοθηκών (π.χ., εμμηνόπαυση). Υπάρχουν δύο ειδών φάρμακα για την πρόκληση ωορρηξίας. Τα πρώτα λέγονται αντιοιστρογόνα. Και περιέχουν είτε κιτρική κλομιφαίνη είτε κιτρική ταμοξιφαίνη. Κυκλοφορούν σε μορφή δισκίου και λαμβάνονται για 5 ή περισσότερες μέρες κατά το αρχικό στάδιο του έμμηνου κύκλου. Περίπου μία εβδομάδα μετά τη λήψη του τελευταίου δισκίου, εμφανίζεται, συνήθως, ωορρηξία και το ζευγάρι πρέπει να έχει σεξουαλική επαφή αρκετές φορές μέσα στην εβδομάδα αυτή. Το φάρμακο μπορεί να προκαλέσει εξάψεις, αλλά συνήθως δεν προκαλεί άλλες παρενέργειες, εκτός από ένα ποσοστό 6-8% πολλαπλής κύησης. Εάν δεν εμφανιστεί ωορρηξία μετά τη χρήση κλομιφαίνης, η αγωγή επαναλαμβάνεται αυξάνοντας τη δοσολογία. Περίπου το 60-70% των γυναικών θα έχει ωορρηξία με την κλομιφαίνη και 30-40% θα συλλάβει μέσα στους πρώτους έξι μήνες της θεραπείας.

Ο δεύτερος τύπος φαρμάκων που προκαλούν ωορρηξία είναι γνωστός ως γοναδοτροπίνες. Τα φάρμακα αυτά είναι ουσιαστικά ανθρώπινες ορμόνες που παράγονται από την υπόφυση, αφαιρούνται από τα ούρα και καθαρίζονται για να χρησιμοποιηθούν. Παρέχονται με ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση και προκαλούν την ανάπτυξη διαφόρων ωοθυλακίων και τη ρήξη πολλών ωαρίων. Το 15-20% των γυναικών που συλλαμβάνουν με τη βοήθεια αυτών των φαρμάκων έχουν πολλαπλή κύηση. Λόγω του ενδεχομένου ανάπτυξης πολλαπλών ωοθυλακίων και μιας πάθησης που ονομάζεται σύνδρομο υπερδιέγερσης, συνήθως η γυναίκα παρακολουθείται στενά, με ορμονικές εξετάσεις αίματος και εξέταση της πυέλου με υπερήχους. Στην πιο ελαφριά του μορφή, το σύνδρομο υπερδιέγερσης χαρακτηρίζεται από πολλαπλές κύστες των ωοθηκών, ενώ, στην πιο βαριά μορφή του, παράγεται υγρό στην κοιλιακή κοιλότητα και γύρω από τους πνεύμονες. Μπορεί να προκαλέσει κοιλιακούς πόνους, αύξηση βάρους, δυσκολία στην αναπνοή και, σπάνια, θάνατο. Το σύνδρομο είναι συνήθως βαρύτερο, αν η γυναίκα συλλάβει στο μήνα κατά τον οποίο λαμβάνει τη γοναδοτρόπο ορμόνη. Τα φάρμακα αυτά είναι πολύ πιο δαπανηρά και πιο ισχυρά από τα αντιοιστρογόνα.

**Χειρουργική επέμβαση των σαλπίγγων:** Όταν, στην αναζήτηση των αιτιών της υπογονιμότητας, βρεθούν ουλώδης ιστός ή συμφύσεις στις σάλπιγγες, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποκαταστήσει τη γονιμότητα. Ο ουλώδης ιστός μπορεί να περιορίζεται σε ένα μικρό τμήμα της σάλπιγγας, ενώ το υπόλοιπο μέρος να είναι εντελώς φυσιολογικό. Εάν ο ουλώδης ιστός βρίσκεται στη συμβολή της σάλπιγγας και της μήτρας, το μικρό τμήμα της σάλπιγγας που περιέχει τον ουλώδη ιστό μπορεί να

αφαιρεθεί και τα υγιή άκρα να συνενωθούν. Τα ποσοστά κύησης έπειτα από αυτή τη διαδικασία μπορεί να φτάσουν και το 50%, εάν κατά τα άλλα οι σάλπιγγες είναι φυσιολογικές και δεν υπάρχουν άλλοι παράγοντες που να προκαλούν υπογονιμότητα.

Στην περίπτωση που έχει γίνει παλαιότερα απολίνωση των σαλπίγγων, μια χειρουργική επέμβαση γνωστή ως μικροχειρουργική σαλπιγγική επαναστόμωση, θα μπορούσε να αποκαταστήσει τη γονιμότητα. Εάν κατά την προηγούμενη απολίνωση των σαλπίγγων δεν έχει αφαιρεθεί ή καταστραφεί το μεγαλύτερο μέρος των σαλπίγγων και δεν υπάρχουν άλλες πιθανές αιτίες υπογονιμότητας, ένας έμπειρος μικροχειρουργός μπορεί, με την επέμβαση αυτή, να επιτύχει ποσοστά κύησης που να φτάνουν σχεδόν το 75%.

Αν ο ουλώδης ιστός εμποδίζει το περιφερικό άκρο της σάλπιγγας, δίπλα στην ωοθήκη, η χειρουργική επέμβαση μπορεί και πάλι να έχει επιτυχία. Η εγχείρηση αυτή γίνεται μέσω του λαπαροσκοπίου και μπορεί να αποκαταστήσει τη γονιμότητα σε ποσοστό από 10% μέχρι και 60-70%, ανάλογα με την έκταση του ουλώδους ιστού. Δυστυχώς, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες για εξωμήτρια ή σαλπιγγική (ωαγωγική) κύηση μετά την επανορθωτική επέμβαση των σαλπίγγων. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της σαλπιγγικής χειρουργικής επέμβασης είναι ότι η γυναίκα μπορεί να έχει παραπάνω από μία επιτυχημένη κύηση έπειτα από μία και μόνο επιτυχή σαλπιγγική επέμβαση.

**Θεραπεία του ανεπαρκώς ανεπτυγμένου εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας:** Για μια επιτυχή ενδομήτρια κύηση είναι απαραίτητο το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας να είναι δεκτικό και υγιές. Διάφορες θεραπείες έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στη βελτίωση της κατάστασης του εσωτερικού τοιχώματος της μήτρας. Σε ορισμένες γυναίκες οι οποίες είναι υπερβολικά αδύνατες ή κάνουν εντατικές σωματικές ασκήσεις, η αύξηση του βάρους και η επαναφορά τους σε υγιείς συνήθειες διατροφής, σε συνδυασμό με τη μείωση της σωματικής άσκησης, μπορεί να επαναφέρει το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας στη φυσιολογική του κατάσταση, αυξάνοντας την παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Για άλλες, μπορεί να είναι απαραίτητα τα φάρμακα υπογονιμότητας, όπως η κλομιφαίνη και η γοναδοτροπίνη, για να προκληθεί μεγαλύτερη παραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης από τις ωοθήκες, πράγμα που με τη σειρά του βοηθάει στη βελτίωση των τοιχωμάτων της μήτρας. Τέλος, η χορήγηση προγεστερόνης με ενδομυϊκή ένεση ή κολπικό υπόθετο ή γέλη μπορεί να αποκαταστήσει τη γονιμότητα σε γυναίκες με λεπτό εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας.

**Θεραπεία προβλημάτων μεταφοράς του σπέρματος:** Αν η ποσότητα του σπέρματος που φτάνει στις σάλπιγγες μετά τη σεξουαλική σχέση είναι ανεπαρκής λόγω της αδυναμίας εκσπερμάτωσης μέσα στον κόλπο κατά τη συνουσία ή λόγω κάποιας μη φυσιολογικής αλληλεπίδρασης του σπέρματος και της βλέννας του τραχήλου, η εισαγωγή σπερματοζωαρίων κατευθείαν μέσα στη μήτρα μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχή κύηση. Η επιτυχία της ενδομήτριας εμφύτευσης προϋποθέτει καλλιέργεια του σπέρματος στο εργαστήριο. Περίπου δύο ώρες πριν από την εμφύτευση λαμβάνεται δείγμα σπέρματος με αντανισμό και τα σπερματοζωάρια χωρίζονται από το σπέρμα με μια τεχνική «καθαρισμού» του σπέρματος ή με το πέρασμα του δείγματος μέσα από ένα υλικό που επιτρέπει στα σπερματοζωάρια να «κολυπήσουν» έξω από το σπέρμα. Όταν προετοιμαστούν, τα σπερματοζωάρια τοποθετούνται στην κοιλότητα της μήτρας με τη βοήθεια ενός λεπτού καθετήρα που περνά από τον τράχηλο στη διάρκεια μιας πυελοσκοπικής εξέτασης κατά την ωορρηξία. Η διαδικασία αυτή κρατάει περίπου 30-60 δευτερόλεπτα και είναι συνήθως ανώδυνη. Αφού μείνει ξαπλωμένη στο κρεβάτι του εξεταστηρίου για 10-15 λεπτά, η γυναίκα φεύγει από το ιατρείο για να συνεχίσει τις καθημερινές δραστηριότητες της. Ο άλλος σημαντικός παράγοντας στην ενδομήτρια

εμφύτευση είναι ο σωστός συγχρονισμός. Η εμφύτευση μπορεί να γίνει περίπου 14 μέρες πριν από την επόμενη αναμενόμενη έμμηνο ρύση, στις επόμενες 18-36 ώρες έπειτα από ένα θετικό τεστ ωορρηξίας ή 36 ώρες μετά τη χορήγηση ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης για την πρόκληση ωορρηξίας. Ορισμένοι γιατροί συνηγορούν υπέρ δύο ή τριών εμφυτεύσεων κάθε μήνα.

**Θεραπεία της ενδομητρίωσης:** Η ενδομητρίωση είναι η παρουσία ιστού που σε φυσιολογικές συνθήκες καλύπτει το εσωτερικό της μήτρας σε μέρη έξω από τη μήτρα. Συνήθως βρίσκεται μέσα ή γύρω από τις ωοθήκες και τις σάλπιγγες και μπορεί να προκαλέσει κοιλιακούς πόνους και υπογονιμότητα. Ενώ παρουσιάζεται μόνο στο 3-10% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία, διαπιστώνεται στο 30-35% των υπογόνιμων γυναικών. Το πώς ακριβώς η ενδομητρίωση συμβάλλει στην υπογονιμότητα είναι άγνωστο, παρ' όλο που μπορεί να προκαλεί στείρωση ενεργοποιώντας τη δημιουργία κυστών της μήτρας και ουλώδους ιστού. Δεν είναι όλες οι γυναίκες με ενδομητρίωση υπογόνιμες.

Σε περιπτώσεις ενδομητρίωσης έχει αποδειχθεί ότι η χειρουργική επέμβαση και όχι η φαρμακευτική αγωγή αυξάνει τις πιθανότητες κύησης. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης είναι τα αντισυλληπτικά, η προγεστερόνη και ανάλογα των εκλυτικών παραγόντων του υποθαλάμου. Τα φάρμακα αυτά χρησιμεύουν περισσότερο στην αντιμετώπιση του πόνου που προκαλεί η ενδομητρίωση και, ίσως, στο να εμποδίσουν την επανεμφάνιση της και λιγότερο στη θεραπεία της υπογονιμότητας. Από μόνα τους δεν φαίνεται να βοηθούν στη γονιμότητα. Παρ' όλ' αυτά, μπορεί να φανούν χρήσιμα στη μείωση του μεγέθους της πάθησης πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή στη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης συμφύσεων ή υποτροπής της ενδομητρίωσης μετά τη χειρουργική επέμβαση. Ενώ οι περισσότερες γυναίκες δέχονται και ανταποκρίνονται καλά τη χορήγηση ενός ή περισσότερων από τα φάρμακα αυτά, καθένα έχει τις δικές του παρενέργειες, οι οποίες μπορεί να είναι πολύ ενοχλητικές για τη γυναίκα και, επομένως, να περιορίζουν τη χρησιμότητα τους. Οι κυριότερες παρενέργειες είναι εξάψεις, πονοκέφαλοι, αλλαγές διάθεσης, ακμή, τριχοφυΐα στο πρόσωπο και αύξηση βάρους.

Η πιο επιτυχής μέθοδος για τη θεραπεία της ενδομητρίωσης είναι η χειρουργική επέμβαση. Η χειρουργική αφαίρεση ή καταστροφή της ενδομητρίωσης ελαφράς μορφής μπορεί όχι μόνο να αυξήσει τη γονιμότητα, αλλά και να βοηθήσει στη μείωση των πόνων της πυέλου. Η χειρουργική αφαίρεση της εκτεταμένης ενδομητρίωσης και η αποκατάσταση των φυσιολογικών ανατομικών σχέσεων των ωοθηκών με τις σάλπιγγες μπορεί να αυξήσει θεαματικά τη γονιμότητα έτσι, σχεδόν το 50-60% των γυναικών συλλαμβάνουν μετά την επέμβαση. Ενώ οι περισσότερες επεμβάσεις για την ενδομητρίωση μπορούν να γίνουν με λαπαροσκόπιο, χωρίς να χρειαστεί νοσηλεία, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η λαπαροτομία και η μετεγχειρητική νοσηλεία.

**Θεραπεία των διαταραχών της μήτρας:** Οι διαταραχές της κοιλότητας της μήτρας μπορούν είτε να εμποδίσουν την κύηση είτε να αυξήσουν τις πιθανότητες αποβολής. Οι πιο συνήθεις διαταραχές είναι τα ινώματα, οι συμφύσεις, οι πολύποδες, καθώς και συγγενείς δυσπλασίες, όπως ένα διάφραγμα που χωρίζει την κοιλότητα στα δύο. Μια άλλη διαταραχή εμφανίζεται σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε διαιθυλοστιλβεστρόλη κατά τους τρεις πρώτους μήνες της εμβρυϊκής ζωής τους. Το εσωτερικό της μήτρας των γυναικών οι οποίες παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή έχει την όψη του γράμματος T αντί ενός ανάποδου τριγώνου. Οι γυναίκες που έχουν μήτρα σε σχήμα T εξαιτίας της έκθεσης τους σε διαιθυλοστιλβεστρόλη μπορεί να δυσκολευτούν περισσότερο να συλλάβουν και να ολοκληρώσουν μια κύηση.

Παλαιότερα, οι συμφύσεις και οι πολύποδες αντιμετωπίζονταν με διαστολή και απόξεση, ενώ τα ινώματα και οι συγγενείς δυσπλασίες αντιμετωπίζονταν με λαπαροτομία και με τη χρήση του ψαλιδιού για την αφαίρεση του μη φυσιολογικού ιστού. Σήμερα, ωστόσο, σχεδόν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις για την υπογονιμότητα γίνονται μέσω του υστεροσκοπίου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### 3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

#### 3.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχουν πάψει πλέον να είναι άγνωστες λέξεις για πολλά ζευγάρια με πρόβλημα υπογονιμότητας. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες είναι η σπερματέγχυση (IUI) και η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) με ή χωρίς μικρογονιμοποίηση (ICSI). Πολλά ζευγάρια προχωρούν σε μια τέτοια θεραπεία χωρίς να ξέρουν ποια είναι τα πραγματικά ποσοστά επιτυχίας της. Πρέπει λοιπόν να γνωρίζουν τα νούμερα αυτά για να είναι σε θέση να αποφασίζουν πιο σωστά, αλλά και για να μην πλανώνται σχετικά με την πιθανότητα εγκυμοσύνης.

Για να δοθεί το μέτρο σύγκρισης πρέπει να γίνει γνωστό πως, αν ένα φυσιολογικό ζευγάρι προσπαθεί να συλλάβει με απλή σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια των γόνιμων ημερών της γυναίκας<sup>10</sup>, με φυσιολογικό σπέρμα, σωστή παραγωγή ωαρίου και ανοιχτές και τις δύο σάλπιγγες, οι πιθανότητες να επιτευχθεί εγκυμοσύνη είναι 6%. Με άλλα λόγια κάθε μήνα που προσπαθεί μια γυναίκα να συλλάβει έχει πιθανότητες αποτυχίας 94%! Για να μην υπάρξει σύγχυση θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι πρέπει να υπάρξουν προσπάθειες για τουλάχιστον ένα χρόνο για να θεωρηθεί ότι υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας και να γίνει διερεύνηση της με τις ανάλογες εξετάσεις. Κατά συνέπεια στη διάρκεια των 12-18 μηνών προσπάθειας το ποσοστό επιτυχίας του 6% πολλαπλασιάζεται.

#### 3.2 ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ

Η σπερματέγχυση<sup>10</sup> είναι μια σχετικά απλή μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κατά την οποία επεξεργάζεται το σπέρμα, για να επιτευχθεί η βελτίωση των χαρακτηριστικών του και στην συνέχεια γίνεται η έγχυση μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, με έναν λεπτό καθετήρα. Όταν δεν γίνεται χρήση φαρμάκων για τη διέγερση των ωοθηκών, η όλη διαδικασία ονομάζεται φυσικός κύκλος. Αν γίνει ελεγχόμενη διέγερση των ωοθηκών με γοναδοτροφίνες ή χάπια κιτρικής κλομφαίνης τότε, ονομάζουμε τον κύκλο φυσικό αντίστοιχα.

Πολλά ζευγάρια πιστεύουν πως με την σπερματέγχυση λύνονται τα προβλήματα υπογονιμότητας και επίκειται η εγκυμοσύνη. Η πραγματικότητα είναι πως με τη διαδικασία αυτή βελτιώνεται πάρα πολύ το ποσοστό επιτυχία (ουσιαστικά το διπλασιάζεται ή τριπλασιάζεται ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας) αλλά και πάλι το εύρος του είναι 15-18%. Η σπερματέγχυση λοιπόν δεν είναι πανάκεια, αλλά προσφέρει σημαντικά αυξημένα ποσοστά επιτυχίας σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή. Αν συνυπολογίσουμε το χαμηλό κόστος της σπερματέγχυσης, την ευκολία της ως μεθόδου, την επαναληψιμότητά της και το γεγονός ότι είναι ατραυματική για τη γυναίκα, βλέπουμε πως τα ποσοστά επιτυχίας που παρέχει είναι ικανοποιητικά.

Θα πρέπει να σκεφτεί κανείς πως θα χρειαστούν τουλάχιστον 3 κύκλοι σπερματέγχυσης προκειμένου να έχουμε καλές πιθανότητες επιτυχίας. Πολλοί γυναικολόγοι προτείνουν 6 κύκλους σπερματέγχυσης. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει ο ειδικός να λάβει υπ' όψιν του, τόσο το λόγο της υπογονιμότητας, όσο και την ψυχολογική και οικονομική κατάσταση του ζευγαριού. Δεν είναι λίγες οι φορές όπου το ζευγάρι απογοητεύεται τόσο πολύ από τις επαναλαμβανόμενες αποτυχίες των σπερματεγχύσεων ώστε όταν έρχεται η στιγμή να προχωρήσει ένα βήμα πιο πέρα (δηλαδή στην εξωσωματική γονιμοποίηση) δεν έχει το κουράγιο και τη θέληση που χρειάζεται.

Κατά συνέπεια, ο ρόλος του γυναικολόγου που είναι ειδικευμένος στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι πολλαπλός:

1. να προτείνει την θεραπεία εκλογής,
2. να καθορίζει τη διάρκεια της,
3. να ενημερώνει το ζευγάρι για το επόμενο θεραπευτικό στάδιο σε περίπτωση αποτυχίας και
4. να λαμβάνει υπ' όψιν του τους παράγοντες εκείνους που μπορεί να οδηγήσουν το ζευγάρι σε απογοήτευση ή και απόγνωση, προτείνοντας ακόμα και ψυχολογική υποστήριξη αν χρειαστεί.

### **3.3 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ**

Ενώ η εξωσωματική γονιμοποίηση δημιουργήθηκε αρχικά για να ξεπεραστούν μη αναστρέψιμες διαταραχές των σαλίγγων, στην ουσία έχει πια εξελιχθεί σε κατάλληλη αντιμετώπιση σχεδόν όλων των μορφών υπογονιμότητας. Η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει αρκετά στάδια<sup>10</sup>. Το πρώτο στάδιο είναι η ενεργοποίηση των ωθηκών, ώστε να παραγάγουν πολλαπλά ωάρια ή ωοθυλάκια. Με τη χορήγηση κλομιφαίνης, ανθρωπίνων εμμηνοπαυσιακών γοναδοτροπινών, εκκαθαρισμένων ορμονών που ενεργοποιούν τα ωοθυλάκια (ωοθυλακίνης) ή αναλόγων των εκλυτικών παραγόντων του υποθαλάμου, οι περισσότερες γυναίκες παράγουν τουλάχιστον 4 με 6 και, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, 20-30 ώριμα ωάρια. Ο σκοπός δεν είναι να πετύχουμε το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ωαρίων, αλλά 10-12 ωάρια καλής ποιότητας, ικανά να γονιμοποιηθούν. Κατά την ενεργοποίηση με τη βοήθεια αυτών των φαρμάκων, γίνονται εξετάσεις αίματος και πυελικές εξετάσεις με υπερήχους, για να παρακολουθείται η αντίδραση των ωοθηκών.

Μόλις τα ωάρια φτάσουν τον κατάλληλο βαθμό ωριμότητας, συλλέγονται με βελόνα, η οποία εισάγεται στην πύελο από τον κόλπο και καθοδηγείται μέσω υπερήχου. Όταν συλλεχθούν τα ωάρια, στέλλονται σε ένα εμβρυολογικό εργαστήριο, όπου αναμειγνύονται με μεγάλο αριθμό σπερματοζωαρίων σε ένα μικρό

εργαστηριακό τριβλίο. Μέσα στις επόμενες 24 ώρες μπορεί να παρακολουθηθεί η γονιμοποίηση μέσω μικροσκοπίου. Τα γονιμοποιημένα ωάρια αφήνονται να χωριστούν σε 2, μετά 4, μετά 6-8 κυτταρικά έμβρυα, στις επόμενες 48-72 ώρες. Τα έμβρυα αξιολογούνται ανάλογα με την ποιότητα τους. Τα έμβρυα εκείνα που χωρίζονται γρήγορα και αποτελούνται από ξεχωριστά, στρογγυλά και ίδιου μεγέθους κύτταρα, θεωρούνται υψηλής ποιότητας και έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφύτευσης. Κατά τη μεταφορά, γίνεται μια συζήτηση με το ζευγάρι και λαμβάνεται η απόφαση σχετικά με το πόσα έμβρυα θα μεταφερθούν στη μήτρα. Σε γυναίκες νεότερες των 40 ετών, τα περισσότερα προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης μεταφέρουν δύο ή τρία έμβρυα. Η μεταφορά μεγαλύτερου αριθμού εμβρύων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον απαράδεκτο κίνδυνο μιας πολλαπλής κύησης, χωρίς σημαντική βελτίωση της πιθανότητας εγκυμοσύνης. Κατά συνέπεια, κάποιες χώρες, αλλά όχι οι ΗΠΑ, έχουν περιορίσει τον αριθμό των εμβρύων που μπορούν νομίμως να μεταφερθούν.

Η μεταφορά των εμβρύων γίνεται κατά τη διάρκεια μιας πυελικής εξέτασης, με τη χρήση ενός λεπτού, μαλακού καθετήρα. Τα έμβρυα τοποθετούνται στην άκρη του καθετήρα και ο καθετήρας περνάει ανώδυνα, από τον τράχηλο, μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Αφού μείνει για λίγο ήρεμη, η γυναίκα επιστρέφει στο σπίτι της, όπου πρέπει να παραμείνει σχετικά αδρανής για μία ή δυο μέρες. Μετά, μπορεί να επιστρέψει στις καθημερινές δραστηριότητες της. Κατά τις εβδομάδες που ακολουθούν τη μεταφορά των εμβρύων, στις περισσότερες γυναίκες χορηγείται προγεστερόνη με ενδομυϊκή ένεση ή κολπικό υπόθετο ή γέλη. Περίπου δύο εβδομάδες αργότερα, γίνεται τεστ κύησης με εξέταση αίματος. Τα τεστ κύησης με εξέταση αίματος προτιμώνται από τα απλά τεστ κύησης που γίνονται στο σπίτι, λόγω της αξιοπιστίας, της ευαισθησίας και της ικανότητας τους να διαπιστώσουν την ποσότητα της χοριακής γοναδοτροπίνης (HCG).

Τα ποσοστά επιτυχίας της τεχνητής γονιμοποίησης έχουν αυξηθεί πρόσφατα, έτσι ώστε περίπου ένας στους πέντε κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης να καταλήγει στη γέννηση ενός βρέφους. Παρ' όλ' αυτά, σε κάποια προγράμματα έχουν πρόσφατα διαπιστωθεί ποσοστά επιτυχίας 30-40% ή και ακόμη υψηλότερα ανά προσπάθεια.

Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές της τεχνητής γονιμοποίησης, που για επιλεγμένα ζευγάρια είναι απαραίτητες ή ωφέλιμες:

**Ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών.** Στην παραλλαγή αυτή, τα ωάρια που αφαιρούνται από τις ωοθήκες δεν γονιμοποιούνται στο εργαστήριο, αλλά αναμειγνύονται με τα σπερματοζωάρια και το μείγμα τοποθετείται μέσα στις σάλπιγγες κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χειρουργικής επέμβασης.

**Ενδοσαλπινγική μεταφορά ζυγωτών.** Σύμφωνα με την τεχνική αυτή, τα έμβρυα τοποθετούνται μέσα στις σάλπιγγες κατά τη διάρκεια λαπαροσκόπησης και όχι στη μήτρα κατά τη διάρκεια πυελικής εξέτασης. Τα ποσοστά επιτυχίας της ενδοσαλπινγικής μεταφοράς γαμετών και της ενδοσαλπινγικής μεταφοράς ζυγωτών είναι λίγο υψηλότερα από αυτά της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αλλά δεν είναι βέβαιο αν είναι υψηλότερα γιατί οι διαδικασίες αυτές είναι από μόνες τους πιο επιτυχείς ή επειδή εφαρμόζονται σε ένα σύνολο νεότερων και πιο γόνιμων ασθενών.

**Ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση.** Αντί για ένα απλό μείγμα ωαρίων και σπερματοζωαρίων σε ένα τριβλίο, η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την έγχυση ενός και μόνο σπερματοζωαρίου σε ένα μόνο ωοκύτταρο. Η ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση αυξάνει θεαματικά τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης, στις περιπτώσεις που προσφέρονται μόνο λίγα κινούμενα σπερματοζωάρια ή τα σπερματοζωάρια αδυνατούν να εισχωρήσουν μόνα

τους στο ωάριο. Κατά τη γνώμη πολλών, η ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση είναι η μοναδική σημαντική πρόοδος στη θεραπεία της ανδρικής υπογονιμότητας. Ευτυχώς, το ποσοστό εμφάνισης γενετικών ανωμαλιών στα παιδιά που έχουν συλληφθεί με ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση είναι περίπου 2,5-3%, δηλαδή, το ίδιο με των παιδιών τα οποία έχουν συλληφθεί με σεξουαλική σχέση. Παρ' όλ' αυτά, υπάρχει η ανησυχία ότι κάποια παιδιά που έχουν συλληφθεί με ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση μπορεί να έχουν μειωμένη γονιμότητα, λόγω της παρουσίας των ίδιων γενετικών διαταραχών οι οποίες προκάλεσαν την υπογονιμότητα του πατέρα τους.

**Υποβοηθούμενη εκκόλαψη.** Σε ορισμένες περιπτώσεις, το έμβρυο δυσκολεύεται να εμφυτευτεί στο εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας. Η υποβοηθούμενη εκκόλαψη αυξάνει τη δυνατότητα εμφύτευσης, δημιουργώντας ένα μικρό άνοιγμα σε μια μεμβράνη που ονομάζεται διαφανής ζώνη και περιβάλλει το ωάριο. Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα λίγα λεπτά πριν από τη μεταφορά των εμβρύων στη μήτρα και βοηθά τα έμβρυα να έρθουν ευκολότερα σε επαφή με το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι να εκφρασθεί το ποσοστό επιτυχίας της κάθε μεθόδου εξωσωματικής γονιμοποίησης. Παρ' όλ' αυτά, τα πιο συχνά αναφερόμενα στατιστικά στοιχεία είναι ποσοστά κλινικών κύσεων ή ζωντανών βρεφών σε γυναίκες στις οποίες έγινε συλλογή ωαρίων. Η ετήσια έκθεση της Εταιρείας για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή δημοσιεύει την αναλογία ζωντανών γεννήσεων σε κάθε λήψη ωαρίων. Όπως αναφέραμε ήδη, τα στατιστικά αυτά στοιχεία δημοσιεύονται προς χάριν υπογόνιμων ζευγαριών, τα οποία μπορεί να εξετάζουν την πιθανότητα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Παρ' όλ' αυτά, η έκθεση δηλώνει ότι τα στοιχεία αυτά δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη σύγκριση της ποιότητας των προγραμμάτων, δεδομένου ότι τα προγράμματα αυτά διαφέρουν ως προς τα κριτήρια επιλογής, την ηλικία των ασθενών και τον αριθμό των μεταφερομένων εμβρύων.

### 3.4 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η μέθοδος αυτή για τα περισσότερα ζευγάρια σημαίνει πολλά έξοδα, στρες, αναμονή, και φυσικά ιατρική επέμβαση. Το κυριότερο όμως είναι πως πολλοί πιστεύουν ότι τα ποσοστά επιτυχίας της IVF είναι εξαιρετικά υψηλά και ότι το πιθανότερο είναι πως το τέλος της θεραπείας θα τους βρει με ένα παιδί στην αγκαλιά τους.

Δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία πως ο σκοπός του γυναικολόγου που είναι ειδικευμένος στην IVF συμπίπτει με αυτόν του υπογόνιμου ζευγαριού: την τεκνοποίηση. Επιπλέον ο ειδικός πρέπει να εξασφαλίσει ότι η διαδικασία είναι ασφαλής για τη γυναίκα, σύντομη και οικονομικά προσιτή. Στα πλαίσια αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντική η επιμόρφωση του ζευγαριού και η ενημέρωση του για το τι πραγματικά σημαίνει IVF πέρα από το τεχνικό μέρος της διαδικασίας.

Με δεδομένο λοιπόν τον αριθμό εμβρύων που νόμιμα μπορούν να μεταφερθούν στη μήτρα κατά τη διαδικασία της εμβρυομεταφοράς, το τελικό δηλαδή στάδιο της IVF, το ποσοστό επιτυχίας<sup>10</sup> κυμαίνεται μεταξύ 45-48%. Τι πραγματικά σημαίνει αυτό το νούμερο;

- Το νούμερο αυτό κατ' αρχήν αναφέρεται σε γυναίκες ηλικίας μέχρι 35 ετών. Μετά από αυτήν την ηλικία τα ποσοστά επιτυχίας αρχίζουν να πέφτουν κάθε χρόνο για να φτάσουν σε γυναίκες 40 ετών γύρω στο 12% και να πέσουν εν

συνεχεία ακόμα πιο πολύ και να καταλήξουν στο 2-3% στα 44 χρόνια. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί πως τα ποσοστά αυτά, όπως και αυτά που θα ακολουθήσουν, αναφέρονται στο μέσο όρο των γυναικών, ανεξάρτητα από τα επίπεδα των ορμονών τους, τις ανατομικές ιδιαιτερότητες, τις προηγούμενες προσπάθειες και τέλος ανεξάρτητα από την ποιότητα του σπέρματος. Κάθε ζευγάρι δηλαδή, έχει τα δικά του ποσοστά επιτυχίας, τα οποία όμως είναι αδύνατον να προσδιοριστούν με ακρίβεια. Για το λόγο αυτό η εκτίμηση γίνεται κατά προσέγγιση και πάντα με βάση τα νούμερα που αναφέραμε.

- Επιπλέον έχει υπολογιστεί πως το συνολικό ποσοστό επιτυχίας για μια γυναίκα (έως 35 ετών) που θα υποβληθεί σε θεραπεία 3 φορές ανέρχεται στο 70%. Το επόμενο άγνωστο κομμάτι των ποσοστών είναι η πραγματική τους σημασία. Έστω ότι έχουμε μια γυναίκα 34 ετών. Το γενικό ποσοστό επιτυχίας για IVF είναι 45%. Τι σημαίνει αυτό; Τα ποσοστά αναφέρονται στην επίτευξη θετικού τεστ εγκυμοσύνης (βιοχημική εγκυμοσύνη) ή στη διάγνωση καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου στο υπερηχογράφημα μερικές εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας (κλινική εγκυμοσύνη). Κατά τη διάρκεια όμως των πρώτων εβδομάδων της κύησης ένα σημαντικό ποσοστό εμβρύων σταματά να αναπτύσσεται και έτσι αυτά δεν φθάνουν στο στάδιο της καρδιακής λειτουργίας. Είναι προφανές ότι το ποσοστό επιτυχίας βιοχημικής εγκυμοσύνης (biochemical pregnancy success rate) είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό της κλινικής εγκυμοσύνης (clinical pregnancy success rate).

- Τα πράγματα γίνονται πιο σύνθετα αν λάβουμε υπ' όψιν μας το ποσοστό επιτυχίας που βασίζεται στις γεννήσεις παιδιών από προσπάθειες εξωσωματικής (take home baby rate). Η κάθε γυναίκα που εγκυμονεί έχει δυστυχώς πιθανότητα αποβολής 15%. Το ποσοστό αυτό μειώνεται καθώς η εγκυμοσύνη προχωρά και το έμβρυο μεγαλώνει, αλλά και πάλι είναι διαφορετικό για κάθε έγκυο και αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία της λόγω του μεγαλύτερου ποσοστού χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Επιπλέον για γυναίκες που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση, το ποσοστό αποβολής είναι ακόμη μεγαλύτερο και φθάνει το 20%. Αυτό συμβαίνει γιατί οι γυναίκες αυτές έχουν πιο συχνά προβλήματα που μετατρέπουν μια εγκυμοσύνη σε υψηλής επικινδυνότητας (high risk pregnancy). Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως το ποσοστό που αφορά την επιτυχία της εξωσωματικής γίνεται ακόμη πιο μικρό αν αναφέρεται στην επιτυχή γέννηση ενός παιδιού.

- Ακόμη πιο πολύπλοκη γίνεται η κατάσταση αν σκεφθούμε ότι πολλές γυναίκες που ξεκινούν μια προσπάθεια δεν καταφέρνουν να φτάσουν στο στάδιο της έμβρυο μεταφοράς. Ξεκινούν δηλαδή τη διέγερση των ωοθηκών και σταματούν γιατί έχουν μειωμένη ή μηδενική ανταπόκριση στα φάρμακα, δεν συλλέγονται ωάρια κατά την ωοληψία (empty follicle syndrome), δεν επιτυγχάνεται γονιμοποίηση των ωαρίων από τα σπερματοζώαρια άρα δεν δημιουργούνται έμβρυα (failed fertilisation) και δεν είναι δυνατή η εμβρυομεταφορά λόγω ανατομικών δυσκολιών. Φυσικά οι παραπάνω λόγοι δεν ισχύουν όλοι μαζί, αλλά καθένας ξεχωριστά. Για καθέναν από αυτούς όμως τα ποσοστά επιτυχίας πέφτουν. Αν δηλαδή για την εξαγωγή συμπερασμάτων και ποσοστών επιτυχίας λαμβάνονται υπ' όψιν όλες οι γυναίκες που ξεκινούν μια προσπάθεια εξωσωματικής, τότε αυτά είναι σαφώς χαμηλότερα απ' ότι αν βασίζονται στις γυναίκες που έχουν επιτυχημένη εμβρυομεταφορά, γιατί οι τελευταίες έχουν ξεπεράσει τους κινδύνους εγκατάλειψης της προσπάθειας.



- Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η ποιότητα των εμβρύων. Όσο πιο καλή είναι η μορφολογία τους τόσο ανεβαίνει το ποσοστό επιτυχίας.

Το συμπέρασμα είναι πως τα ποσοστά επιτυχίας είναι διαφορετικά για κάθε περίπτωση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το φαινόμενο της χρήσης της στατιστικής προς όφελος μας είναι πλέον αρκετά διαδεδομένο σε πολλές επιστήμες (οικονομία, πολιτική) και πρέπει κάποιος να είναι πολύ προσεκτικός, είτε είναι ο γιατρός, είτε ο ασθενής. Στην πρώτη περίπτωση η ευθύνη της δημιουργίας αβάσιμων ελπίδων είναι σημαντική. Στη δεύτερη, το ζευγάρι έχει δικαίωμα να γνωρίζει τα πραγματικά ποσοστά επιτυχίας της προσπάθειας του και όχι ένα αυθαίρετο νούμερο που βγαίνει μέσα από διεθνείς στατιστικές που δεν έχουν σχέση με τις ιδιαιτερότητες του, αλλά ούτε και με τη συγκεκριμένη Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Τα παραπάνω δεν σημαίνουν φυσικά ότι οι διεθνείς στατιστικές είναι άχρηστες. Αντίθετα, οι αριθμοί που δίνουν είναι πολύ έγκυροι γιατί βασίζονται σε μεγάλα στατιστικά δείγματα ασθενών. Στη χώρα μας, που έχει μικρό πληθυσμό είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν μεγάλες στατιστικές μελέτες. Είναι όμως σημαντικό να εξηγούνται τόσο τα γενικά ποσοστά επιτυχίας, όσο και αυτά που αφορούν τη συγκεκριμένη Μονάδα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, χωρίς να παραλείπονται διαφοροποιήσεις τους, λόγω ιδιαιτεροτήτων της υπογονιμότητας του ζευγαριού. Εν κατακλείδι, αυτό που πρέπει πρωτίστως να αντιληφθεί το υπογόνιμο 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. Ελπίδα όλων είναι σύντομα να φτάσουμε στο σημείο, ώστε το ζευγάρι με την κατάλληλη θεραπεία να έχει μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχημένης εγκυμοσύνης απ' ότι σήμερα. Σκοπός είναι δηλαδή να ξεπεραστεί το 50% στην πλειοψηφία των θεραπειών δίνοντας έτσι ένα ακόμη κίνητρο για την έναρξη της θεραπείας και κάνοντας την ψυχολογικά πιο ήπια και οικονομικά πιο συμφέρουσα.

### 3.5 ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΡΙΤΟΥ

Πολλά άτομα που δεν μπορούν να παράγουν τα δικά τους σπερματοζώαρια ή ωάρια, επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά. Ενώ μία εναλλακτική λύση είναι η υιοθεσία, ορισμένα ζευγάρια αποφασίζουν να χρησιμοποιήσουν σπερματοζώαρια ή ωάρια γνωστού ή ανώνυμου δότη. Στην περίπτωση μιας γυναίκας της οποίας ο σύντροφος είναι στείρος, σπέρμα δότη μπορεί να εμφυτευτεί στον τράχηλο ή στη μήτρα της, με αρκετές πιθανότητες επιτυχίας<sup>10</sup>. Υπάρχουν πολλές εμπορικές τράπεζες σπέρματος που παρέχουν σπέρμα από δότες, οι οποίοι έχουν εξεταστεί για γενετικές παθήσεις, φλεγμονές και άλλα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Το σπέρμα καταψύχεται και φυλάσσεται σε καραντίνα για 6 μήνες, ενώ μετά αποψύχεται για την εμφύτευση κάθε μήνα τις μέρες της ωορρηξίας. Εάν η στείρα γυναίκα πάσχει από διαταραχή ή απουσία των σαλπίνγων, το σπέρμα του δότη μπορεί, επίσης, να χρησιμοποιηθεί για εξωσωματική γονιμοποίηση και τα ωάρια της γυναίκας να γονιμοποιηθούν στο εργαστήριο.

Στην περίπτωση ενός άνδρα του οποίου η γυναίκα δεν παράγει ωάρια ή δεν έχει μήτρα, μια χρήσιμη εναλλακτική λύση είναι η απλή υποκατάσταση. Στην απλή υποκατάσταση, χρησιμοποιείται το σπέρμα του συζύγου και εμφυτεύεται σε μια

γυναίκα, που λέγεται υποκαταστάτρια, και η οποία έχει προσφερθεί εθελοντικά να μείνει έγκυος και να γεννήσει ένα παιδί, το οποίο μετά θα δώσει στο στείρο ζευγάρι για υιοθεσία. Η διαδικασία αυτή είναι σχετικά απλή ιατρικά και πολύ απλούστερη από την άλλη εναλλακτική λύση, τη δωρεά ωοκυττάρων, για μια γυναίκα που δεν παράγει ωάρια. Στη δωρεά ωοκυττάρων, μια γυναίκα, που λέγεται δότρια ωαρίων ή ωοκυττάρων, προσφέρεται εθελοντικά να υποβληθεί σε αγωγή με φάρμακα υπογονιμότητας και να της αφαιρεθούν τα ωοκύτταρα, ακριβώς σαν να έκανε εξωσωματική γονιμοποίηση. Ύστερα, τα ωάρια της γονιμοποιούνται με τα σπερματοζωάρια του συζύγου της στείρας γυναίκας. Τα γονιμοποιημένα ωάρια μεταφέρονται στη μήτρα της στείρας γυναίκας, ώστε να φέρει εις πέρας την κύηση και να γεννήσει το βρέφος.

Τέλος, στην περίπτωση μιας γυναίκας η οποία δεν έχει μήτρα, αλλά οι (ωοθήκες της λειτουργούν φυσιολογικά, υπάρχει η λύση της υποκατάστασης ή φέρουσας μητέρας. Στην υποκατάστατη κύηση, η στείρα γυναίκα λαμβάνει φάρμακα γονιμότητας και υποβάλλεται σε αφαίρεση των ωαρίων της σαν να έκανε εξωσωματική γονιμοποίηση. Τα ωάρια της γονιμοποιούνται με τα σπερματοζωάρια του συζύγου της, αλλά τα έμβρυα που θα προκύψουν μεταφέρονται στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, που λέγεται φέρουσα μητέρα. Μετά τη γέννηση του βρέφους, το στείρο ζευγάρι αποκτά τη νόμιμη κηδεμονία του. Η διαδικασία αυτή είναι προφανώς πιο περίπλοκη από τη γονιμοποίηση μιας υποκαταστάτριας, αλλά δίνει τη δυνατότητα στο στείρο ζευγάρι να αποκτήσει ένα παιδί που προέρχεται αποκλειστικά από τα δικά του γονίδια.

Επομένως, είναι δυνατόν και για γυναίκες χωρίς μήτρα ή λειτουργικές ωοθήκες και για άνδρες χωρίς σπέρμα να ξεπεράσουν την ατεκνία τους, χρησιμοποιώντας τις νέες αναπαραγωγικές τεχνολογίες ή και κάποιον τρίτο.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### **4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ**

#### **4.1 ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

Για τους περισσότερους ανθρώπους, η απόκτηση ενός παιδιού είναι ένα καθοριστικό ορόσημο στην εξέλιξη τους, το οποίο σηματοδοτεί την είσοδο τους στον κοινωνικό κόσμο των ενηλίκων. Τα περισσότερα ζευγάρια θεωρούν δεδομένο ότι θα μπορέσουν να συλλάβουν χωρίς ιδιαίτερες προσπάθειες, όποτε το θελήσουν. Όταν, όμως, προσπαθούν να συλλάβουν χωρίς αποτέλεσμα, αντιμετωπίζουν, για πρώτη φορά ίσως στη ζωή τους, αδυναμία να πραγματοποιήσουν έναν ιδιαίτερα επιθυμητό σκοπό<sup>10</sup>. Αυτό, κατά συνέπεια, αρχίζει να διαστρεβλώνει την προηγούμενη πεποίθησή τους ότι μπορούν να πραγματοποιήσουν οποιονδήποτε στόχο τους, αρκεί να δουλέψουν σκληρά γι' αυτό. Τότε το ζευγάρι αρχίζει τη θεραπεία και βρίσκεται μπροστά σε έναν καινούργιο κόσμο τεχνολογίας, εισβολής στη σεξουαλική και αναπαραγωγική ζωή, περιοδικών θεραπευτικών απαιτήσεων, οικονομικής πίεσης, απουσιών από την εργασία και σχετικά χαμηλών ποσοστών επιτυχίας από προσπάθεια σε προσπάθεια. Όλοι αυτοί οι παράγοντες, με την πάροδο του χρόνου, μειώνουν την αυτοεκτίμησή,

προκαλούν πιέσεις σε έναν μέχρι τότε σταθερό γάμο και, σε γενικές γραμμές, καταστρέφουν τη ζωή ενός ζευγαριού. Για τα άτομα που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τέτοιες καταστάσεις, οι πιέσεις αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές ή σεξουαλική δυσλειτουργία. Για όσους μπορούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση και πάλι αλλάζουν όλα τα δεδομένα στη ζωή τους και αναγκάζονται να αμφισβητήσουν τις προηγούμενες απόψεις τους για τη ζωή τους, το ρόλο τους στη ζωή και την πίστη τους σε έναν κόσμο προβλέψιμο και δίκαιο. Ο πρωταρχικός στόχος της ψυχολογικής συμβουλευτικής είναι η βοήθεια στην αντιμετώπιση των τεράστιων ψυχολογικών συνεπειών της υπογονιμότητας και της θεραπείας της. Ένας δεύτερος λόγος που στηρίζει τη χρήση ψυχολογικής συμβουλευτικής σε ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας είναι η ικανοποίηση του ασθενούς. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι όταν πιστεύουν ότι ο γιατρός τους προσέχει τόσο την ψυχολογική όσο και τη σωματική τους υγεία. Παρόλο που ορισμένοι γιατροί εξακολουθούν να πιστεύουν ότι θα προσβάλουν τους ασθενείς τους αν τους προτείνουν ψυχολογική συμβουλευτική, οι περισσότεροι ασθενείς καλωσορίζουν μια τέτοια ευκαιρία και, χάρη σ' αυτή, νιώθουν πιο ικανοποιημένοι από τη γενικότερη φροντίδα που τους παρέχεται.

#### **4.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ**

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις όσον αφορά το γεγονός ότι η εμπειρία της υπογονιμότητας ασκεί διαφορετική επίδραση στους άνδρες από αυτήν που ασκεί στις γυναίκες. Οι γυναίκες ανησυχούν συνήθως περισσότερο ότι κάτι δεν πάει καλά, προτού ακόμη αναζητήσουν θεραπεία, εκείνες ξεκινούν τη συζήτηση με το σύντροφο τους και, συνήθως, εκείνες αναλαμβάνουν την ευθύνη όταν οι προσπάθειες να συλλάβουν αποβαίνουν άκαρπες<sup>16</sup>. Σε μια πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι, κατά τη διάρκεια των εξετάσεων ή της θεραπείας για υπογονιμότητα, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής έντασης από τους άνδρες, σε μετρήσεις που έγιναν σχετικά με το άγχος (7 στις 13 μελέτες), την κατάθλιψη (4 στις 7 μελέτες), την αυτοεκτίμηση (3 στις 4 μελέτες) και την ψυχολογική προσαρμογή (6 στις 14 μελέτες)<sup>17</sup>. Σύμφωνα με τις παραπάνω μετρήσεις, σε καμία από τις μελέτες δεν διαπιστώθηκε ότι οι υπογόνιμοι άνδρες βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση από τις υπογόνιμες γυναίκες.

Αυτό που παραμένει αδιευκρίνιστο είναι κατά πόσον επηρεάζεται το ζευγάρι ως ενότητα. Ως ομάδα, τα υπογόνιμα ζευγάρια αναφέρουν φυσιολογικά επίπεδα συζυγικής σχέσης<sup>18</sup>. Ωστόσο, ορισμένα ζευγάρια παραπονέθηκαν για επιδείνωση της συζυγικής λειτουργίας<sup>19</sup>, ενώ άλλα δήλωσαν ότι η κρίση της υπογονιμότητας βελτίωσε τη συζυγική επικοινωνία και, κατά συνέπεια, και τη συναισθηματική επαφή<sup>20</sup>. Άλλοι πάλι θεώρησαν ότι μπορεί να επηρεαστεί η σεξουαλική σχέση του ζευγαριού, αλλά η ικανοποίηση από το γάμο παραμένει αναλλοίωτη<sup>21</sup>.

#### **4.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Παρόλο που η πλειονότητα των ασθενών δεν παρουσιάζει εμφανείς ψυχικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της ακούσιας ατεκνίας, οι ερευνητές έχουν καταγράψει

συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης<sup>22</sup>, συζυγικές δυσκολίες και αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία<sup>23</sup> κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία της υπογονιμότητας. Τα αποτελέσματα διαφόρων μελετών δείχνουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο στρες από τους άνδρες σε σχέση με το πρόβλημα υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν<sup>24</sup> και είναι αυτές που ανησυχούν περισσότερο, κατηγορούν τον εαυτό τους περισσότερο και αναλαμβάνουν πιο ενεργά την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων<sup>25</sup>. Επίσης, κατά τις διάφορες φάσεις της υπογονιμότητας, οι γυναίκες και οι άνδρες φαίνεται ότι χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Ο Lee<sup>26</sup> τόνισε ότι και για τους άνδρες υπάρχουν ιδιαίτερα ψυχολογικά ζητήματα και συναισθήματα απέναντι στην ανδρική υπογονιμότητα, τα οποία πρέπει να κατανοηθούν καλύτερα και να εξετασθούν. Είναι σίγουρο ότι έχουν γραφτεί πολλά για την ψυχοκοινωνική εμπειρία της υπογονιμότητας, από την οπτική γωνία των γυναικών<sup>27</sup>, ελάχιστα, όμως, από την πλευρά των ανδρών. Ο Lee υποστήριξε ότι οι άνδρες δεν ξεκινούν ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν μια κρίση ή μια απώλεια, αλλά περισσότερο για να αντλήσουν βοήθεια στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών εντάσεων που προκαλεί η θεραπεία. Συνήθως οι άνδρες καταφεύγουν στη συμβουλευτική και λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην κατανόηση και στον αποτελεσματικό έλεγχο του άγχους και της συναισθηματικότητας της συντρόφου τους απέναντι στην υπογονιμότητα. Επομένως, δεν είναι η κρίση της υπογονιμότητας αυτή καθαυτή που οδηγεί τους άνδρες στην ψυχοθεραπεία, αλλά η επακόλουθη κρίση στη σχέση του ζευγαριού.

Όταν, όμως, η υπογονιμότητα οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα, οι άνδρες είναι πιθανό να παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, απώλεια εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, αισθήματα ανεπάρκειας, απομόνωσης, μοναξιάς, ενοχής, φόβου, θυμού, ντροπής, απογοήτευσης κ.λπ.<sup>26</sup>. Δεν είναι μόνο η διάγνωση της ανδρικής υπογονιμότητας που συγκλονίζει, αλλά ανατρέπεται και ολόκληρη η ανδρική ιδεολογία. Επομένως, ανατρέπεται ολόκληρη η ιδέα του «είμαι άνδρας» (ανδρισμός) και απειλούνται τα πιστεύω ενός άνδρα, ενώ ο ίδιος εισέρχεται σε μια κατάσταση συναισθηματικής κρίσης.

Παρ' όλες τις προόδους του φεμινιστικού κινήματος, εξακολουθούν να υπάρχουν σαφείς πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εικόνα που έχουν οι άνδρες και οι γυναίκες για τον εαυτό τους ως γονείς. Ανεξάρτητα από άλλους κυρίαρχους στόχους και προσδοκίες, το κοινωνικό μήνυμα είναι σαφές: η μητρότητα είναι η πρωταρχική δουλειά στη ζωή μιας γυναίκας. Για τους άνδρες, οι προσδοκίες σχετικά με την πατρότητα και τη δημιουργία οικογένειας είναι πιο σαφείς. Οι Newton και Houle<sup>25</sup>, διατύπωσαν την άποψη ότι οι άνδρες φαίνεται να δέχονται πιο εύκολα το ενδεχόμενο της ατεκνίας και είναι πιο πρόθυμοι από τις γυναίκες να σταματήσουν τη θεραπεία, ακόμη και όταν η υπογονιμότητα οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Φαίνεται πως οι αντιδράσεις των ανδρών προς την υπογονιμότητα προσεγγίζουν αυτές των γυναικών μόνο στην περίπτωση που η υπογονιμότητα αποδίδεται αποκλειστικά στον ανδρικό παράγοντα<sup>28</sup>.

#### **4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΣΕ ΑΝΤΙΔΙΑΣΤΟΛΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

Έρευνες για τις διαφορές των δύο φύλων στις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα δείχνουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τους άνδρες<sup>3</sup>. Σε μια ανασκόπηση των εμπειρικών ερευνών για τις διαφορές

μεταξύ των δύο φύλων, ο Wright και οι συνεργάτες του<sup>29</sup> συμπέραναν ότι οι γυναίκες έχουν μια τάση να επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες από την εμπειρία της ατεκνίας και της θεραπείας της, ακόμη και όταν η διάγνωση της υπογονιμότητας δεν αφορά τις ίδιες<sup>30</sup>. Ωστόσο, οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες θα ζητήσουν πιο εύκολα πληροφορίες ή βοήθεια και που θα βρουν πιθανή κοινωνική υποστήριξη από άλλες πηγές έξω από το γάμο<sup>3</sup>. Η διάγνωση της υπογονιμότητας φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα της ψυχολογικής προσαρμογής των ανδρών στην ατεκνία, γιατί, αν η υπογονιμότητα οφείλεται στους ίδιους, παρουσιάζουν πιο έντονες αρνητικές αντιδράσεις, μεταξύ των οποίων, αίσθηση στίγματος, απώλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης<sup>30</sup>. Επίσης, οι άνδρες τείνουν να κάνουν περισσότερα αυτοσαρκαστικά σχόλια, εάν η ατεκνία οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επακόλουθων της υπογονιμότητας, πιο συχνά οι άνδρες χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως είναι η άρνηση, η απομάκρυνση, η αποφυγή του προβλήματος και το κλείσιμο στον εαυτό τους, ενώ σπάνια θα αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη ή συμβουλευτική αγωγή<sup>32</sup>. Μια διαχρονική έρευνα για την ανδρική υπογονιμότητα έδειξε ότι η «στρατηγική» αντιμετώπισης της υπογονιμότητας σε αρχικά στάδια είχε άμεσο αντίκτυπο στη μετέπειτα προσαρμογή: οι άνδρες που βρήκαν υποκατάστατο φροντίζοντας ένα αντικείμενο (π.χ., στο σπίτι, σ' ένα κατοικίδιο, στον κήπο) ή κάποιο παιδί (π.χ., αναλαμβάνοντας μια ομάδα νέων στην εκκλησία) κατά την περίοδο αυτή, είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν πατέρες, ενώ εκείνοι που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα (π.χ., body building) δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν παιδί ως τη μέση ηλικία<sup>33</sup>.

#### **4.5 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

Αν και τα περισσότερα ζευγάρια μπορεί να μη αναφέρουν δυσαρέσκεια από το γάμο ή συγκρούσεις σε αυτό το στάδιο, είναι μια σημαντική ευκαιρία να προληφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν πιθανά μελλοντικά προβλήματα. Αυτό μπορεί να έχει μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα αν το ζευγάρι έχει διαμετρικά αντίθετους τρόπους αντιμετώπισης. Στα υπογόνιμα ζευγάρια, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να επιζητήσουν κοινωνική υποστήριξη και να καταφύγουν σε κάποιες στρατηγικές φυγής / αποφυγής (προσδοκία, ελπίδα, φαντασίωση, κοινωνική αποφυγή). Αντίθετα, οι άνδρες συνήθως αποστασιοποιούνται με γνωστικούς αντιπερισπασμούς, ελέγχουν τα συναισθήματα τους και αντιμετωπίζουν τη υπογονιμότητα πρακτικά, ως πρόβλημα που χρειάζεται να λυθεί<sup>16</sup>. Τα ζευγάρια που δεν μπορούν να αναγνωρίσουν αυτές τις διαφορές και να προσαρμοστούν σε αυτές, ενδέχεται να παρερμηνεύσουν τις αντιδράσεις του συντρόφου τους και να τους αποδώσουν αρνητικές διαστάσεις. Για παράδειγμα, ο σύζυγος μπορεί να αντιμετωπίζει το πρόβλημα αποφεύγοντας το ή με συναισθηματική αποστασιοποίηση και αυτοέλεγχο, ενώ η σύζυγος να επιθυμεί να συζητήσει το πρόβλημα και να εκφράσει τα συναισθήματα της. Έτσι, όταν η θεραπεία αποτύχει, εκείνος μπορεί να εκλάβει την αντίδραση της γυναίκας του ως υπερβολική και να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι εκείνη ασχολείται υπερβολικά με το θέμα της υπογονιμότητας και ότι υποτιμά τη σχέση τους. Εκείνη, με τη σειρά της, μπορεί να πιστέψει ότι το θέμα δεν τον επηρεάζει συναισθηματικά και, επομένως, ότι είναι αναισθητος, ότι δεν ενδιαφέρεται ή ότι δεν συμμετέχει. Αντί οι δύο σύντροφοι να παραιτούνται μπροστά στις διαφορές αυτές και να αποδέχονται μια συναισθηματική

απόσταση μεταξύ τους, είναι προτιμότερο να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον, μαθαίνοντας να προσαρμόζονται στους τρόπους αντίδρασης του συντρόφου τους.

#### **4.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Τα τελευταία 20 χρόνια η τεχνητή γονιμοποίηση μετατράπηκε από πειραματική διαδικασία σε αποδεκτή ιατρική θεραπεία, με αποτέλεσμα τη γέννηση 15.000 βρεφών παγκοσμίως. Ωστόσο, παρόλες τις προόδους, η τεχνητή γονιμοποίηση και οι παραλλαγές της εξακολουθούν να έχουν ελάχιστα ποσοστά επιτυχίας, συνήθως κάτω από 20%. Το 1993, για παράδειγμα, το 81,2% των προσπαθειών τεχνητής γονιμοποίησης δεν κατέληξαν σε εγκυμοσύνη. Ενώ ακόμη και δέκα μόνο χρόνια νωρίτερα, η τεχνητή γονιμοποίηση αποτελούσε την τελευταία εναλλακτική λύση για τα άτεκνα ζευγάρια, αυτή τη στιγμή, οι παραλλαγές της τεχνητής γονιμοποίησης, συμπεριλαμβανομένης και της αναπαραγωγής με την παρέμβαση τρίτου (π.χ., γαμέτες δότη, δάνεια μήτρα) και των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (π.χ., ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος) διατίθενται όλο και περισσότερο. Παρ' όλ' αυτά, αυτές οι εναλλακτικές λύσεις μεταβάλλουν την παραδοσιακή έννοια της τεκνοποίησης και ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο το έμβρυο, την υγεία της μητέρας και τη συναισθηματική και συζυγική ισορροπία, καθώς και να προκαλέσουν άγνωστες γενετικές διαταραχές. Για το λόγο αυτό, μεγάλος αριθμός ερευνών μελετά την ψυχική υγεία πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την υποβοηθούμενη γονιμοποίηση, για να εκτιμηθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες ως μεσολαβητικές δυνάμεις των επιτυχιών εκβάσεων και οι ψυχολογικές αντιδράσεις στις ανεπιτυχείς εκβάσεις.

Έρευνες έδειξαν ότι, τα άτομα που κάνουν χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχολογικές διαταραχές, αν και είναι πιθανή η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, στενοχώριας ή θλίψης στην περίπτωση που η διαδικασία αποδειχθεί ανεπιτυχής<sup>34</sup>. Στους παράγοντες που συμβάλλουν στη συναισθηματική κατάπτωση έπειτα από μια ανεπιτυχή εξωσωματική γονιμοποίηση και εμβρυομεταφορά, συμπεριλαμβάνονται η πεποίθηση ότι η συγκεκριμένη λύση είναι η τελευταία ελπίδα για να αποκτήσει το ζευγάρι βιολογικό απόγονο, η προϋπαρξη ψυχολογικών παθήσεων και η υπερεκτίμηση της προσωπικής επιτυχίας<sup>35</sup>. Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η ψυχική διάθεση (άγχος, κατάθλιψη ή στενοχώρια) παρουσιάζει διακυμάνσεις τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες κατά την πρόοδο μιας θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής: το άγχος και η μελαγχολία αυξάνονται κατά την ωοληγία, μειώνονται κατά την εμβρυομεταφορά, για να αυξηθούν και πάλι την ημέρα του τεστ εγκυμοσύνης. Ωστόσο, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων φαίνεται να μειώνεται με την επανάληψη των προσπαθειών<sup>36</sup>.

#### **4.7 ΑΓΧΟΣ, ΕΝΟΧΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΣΕΙΣ**

Η διάδοση της αντισύλληψης δημιούργησε τη ψευδαίσθηση ότι, η αναπαραγωγική διαδικασία ελέγχεται απολύτως από την επιθυμία του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί. Έτσι όταν το ζευγάρι σταματούσε την αντισύλληψη, νόμιζε ότι θα αποκτούσε παιδί. Όταν δεν πραγματοποιείται η εγκυμοσύνη τότε δημιουργείται και η

υποψία της υπογονιμότητας και το ζευγάρι επισκέπτεται το γιατρό πολλές φορές πρόωρα. Συχνά, τα υπογόνιμα ζευγάρια ανατρέχουν στο παρελθόν, ψάχνοντας για τις αιτίες που κατά την άποψη τους θα δικαιολογήσουν γιατί δε μπορούν να αποκτήσουν παιδί. Πιθανόν έτσι θα οδηγηθούν σε σκέψεις όπως ότι πρόκειται για τιμωρία για αμαρτωλές τους συμπεριφορές όπως π.χ. μια εξωσυζυγική σχέση ή και μια έκτρωση. Μόλις πληροφορηθούν τη διάγνωση, αρνούνται ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα, στη συνέχεια νιώθουν θυμό και θλίψη και τελικά, επέρχεται η αποδοχή της υπογονιμότητας. Η εμπειρία της υπογονιμότητας οδηγεί πολλά ζευγάρια σε κρίση. Ολόκληρη η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από προσπάθειες για επίτευξη εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα να παραμελούν τις άλλες τους ανάγκες. Για πολλά ζευγάρια ακόμα και η ευχάριστη εμπειρία της σεξουαλικότητας γίνεται προβλέψιμη, προγραμματισμένη και καθόλου συναρπαστική. Στοχεύει μόνο στη τεκνοποίηση. Το στρες που προκαλεί η υπογονιμότητα αυξάνει τις σεξουαλικές συγκρούσεις και μειώνει τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, καθώς και τη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών. Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα οξύ ψυχολογικό πρόβλημα που επηρεάζει όλες τις πτυχές ενός ατόμου και ενός ζευγαριού. Τα ζευγάρια αυτά συχνά εκφράζουν συναισθήματα ελαττωματικότητας, ανεπάρκειας και κατωτερότητας<sup>37</sup>.

Τα περισσότερα άτομα θεωρούν ότι, είναι ικανά ν' αποκτήσουν παιδιά, έτσι η εμφάνιση της υπογονιμότητας τ' αναστατώνει ή δεν την αποδέχονται. Η τεκνοποιία και η ανατροφή παιδιών αποτελούν, εκτός από βιολογικές και κοινωνικές επιταγές. Η κοινωνία περνά σε μας την αξίωση ότι θα τεκνοποιήσουμε ως ένα φυσιολογικό τμήμα της παιδικής μας ανάπτυξης, έτσι ο στόχος απόκτησης παιδιών γίνεται «έμφυτος» στόχος. Αρκετά ζευγάρια ξοδεύουν μεγάλο μέρος του χρόνου τους σκεπτόμενα πότε θα κάνουν παιδιά.

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. Τα άτομα με υπογονιμότητα μπορεί να νιώθουν ανάξιοι σε πολλούς τομείς του εαυτού τους (π.χ. 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.

Το δίλημμα μεταξύ της εκπλήρωσης του στόχου «εγκυμοσύνης» και της αποδοχής της αναστολής του στόχου, είτε της μόνιμης υπογονιμότητας, είναι το πιο ψυχοπιεστικό μέρος του χειρισμού της υπογονιμότητας και προκαλεί κατάθλιψη. Μελετητές βρήκαν ότι το 66% των γυναικών και το 44% των ανδρών ανέφεραν κατάθλιψη μετά από αποτυχημένη θεραπεία. Από πολύ νωρίς, η στειρότητα σταθερά καταστρέφει την φυσικότητα του «θαύματος της σύλληψης», χωρίς την ιατρική παρέμβαση. Ακόμα και για τα ζευγάρια που τέλειωσε η θεραπεία τους, με σύλληψη από μόνοι τους, η εμπειρία της στειρότητας μεταβάλλει τις πεποιθήσεις τους για τη σύλληψη, που είναι φυσική συνέπεια της συνουσίας. Εκτός από τις μεταβολές στις πεποιθήσεις, μερικά άτομα βιώνουν την υπογονιμότητα σαν το χαμό ενός υποθετικού παιδιού. Δεν είναι υποχρεωτικό να βιώσουν ένα θνησιγενές νεογνό ή μια αποβολή για να νιώσουν πως ένα παιδί τους χάθηκε. Για τα άτομα αυτά, το παιδί που είχαν προγραμματίσει, είχαν ονειρευτεί, περιγράψει, του είχαν δώσει ακόμη και όνομα δεν θα έρθει.

Οι αποτυχημένες προσπάθειες για σύλληψη, το υψηλό κόστος των θεραπευτικών προσπαθειών, οι συχνές πιέσεις γονιών και συγγενών που πιέζουν για παιδιά, κάνουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας ένα έντονο στρες. Εκτός των άλλων τα άτομα με υπογονιμότητα αναφέρουν ότι οι ιατρικές διαδικασίες, οι εξετάσεις οι θεραπευτικές προσπάθειες, αλλά και οι ενδεχόμενες επανειλημμένες αποτυχίες τους ταλαιπωρούν. Το στρες της υπογονιμότητας και των θεραπευτικών προσπαθειών της, μπορεί να είναι μια βασική αιτία για μια ποικιλία σεξουαλικών προβλημάτων και δυσκολιών και να θέσουν υπό δοκιμασία τις γενικότερες σχέσεις τους.

#### 4.8 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ

Έχει τονισθεί ότι, για τους περισσότερους ανθρώπους, η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με τη συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής: εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μια μορφή αθανασίας<sup>38</sup>. Η ανικανότητα απόκτησης ενός παιδιού γίνεται η αφορμή για μια μάλλον απροσδόκητη κρίση ζωής, για την αντιμετώπιση της οποίας πολλά ζευγάρια ή άτομα είναι απροετοίμαστα.

Για τους περισσότερους άνδρες και γυναίκες, η σύλληψη και η γέννηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζει την αντίληψη που είχαν σε όλη τους τη ζωή για τη θηλυκότητα και τον ανδρισμό, την ταυτότητα του φύλου τους και, τελικά, το νόημα της ζωής. Η κύηση και η απόκτηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζουν την έννοια της «παραγωγικότητας» του Erickson<sup>39</sup> και συχνά αποτελούν τα θεμέλια στα οποία ένα ζευγάρι χτίζει μια σχέση. Οι Benedek και Bibring<sup>40</sup> περιέγραψαν πώς με την κύηση το άτομο εισέρχεται σε μια νέα αναπτυξιακή φάση και ότι η στέρηση της ευκαιρίας για απόκτηση παιδιού, λόγω της υπογονιμότητας, μπορεί να προκαλέσει διακοπή της ανάπτυξης, η οποία οδηγεί σε στασιμότητα. Όταν οι προσπάθειες για την απόκτηση ενός παιδιού αποτυγχάνουν, η ζωή «μπαίνει στην αναμονή» και πολλά υπογόνιμα άτομα μένουν με μια βαθιά αίσθηση ενοχής, αυτοκατηγορίας και ανεπάρκειας. Συχνά παρουσιάζεται μια άκαρπη, αλλά συνεχής ανασκόπηση των γεγονότων του παρελθόντος, τα οποία εκλαμβάνονται ως αιτίες που οδήγησαν στην υπογονιμότητα. Η αναδρομή αυτή μπορεί να συνοδεύεται από εσωτερικούς μονόλογους, οι οποίοι συχνά ξεκινούν με τη φράση «Αν...».

Όσον αφορά τις γυναίκες, η Klempner<sup>41</sup> υποστήριξε ότι, από ψυχαναλυτική άποψη, η ταύτιση με τη μητέρα δημιουργεί ένα υπόβαθρο γονεϊκότητας και η υπογονιμότητα στερεί την ευκαιρία αναπλήρωσης ή επανόρθωσης παλαιότερων μητρικών αποτυχιών. Πρόσθεσε ότι, όταν η ταύτιση με το μητρικό αντικείμενο διακοπεί για τις γυναίκες, προκαλείται μια αλλαγή της αναπαράστασης του εαυτού και του αντικειμένου. Οι Notman και Lester<sup>42</sup> σημειώνουν πως το να γνωρίζει μια γυναίκα ότι μπορεί να κάνει παιδιά είναι ουσιαστικό για την ανάπτυξη της ιδέας της θηλυκότητας, την ταυτότητα της ως γυναίκας και την αυτοεκτίμησή της. Από την άλλη μεριά, η Bassin<sup>43</sup> τόνισε ότι, παρόλο που η χρήση της τεχνολογίας αναπαραγωγής μπορεί να είναι τραυματική για μια γυναίκα, δεν χρειάζεται να έχει καταστρεπτικό, συμβολικό χαρακτήρα γι' αυτήν. Η εξάρτηση από την ιατρική τεχνολογία αναπαραγωγής μπορεί να αποτελεί μια προσωρινή προσβολή προς το γυναικείο ναρκισσισμό, γιατί διαψεύει την προσδοκία της γυναίκας να δημιουργήσει μια ζωή μέσα στο σώμα της. Παρ' όλ' αυτά, γνωρίζουμε ότι οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά προς την όλη εμπειρία της υπογονιμότητας, ανάλογα με την εσωτερική ψυχολογική οργάνωση τους και την αίσθηση του εαυτού τους ως γυναικών<sup>43</sup>.



Επίσης, πολλές γυναίκες, είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα, πιστεύουν ότι η μητρότητα μπορεί να είναι επανορθωτική. Η Benedek<sup>44</sup> τόνισε ότι η απόκτηση παιδιού δίνει την ευκαιρία στους ενήλικους να ξαναπεράσουν και να κερδίσουν τον έλεγχο πρώιμων αναπτυξιακών σταδίων, καθώς τα ξαναζούν μαζί με τα παιδιά τους. Για ορισμένες γυναίκες, η δημιουργία και η διεργασία της μητρότητας οδηγεί σε μια εκ νέου ταύτιση με τα θετικά στοιχεία των μητέρων τους, τα οποία είχαν απορρίψει σε παλαιότερες προσπάθειες να τις αποχωριστούν.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **5. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ**

#### **5.1 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Η συμβουλευτική υπογονιμότητας είναι ένας νέος και αναπτυσσόμενος κλάδος για τον οποίο οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, σύμβουλοι γάμου και θεραπευτές οικογενειών) έχουν γίνει πολύ σημαντικοί στην αναπαραγωγική ιατρική, τη γενετική και την περιγενετική. Υπάρχουν θετικές και αρνητικές προσεγγίσεις στους τρόπους με τους οποίους παρέχονται οι συμβουλευτικές υπηρεσίες γύρω από την υπογονιμότητα: ανεξάρτητος θεραπευτής που συνεργάζεται με μια κλινική, ανεξάρτητος σύμβουλος με ανάθεση έργου ή υπάλληλος της κλινικής. Με οποιονδήποτε τρόπο κι αν παρέχονται οι υπηρεσίες συμβουλευτικής αγωγής σχετικά με την υπογονιμότητα, είναι σημαντικό ο σύμβουλος να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος, ώστε να παρέχει εξαιρετικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με πλήρη γνώση και κατανόηση των ιατρικών ζητημάτων. Επίσης, ο σύμβουλος πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τις ηθικές προεκτάσεις της στειρότητας και τις νομικές διαστάσεις της θεραπείας (π.χ., αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου) και να συμβουλεύει τους ασθενείς αναλόγως.

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που ειδικεύονται στην αναπαραγωγική ιατρική, ασχολούνται επισταμένα με τη φροντίδα και την κατανόηση των ασθενών τους, προάγοντας τη γενική ευημερία, αξιολογώντας και υποστηρίζοντας τις συναισθηματικές ανάγκες, δίνοντας συμβουλές για τις αποφάσεις γύρω από τη θεραπεία και παρέχοντας υποστήριξη κατά τις παρεμβατικές ιατρικές διαδικασίες και τις αποτυχίες της θεραπείας. Οι σύμβουλοι συνεργάζονται στενά με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, ως μέλη της ιατρικής ομάδας που ασχολείται με την αναπαραγωγή, προσφέροντας συνεκτική φροντίδα στους ασθενείς. Έτσι, η κατάλληλη παραπομπή στο σύμβουλο υπογονιμότητας από γιατρό ή και νοσηλευτή συνήθως συνεπάγεται την αξιολόγηση του ασθενούς, την εκπαίδευση και την επικοινωνία, δίνοντας έμφαση στην ευκαιρία να ωφεληθεί και να ανταμειφθεί ο ασθενής από τη συμβουλευτική εμπειρία.

## **5.2 ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ-ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΣ Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ**

Πολλά υπογόνιμα άτομα καταφεύγουν στη συμβουλευτική, γιατί οι συνθήκες τους προκαλούν συναισθήματα, σκέψεις και ενέργειες που έχουν συχνά περιοριστικό, επώδυνο ή επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα. Κυρίως μέσω της συζήτησης, η ψυχοθεραπεία παρέχει υποστήριξη, κατανόηση και νέες εμπειρίες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στη μάθηση και σε αλλαγές της συμπεριφοράς. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία εδώ για το αν η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική. Αυτό που έχει σημασία για τον ασθενή είναι να εξετάσει ποια μορφή ψυχοθεραπείας (ή συνδυασμός ψυχοθεραπειών) είναι η πιο κατάλληλη για τον καθένα που αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας.

Όλες οι ατομικές συμβουλευτικές ή ψυχοθεραπείες έχουν έναν κοινό ορισμό: πρόκειται για μια συναλλαγή δύο ανθρώπων, κυρίως λεκτική, κατά την οποία ο ένας είναι ο παρέχων βοήθεια και ο άλλος είναι ο αποδέκτης της βοήθειας αυτής. Στόχος είναι η αποσαφήνιση των χαρακτηριστικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής στη ζωή του, με την ελπίδα ότι θα επιτευχθεί μια αλλαγή στη συμπεριφορά του<sup>45</sup>.

Κάθε ψυχοθεραπευτικός προσανατολισμός στοχεύει στην αλλαγή διαφορετικών ψυχολογικών λειτουργιών. Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει από μερικές ώρες μέχρι και χρόνια, ανάλογα με το θεωρητικό προσανατολισμό του ίδιου του θεραπευτή, καθώς και το αίτημα του ασθενούς για θεραπεία, τους οικονομικούς πόρους, την περιγραφή του προβλήματος ή των προβλημάτων και την γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

## **5.3 ΠΟΙΟΙ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Η περίθαλψη ενός υπογόνιμου ατόμου θα πρέπει, να παρέχεται από μία ομάδα ειδικών. Ένας οικογενειακός γιατρός παθολόγος μπορεί, με βάση το ιστορικό, να κάνει τις απαιτούμενες εξετάσεις σε μια νέα γυναίκα η οποία έχει απλό ιστορικό, όμως, η φροντίδα των περισσότερων υπογόνιμων γυναικών παρέχεται καλύτερα από έναν γενικό μαιευτήρα-γυναικολόγο ή από έναν ειδικό στη γυναικεία υπογονιμότητα, γνωστό και ως ενδοκρινολόγο αναπαραγωγής. Ο ειδικός θα πρέπει από νωρίς να αναλάβει την περίθαλψη των υπογόνιμων γυναικών: γυναικών μεγαλύτερων των 35 ετών με ιστορικό υπογονιμότητας, που έχουν υποστεί πυελική χειρουργική επέμβαση, που αντιμετώπισαν φλεγμονές ή υπέφεραν από πόνους, που έχουν περάσει καρκίνο, που έχουν εκ γενετής δυσλειτουργίες της αναπαραγωγικής οδού ή αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας για περισσότερο από 2-3 χρόνια. Ένας ειδικός θα πρέπει, επίσης, να ασχοληθεί με τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα προηγούμενα διαγνωστικά τεστ έχουν δείξει δυσλειτουργίες, οι οποίες, όμως, δεν θεραπεύτηκαν με απλές μη χειρουργικές θεραπευτικές αγωγές.

Ο ενδοκρινολόγος αναπαραγωγής συνήθως διαθέτει νοσηλευτικό προσωπικό με ειδικές γνώσεις σχετικά με τις αναπαραγωγικές δυσλειτουργίες και πιθανόν να έχει νοσηλευτές, με πιστοποιητικό εξειδίκευσης στη νοσηλευτική ενδοκρινολογίας αναπαραγωγής / υπογονιμότητας. Ενώ ο γιατρός αποφασίζει το πρόγραμμα θεραπείας, επιβλέπει την περίθαλψη του ασθενούς και κάνει τις χειρουργικές επεμβάσεις και την

εξωσωματική γονιμοποίηση, οι νοσηλευτές παρέχουν την καθημερινή φροντίδα και εξυπηρέτηση, απαντώντας σε ερωτήσεις, δίνοντας οδηγίες και εκπαιδεύοντας τους ασθενείς, με γνώμονα τις εξετάσεις και τη θεραπεία, και διεξάγουν ακόμη εξετάσεις μετά τη σεξουαλική σχέση και σπερματεγγύσεις. Επίσης, βλέπουν και αντιμετωπίζουν τις περισσότερες συναισθηματικές αντιδράσεις των άτεκνων ζευγαριών. Επομένως, πρέπει να γνωρίζουν τον αντίκτυπο της υπογονιμότητας, τις εξετάσεις που απαιτεί και την αντιμετώπιση των συναισθημάτων και των σχέσεων, έτσι ώστε να προσφέρουν υποστηρικτική βοήθεια με ενσυναίσθηση και χωρίς να ασκούν κριτική και, εν ανάγκη, να παραπέμψουν στον κατάλληλο σύμβουλο υπογονιμότητας. Πολλά ιατρεία εξειδικευμένα στην υπογονιμότητα διαθέτουν και ειδικό από το χώρο της ψυχικής υγείας, όπως κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο, ο οποίος προσφέρει μια σειρά υπηρεσιών, από την αξιολόγηση του ψυχολογικού και κοινωνικού υπόβαθρου του ζευγαριού έως τη συμβουλευτική προς τα ζευγάρια, ώστε να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά το στρες που βιώνουν στη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας.

Ο υπογόνιμος άνδρας συνήθως εξετάζεται πρώτος από το γυναικολόγο που έχει αναλάβει το ζευγάρι. Ο γυναικολόγος συνιστά συνήθως την αρχική ανάλυση σπέρματος και, αν διαπιστωθεί συνεπής απόκλιση από το φυσιολογικό στην ποιότητα ή στις τιμές του σπέρματος σε δύο ή περισσότερες περιστάσεις, παραπέμπει τον άνδρα σε κάποιον ουρολόγο. Καθώς δεν υπάρχουν επίσημες υποειδικότητες για τους ουρολόγους, όσοι ενδιαφέρονται περισσότερο ή έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με την ανδρική υπογονιμότητα, ονομάζονται ανδρολόγοι. Υπάρχουν ουρολόγοι, οι οποίοι ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την ανδρική υπογονιμότητα και ακόμη μερικοί οι οποίοι έχουν μετεκπαιδευτεί πέρα από την ειδικότητα τους, στη γενική ουρολογία. Είναι πιθανό να διαθέτουν υπερσύγχρονα εργαστήρια για αναλύσεις σπέρματος και ορμονικές εξετάσεις στο ιατρείο τους, να κάνουν έρευνα πάνω στην ανδρική υπογονιμότητα, να είναι μέλη ομάδας εξωσωματικής γονιμοποίησης και να συνεργάζονται με τους άλλους ειδικούς που έχουμε αναφέρει παραπάνω.

Οι περισσότερες υπερσύγχρονες ομάδες υπογονιμότητας διαθέτουν και έναν εμβρυολόγο. Ο εμβρυολόγος είναι ένας επιστήμονας με μεταπτυχιακό δίπλωμα ή διδακτορικό και είναι υπεύθυνος για τη γονιμοποίηση των ωαρίων και την ανάπτυξη του εμβρύου, καθώς και για την εργαστηριακή αξιολόγηση του άνδρα και την προετοιμασία του σπερμοκυττάρου για την ενδομητρική εμφύτευση, την εξωσωματική γονιμοποίηση ή την ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών. Κάποιοι ονομάζουν τον ειδικό αυτό ανδρολόγο, παρόλο που δεν έχει εκπαιδευθεί στην ουρολογία.

Η σωστή χρησιμοποίηση των παραπάνω ειδικών είναι απαραίτητη για την αποδοτική και αποτελεσματική θεραπεία. Λόγω της γρήγορης εξέλιξης νέων και υψηλών τεχνικών εναλλακτικών λύσεων στη θεραπεία, ο σχεδιασμός της καλύτερης «στρατηγικής παιχνιδιού» για το κάθε ζευγάρι δεν είναι πολύ εύκολος. Για τους μη ειδικούς στην υπογονιμότητα, είναι πολύ πιθανή η κατάχρηση ή η κακή χρήση λύσεων χαμηλής τεχνολογίας, σε μια αποπροσανατολισμένη προσπάθεια να κάνουν οικονομία. Είναι, επίσης, εύκολο για τους ειδικούς να προτείνουν εξωσωματική γονιμοποίηση ή άλλες προχωρημένες θεραπείες, ακόμη και όταν αυτό δεν είναι απαραίτητο. Όπως ακριβώς δεν υπάρχει μία μόνο ιδανική θεραπεία για κάθε άτεκνο άτομο, έτσι δεν υπάρχει και ιδανική ομάδα.

#### **5.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ**

*«Νιώθω σαν να μιλάω στον τοίχο».*

*«Στην αρχή καταλάβαινα και δεχόμουν τη δυστυχία της. Αλλά δεν σταματούσε με τίποτα. Σιγά σιγά άρχισα να απομονώνομαι, γιατί δεν ήξερα τι να πω και δεν μπορούσα να τη βλέπω να κλαίει όλη την ώρα»<sup>46</sup>.*

Όταν ένα ζευγάρι καταφεύγει στη συμβουλευτική, ο ένας από τους δυο (συνήθως η γυναίκα) μπορεί να παραπονιέται ότι, στο θέμα της υπογονιμότητας, ο σύντροφος της αποφεύγει τη συζήτηση, δεν ακούει ή δεν ανοίγεται. Έτσι, εκείνη νιώθει οργισμένη, απομονωμένη, αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται ή ότι είναι βάρος για τη σχέση. Αυτός ο τύπος συμπεριφοράς, κατά το οποίο ένας σύντροφος «ο αναζητών» προσπαθεί να συζητήσει το πρόβλημα, καταφεύγοντας συχνά στην καταπίεση και την απαίτηση, ενώ ο άλλος «ο απομάκρος» προσπαθεί να αποφύγει τη συζήτηση, έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένας ιδιαίτερα καταστρεπτικός τύπος συζυγικής συναλλαγής<sup>47</sup>. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι η σοβαρότητα του προβλήματος εξαρτάται από το ποιος από τους δυο συντρόφους απομακρύνεται από τον άλλο. Ενώ η απομάκρυνση του άνδρα έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί την επιθετικότητα της συζύγου, η απομάκρυνση της γυναίκας δεν προκαλεί την επιθετικότητα του συζύγου<sup>48</sup>.

Έτσι, και στα υπογόνιμα ζευγάρια φαίνεται ότι η συζήτηση πρέπει να φτάσει σε συγκεκριμένο βαθμό συχνότητας για να είναι ικανοποιημένη η γυναίκα, αλλά η ικανοποίηση αυτή δεν χρειάζεται να είναι ισορροπημένη. Για παράδειγμα, οι γυναίκες πιο συχνά αναφέρουν ότι εκείνες ξεκινούν τη συζήτηση για την υπογονιμότητα από όσο αναφέρουν οι άνδρες ότι ξεκινούν τη συζήτηση με τη γυναίκα τους. Οι γυναίκες, επίσης, αναφέρουν συχνότερα ότι δέχονται συναισθηματική υποστήριξη από τον άνδρα τους από όσο οι άνδρες αναφέρουν ότι δέχονται συναισθηματική υποστήριξη από εκείνες. Παρ' όλ' αυτά, και τα δύο φύλα αναφέρουν ότι αυτός ο τρόπος είναι ικανοποιητικός<sup>49</sup>. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι η αντίληψη των ανδρών και των γυναικών για το βαθμό υποστήριξης ή αδιαφορίας που δέχονται και προσφέρουν στους συντρόφους τους ελάχιστα συνδέεται, γεγονός που υποδηλώνει ότι πολλά ζευγάρια δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά.

Για τη βελτίωση της ικανότητας ενός ζευγαριού να υποστηρίξει με τρόπο αποτελεσματικό ο ένας τον άλλο, πρέπει να επιτευχθεί ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες της γυναίκας για συζήτηση και την ανάγκη του άνδρα να κρατήσει τις αποστάσεις και τον έλεγχο των συναισθημάτων του. Η συζήτηση μπορεί να βελτιωθεί, αν τα άτομα μάθουν να χρησιμοποιούν δεξιότητες για να ακούν καλύτερα και ενεργά. Αν αγνοηθούν οι βασικές μη λεκτικές δεξιότητες (στάση τού σώματος, εκφράσεις του προσώπου, οπτική επαφή, τόνος της φωνής), ο ένας σύντροφος μένει με την αίσθηση ότι ο άλλος δεν τον άκουσε και οποιαδήποτε άλλη προσπάθεια του ακροατή να προσφέρει, την υποστήριξη του συχνά αγνοείται. Οι άνδρες χρησιμοποιούν συνήθως στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος ή προσφέρουν υποστήριξη με εκφράσεις που αποτελούν πρόταση λύσης του προβλήματος ή τρόπους με τους οποίους οι γυναίκες θα μπορούσαν να ανακτήσουν τον έλεγχο των συναισθημάτων τους. Παρόλο που γίνονται με τις καλύτερες προθέσεις, οι προσπάθειες αυτές μπορεί να εκληφθούν ως παράβλεψη σημαντικών συναισθημάτων ή ως προσπάθεια συντόμευσης της συζήτησης. Με την πάροδο του χρόνου, οι άνδρες μπορεί να αρχίσουν να νιώθουν όλο και περισσότερο ανίκανοι να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια, αλλά η επακόλουθη αποφυγή της συζήτησης δημιουργεί όλο και μεγαλύτερη συναισθηματική απεμπλοκή. Να μαθαίνουν να συνομίζονται ιδέες που έχουν ακούσει και να αντικατοπτρίζουν συναισθήματα, δεν παρέχει μόνο στα ζευγάρια καλύτερες δεξιότητες να ακούν, αλλά τους προσφέρει και την ευκαιρία να δίνουν αποτελεσματική υποστήριξη χωρίς να πρέπει να προσφέρουν λύσεις για ένα πρόβλημα το οποίο ελάχιστα ελέγχουν.

Καθώς ενθαρρύνεται η επικοινωνία, η ανάγκη των ανδρών για απόσταση και έλεγχο μπορεί να καλυφθεί, αν δώσουμε έμφαση στη σημασία να υπάρχει αμοιβαία συμφωνία για το συγκεκριμένο χρόνο και χώρο, που μπορεί να γίνεται συζήτηση. Τα ζευγάρια μπορούν, επίσης, να συμφωνήσουν και για τη χρονική διάρκεια αυτών των συζητήσεων, τις οποίες, μάλιστα, μπορούν να ακολουθούν κοινές δραστηριότητες ευχάριστες και για τους δύο.

Από τη στιγμή που και οι δύο σύντροφοι νιώσουν ότι ακούστηκε η γνώμη τους και ότι έγιναν κατανοητοί, είναι μάλλον πιο εύκολο για τον καθένα να αποδεχθεί το γεγονός ότι ο άλλος επηρεάζεται διαφορετικά από το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Κατά τη θεραπεία, τα ζευγάρια έχουν την τάση να διηγούνται ιστορίες ο ένας για τον άλλο και μετά να διαφωνούν για την πιστότητα της περιγραφής. Αντ' αυτού, οι δύο σύντροφοι έχουν ανάγκη να αποδεχτούν ο ένας την εμπειρία του άλλου, χωρίς να προσπαθούν να την αλλάξουν<sup>50</sup>. Μαθαίνοντας να χρησιμοποιούν τη συναισθηματική επιβεβαίωση (να συμπάσχουν με τα συναισθήματα του συντρόφου, χωρίς αναγκαστικά να συμφωνούν μαζί του), οι δύο σύντροφοι μπορούν να έχουν τελείως διαφορετική αντίληψη για την εμπειρία της υπογονιμότητας, αλλά να εξακολουθούν να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον.

## 5.5 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΤΟΥ STRESS

Για ορισμένα άτομα, η εμπειρία της υπογονιμότητας ενδέχεται να παραβιάζει βαθύτατα χαραγμένες πεποιθήσεις για τον κόσμο και τη θέση τους μέσα σ' αυτόν. Η υπογονιμότητα μπορεί να κλονίσει σταθερές αντιλήψεις ότι ο κόσμος είναι καλοπροαίρετος, προβλέψιμος και δίκαιος και ότι ο εαυτός μας αξίζει. Ορισμένοι μπορεί να φοβούνται ότι η ζωή δεν έχει κανένα νόημα ή ότι οι ίδιοι δεν έχουν αξία αν δεν μπορούν να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί. Οι στρατηγικές παρέμβασης για την τροποποίηση της εκτίμησης αυτής, στοχεύουν να βοηθήσουν το υπογόνιμο άτομο ή ζευγάρι να κατανοήσει και να βρει ερμηνείες για την εμπειρία αυτήν.

Η αντιμετώπιση που στοχεύει στην αξιολόγηση, συνεπάγεται προσπάθειες να καθορισθεί ο λόγος της κατάστασης που προκαλεί στρες και περιλαμβάνει λογική ανάλυση και νέο γνωστικό ορισμό. Η αντιμετώπιση που εστιάζει στο πρόβλημα είναι η τροποποίηση ή ο αποκλεισμός της πηγής του στρες και συνεπάγεται αναζήτηση πληροφοριών ή συμβουλών, ενέργειες για την επίλυση του προβλήματος και δημιουργία εναλλακτικών ανταμοιβών. Η αντιμετώπιση που εστιάζει στο συναίσθημα ορίζεται ως αντίδραση απέναντι στο στρες, της οποίας ο κύριος στόχος είναι ο έλεγχος των συναισθημάτων που προκαλούν οι πηγές του στρες και, επομένως, η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας. Στις στρατηγικές που στοχεύουν στο συναίσθημα περιλαμβάνεται η ρύθμιση των συναισθημάτων, η αποδοχή που είναι αποτέλεσμα παραίτησης από την απόκτηση παιδιού και η συναισθηματική εκτόνωση<sup>51</sup>.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι γυναίκες, μπορεί να μην είναι τόσο αποδοτικές και για τους άνδρες. Ο Collins και οι συνεργάτες<sup>52</sup> του διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες συζητούν περισσότερο με φιλικά πρόσωπα, γονείς ή αδέρφια τα προβλήματα της υπογονιμότητας, ενώ οι άνδρες τα συζητούν, συνήθως, μόνο με τη σύζυγο τους. Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης είναι ακόμη μία στρατηγική αντιμετώπισης στην οποία ανταποκρίνονται διαφορετικά τα δύο φύλα: παρ' όλο που μπορεί και οι δύο σύντροφοι να βοηθηθούν από τις ομάδες υποστήριξης, τα περισσότερα μέλη είναι γυναίκες<sup>52</sup>.

## 5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Είτε η σεξουαλική δυσλειτουργία προϋπάρχει είτε αποτελεί ανεπιθύμητη παρενέργεια της θεραπείας της υπογονιμότητας, μπορεί να είναι ένα συντριπτικό και αποθαρρυντικό πλήγμα, συνδυάζοντας την απογοήτευση της ατεκνίας με την πίεση της ιατρικής θεραπείας. Παρ' όλο που, σε κάποιο σημείο της θεραπείας της υπογονιμότητας, η σεξουαλική επαφή μπορεί να γίνει ρυθμιζόμενη, υποχρεωτική και χωρίς έμπνευση, δεν αντιμετωπίζουν όλα τα υπογόνιμα ζευγάρια σεξουαλικές δυσκολίες. Μπορεί, όμως, να προκύψουν αλλαγές στις σεξουαλικές συνήθειες ή στη συμπεριφορά, όπως ποιος παίρνει την πρωτοβουλία των σεξουαλικών επαφών, ποιες σεξουαλικές στάσεις προτιμώνται, η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας κατά την ωχρινική περίοδο ή η αύξηση της συχνότητας κατά τη μέση του έμμηνου κύκλου. Η προσαρμογή στις αλλαγές αυτές δεν συμβάλλει μόνο στην αυτοπεποίθηση του ζευγαριού ως προς την αντιμετώπιση της κρίσης και του στρες της υπογονιμότητας, αλλά μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία του ζευγαριού και να αυξήσει την ικανοποίηση από το γάμο. Όταν η υπογονιμότητα προκαλεί διαταραχές στη σχέση ή σεξουαλικά προβλήματα, η υποστήριξη και η παρέμβαση των ειδικών είναι πολύ σημαντική. Πολύ συχνά, τα σεξουαλικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών παραβλέπονται ή ελαχιστοποιούνται, με την πεποίθηση ότι θα υποχωρήσουν μόνα τους ή ότι οι μακροχρόνιες συνέπειες τους θα είναι ελάχιστες. Δυστυχώς, οι απόψεις αυτές είναι μύθοι. Παρ' όλο που ορισμένα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να εξαφανισθούν όταν σταματήσουν οι πιέσεις της θεραπείας της υπογονιμότητας, οι σεξουαλικές δυσκολίες, συνήθως, διαιωνίζονται ή χειροτερεύουν μετά τη θεραπεία για την απόκτηση παιδιού

53

Οι περισσότεροι σύμβουλοι υπογονιμότητας δεν είναι ειδικοί σεξολόγοι και, επομένως, δεν έχουν την απαιτούμενη κατάρτιση της σεξουαλικής θεραπείας αυτής καθαυτής. Παρ' όλα αυτά, τα σεξουαλικά προβλήματα μπορούν να ενσωματωθούν στην ψυχοθεραπεία, με την παροχή σεξουαλικής αγωγής ειδικά για την υπογονιμότητα, σύντομων παρεμβάσεων και συμβουλευτικής γάμου. Ο σύμβουλος υπογονιμότητας, πρέπει να είναι, τουλάχιστον, εξοικειωμένος με τα σεξουαλικά προβλήματα που συνδέονται με την υπογονιμότητα, τις θεραπευτικές μεθόδους, τα ποσοστά επιτυχίας και τις συνήθειες ή ασυνήθειες ψυχοσεξουαλικές αντιδράσεις προς τη θεραπεία της υπογονιμότητας<sup>54</sup>. Επίσης, είναι σημαντική η γνώση των διαθέσιμων πόρων, των οργανώσεων και των σεξολόγων της περιοχής, με εξειδίκευση ή ειδικό ενδιαφέρον για την παρακολούθηση υπογόνιμων ζευγαριών ή η προθυμία συνεργασίας με έναν ειδικό σεξολόγο, που ενδιαφέρεται για την αναπαραγωγική υγεία.

## 5.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Σήμερα οι ψυχολογικές μέθοδοι είναι χρήσιμες για να βοηθήσουν τα ζευγάρια με υπογονιμότητα να διευκολύνουν στη ρύθμιση των ψυχολογικών προβλημάτων. Τα μέλη των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας είναι κατά κανόνα φυσιολογικά από ψυχιατρικής πλευράς και μπορούν συνήθως ν' ανταπεξέλθουν το στρες της υπογονιμότητας. Όπως αναφέρουν οι μελέτες, γενικά δεν διαπιστώνονται υψηλά επίπεδα στρες στα άτομα με υπογονιμότητα. Ερευνητές

βρήκαν ότι το 50% των ζευγαριών που περιμένουν για εξωσωματική γονιμοποίηση ζήτησαν ψυχολογική συμβουλευτική υποστήριξη.

Στο παρελθόν, η θεραπεία στηριζόταν στην πεποίθηση ότι ψυχολογικοί παράγοντες εμπόδιζαν τη γονιμοποίηση. Κατά συνέπεια οι θεραπευτικές μέθοδοι προσπαθούσαν ν' αυξήσουν τις ευκαιρίες για σύλληψη. Με τη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων, έγινε σαφές ότι ο αριθμός των περιπτώσεων που δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία, είναι μικρός. 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 ποικιλία από ιατρικές επιλογές προσφέρονται στα ζευγάρια που υφίστανται την αξιολόγηση και θεραπεία της υπογονιμότητας.

**Εκτίμηση και αρχική συμβουλευτική:** Αρκετά προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προσφέρουν την ευκαιρία στα ζευγάρια ν' εκτιμηθούν ψυχολογικά. Η εκτίμηση σ' αυτό το στάδιο γίνεται για ν' εντοπιστούν θέματα όπως, κατάθλιψη ή κατάχρηση τοξικών ουσιών, που δυσκολεύουν την επιτυχία της θεραπείας. Δίνεται επίσης 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:** Η ψυχανάλυση κατευθύνεται στη βελτίωση της γονιμότητας και τη ψυχολογική ρύθμιση. Μ' αυτή την έννοια, οι ψυχοδυναμικές θεραπευτικές προσπάθειες επιχειρούν ν' 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. Προσφέροντας ένα μηχανισμό ελέγχου, μπορούν ν' αποσπάσουν την προσοχή από την υπογονιμότητα που δεν μπορεί ν' αντιμετωπίσει το ζευγάρι.

**Χαλάρωση και διαχείριση του στρες:** Τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης του στρες έχουν προταθεί από αρκετούς για τη βελτίωση της γονιμότητας. Η χαλάρωση μπορεί να μειώνει την ένταση της διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, το οποίο μπορεί με τη σειρά του να διευκολύνει την γονιμότητα. Ωστόσο, ευεργετικά αποτελέσματα από την χαλάρωση δεν έχουν ακόμα κατοχυρωθεί επιστημονικά.

Εκείνο που είναι σημαντικό ν' αναφερθεί είναι ότι από το 1995 λειτουργεί στην Ελλάδα το Σωματείο Υποστήριξης Γονιμότητας "Κυβέλη". Το σωματείο ιδρύθηκε για να στηρίζει και ν' ενημερώσει τα υπογόνιμα ζευγάρια (περίπου 300.000 σύμφωνα με στοιχεία του σωματείου). Η "Κυβέλη" συμβάλλει στην ενημέρωση και τη στήριξη της προσπάθειας απόκτησης παιδιού με πολλούς τρόπους. Κυρίως όμως, βοηθά τα μέλη της παρέχοντάς τους ενημερωτικές ιδιωτικές συναντήσεις με ειδικούς συμβούλους σε θέματα υπογονιμότητας, τηλεφωνική υποστήριξη αλλά και ομαδικές συναντήσεις μ' άλλα μέλη<sup>55</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

## 6. ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 6.1 Η ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Τα ποσοστά γονιμότητας για τις γυναίκες μειώνονται σταθερά με την ηλικία, ενώ μια σημαντική πτώση παρατηρείται από την ηλικία των 35 ετών και μετά. Υπολογίζεται ότι περίπου το ένα τρίτο των γυναικών που καθυστερούν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί μέχρι την ηλικία των 35 ετών ή και αργότερα, θα έχουν προβλήματα σύλληψης. Περίπου οι μισές από τις γυναίκες που περιμένουν έως την ηλικία των 40 ετών ή και αργότερα, θα έχουν προβλήματα σύλληψης, ολοκλήρωσης της κύησης ή αυξημένες ανωμαλίες του εμβρύου<sup>56</sup>. Ο κύριος λόγος της μείωσης της γονιμότητας στις μεγαλύτερες γυναίκες είναι η μείωση της ποιότητας των ωαρίων, με αποτέλεσμα την αύξηση των άτρητων ωοθυλακίων, τις χρωμοσωμικές και εμμηνορροϊκές ανωμαλίες καθώς και τα επίπεδα της ορμόνης που διεγείρει τα ωοθυλάκια (FSH). Επίσης, η μήτρα μπορεί να είναι λιγότερο σε θέση να διατηρήσει την εγκυμοσύνη, αν και αυτό δεν ισχύει πάντοτε<sup>57</sup>.

Υπάρχουν αντιφατικά στοιχεία σχετικά με το αποτέλεσμα της κύησης γυναικών ηλικίας 35-40 ετών ή μεγαλύτερων αλλά, το γενικό συμπέρασμα είναι ότι, για τις υγιείς γυναίκες που έχουν καλής ποιότητας προγενετική μαιευτική φροντίδα και επαρκή φροντίδα στη διάρκεια του τοκετού, αναμένεται καλό αποτέλεσμα<sup>58</sup>. Παρ' όλο που τα ποσοστά εμβρυϊκού θανάτου, για όλες τις γυναίκες, ανεξαρτήτως ηλικίας, έχουν μειωθεί από τη δεκαετία του 1960, οι «μεγαλύτερες γυναίκες» διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κακής βιωσιμότητας και θανάτου του εμβρύου<sup>59</sup>.

### 6.2 Η ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

Η ηλικία επηρεάζει επίσης τη γονιμότητα των ανδρών, αν και αδημοσίευτες πληροφορίες καθώς και περιγραφές από τα ΜΜΕ ανδρών που απέκτησαν παιδιά σε πολύ μεγάλη ηλικία, διαιωρίζουν το μύθο ότι η ανδρική γονιμότητα δεν σταματά ποτέ. Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η ποιότητα του σπέρματος μειώνεται με την ηλικία, ιδιαίτερα σε άνδρες με ουρολογικές διαταραχές (π.χ., καρκίνο του προστάτη) ή άλλα προβλήματα υγείας. Ο μεγαλύτερος σε ηλικία πατέρας είναι παράγοντας κινδύνου για τρισωμίες<sup>58</sup>, ενώ πιστεύεται ότι ορισμένες γενετικές διαταραχές οφείλονται σε μεταλλάξεις των ανδρικών γονιδίων, οι οποίες αυξάνονται μετά την ηλικία των 50 ετών. Έχει βρεθεί ότι οι μεγαλύτεροι άνδρες κινδυνεύουν να κάνουν παιδιά με μεταλλάξεις επικρατούντων συζευγμένων χρωμοσωμάτων (π.χ., νανισμός)<sup>60</sup>. Επιπλέον, οι μεγάλης ηλικίας άνδρες έχουν ελαττωμένα επίπεδα ανδρογόνων, τα οποία μειώνουν το σεξουαλικό ενδιαφέρον και τη σεξουαλική δραστηριότητα, τη συχνότητα εκσπερμάτισης και την παραγωγή και κινητικότητα του σπέρματος.

Παρ' όλα αυτά τα στατιστικά στοιχεία και το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, η συχνότητα της υπογονιμότητας στα μεγάλης ηλικίας ζευγάρια μπορεί να οφείλεται σε καθυστέρηση της σύλληψης και όχι σε αδυναμία σύλληψης. Υπολογίζεται ότι το ένα τρίτο των υπογόνιμων ζευγαριών μπορεί να συλλάβει μέσα σε 2 έως 7 χρόνια από το τέλος της θεραπείας για την υπογονιμότητα. Ακόμη, δεδομένου ότι τα μεγαλύτερα



ζευγάρια υφίστανται εντονότερη πίεση να συλλάβουν το ταχύτερο δυνατόν, συχνά απευθύνονται για θεραπεία σε κλινικές γονιμότητας νωρίτερα από όσο τα νεότερα ζευγάρια και συχνά οι γιατροί τους παροτρύνουν σε αυτό<sup>57</sup>.

### **6.3 Η ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

Δεν υπάρχουν σημαντικά δεδομένα για την έκβαση της εγκυμοσύνης γυναικών μεγαλύτερων των 45 ετών. Παρ' όλο που η γονιμότητα στις γυναίκες μειώνεται με την ηλικία, παρατηρείται ότι συμβαίνουν εγκυμοσύνες και με την πρόοδο της αναπαραγωγικής τεχνολογίας, συμβαίνουν όλο και πιο συχνά. Επομένως, η εξέταση της υπογονιμότητας των μεγαλύτερων γυναικών δεν θα ήταν ολοκληρωμένη χωρίς την εξέταση και της εγκυμοσύνης. Όπως και με τη γονιμότητα, η εγκυμοσύνη μετά την ηλικία των 35 ετών, συνοδεύεται από πολύ περισσότερα προβλήματα από όσο εγκυμοσύνη των νεότερων γυναικών. Οι Paulson και Sauer<sup>61</sup>, για παράδειγμα, αναφέρουν ότι, στις μεγαλύτερες γυναίκες, η εγκυμοσύνη προκαλεί υπέρταση, διαβήτη, θνησιγένεια και χαμηλότερο βάρος γέννησης, σε σχέση με τη διάρκεια της κύησης. Πολλές από τις επιπλοκές αυτές, όμως, συχνά εξαρτώνται από τη γενική υγεία της γυναίκας πριν από την εγκυμοσύνη.

Για τις γυναίκες άνω των 35 ετών, το ποσοστό θνησιμότητας της μητέρας είναι περίπου 58,3 σε κάθε 100.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών, ενώ για τις γυναίκες άνω των 45, το ποσοστό θνησιμότητας της μητέρας είναι 71,5 σε κάθε 100.000 γεννήσεις λευκών γυναικών και 602,4 για κάθε 100.000 γεννήσεις μαύρων γυναικών. Ενώ τα γενικά ποσοστά της θνησιμότητας της μητέρας μειώνονται λόγω βελτιωμένης προγενετικής φροντίδας και ιατρικής φροντίδας στη διάρκεια του τοκετού, γυναίκες με καρδιαγγειακές παθήσεις, πνευμονική υπέρταση ή έμφραγμα του μυοκαρδίου, δεν πρέπει, ίσως, να μένουν έγκυοι σε καμιά ηλικία<sup>62</sup>. Επιπλέον, οι μεγαλύτερες γυναίκες πρέπει να λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπόψη τους κινδύνους που συνδέονται με την τεχνολογία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως τις πολύδυμες κύσεις και τους πρόωρους τοκετούς. Έχει υποστηριχθεί ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες είναι έτοιμες να θέσουν σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία τους, εάν αυτό μπορεί να εξασφαλίσει την ευημερία του βρέφους, μια στάση που συχνά συμβάλλει σε λανθασμένες αποφάσεις και υπερβολική ανάληψη κινδύνων<sup>63</sup>.

Μια πρόσθετη ανησυχία για τις μεγαλύτερης ηλικίας εγκύους γυναίκες είναι το αυξημένο ποσοστό εμβρυϊκών προβλημάτων, όπως καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, θνησιγένεια, χρωμοσωμικές ανωμαλίες και περιγενετική θνησιμότητα. Ενώ η χρήση δωρεάς ωαρίων από νεότερες γυναίκες μπορεί να αποτρέψει τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες που σχετίζονται με την ηλικία της δότριας, οι αυξημένοι κίνδυνοι του εμβρύου μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, της πολύδυμης κύησης ή και του πρόωρου τοκετού, λόγω της κατάστασης της μητέρας. Για τις μεγαλύτερες γυναίκες που έμειναν έγκυοι με δικά τους ωάρια, οι αναλύσεις αίματος, η δειγματοληψία χοριακής λάχνης, οι αμνιοκεντήσεις ή οι υπέρηχοι, μπορεί να βοηθήσουν στον εντοπισμό χρωμοσωμικών ανωμαλιών. Αν, όμως, διαπιστωθούν ανωμαλίες, οι γυναίκες και οι σύντροφοι τους πρέπει να επιλέξουν αν θα συνεχίσουν ή θα διακόψουν την εγκυμοσύνη.

## 6.4 ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το στρες της υπογονιμότητας και της θεραπείας δημιουργεί τον κίνδυνο ψυχολογικής δυσκολίας ή δυστυχίας που μπορεί να υπονομεύσει την ικανότητα οποιουδήποτε ατόμου να πάρει λογικές και συνετές αποφάσεις σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές. Υπάρχουν, όμως, πολυάριθμα θέματα που αφορούν αποκλειστικά τους μεγαλύτερους σε ηλικία άνδρες και γυναίκες και σχετίζονται με τη συμβουλευτική αυτής της ειδικής ομάδας ασθενών.

Ένας σημαντικός τομέας της συμβουλευτικής σε μεγαλύτερες γυναίκες, ο οποίος συχνά παραβλέπεται ή εξετάζεται πολύ αργά, είναι η βασική εκπαίδευση σε θέματα γονιμότητας. Η όλο και μεγαλύτερη επιτυχία των τεχνολογιών αναπαραγωγής οδήγησαν τις γυναίκες να πιστεύουν ότι η ικανότητα τους να αναπαράγουν δεν περιορίζεται στις δεκαετίες των 20 και των 30, δημιουργώντας την ψευδή αίσθηση ότι μπορούν να αναπαράγουν κατά βούληση, ανεξαρτήτως ηλικίας. Ανεξάρτητα από την ηλικία τους, όλες οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται για την κάμψη της γονιμότητας με τη γήρανση, καθώς και για όλους τους άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα τους να συλλάβουν ή να προκαλέσουν επανειλημμένες απώλειες του εμβρύου ή τη γέννηση ενός βρέφους με προβλήματα. Ακόμη και για τις νέες γυναίκες, που δεν θέλουν να κάνουν αμέσως παιδί, η ενημέρωση για τη γονιμότητα και την αναπαραγωγή πρέπει να διατίθεται άμεσα. Αντίθετα, οι άνδρες και οι γυναίκες που σκέπτονται τη στειρώση, πρέπει να ενημερώνονται προσεκτικά ότι πρόκειται για μια μόνιμη και όχι προσωρινή ιατρική διαδικασία. Αυτό δεν είναι μόνο απαραίτητο για την κατανόηση των επιλογών, αλλά μπορεί να επηρεάσει τις εναλλακτικές λύσεις της αναπαραγωγής<sup>64</sup>.

Για τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, η συμβουλευτική πρέπει να εξετάζει τα κίνητρα της επιθυμίας ενός παιδιού. Τα κίνητρα είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για το μεγαλύτερο άτομο, γιατί οι λόγοι που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί μπορεί να αλλάξουν σημαντικά στη διάρκεια της ζωής του. Αυτό που θεωρούσε σημαντικό ή που κινητοποιούσε ένα άτομο στα 20 χρόνια του μπορεί να διαφέρει τελείως από αυτό που το κινητοποιεί στα 30 ή στα 40. Ορισμένοι άνδρες και γυναίκες μπορεί να μη συνειδητοποιούν ότι τώρα κάνουν επιλογές βασιζόμενοι σε παλαιά κίνητρα που δεν ισχύουν πλέον, αλλά που εξακολουθούν να καθορίζουν τη συμπεριφορά τους. Η διάκριση των προηγούμενων και των τωρινών προτεραιοτήτων και στόχων μπορεί να τους βοηθήσει να ξεκαθαρίσουν θέματα της υπογονιμότητας και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία. Αυτό μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα τα ζευγάρια που προσπαθούσαν να συλλάβουν επί πολλά χρόνια και μπορεί να έχουν χάσει τα αρχικά τους κίνητρα ή να τα συγχέουν με τα σημερινά. Τα θέματα συμβουλευτικής πρέπει επίσης να βοηθούν τα άτομα και τα ζευγάρια να διαχωρίσουν τα προσωπικά τους κίνητρα από εκείνα των άλλων, όπως των προηγούμενων ή των σημερινών συντρόφων, των παιδιών από άλλες σχέσεις ή των άλλων μελών της οικογένειας.

Πολλά μεγαλύτερης ηλικίας υπογόνιμα άτομα μπορεί να καθυστέρησαν να κάνουν παιδιά για πολλούς λόγους, όπως γιατί ήθελαν να συνεχίσουν την εκπαίδευση τους, να αποκατασταθούν επαγγελματικά, να φροντίσουν τους γονείς τους, γιατί δεν έβρισκαν τον κατάλληλο σύντροφο, γιατί δεν ήθελαν παιδιά ή γιατί ο σύντροφος τους δεν ήθελε παιδιά. Καθώς ο χρόνος περνά, πολλοί

άνδρες και γυναίκες, που κάποτε αποφάσισαν να μην κάνουν παιδιά, μπορεί να αλλάξουν γνώμη, συνειδητοποιώντας ότι ίσως χάσουν την ευκαιρία να ζήσουν την εμπειρία της εγκυμοσύνης, της ανατροφής και της φροντίδας ενός παιδιού. Ορισμένες γυναίκες ή ζευγάρια μπορεί να αναπτύξουν την επιθυμία να αποκτήσουν παιδί, καθώς βλέπουν τους φίλους τους να έχουν παιδιά ή γιατί νιώθουν στο περιθώριο, δεδομένου ότι η πλειονότητα των συνομηλίκων τους έχει διαλέξει αυτή την επιλογή και αυτό τον τρόπο ζωής. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν οικογενειακές, θρησκευτικές ή κοινωνικές πιέσεις να αποκτήσουν παιδιά δεδομένου ότι η αναμενόμενη «φυσιολογική» συμπεριφορά των ετερόφυλων ζευγαριών, στις περισσότερες κοινωνίες, είναι να κάνουν παιδιά. Τα άτεκνα ζευγάρια συχνά καλούνται να εξηγήσουν ή να δικαιολογήσουν γιατί δεν έχουν παιδιά και, συνήθως, ενυπάρχει σε τέτοιου είδους ερωτήσεις μια αρνητική κριτική. Ο θάνατος των γονιών αποτελεί, μερικές φορές, κίνητρο ή ερέθισμα για τις γυναίκες (ή τους άνδρες) να γίνουν οι ίδιοι γονείς, καθώς ταυτίζονται με τη μητέρα τους (ή τον πατέρα τους) ή θρηνούν την απώλεια του/της. Ο δεύτερος γάμος στη μέση ηλικία (μερικές φορές, με πολύ μεγαλύτερο ή πολύ νεότερο σύντροφο) μπορεί να κάνει ορισμένα άτομα να αναθεωρήσουν τις αποφάσεις τους ως προς την απόκτηση παιδιού, όπως, για παράδειγμα, γυναίκες που είναι τώρα παντρεμένες με έναν άνδρα ο οποίος θέλει παιδιά και ο οποίος θα γινόταν πολύ καλός πατέρας. Μια μεγαλύτερη γυναίκα μπορεί να έχει τον ίδιο σύντροφο επί πολλά χρόνια, αλλά μπορεί να έχει αναπτύξει δευτερογενή υπογονιμότητα, ίσως να έχει αλλάξει γνώμη ως προς την απόκτηση παιδιών ή μπορεί να εξετάζει νέες επιλογές που δεν υπήρχαν πριν από χρόνια. Από την άποψη αυτή, οι νεότερες ιατρικές θεραπείες μπορεί να είναι, κατά λάθος, εξαναγκαστικές. Επειδή είναι διαθέσιμες, ορισμένα άτομα ή ζευγάρια αισθάνονται ότι είναι αναγκασμένα να τις χρησιμοποιήσουν.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

### **7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

#### **7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Όταν ένα ζευγάρι, που αντιμετωπίζει προβλήματα ατεκνίας, αποφασίσει να επισκεφθεί έναν ειδικό κέντρο υπογονιμότητας, τα πρώτα πρόσωπα με τα οποία θα έρθει σε επαφή, είναι το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής που θα αναλάβει το ζευγάρι, οφείλει να είναι διακριτικός. Η πρώτη του μέριμνα είναι, να πάρει το ιστορικό του άντρα και της γυναίκας ξεχωριστά και να τους παραπέμψει στο γιατρό. Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι η αρχή της σχέσης νοσηλευτή με το υπογόνιμο ζευγάρι. Από τις ερωτήσεις που θα κάνει ο νοσηλευτής θα εξαρτηθεί η εμπιστοσύνη που θα δείξει το ζευγάρι. Οι απαντήσεις του ζευγαριού θα πρέπει να ακούγονται με προσοχή και με εχεμύθεια. Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι απόρρητο και από αυτό διακυβεύεται η σχέση ζευγαριού - νοσηλευτή. Εάν ο τελευταίος το αγνοήσει, τότε χάνεται κάθε είδους εμπιστοσύνη

του ζευγαριού προς τον νοσηλευτή, με συνέπεια, το ζευγάρι να αντιμετωπίσει προβλήματα στην προσαρμογή του στο πρόγραμμα υπογονιμότητας, στο οποίο πιθανόν να υποβληθεί.

Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε ένα ειδικό κέντρο υπογονιμότητας, οφείλει να έχει ειδικές γνώσεις του αντικειμένου, ώστε να μπορέσει να κατανοήσει το ζευγάρι, να του προσφέρει ασφάλεια και άνεση, ξεκινώντας από τις βασικές ανάγκες του, που είναι ουσιαστικά και ο αντικειμενικός σκοπός του νοσηλευτή:

1. Η εξασφάλιση της άνεσης στο ζευγάρι.
2. Η αποφυγή του άγχους.
3. Η ενθάρρυνση του ζευγαριού να χαλαρώσει και να ηρεμήσει.
4. Η παροχή χρόνου στο ζευγάρι ώστε να νιώσει φιλικά και να μπορέσει να συζητήσει το πρόβλημα.
5. Η επίλυση αποριών του ζευγαριού και διασαφήνιση των ιατρικών όρων.

Τα παραπάνω νοσηλευτικά καθήκοντα, τονίζουν το νοσηλευτικό ρόλο και βοηθούν στην μείωση του άγχους του ζευγαριού, που είναι σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων νοσηλευτή-ζευγαριού.

Όσο αφορά την νοσηλευτική παρέμβαση στην υπογονιμότητα, δεν παραλείπεται η ενότητα της ψυχολογίας. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως το άγχος, τα προβλήματα της καθημερινότητας, παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία του ζευγαριού, ευθύνονται για την ατεκνία, ειδικά στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει οργανικό πρόβλημα. Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι προσεκτικός και να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα αποδοχής, προσεγγίζοντας το ζευγάρι χωρίς βιασύνη, κάτι που θα δημιουργούσε περισσότερο άγχος, θυμό και πιθανόν και αποστασιοποίηση του ζευγαριού από το νοσηλευτή. Με εκφράσεις ζεστές και φιλικές και με προσεκτική ακρόαση, μπορεί να ενθαρρύνει το ζευγάρι να εκφράσει τα συναισθήματά του και να του τονίσει την σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ τους, ώστε ενωμένοι σαν μια γροθιά, να βγουν αλώβητοι μετά το τέλος της θεραπείας, είτε αυτή έχει θετικά, είτε αρνητικά αποτελέσματα. Είναι σημαντικό επίσης, να εξηγήσει στο ζευγάρι ότι η συναισθηματική κατάσταση που βιώνει είναι φυσιολογική αντίδραση στην προκειμένη περίπτωση και πως και άλλα ζευγάρια βιώνουν τα ίδια συναισθήματα. Η επιδείξει ασκήσεων ηρεμίας, καθώς και η συζήτηση για όποιο θέμα επιθυμεί το ζευγάρι, βοηθάει στην χαλάρωση. Η συνεχής παρακολούθηση, δίνει μια αίσθηση ασφάλειας. Θα πρέπει να τονιστεί επίσης, ότι οι αξιόπιστες και υπεύθυνες πληροφορίες είναι καθήκον του νοσηλευτή και οφείλει να είναι σωστά ενημερωμένος. Τέλος, θετικό θα ήταν ο νοσηλευτής να ενισχύσει την ελπίδα του ζευγαριού, ότι ο συναισθηματικός πόνος θα μειωθεί με το πέρασμα του χρόνου<sup>65</sup>.

Τα ζευγάρια που έχουν να αντιμετωπίσουν κάποιο οργανικό πρόβλημα, είτε από την πλευρά του άντρας, είτε από την πλευρά της γυναίκας, έχουν μια πιο εύθραυστη ψυχολογική κατάσταση. Αυτό οφείλεται στο επιπλέον φόβο, άγχος και την ανησυχία που τους δημιουργεί το πρόβλημα, οι δυνατότητες που υπάρχουν και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίλυση του δικού τους προβλήματος, καθώς επίσης και η μέθοδος που τελικά θα χρησιμοποιηθεί, όπως για παράδειγμα ένα χειρουργείο, μια χρονοβόρα και επίπονη θεραπεία κ.λπ. Επομένως, η ανησυχία για τα αποτελέσματα της έκβασης της θεραπείας, γίνεται μεγαλύτερη. Αυτή η διαδικασία είναι επίπονη, και αγχωτική. Στην περίπτωση αυτή πέρα από τα όσα έχουν υποθεί παραπάνω, στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή, είναι η φαρμακευτική περίθαλψη του ασθενή, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού. Πολλές φορές ο νοσηλευτής, καλείτε να παίζει τον ρόλο του ψυχολόγου, χωρίς να είναι αυτή η αρμοδιότητά του και φυσικά δεν την στερεί από αυτόν. Όμως, ο νοσηλευτικός στόχος

έχει ολιστικό χαρακτήρα, στοχεύει στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την νοσηλευτική διάγνωση, την παρέμβαση και την αποκατάσταση και στην προκειμένη περίπτωση, την προαγωγή της ψυχοσωματική υγείας του αρρώστου.

Τα ζευγάρια που δεν έχουν να αντιμετωπίσουν κάποιο οργανικό πρόβλημα, δεν εννοείται ότι έχουν λιγότερο άγχος, αφού κατά βάση το πρόβλημά τους είναι ψυχολογικό. Συνήθως σε αυτά τα ζευγάρια, ο νοσηλευτικός ρόλος είναι περιορισμένος. Ο νοσηλευτής, εκτός από την υποστήριξη και την ενημέρωση που μπορεί να παράσχει στο ζευγάρι, οφείλει να το παραπέμψει σε έναν ειδικό και στην προκειμένη περίπτωση, σε ένα ψυχολόγο. Αν το ζευγάρι αρνηθεί, για προσωπικούς λόγους, ο νοσηλευτής οφείλει να τους αναφέρει τον λόγο για τον οποίο τους είναι απαραίτητος ο ψυχολόγος και πόσα πλεονεκτήματα θα αποκομίσουν από αυτή την συνάντηση. Έτσι δημιουργείται και ακόμη μια συνεργασία νοσηλευτή-ψυχολόγου, όπου ο πρώτος, ενημερώνει για την τρέχουσα κατάσταση τον δεύτερο και αυτός με την σειρά του, αναλαμβάνει την διεκπεραίωση της θεραπείας του ζευγαριού.

Ένας ακόμη νοσηλευτικός ρόλος, αποδίδεται στην συνεργασία του νοσηλευτή με τον γιατρό και όλη την επιστημονική ομάδα. Ο νοσηλευτής θα ανακοινώσει το ζευγάρι και θα το παρουσιάσει στον γιατρό. Θα βοηθήσει τον γιατρό στις εξετάσεις που θα υποβληθεί το ζευγάρι. Γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει και την επιστημονοϊατρική πλευρά. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενασχόληση του με το αντικείμενο της «Υπογονιμότητας», παρακολουθώντας συνέδρια, παρουσιάζοντας εργασίες σχετικές με το θέμα και με την ενημέρωση του, όσο αφορά τις νέες εξελίξεις, μεθόδους και τεχνικές που αφορούν την υπογονιμότητα. Τότε μόνο ένας νοσηλευτής μπορεί να θεωρηθεί επαρκής και ικανός να συμμετάσχει σε μια επιστημονική ομάδα, παρουσιάζοντας προτάσεις, συζητώντας με τους ειδικούς, προβάλλοντας τυχόν αντιρρήσεις. Όλα αυτά συμβάλλουν στην διεπιστημονική συνεργασία. Μία συνεργασία που απαιτεί ανθρώπους με εμπειρία και γνώση, γιατί εξαιτίας αυτών δίνονται λύσεις στην κλονισμένη υγεία του πληθυσμού και εξαιτίας αυτών θα δοθούν οι μεταγενέστερες λύσεις στο κεφάλαιο της Υπογονιμότητας.

Υπάρχει ακόμη ένας κλάδος, παρακλάδι της νοσηλευτικής επιστήμης, η διασυνδεδετική. Διασυνδεδετική, είναι η διαδικασία με την οποία προάγεται η ενημέρωση. Δεν είναι απαραίτητα επιστημονική. Για παράδειγμα, εάν μία γυναίκα προσπαθεί καιρό να μείνει έγκυος, αλλά χωρίς αποτέλεσμα και κάποια κυρία το μαθαίνει και την ενημερώνει για ένα κέντρο υπογονιμότητας, ώστε να το επισκεφθεί. Η νοσηλευτική, σαν πράξη, εκτελείται σε πολλές υπηρεσίες. Σε αγροτικά ιατρεία, σε νοσοκομεία, σε κέντρα υγείας, σε πολυκλινικές, σε μαιευτήρια κ.ο.κ. Η διασυνδεδετική μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, αρκεί να υπάρχει η σωστή ενημέρωση στους ενδιαφερομένους, για τις υπηρεσίες που προσφέρονται σε καθ' ένα από τα ιατρεία αυτά. Ο νοσηλευτής του νοσοκομείου, μπορεί να ενημερώσει και να παραπέμψει το υπογόνιμο ζευγάρι σε έναν ειδικό, με τον ίδιο τρόπο που θα το κάνει και ένας νοσηλευτής του αγροτικού ιατρείου. Γενικότερα, η διασυνδεδετική ασχολείται με την ενημέρωση. Η ενημέρωση με την σειρά της, οφείλεται να παρέχεται από έμπειρους και σωστά καρτατισμένους ανθρώπους, με θέληση, διάθεση και προθυμία για την προσφορά της, σε ανθρώπους που την χρειάζονται.

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ο ρόλος του νοσηλευτή, στην αγωγή υγείας και την πρόληψη της ασθένειας. Η αγωγή υγείας, είναι μία σύνθετη διαδικασία που απαιτεί γνώση των επιστημών υγείας, επικοινωνίας και συμπεριφοράς, καθώς και άσκηση στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων<sup>66</sup>. Για το νοσηλευτή, ο ρόλος του στην αγωγή υγείας, είναι εκπαιδευτικός, ενώ στόχος του είναι η ενημέρωση και η πρόληψη, ώστε να επιτευχθεί

τροποποίηση της συμπεριφοράς των ατόμων, με σκοπό την βελτίωση και τον έλεγχο της υγείας, από το ίδιο τον άνθρωπο<sup>66</sup>. Η πρόληψη της ασθένειας, που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αγωγής υγείας, στοχεύει στη μείωση της εμφάνισης της ασθένειας ή στην έγκαιρη διάγνωσή της.

Ο νοσηλευτής, στα πλαίσια προγραμμάτων αγωγής της υγείας και πρόληψης της ασθένειας, μπορεί να οργανώσει ημερίδες στο χώρο του νοσοκομείου, στην κοινότητα, στα σχολεία, στα πανεπιστήμια. Μπορεί να τυπώσει ενημερωτικά φυλλάδια, καθώς και κονκάρδες, μπλουζάκια, καπέλα, αυτόκλητα με έξυπνα σλόγκαν και να τα μοιράσει σε χώρους που συχνάζουν νέοι. Να αναρτήσει αφίσες στους δρόμους, στις πλατείες και σε δημόσιους χώρους. Να οργανώσει εκδηλώσεις για την στήριξη τέτοιων προγραμμάτων, καθώς και να ζητήσει την εθελοντική συνδρομή των ατόμων, που θα ήθελαν να συμμετάσχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα. Η γλώσσα των προγραμμάτων αυτών, θα πρέπει να προσαρμόζεται κάθε φορά ανάλογα με το κοινό στο οποίο απευθύνεται, ώστε να προκαλεί το ενδιαφέρον τους. Τα θέματα των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης της ασθένειας, που αφορούν την υπογονιμότητα, είναι οι εκτρώσεις, η παχυσαρκία, η διατροφή, το αλκοόλ, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά, οι ανθρωπογενείς χημικές ουσίες, το άγχος και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

## 7.2 ΕΚΤΡΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Οι ειδικοί τονίζουν πως ποτέ δεν μπορούν να πουν με ασφάλεια ότι μία έκτρωση δεν θα δημιουργήσει κανένα ή αντίστοιχα πολλά προβλήματα στη μετέπειτα προσπάθεια μιας γυναίκας να συλλάβει. Γενικά, σύμφωνα με τις στατιστικές, μία στις 150 ή τις 200 εκτρώσεις οδηγεί σε υπογονιμότητα λόγω προβλημάτων που δημιουργούνται στις σάλπιγγες. Φυσικά, όσο πιο προσεκτικά γίνεται μία έκτρωση και όταν τηρούνται όλοι οι κανόνες από το γυναικολόγο και το νοσοκομείο στο οποίο διενεργείται η επέμβαση, τόσο περισσότερο μειώνονται οι πιθανότητες να υπάρξουν επιπλοκές.

Το πρόβλημα είναι πως η έκτρωση μπορεί να προκαλέσει κάποια επιπλοκή, όπως είναι μία φλεγμονή, συμφύσεις εξαιτίας της επέμβασης κ.ά., που μπορεί να οδηγήσουν σε υπογονιμότητα. Από την άλλη πλευρά, η έκτρωση μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές σε μια μελλοντική εγκυμοσύνη (αποβολή, πρόωρος τοκετός ή μεγάλη αιμορραγία), αν προκληθούν προβλήματα στο ενδομήτριο.

1. Ακόμη, οι ειδικοί δεν μπορούν να μιλήσουν με βεβαιότητα ούτε για το κατά πόσο ο αριθμός των εκτρώσεων παίζει ρόλο στη γονιμότητα. Μπορεί και μία μόνη έκτρωση να δημιουργήσει πρόβλημα υπογονιμότητας, αλλά σίγουρα όσο περισσότερες γίνονται, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να προκύψει κάποια τέτοια επιπλοκή. Η έκτρωση ενέχει πολλούς κινδύνους για την σωματική υγεία, που γίνονται πιο σύνθετοι για περισσότερες από μία εκτρώσεις και για εκτρώσεις που γίνονται στα τελευταία στάδια της κύησης. Πολλές γυναίκες μπορεί να υποστούν βλάβες στο αναπαραγωγικό τους σύστημα χωρίς να το διαπιστώσουν και μόνο μετά από χρόνια να ανακαλύψουν ότι είναι στérεις ή κάτι ακόμα χειρότερο. Η έκτρωση μπορεί να κάνει τις επόμενες κησεις περισσότερο επικίνδυνες, συντελώντας έτσι στην αύξηση της θνησιμότητας των μητέρων, κατά τις επιθυμητές κησεις. Κάθε γυναίκα που σκέπτεται την έκτρωση θα πρέπει να λάβει υπ' όψιν την πιθανότητα να υποστεί βλάβες στην υγεία της<sup>67</sup>.

Οι συνηθέστεροι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που υποβάλλονται σε έκτρωση είναι:

1. Διάτρηση της μήτρας
2. Ρήξη τραχήλου
3. Εμφάνιση προδρομικού πλακούντα
4. Μελλοντική εξωμήτρια κύηση
5. Ενδομητρίτιδα
6. Ενδοτραχηλίτιδα
7. Πυελική φλεγμονή
8. Δευτεροπαθή αμηνόρροια ή στειρώση
9. Ενδομήτριες συμφύσεις
10. Ανεπάρκεια εσωτερικού τραχηλικού στομίου
11. Αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα
12. Καθ' ἑξίν αποβολές
13. Πρώιμους τοκετούς

### 7.3 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Άμπερντην, έλεγξαν το σπέρμα σε παραπάνω από 2.000 άνδρες που αντιμετώπιζαν προβλήματα γονιμότητας. Οι βαρύτεροι εξ αυτών είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό αλλοιωμένου σπέρματος. Όπως ανέφεραν οι ειδικοί σε ευρωπαϊκό συνέδριο για τη γονιμότητα, η απώλεια βάρους ίσως συμβάλλει θετικά στη γονιμότητα. Οι συμμετέχοντες διαιρέθηκαν σε τέσσερις ομάδες, ανάλογα με τον δείκτη μάζας σώματος τους (ΔΜΣ). Οι άντρες που είχαν φυσιολογικό ΔΜΣ (μεταξύ 20 και 25), είχαν περισσότερο σπέρμα και υψηλότερα επίπεδα υγιούς σπέρματος, συγκριτικά με τους βαρύτερους. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στη συγκέντρωση και τη δραστηριότητα του σπέρματος. Σύμφωνα με τον επικεφαλής της μελέτης, Dr Ghiyath Shayeb, τα ευρήματα ήταν αρκετά ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες (κάπνισμα, αλκοόλ, ηλικία) και φαίνεται να υποδεικνύουν ότι οι άντρες που προσπαθούν να αποκτήσουν παιδί, πρέπει πρώτα να δοκιμάσουν να αποκτήσουν φυσιολογικό βάρος.

Ο Dr. Shayeb τόνισε ότι υπάρχει πλήθος πιθανόν εξηγήσεων, συμπεριλαμβανομένων των διαφορετικών επιπέδων ορμονών στους παχύσαρκους, υπερθέρμανσης των όρχεων από το υπερβολικό λίπος στην περιοχή ή απλά ανθυγιεινού τρόπου ζωής που οδηγεί σε κακή ποιότητα σπέρματος.

Όλες οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες με αυξημένο δείκτη σωματικής μάζας έχουν προβλήματα γονιμότητας. Είναι πιο δύσκολο να μείνουν έγκυοι, αλλά και να έχει μια ομαλή εγκυμοσύνη και έναν εύκολο τοκετό. Στην εξωσωματική γονιμοποίηση υπάρχουν περισσότερες αποτυχίες στις παχύσαρκες γυναίκες, από ό,τι σε εκείνες με φυσιολογικό βάρος. Το ποσοστό των γυναικών που καταφέρνουν να μείνουν έγκυοι με εξωσωματική γονιμοποίηση, πέφτει από το 48% στο 30% όταν αφορά γυναίκες με αυξημένο δείκτη σωματικής μάζας.

Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών έχουν διαταραχές κύκλου που οφείλονται στην αύξηση του σωματικού βάρους. Πολλές παχύσαρκες γυναίκες έχουν το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών που επηρεάζει τον κύκλο. Μπορεί να έχουν ακόμα και αμηνόρροια. Η αραιομηνόρροια, όμως, είναι το πιο συχνό φαινόμενο σε αυτές τις περιπτώσεις. Δηλαδή, η περίοδος να έρχεται κάθε δύο ή τρεις μήνες, κατάσταση η οποία δυσκολεύει πάρα πολύ και τη σύλληψη. Οι γυναίκες αυτές

δεν επιτυγχάνουν εύκολα εγκυμοσύνη και συνήθως καταφεύγουν σε προσπάθειες με τεχνικές αναπαραγωγής. Αυτό που συμβαίνει είναι μια μεταβολή των βιοχημικών δεδομένων που υπάρχουν στο γυναικείο σώμα κι αυτή η έλλειψη ισορροπίας επηρεάζει άμεσα τον κύκλο των παχύσαρκων γυναικών, που πολλές φορές δεν κάνουν ωορρηξία.

Παράλληλα, μελέτες δείχνουν ότι και η ποιότητα των ωαρίων επηρεάζεται από την αλλοίωση του ορμονικού προφίλ που προκαλεί η παχυσαρκία. Το λίπος που υπάρχει στον κορμό μετατρέπει τις θηλυκές ορμόνες σε οιστρογόνα. Υπάρχει μεγάλη αύξηση της ελεύθερης τεστοστερόνης, η οποία είναι ανδρική ορμόνη. Αυτή κάθεται πάνω στους θύλακες των τριχών και μπορεί να δημιουργήσει και υπερτρίχωση. Δημιουργεί κι άλλα προβλήματα, διαταράσσοντας την ισορροπία των γυναικείων ορμονών.

Η αυξανόμενη παραγωγή ινσουλίνης, είναι μια συχνή διαταραχή που συνδέεται με την κοιλιακή εναπόθεση του λίπους. Η ινσουλίνη υποκινεί την έκκριση ανδρογόνων και μειώνει τη συγκέντρωση της πρωτεΐνης αγκίστρωσης των στεροειδών ορμονών. Άρα, απαιτούνται και περισσότερες γοναδοτροπίνες για να επιτευχθεί ωογένεση στις γυναίκες που είναι ανθεκτικές στην ινσουλίνη.

Οι γυναικολόγοι τα τελευταία χρόνια είναι πολύ αυστηροί με το βάρος των εγκύων. Δεν τις επιτρέπουν να πάρουν πολλά κιλά. Επίσης, πολλοί θεωρούν σχεδόν απαγορευτική την εγκυμοσύνη σε μια γυναίκα που ζυγίζει περισσότερο από 100 κιλά. Οι επιπλοκές που μπορεί να συμβαίνουν εξαιτίας του υπερβολικού βάρους και να αφορούν το έμβρυο και τη γυναίκα είναι, ο σακχαρώδης διαβήτης της εγκυμοσύνης, η προεκλαμψία, η εκλαμψία και φυσικά μια παχύσαρκη έχει περισσότερες πιθανότητες να γεννήσει με καισαρική και όχι φυσιολογικά. Ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης, μπορεί να έχει επιπτώσεις και στο παιδί, καθώς μπορεί να γεννηθούν μακροσωμικά παιδιά. Δηλαδή, παιδιά με αυξημένο βάρος και εναπόθεση λίπους κυρίως στον κορμό τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δυστοκία, η οποία μπορεί να προκαλέσει ακόμα και αναπηρία στο παιδί.

Παράλληλα, ο κίνδυνος αποβολής είναι μεγαλύτερος για τις παχύσαρκες γυναίκες, ειδικά στο πρώτο τρίμηνο. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η παχυσαρκία συνδέεται με πρόωρες ακούσιες διακοπές κύησης. Οι παχύσαρκες γυναίκες παρουσιάζουν τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αποβολής από τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος.

Τονίζεται επίσης, το πόσο σημαντικό είναι η γυναίκα, να μη υπερβεί την ιδανική αύξηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη. Ποια είναι όμως η ιδανική αύξηση βάρους σε μια εγκυμοσύνη; Αυτό που υποστηρίζεται τελευταία είναι ότι το ιδανικό σωματικό βάρος είναι τα 6,5 κιλά. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει καμία γυναίκα να υπερβεί τα 12 κιλά. Από εκεί και πάνω αρχίζουν να αυξάνονται κατά πολύ οι κίνδυνοι<sup>68</sup>.

## **7.4 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Οι γυναίκες που προσπαθούν να συλλάβουν μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες σύλληψης με την υιοθέτηση κατάλληλης διατροφής και τρόπου ζωής, σύμφωνα με νέα έρευνα του Χάρβαρντ. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η πλειοψηφία των περιπτώσεων υπογονιμότητας λόγω διαταραχών ωορρηξίας σε κατά τα άλλα υγιείς γυναίκες θα μπορούσαν να αποφευχθούν μέσω αλλαγής στη διατροφή και στον τρόπο ζωής. Το μήνυμα προς τις γυναίκες, δήλωσε ο ερευνητής Dr.Jorge Chavarro,



της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, είναι πως με αλλαγή στη διατροφή και τον τρόπο ζωής οι γυναίκες μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη γονιμότητά τους. Η κατάλληλη διατροφή περιλαμβάνει μεγαλύτερη κατανάλωση μονοακόρεστου λίπους αντί για τρανς λιπαρά, φυσική πρωτεΐνη αντί για ζωική, προϊόντα ολικής αλέσεως, περιορισμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών με υψηλά λιπαρά, πολυβιταμίνες και σίδηρο από λαχανικά και συμπληρώματα, σημειώνει η ερευνητική ομάδα. Αλλαγές στον τρόπο ζωής περιλαμβάνουν την κατανάλωση περιορισμένων ποσοτήτων καφέ και αλκοόλ, αυξημένη φυσική δραστηριότητα και διακοπή του καπνίσματος. Για διάστημα 8 ετών, η ερευνητική ομάδα παρακολούθησε τον τρόπο ζωής και τη διατροφή 17.544 γυναικών, καθώς προσπαθούσαν να συλλάβουν ή έχοντας συλλάβει. Καμία από αυτές δεν είχε ιστορικό υπογονιμότητας. Η υιοθέτηση, σε μεγαλύτερο βαθμό, της κατάλληλης για τη γονιμότητα διατροφής, φάνηκε να σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο υπογονιμότητας, λόγω διαταραχών ωορρηξίας και σε μικρότερο βαθμό υπογονιμότητας, που οφειλόταν σε άλλα αίτια.

Ο συνδυασμός 5 ή περισσότερων παραγόντων χαμηλού κινδύνου όσον αφορά τον τρόπο ζωής, περιλαμβανομένων του ελέγχου του βάρους, της άσκησης και της διατροφής, φάνηκε να σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο κατά 69% για υπογονιμότητα σχετική με την ωορρηξία. Ο κίνδυνος υπογονιμότητας μειώθηκε στο 66% για τις γυναίκες που συμμορφώθηκαν με την κατάλληλη διατροφή και στο 27% στην περίπτωση που η υπογονιμότητα οφειλόταν σε άλλα αίτια<sup>69</sup>.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες ανέκυψε ως ερευνητικό θέμα στην ανδρική όσο και στη γυναικεία υπογονιμότητα ο ρόλος της διατροφής. Μετά από συγκρίσεις μεταξύ γόνιμων και υπογόνιμων ανδρών παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στο διατροφικό τους προφίλ. Πώς μπορεί λοιπόν η διατροφή να επηρεάσει την ποιότητα του σπέρματος; Το σπέρμα, σαν ένας ζωντανός οργανισμός αλλά και ένα από τα υγρά του σώματος που μεταφέρουν DNA, είναι πλούσιο σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Αλλαγές στη σύσταση του σπερματικού υγρού μπορεί να έχουν σαν συνέπεια αλλαγές στην κινητικότητα αλλά και τη ζωτικότητα των σπερματοζωαρίων. Όμως ποια θρεπτικά συστατικά σχετίζονται με την υπογονιμότητα στον άνδρα; Μεγάλη καταστροφή στον αριθμό των σπερματοζωαρίων μπορεί να επιφέρουν οι ελεύθερες ρίζες, που προκαλούν βλάβες στις μεμβράνες και το γενετικό υλικό του κυττάρου. Τα κύτταρα συνήθως χρησιμοποιούν τα αντιοξειδωτικά, που τα προστατεύουν από αυτές τις αλλαγές. Σημαντικά αντιοξειδωτικά που λαμβάνονται από τη διατροφή είναι τα εξής:

**Λυκοπένιο:** Βρίσκεται σε υψηλή συγκέντρωση στο σπέρμα. Όσο πιο αυξημένη είναι η πρόσληψη λυκοπενίου από τη διατροφή, τόσο αυξάνονται τα ποσοστά του λυκοπενίου στο σπέρμα. Πλούσιες πηγές είναι οι σάλτσες ντομάτας, η κέτσαπ και λιγότερο οι φρέσκιες ντομάτες.

**Βιταμίνες C & E:** Βελτιώνουν την ποιότητα του σπέρματος περιορίζοντας τη βλάβη στις μεμβράνες. Καλές πηγές βιταμίνης C είναι τα εσπεριδοειδή φρούτα και τα ωμά λαχανικά. Η βιταμίνη E απαντάται στις καλής ποιότητας μαργαρίνες και έλαια, στα λιπαρά ψάρια και τους ξηρούς καρπούς.

**Σελήνιο:** Ισχυρό αντιοξειδωτικό που λαμβάνει μέρος σε πλήθος αλυσιδωτών αντιδράσεων, ενώ επηρεάζει τα κύτταρα του Leydig που παράγουν τεστοστερόνη στον άνδρα. Έρευνες έδειξαν ότι η χορήγηση σεληνίου σε μορφή συμπληρωμάτων, αύξησε την κινητικότητα του σπέρματος, καθώς και τις πιθανότητες γονιμοποίησης στους περισσότερους άνδρες. Στη διατροφή μας το προσλαμβάνουμε από τους ξηρούς καρπούς, το ψάρι και τα ολικής αλέσεως δημητριακά.

**Ψευδάργυρος και φυλλικό οξύ:** παίζουν ρόλο στη σύνθεση του DNA και του RNA. Ανεπάρκεια ψευδαργύρου έχει σαν κλινικό σύμπτωμα τη μειωμένη σπερματογένεση και τη μειωμένη γονιμότητα.

Εκεί που εφίσταται η προσοχή όμως, είναι η αποφυγή συνηθειών, που δρουν δυνητικά στην υγεία του ατόμου, οδηγώντας κάποιες φορές και στην υπογονιμότητα. Τέτοιες συνήθειες είναι:

**Παχυσαρκία:** Το αυξημένο σωματικό λίπος δεσμεύει την ελεύθερη τεστοστερόνη του αίματος, ενώ πιθανώς να ευνοεί τη μετατροπή της τεστοστερόνης στη γυναικεία ορμόνη, οιστρογόνο. Προτείνεται ο έλεγχος και η διατήρηση του βάρους σε υγιή πλαίσια.

**Διατροφή πλούσια σε φυτοοιστρογόνο:** Τα φυτοοιστρογόνα, είναι φαινόλες που μιμούνται τα οιστρογόνα που παράγονται στο γυναικείο σώμα. Οι ισοφλαβόνες, είναι από τα πιο καλά μελετημένα και ισχυρά φυτοοιστρογόνα και περιέχονται κυρίως στη σόγια. Έχουν ενοχοποιηθεί για υπογονιμότητα, τόσο σε ζώα, όσο και σε άνδρες και η δράση τους θεωρείται περισσότερο επιβλαβής στις περιόδους που αναπτύσσεται το ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα. Ισοφλαβόνες περιέχονται σε προϊόντα σόγιας, στο αλεύρι σόγιας, στα συμπληρώματα φυτοοιστρογόνων, στο βρεφικό γάλα σόγιας, στον λιναρόσπορο, καθώς και στα φαγητά τύπου fast food που χρησιμοποιούν πρωτεΐνη σόγιας σαν φτηνή πρώτη ύλη.

**Πολυχλωριωμένες διφαινόλες και υδράργυρος:** Αυτά είναι βαρέα μέταλλα που αποθηκεύονται σε ψάρια από μολυσμένα νερά αλλά και σε μεγάλα ψάρια. Προτείνεται η αποφυγή ψαριών από μολυσμένα νερά, καθώς και η κατανάλωση φαγκριού, ξιφία, τούνας και καρχαρία. Προτείνεται επίσης, η περιορισμένη κατανάλωση κονσέρβας τόνου 2 φορές την εβδομάδα.

**Η κατανάλωση καπνού και μαριχουάνας:** Μειώνουν την πυκνότητα του σπέρματος, την κινητικότητα και τη μορφολογία του, ενώ η περίσσεια αλκοόλ μειώνει την έκκριση τεστοστερόνης.

Συνοπτικά, η διατροφή που συνιστάται είναι μια ποικίλη διατροφή με πολλά φρέσκα φρούτα και λαχανικά, μαγειρεμένες ντομάτες, καλής ποιότητας κρέας, έλαια και οστρακοειδή. Συνιστάται επίσης, η αποφυγή των φαγητών τύπου fast food, τα μεγάλα ψάρια, το κάπνισμα, η υπερκατανάλωση αλκοόλ, αλλά και το περιττό βάρος<sup>70</sup>.

## 7.5 ΑΝΘΡΩΠΟΓΕΝΕΙΣ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι ενδοκρινικοί διαταραχές, δηλαδή ανθρωπογενείς χημικές ουσίες, όπως οι διοξίνες, τα εντομοκτόνα και τα φαρμακευτικά σκευάσματα, ενοχοποιούνται μαζί με το κάπνισμα, το αλκοόλ και την παχυσαρκία για την υπογονιμότητα των σύγχρονων ζευγαριών. Σύμφωνα με εκτιμήσεις των επιστημόνων, στην Ελλάδα το ποσοστό των ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας, που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, ανέρχεται σε 15-17%. Ο αριθμός των ατέκνων, που θέλουν αλλά δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, ανέρχεται σε 110.000, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός στις ΗΠΑ είναι 2,3 εκατομμύρια, ανέφεραν οι καθηγητές ενδοκρινολογίας και αναπαραγωγής στο ΑΠΘ, Ιωάννης Παπαδήμας και Δημήτρης Πανίδης κατά τη διάρκεια ενημέρωσης δημοσιογράφων με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Γονιμότητας, όπως έχει οριστεί η 15η Ιουνίου.

Τα τελευταία 20 χρόνια η σύγχρονη ιατρική επιστήμη ανέπτυξε εξελιγμένες θεραπευτικές μεθόδους υποβοήθησης της αναπαραγωγής για την αντιμετώπιση του

προβλήματος της υπογονιμότητας, στις περιπτώσεις που η συντηρητική αντιμετώπιση δεν δίνει λύση. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας με τις θεραπείες αυτές οδηγεί σε ποσοστά κύησης, που κυμαίνονται μεταξύ 25 και 30% για κάθε προσπάθεια, ανάλογα με το είδος του προβλήματος, την ηλικία της ασθενούς κ.λ.π. Όπως τονίστηκε από τους καθηγητές, «η λύση για το άτεκνο ζευγάρι δεν είναι μόνο ο δρόμος της εξωσωματικής γονιμοποίησης». Το ζευγάρι πρέπει να διερευνηθεί κατ' αρχήν ορμονικά για έλεγχο της ύπαρξης, ή όχι, ωορρηξίας και των πιθανών διαταραχών αυτής. Η λύση στην υπογονιμότητα του ζευγαριού μπορεί να είναι πολύ απλή και σαφώς ανέξοδη και πολύ λιγότερο ψυχοφθόρα από την εξωσωματική, όπου το ποσοστό επιτυχίας είναι 23% ανά κύκλο.

Τα τελευταία χρόνια, λόγω των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, οι σύγχρονες γυναίκες επιχειρούν να τεκνοποιήσουν γύρω στα 35 τους, ηλικία κατά την οποία η αναπαραγωγική τους ικανότητα μειώνεται δραματικά, άσχετα με τη ρυθμικότητα της εμμηνορρυσίας. Αν μία γυναίκα αυτής της ηλικίας δεν συλλάβει σε χρονικό όριο 6 μηνών οφείλει να κάνει ορμονική διερεύνηση για καθορισμό της περαιτέρω γραμμής, που θα ακολουθήσει. Διαταραχές της περιόδου σε νεαρές γυναίκες υποδηλώνουν συνήθως διαταραχές των ορμονών, που ρυθμίζουν τον αναπαραγωγικό κύκλο και προφανώς οδηγούν σε υπογονιμότητα, λόγω διαταραχών της ωορρηξίας. Γι' αυτό η διερεύνηση των ορμονών, που εμπλέκονται στη ρύθμιση του αναπαραγωγικού κύκλου, είναι από τα πρώτα βήματα, τα οποία πρέπει να γίνουν, ώστε να αντιμετωπιστεί η υπογονιμότητα της γυναίκας. Ένας πολύ συχνός συνδυασμός ενοχλημάτων από διαταραχές της περιόδου με ταυτόχρονη ύπαρξη ακμής ή και τριχοφυΐας υποδηλώνουν, συνήθως, διαταραχή της λειτουργίας των ωοθηκών με ανώμαλη υπερπαραγωγή ανδρικών ορμονών (ανδρογόνων). Στις περιπτώσεις αυτές, σχεδόν πάντα, υπάρχει διαταραχή της ωορρηξίας, δηλαδή της παραγωγής του ωαρίου. Απαιτείται ενδοκρινολογική εξέταση για μέτρηση σε συγκεκριμένες μέρες κύκλου προκειμένου να αντιμετωπισθεί σωστά το πρόβλημα των διαταραχών και του κύκλου και, κατά συνέπεια, της γυναικείας υπογονιμότητας.

Εξάλλου, η αμηνόρροια στη νεαρή γυναίκα, δηλαδή η έλλειψη περιόδου, για διάστημα πέραν των 6 μηνών, απαιτεί άμεση διερεύνηση των ορμονών, που εμπλέκονται στη ρύθμιση του κύκλου και όχι μόνον. Στην αιτιολογία των διαταραχών αυτών υπάρχουν πληθώρα αιτιών, όπως διάφορα άλλα ενδοκρινολογικά νοσήματα, πρόωπη εμμηνόπαυση, λήψη φαρμακευτικών ουσιών, που μπορούν να προκαλέσουν αμηνόρροια. Η ενδοκρινολογική εκτίμηση θα βοηθήσει να διερευνηθεί σφαιρικά το θέμα.

Τα συχνότερα αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας είναι η κισσοκήλη, δηλαδή η διάταση των φλεβών των όρχεων (32%), οι λοιμώξεις των επικουρικών γεννητικών αδένων, όπως ο προστάτης και οι σπερματοδόχες κύστεις (9%), η κρυπορχία, δηλαδή η μη κάθοδος των όρχεων στο όσχεο, μετά τη γέννηση (8%), οι αποφράξεις των εκφορητικών οδών του σπέρματος (1%), καθώς και ενδοκρινολογικά (9%) ή ανοσολογικά αίτια, όπως τα αντισπερματικά αντισώματα (4%). Ωστόσο σε μεγάλο ποσοστό, που ξεπερνά το 32%, το αίτιο της ανδρικής υπογονιμότητας παραμένει άγνωστο (ιδιοπαθής υπογονιμότητα).

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ανεξήγητα το ποσοστό της υπογονιμότητας στον άντρα γεγονός το οποίο οφείλεται στην έκθεση σε χημικές ουσίες που υπάρχουν στο περιβάλλον και καταστρέφουν την ποιότητα του σπέρματος. Οι καθηγητές επισήμαναν ότι κατά την τελευταία 20ετία έχει παρατηρηθεί, παγκοσμίως, η μείωση του αριθμού σπερματοζωαρίων στους άνδρες σε ποσοστό 2% ετησίως<sup>71</sup>.

## 7.6 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η τεκνοποίηση αποτελεί έναν εξαιρετικά σημαντικό σκοπό στη ζωή ενός ζευγαριού. Μοιραία λοιπόν, η υπογονιμότητα, δηλαδή η αδυναμία δύο συντρόφων να επιτύχουν σύλληψη ή ολοκληρωμένη κύηση, είναι μια σοβαρή δοκιμασία που συχνά συνοδεύεται από άγχος και άλλα δυσάρεστα συναισθήματα. Όπως έχει προϋποθεί, υπογόνιμο θεωρείται ένα ζευγάρι όταν μετά από ένα χρόνο συχνών και ελεύθερων σεξουαλικών επαφών δεν επιτυγχάνει τη σύλληψη. Υπολογίζεται ότι 8-14% των ζευγαριών αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας.

Τα προβλήματα υπογονιμότητας μπορεί να οφείλονται σε ανατομικούς, οργανικούς ή παθολογικούς παράγοντες. Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται μόνο στη γυναίκα, μόνο στον άντρα, και στους δύο ή σε άγνωστη αιτία. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια έντονη συζήτηση στην επιστημονική κοινότητα γύρω από τον πιθανολογούμενο ρόλο ψυχολογικών παραγόντων σαν αίτια κάποιων περιπτώσεων υπογονιμότητας. Κι αυτό, διότι παρά τη σημαντική εξέλιξη της τεχνολογίας, τα αίτια της υπογονιμότητας δεν εντοπίζονται πάντοτε. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 5% των υπογόνιμων ζευγαριών τα οποία, για ανεξήγητους από ιατρική σκοπιά λόγους, δεν καταφέρνουν να συλλάβουν μετά από 2 χρόνια συστηματικής σεξουαλικής επαφής.

Παρόλο όμως που τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τα ζευγάρια που δεν αντιμετωπίζουν τα προβλήματα αυτά, δεν έχει προς το παρόν τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι το άγχος και το στρες ευθύνεται για την υπογονιμότητα.

Ανέκδοτες παρατηρήσεις στη Μεγάλη Βρετανία καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες οι οποίες επισκέπτονταν το γυναικολόγο τους συχνότερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, είχαν μικρότερα ποσοστά αποβολών. Μια από τις ερμηνείες της παρατήρησης αυτής είναι ότι με τις τακτικότερες επισκέψεις στο γυναικολόγο, οι γυναίκες αυτές λάμβαναν μεγαλύτερη επιβεβαίωση για την απρόσκοπτη πορεία της εγκυμοσύνης τους, γεγονός που μείωνε τα επίπεδα του άγχους τους, μια και τους παρείχε μια καλύτερη «αίσθηση ελέγχου» στη ζωή τους. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι, από ψυχολογική σκοπιά, η απώλεια της «αίσθησης ελέγχου» συνδέεται άρρηκτα, όχι μόνο με αυξημένα επίπεδα άγχους, αλλά και με άλλες μορφές ψυχικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, φοβίες, ψυχοσωματικές διαταραχές, κ.λπ. Το άγχος, όπως αναλύεται παρακάτω, σωματοποιείται μέσω της υπόφυσης και έτσι έμμεσα, μπορεί να επηρεάζει το σύνολο σχεδόν των λειτουργιών του οργανισμού. Η επιστημονική κοινότητα αναμένει με μεγάλο ενδιαφέρον τις επικείμενες έρευνες, που θα αποπειραθούν να τεκμηριώσουν τελεσίδικα την επιβαρυντική επίδραση του άγχους στην υπογονιμότητα<sup>72</sup>.

## 7.7 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Τα νοσήματα του σεξ ξανάρχονται έπειτα από την περίπου δεκαετή υποχώρησή τους, λόγω του φόβου από την εμφάνιση του AIDS και απειλούν και πάλι σήμερα την υγεία και τη γονιμότητα των νέων ανδρών και γυναικών.

Η κα Ηλέκτρα Νικολαΐδου, λέκτωρ της Δερματολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και στέλεχος του Τμήματος Σεξουαλικά

Μεταδιδόμενων Νοσημάτων του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» (διευθυντής, ο καθηγητής κ. Ανδρέας Κατσάμπας), λέει ότι, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα στην Ελλάδα, όπως και στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, παρουσίασαν μείωση, από τα μέσα της δεκαετίας του '80 έως περίπου τα μέσα της δεκαετίας του '90, γιατί ο κόσμος, λόγω του φόβου του AIDS, έπαιρνε προφυλάξεις στη σεξουαλική ζωή. Μετά τη βελτίωση στη θεραπεία του AIDS, όμως, τα προφυλακτικά μέτρα έχουν χαλαρώσει και παρατηρείτε σταδιακή αύξηση των κρουσμάτων στα νοσήματα αυτά. Τα περιστατικά πρώιμης σύφιλης, λ.χ. της σύφιλης που έχει εμφανισθεί μέσα στον τελευταίο χρόνο, από 350 τον χρόνο το 1983, μειώθηκαν σε 30-40 το 1993 και αυξήθηκαν σε 140 το 2006. Κανένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα δεν έχει εξαφανισθεί, αν και ο κόσμος πιστεύει κάτι τέτοιο για τη σύφιλη, επισημαίνει. Παρατηρούμε, επιπλέον, μεγάλη αύξηση στη συχνότητα των κονδυλωμάτων, καθώς έχουν σχέση με τις νέες συνήθειες των ανθρώπων, οι οποίοι αρχίζουν πλέον νωρίτερα τη σεξουαλική τους ζωή και έχουν σήμερα περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους.

Μεγαλύτερη έξαρση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων υπάρχει στις ηλικίες 20-40 χρόνων, γιατί είναι και οι πιο ενεργές σεξουαλικά. Τελευταία, όμως, παρατηρείται αύξηση των νοσημάτων αυτών και στους εφήβους και κυρίως στα κορίτσια, ιδίως των νοσημάτων που προκαλούνται από τους ιούς HPV (Ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων).

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι γενικά πιο συχνά στους άνδρες, επειδή έχουν συνήθως περισσότερες σεξουαλικούς συντρόφους. Τα πιο πολλά περιστατικά φθάνουν στους γιατρούς τον Αύγουστο και τον Σεπτέμβριο, καθώς τους καλοκαιρινούς μήνες, αυξάνεται κατά κανόνα ο αριθμός των σεξουαλικών συντρόφων.

#### **7.7.1 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Προτείνεται:

1. Η χρήση προφυλακτικού, σε κάθε σεξουαλική επαφή σας, ακόμα και στη στοματογεννητική.
2. Η πολύ προσεκτική και υπεύθυνη επιλογή του σεξουαλικού συντρόφου.
3. Η αποφυγή της πρωκτικής σεξουαλικής επαφής.
4. Στις γυναίκες, η εξέταση του τεστ Παπανικολάου κάθε χρόνο.
5. Σε άτομα με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, να κάνουν τακτικά προληπτικές εξετάσεις, οι οποίες είναι εύκολες και φθηνές (οι εξετάσεις αίματος για AIDS και σύφιλη, είναι μάλιστα δωρεάν στα κρατικά νοσοκομεία).
6. Τα κορίτσια 11-12 χρόνων (αλλά και οι νέες γυναίκες έως 26 χρόνων, εάν δεν έχουν ακόμα σεξουαλική ζωή ή δεν έχουν ακόμα μολυνθεί) να κάνουν το εμβόλιο για τους HPV ιούς.

#### **7.7.2 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;**

Τα πιο συχνά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι:

- Τα οξυτενή κονδυλώματα (προκαλούνται από τους ιούς HPV).
- Ο έρπης των γεννητικών οργάνων (προκαλείται από τους ερπητοϊούς).

Άλλα τέτοια νοσήματα είναι:

- Η σύφιλη (προκαλείται από την ωχρά σπειροχαίτη).
- Οι γονοκοκκικές λοιμώξεις, όπως η βλεννόρροια (προκαλούνται από τον γονόκοκκο).
- Οι γλαμυδιακές λοιμώξεις.
- Οι λοιμώξεις από τριχομονάδες.
- Το AIDS.
- Οι ηπατίτιδες (B και C).

### 7.7.3 ΠΟΙΟΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ;

Αυτοί που κινδυνεύουν περισσότερο είναι:

- Όσοι έχουν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.
- Όσοι δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό.
- Όσοι αρχίζουν νωρίς τη σεξουαλική ζωή τους (κυρίως οι γυναίκες).
- Οι γυναίκες, επειδή μολύνονται πιο εύκολα από ορισμένα νοσήματα, όπως ο έρπητας.
- Οι έφηβες 15-16 χρόνων, γιατί ο κόλπος τους δεν έχει ωριμάσει πλήρως και έχει μικρότερη αντίσταση στις μολύνσεις.
- Όσοι έχουν συχνά πρωκτική σεξουαλική επαφή.

### 7.7.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η διάγνωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων γίνεται:

- Με την κλινική εξέταση από τον γιατρό.
- Αν χρειασθεί, η διάγνωση επιβεβαιώνεται και με εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτές είναι αιματολογικές για τη σύφιλη, τον έρπητα, τις ηπατίτιδες και το AIDS, και εξετάσεις του εκκρίματος από την ουρήθρα και των κολπικών υγρών για τις γονοκοκκικές λοιμώξεις και τα χλαμύδια.
- Για τη λοίμωξη από τους ιούς HPV, μπορεί να χρειασθεί και βιοψία, με αφαίρεση και εξέταση των βλαβών.

Όμως πώς θα υποψιασθείτε ότι πάσχετε από ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα:

- Τα εξανθήματα, σύμφωνα με πληροφορίες της κα Νικολαΐδου, μπορεί να εμφανισθούν στο αιδοίο, στο πέος, στο εφήβαιο (στο κάτω σημείο της κοιλιάς), στον πρωκτό ή στο περίνεο (στην περιοχή μεταξύ πρωκτού και αιδοίου). Οι ιοί HPV, μπορεί να προσβάλουν και τον τράχηλο της μήτρας και οι βλάβες αυτές φαίνονται στο test ΠΑΠ.
- Τα κονδυλώματα εμφανίζονται με μικρά εξογκώματα στα γεννητικά όργανα, που μοιάζουν με κρεατοελιές και έχουν το χρώμα του δέρματος ή πιο σκούρο και διαφορετική υφή από το υπόλοιπο δέρμα.
- Η σύφιλη εμφανίζεται με έλκη (πληγές) ή και με άλλα εξανθήματα.

- Ο έρπητας εμφανίζεται με μικρές φουσκάλες, που σπάνε και αφήνουν μικρές διαβρώσεις (επιφανειακές πληγές).
- Οι ουρηθρίτιδες και οι τραχηλίτιδες (από γονοκοκκικές και χλαμυδιακές λοιμώξεις και τριχομονάδες) εμφανίζονται με εκκρίματα από την ουρήθρα στους άνδρες και αυξημένα κολπικά υγρά στις γυναίκες. Τα χλαμύδια είναι στο 70% των περιπτώσεων στις γυναίκες και σε ένα μικρό ποσοστό των ανδρών χωρίς συμπτώματα. Εάν, λοιπόν, βρεθεί ο ένας σύντροφος με χλαμύδια, θα πρέπει να ελεγχθεί οπωσδήποτε και ο άλλος, έστω κι αν δεν έχει συμπτώματα.
- Το AIDS έχει πολλές και άτυπες εκδηλώσεις στην έναρξή του (όπως λ.χ. συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης).

### 7.7.5 ΣΥΦΙΛΗ-ΕΡΠΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η σύφιλη αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στην εγκυμοσύνη, γιατί μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο έμβρυο. Γι' αυτό, όπως συμβουλεύει η κα Νικολαΐδου, θα πρέπει να γίνεται εξέταση της γυναίκας για σύφιλη πριν μείνει έγκυος ή κατά την πρώτη της επίσκεψη στον γυναικολόγο. Εάν βρεθεί θετική και η κύηση βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο, η έγκυος θα λάβει θεραπεία και δεν θα υπάρξει πρόβλημα ούτε για το μωρό ούτε για την ίδια. Εάν η σύφιλη (και μάλιστα αυτή που έχει εμφανισθεί μέσα στον τελευταίο χρόνο) διαγνωσθεί στο τρίτο τρίμηνο, πιθανώς να χρειασθεί να γίνει και διακοπή της κύησης.

Απαραίτητο είναι, επίσης, να διαπιστωθεί εάν η έγκυος πάσχει από έρπητα των γεννητικών οργάνων. Εάν γεννήσει φυσιολογικά κατά την περίοδο που πάσχει, το μωρό θα μολυνθεί και θα εμφανίσει τον νεογνικό έρπητα, που είναι συστηματική νόσος, με σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία του μωρού. Για να αποφευχθεί αυτό, θα πρέπει να γίνει καισαρική τομή.

### 7.7.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Η θεραπεία διαφέρει σε κάθε νόσημα. Στη σύφιλη, στις γονοκοκκικές λοιμώξεις, στα χλαμύδια και στις τριχομονάδες, υπάρχει πλήρης θεραπεία με αντιβιοτικά, από το στόμα ή με ενέσεις. Τα νοσήματα που οφείλονται σε ιούς, όπως ο έρπητας, τα κονδυλώματα, το AIDS και οι ηπατίτιδες, δεν έχουν οριστική θεραπεία.

Για το AIDS, υπάρχουν σήμερα πολλά φάρμακα που διατηρούν τον ασθενή σε καλή κατάσταση, χωρίς όμως να έχει εξαιρεθεί ο κίνδυνος για την υγεία και τη ζωή του. Τα συμπτώματα του έρπητα, μπορεί να εμφανισθούν για μια εβδομάδα ή δέκα ημέρες και μετά να περάσουν και να αναζωπυρωθούν, όταν ο ασθενής περάσει έναν πυρετό, ένα στρες, μια ίωση κ.λπ.

Εάν ο ασθενής εμφανίζει ένα ιογενές νόσημα πάνω από έξι φορές τον χρόνο, χορηγείται κατασταλτική αγωγή με αντιικά φάρμακα, τα οποία μειώνουν τη συχνότητα των υποτροπών.

Στα κονδυλώματα γίνεται καυτηριασμός των βλαβών και χρησιμοποιούνται τοπικά κρέμες. Εάν έχουν δημιουργηθεί βλάβες στον τράχηλο από τους ιούς,

χρειάζεται αντιμετώπιση (που είναι ανάλογη με το στάδιο των βλαβών) από τον γυναικολόγο και παρακολούθηση.

### **7.7.7 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Ορισμένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν σοβαρές συνέπειες στην υγεία και τη γονιμότητα του ανθρώπου, ενώ άλλα μπορεί να επηρεάζουν απλώς την ποιότητα ζωής του. Οι διάφορες ουρηθρίτιδες και τραχηλίτιδες, εάν μείνουν χωρίς θεραπεία, μπορεί να προκαλέσουν ανιούσες λοιμώξεις, υπογραμμίζει η κα Νικολαΐδου, όπως σαλπινγίτιδες στις γυναίκες και επιδιδυμίτιδα ή προστατίτιδα στους άνδρες. Αυτές μπορεί να έχουν, κυρίως στις γυναίκες, ως συνέπεια τη στειρότητα.

Η σύφιλη έχει τρία στάδια. Εάν μείνει χωρίς θεραπεία και φθάσει στο τρίτο στάδιο, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους οφθαλμούς, στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Ο έρπητας μπορεί να υποτροπιάζει συχνά, αλλά δεν έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου. Μπορεί, όμως, να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα από τη συχνή επανεμφάνισή του.

Οι εκατό περίπου HPV ιοί, που προκαλούν τα οξυτενή κονδυλώματα έχουν ορισμένα ογκογόνα στελέχη, που εάν φθάσουν στον τράχηλο της μήτρας και δεν τα καταπολεμήσει ο οργανισμός μέσα σε 15-20 χρόνια από τη μόλυνση, μπορεί να προκαλέσουν.

Τα αντισυλληπτικά μέσα προστατεύουν από τη μετάδοση. Το προφυλακτικό εξακολουθεί να αποτελεί το βασικότερο μέσο πρόληψης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Το προφυλακτικό προστατεύει σε υψηλό βαθμό από ορισμένα νοσήματα, όπως είναι το AIDS και οι ουρηθρίτιδες, αλλά δεν προστατεύει το ίδιο από άλλα, όπως είναι η σύφιλη, ο έρπητας και τα κονδυλώματα. Αυτό συμβαίνει, γιατί τα νοσήματα αυτά μπορεί να μεταδοθούν από την επαφή δέρματος με δέρμα σε σημεία που δεν καλύπτονται από το προφυλακτικό.

Στο στάδιο έρευνας βρίσκονται αντιμικροβιακές ουσίες, που σε μορφή τζελ, θα μπορεί στο μέλλον να τοποθετεί η γυναίκα ενδοκολπικά πριν από την επαφή και να μειώνει τις πιθανότητες μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

### **7.7.8 ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ**

Η κα Νικολαΐδου τονίζει ότι, η πρωκτική επαφή είναι η πιο επικίνδυνη, γιατί είναι η πιο τραυματική, καθώς μπορεί να συμβεί λύση της συνέχειας του βλεννογόνου του δέρματος. Αυτή μπορεί να είναι πολύ μικρή και να μη γίνει καν αντιληπτή από τον ασθενή. Επίσης, η στοματογεννητική επαφή δεν είναι ασφαλής. Όταν γίνεται χωρίς προφυλακτικό, είναι δυνατή η μετάδοση ασθενειών, όπως η σύφιλη και η βλεννόρροια. Το AIDS μεταδίδεται με αυτόν τον τρόπο πιο δύσκολα<sup>73</sup>.



## 8.1 ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Με τη χρήση αναπαραγωγικών τεχνολογιών από μεγαλύτερους άνδρες και γυναίκες, προκύπτουν πολυάριθμα θέματα ηθικής. Το πρωταρχικό θέμα είναι η ελευθερία αναπαραγωγής<sup>61</sup>. Εάν πιστεύουμε ότι όλοι έχουν το ηθικό δικαίωμα να αναπαράγονται, τότε όλα τα άλλα θέματα που σχετίζονται με την ηλικία τίθενται υπό αμφισβήτηση. Η ελευθερία αναπαραγωγής δεν εξαρτάται από την ηλικία. Εάν, όμως, πιστεύει κανείς ότι υπάρχουν εξαιρέσεις, τότε μπορεί να τεθούν ζητήματα που έχουν σχέση με την ηλικία. Το θέμα που τίθεται πιο συχνά είναι κατά πόσον οι μεγαλύτεροι άνδρες και γυναίκες είναι ανεύθυνοι ή πολύ εγωκεντρικοί ώστε να αποκτήσουν παιδί στην ηλικία τους. Δηλαδή, το παιδί τους θα βρίσκεται σε ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο να μείνει ορφανό ή εγκαταλειμμένο γιατί οι μεγαλύτεροι γονείς μπορεί να πεθάνουν πριν το παιδί ενηλικιωθεί ή να αναγκασθεί να φροντίζει τους υπερήλικες και με προβλήματα υγείας γονείς του. Έτσι, σε αντίθεση με την αρχή της ελευθερίας της αναπαραγωγής, η απόκτηση παιδιών σε μεγάλη ηλικία θέτει ερωτήματα για τα δικαιώματα των παιδιών ή της κοινωνίας, γενικά, η οποία θα κληθεί να παρέχει οικονομική ή κοινωνική υποστήριξη σε μια ομάδα παιδιών που είναι ορφανά, λόγω της ηλικίας των γονιών τους, ή σε γηραιούς γονείς που εξαρτώνται από την κοινωνική ασφάλιση<sup>57</sup>. Ένα άλλο ηθικό πρόβλημα είναι: Ποιος θεωρείται «μεγαλύτερος» ή, για την ακρίβεια, ποιος θεωρείται «πολύ μεγάλος»; Σίγουρα, η ηλικία των 40 δεν μπορεί να θεωρηθεί ίδια με την ηλικία των 60, ή μήπως μπορεί; Εάν υπάρχει μια ηλικία που μπορεί να θεωρηθεί «πολύ μεγάλη», ποιος καθορίζει την ηλικία αυτή; Η Αμερικανική Εταιρεία Αναπαραγωγικής Ιατρικής; Το κάθε ατομικό πρόγραμμα γονιμότητας; Η κυβέρνηση; Θα μπορούσε να επιλέγεται η ηλικία, με βάση την ιατρική κατάσταση του καθενός; Εφόσον υπάρχουν γυναίκες που, μετά τα 60, γεννούν και θηλάζουν, ο ιατρικός κίνδυνος των γυναικών μπορεί να μην είναι σημαντικός παράγων στον καθορισμό ορίου ηλικίας της εγκυμοσύνης. Επίσης, όσο η δωρεά ωαρίων γίνεται όλο και πιο συνηθισμένη, η εμμηνόπαυση δεν περιορίζει πλέον την ικανότητα των γυναικών να αναπαραχθούν. Αν η ελευθερία της αναπαραγωγής για όλους θεωρείται το ένα άκρο του φάσματος και ένα απόλυτο όριο ηλικίας (π.χ., η ηλικία των 55 ετών), το άλλο, θα μπορούσαν οι κατευθυντήριες γραμμές να έχουν μια πιο μετριοπαθή θέση ή να είναι τελειώς απαράδεκτες από όλους.

Ένα άλλο ερώτημα σχετικό με τους μεγαλύτερους σε ηλικία γονείς είναι κατά πόσον η ηλικία τους, πέρα από τον επικείμενο θάνατο τους και τα πιθανά προβλήματα υγείας, θα υπονόμει την ικανότητα τους να παρέχουν επαρκή φροντίδα στα παιδιά τους (σε σύγκριση με τους νεότερους γονείς). Θα έχουν αρκετή ενεργητικότητα και φυσική αντοχή να συναλλάσσονται όπως θα έπρεπε και να παρέχουν τα κατάλληλα ερεθίσματα στα μικρά παιδιά τους. Αυτή η άποψη αποδυναμώνεται σημαντικά από πολυάριθμα παραδείγματα εξαιρετικής γονεϊκής φροντίδας από μεγάλα άτομα που λειτουργούν ως ανάδοχοι γονείς ή από παππούδες που έχουν υιοθετήσει τα εγγόνια τους. Εξάλλου, ένας μεγάλος σε ηλικία γονιός μπορεί να έχει πλεονεκτήματα, όπως μεγαλύτερη υπομονή, διαθέσιμο χρόνο, πείρα και οικονομική ασφάλεια.

Τα κίνητρα των μεγάλων ατόμων να αποκτήσουν παιδί έχουν τεθεί ως ηθικό θέμα. Η απόκτηση παιδιού στη μέση ηλικία και μετά, μπορεί να θεωρηθεί μια τόσο ριζική παρέκκλιση από τα καθιερωμένα αναπτυξιακά μας ορόσημα, ώστε ορισμένοι μπορεί να αμφισβητήσουν τα κίνητρα μιας τέτοιας απόκλισης από τα

καθιερωμένα. Για παράδειγμα, το άτομο ή το ζευγάρι προσπαθεί να διατηρήσει τη νεότητα του ή να αντικαταστήσει ένα παιδί που πέθανε; Στις περιπτώσεις αυτές, είναι ηθική ευθύνη του προγράμματος γονιμότητας ή του επαγγελματία ψυχικής υγείας να εκτιμήσει τα κίνητρα, όταν αποφασίζετε αν θα πρέπει να παρασχεθούν υπηρεσίες αναπαραγωγικής τεχνολογίας.

Πολλοί θεωρούν ότι η διερεύνηση κατά πόσον οι μεγαλύτεροι άνθρωποι μπορεί να είναι γονείς αποτελεί κατάφωρη προκατάληψη εναντίον του γήρατος. Επίσης, δεδομένου ότι το θέμα έχει αποκτήσει μεγάλη δημοσιότητα με την αύξηση του αριθμού των μεγαλύτερων γυναικών που αναπαράγονται, θα μπορούσε να πει κανείς ότι αποτελεί προκατάληψη κατά των γυναικών. Η κοινωνική αντίδραση ποτέ δεν ήταν τόσο έντονη προς τους μεγαλύτερους άνδρες που γίνονται πατέρες όσο προς τις μεγαλύτερες γυναίκες που γίνονται μητέρες.

Ένα τελευταίο ηθικό θέμα που πρέπει να εξετασθεί είναι η κατανάλωση των περιορισμένων οικονομικών πόρων. Σε πολλές περιπτώσεις μεγαλύτερων γυναικών ή ζευγαριών που θέλουν να κάνουν παιδιά, θα χρειασθούν δότες ωαρίων και ιατρική τεχνολογία για την εξωσωματική γονιμοποίηση. Με το δεδομένο ότι οι δότριες ωαρίων είναι ακόμη περιορισμένες, σήμερα, υπάρχει η ανησυχία ότι χρησιμοποιούνται τα περιορισμένα αυτά ωάρια από μεγαλύτερες γυναίκες που έχουν λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας.

## 8.2 ΚΡΙΤΙΚΗ

Αναζητώντας τα προβλήματα και τις συνέπειες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, παρατηρείται ότι, αναλόγως των προσδοκιών του κάθε ζευγαριού ή του κάθε ατόμου μεμονωμένα, που επιθυμεί να τεκνοποιήσει, γέννιούνται μια σειρά πολλαπλών και πολύπλοκων ζητημάτων και ηθικών διλημάτων.

Όσον αφορά τα ζευγάρια μεγάλης ηλικίας, κάποια από τα πιο σημαντικά θέματα που πρέπει να ληφθούν πολύ σοβαρά υπόψη, είναι ο κίνδυνος του πρόωρου τοκετού και η αυξημένη πιθανότητα εμβρυϊκών προβλημάτων, όπως καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου, θνησιγένεια, χρωμοσωμικές ανωμαλίες και περιγενετική θνησιμότητα, καθώς επίσης και της πολύδυμης κύησης<sup>63</sup>. Στην πολύδυμη κύηση, το ζευγάρι επιπλέον, θα βρεθεί στη δύσκολη θέση να επιλέξει, πόσα από τα έμβρυα θα πρέπει να επιβιώσουν και πόσα από αυτά θα πρέπει να θανατωθούν. Η απόφαση αυτή, φέρνει το ζευγάρι αντιμέτωπο με πολλά σοβαρά ηθικά διλλήματα και ερωτήματα. Πώς είναι δυνατόν ένα ζευγάρι που αποφασίζει να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα αποφασίζει να μην του επιτρέψει να ζήσει; Με ποιόν γνώμονα αποφασίζει πόσα από τα παιδιά θα επιβιώσουν και ακόμα περισσότερο, ποια από αυτά θα είναι τα «τυχερά» που θα επιβιώσουν. Ποιος τους δίνει το δικαίωμα να αποφασίζουν για την ζωή ενός παιδιού και ποσό μάλλον για ένα υπογόνιμο ζευγάρι, που παλεύει για να καταφέρει την επιβίωση έστω και ενός παιδιού; Και τέλος, πως μπορούν να ξέρουν ότι, τα παιδιά που τελικά επιλέγονται να επιβιώσουν, είναι και τα υγιή;

Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις των μόνων γυναικών και των λεσβιών που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν. Αν και οι δυο αυτές περιπτώσεις είναι διαφορετικές και ως εκ τούτου δεν αντιμετωπίζουν απαραίτητα πρόβλημα υπογονιμότητας, χρειάζονται τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας ώστε να φτάσουν στο στάδιο της γονιμοποίησης. Μέχρι σήμερα πίστευαν ότι οι μόνες

γυναίκες και οι λεσβίες δεν θα έπρεπε να γίνονται μητέρες, άλλωστε δεν ήταν και εφικτό, χωρίς την συμμετοχή του άνδρα, έως ότου η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας να τους δώσει την δυνατότητα αυτή, μέσω των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Με την πάροδο όμως του χρόνου και την διεύρυνση των ηθικών φραγμών, όλο και περισσότερες μόνες γυναίκες και ζευγάρια λεσβιών, ακολουθούν προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με θετικά αποτελέσματα. Από αυτήν την εξέλιξη, προκύπτουν μια σειρά αντιρρήσεων και επικρίσεων. Κάποια από αυτά μπορεί να είναι κοινά και για τις δυο ομάδες, όπως το ότι, τα παιδιά θα πρέπει να έχουν δυο γονείς, έναν πατέρα και μια μητέρα. Η απουσία του πατέρα, αποτελεί στέρηση του ανδρικού πρότυπου μέσα στο περιβάλλον που ζει και αναπτύσσεται, με αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχοσεξουαλική και κοινωνική ανάπτυξή του παιδιού. Η απόκτηση παιδιού και στις δυο περιπτώσεις δεν είναι παρά μια εγωιστική πράξη. Επιπλέον, όσο αφορά τις μόνες γυναίκες, υφίστανται ένα επιπλέον στρες, που αφορά οικονομικούς λόγους καθώς επίσης και το στρες που δημιουργεί η ευθύνη της ανατροφής ενός παιδιού, με τελικό δέκτη το ίδιο το παιδί McCartney<sup>74</sup>. Από την άλλη, οι λεσβίες είναι συναισθηματικά και σεξουαλικά απροσάρμοστες και αυτό μπορεί να αποτελέσει αρνητικό στοιχείο για την ψυχοσεξουαλική υγεία και ανάπτυξη των παιδιών. Υπάρχει ο φόβος ότι, τα παιδιά θα έχουν διαταραγμένη ανάπτυξη του ρόλου του φύλου τους, καθώς επίσης φόβος για την σεξουαλική κακοποίηση των κοριτσιών τους<sup>75</sup>. Τέλος, και στις δυο περιπτώσεις, τα παιδιά αυτά θα βρεθούν, αργά ή γρήγορα, αντιμέτωπα με τον κοινωνικό στιγματισμό.

Έχουν δοθεί πολλοί αγώνες για την ελευθερία των ατομικών δικαιωμάτων και πολλοί από αυτούς έχουν κερδηθεί. Η ελευθερία όμως της τεχνητής αναπαραγωγής και της γενετικής γενικότερα, θα πρέπει να οριοθετείτε από νομοθεσίες και κανονισμούς που θα προστατεύουν την μελλοντική εξέλιξη της ανθρωπότητας, καθώς, η περιέργεια του ανθρώπου σε συνδυασμό με την επιστημονική εξέλιξη, μπορεί να επιφέρει μοιραίες και ανεπανόρθωτες συνέπειες, φτάνοντας ακόμη και στην πολυσυζητημένη κλωνοποίηση του ανθρώπινου είδους.

### 8.3 ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- Ως νέα και ανερχόμενη ειδικότητα στα επαγγέλματα ψυχικής υγείας, η συμβουλευτική αγωγή υπογονιμότητας εφαρμόζεται στα πεδία της αναπαραγωγικής ιατρικής, της γενετικής ιατρικής και της περιγενετικής. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που ασχολούνται με τον τομέα της συμβουλευτικής αγωγής γύρω από την υπογονιμότητα, έχουν προσφέρει συνεκτική φροντίδα στους ασθενείς, καταρτίζοντας συγχρόνως προγράμματα, δεδομένα για την επαγγελματική εκπαίδευση, κατευθυντήριες γραμμές για την πρακτική άσκηση και, πιο πρόσφατα, επαγγελματικές απαιτήσεις και ποιοτική εξασφάλιση για τους ενδιαφερόμενους / ασθενείς. Έτσι, μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι η συμβουλευτική της υπογονιμότητας είναι ένας νέος, αλλά και δυναμικά αναπτυσσόμενος τομέας της ψυχικής υγείας, αποτελούμενος από μια διεπιστημονική ομάδα ειδικών, οι οποίοι συνεργάζονται με επαγγελματίες διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων, με σκοπό να προσφέρουν εκτενή φροντίδα στους ασθενείς, να αυξήσουν τη συνειδητοποίηση και την επιμόρφωση των καταναλωτών / ασθενών και να βελτιώσουν τις αντιδράσεις των ασθενών προς την ιατρική θεραπεία.
- Ο τρόπος αντιμετώπισης της υπογονιμότητας που οφείλεται στο προχωρημένο της ηλικίας της γυναίκας ή στην ανεπάρκεια των ωοθηκών, μπορεί να αλλάξει

θεαματικά χάρη σε δύο πρόσφατες εξελίξεις: η επιτυχής κατάψυξη ωοκυττάρων και η κρυοσυντήρηση των ωοθηκών ή των βιοψιών ωοθηκών σε συνδυασμό με τη θεραπεία του καρκίνου. Στο μέλλον θα μπορούν, ίσως, οι γυναίκες να επιλέγουν ωοκύτταρα από μια τράπεζα ωοκυττάρων ή ακόμη να κρυοσυντηρούν τα δικά τους ωοκύτταρα και να τα χρησιμοποιούν σε άλλη στιγμή της ζωής τους. Επίσης, γυναίκες που πρέπει να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία για καρκίνο, θα μπορούν να κάνουν βιοψία ωοθηκών ή αφαίρεση και κατάψυξη των ωοθηκών τους. Μετά την ανάρρωση από τη χημειοθεραπεία και τον καρκίνο, οι ωοθήκες θα μπορούν να αποψυχθούν και τα απενεργοποιημένα ωάρια να ενεργοποιηθούν και να ωριμάσουν στο εργαστήριο. Επίσης, για τις γυναίκες οι οποίες πάσχουν από το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και δεν μπορούν να παράγουν ώριμα ωάρια για γονιμοποίηση, θα μπορεί να γίνεται λήψη των ωαρίων από τις ωοθήκες τους σε φυσιολογικό κύκλο και να ωριμάζουν στο εργαστήριο πριν από την εμφύτευση. Θα μπορούσε, ίσως, να κατασκευαστεί ένας τεχνητός πλακούντας, ώστε να μπορεί ολόκληρη κύηση να ολοκληρωθεί στο εργαστήριο.

- Τα υπογόνιμα άτομα και ζευγάρια αντιμετωπίζουν τόσο ιατρικά διλήμματα όσο και συναισθηματικά τέλματα. Είναι σχεδόν αδύνατον να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στη βιολογική κατάσταση της υπογονιμότητας και τις συναισθηματικές διεργασίες που την συνοδεύουν. Ωστόσο, πολλά υπογόνιμα άτομα έχουν πολύ πιο εύκολη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες, όχι όμως και στη συναισθηματική υποστήριξη που χρειάζονται ταυτόχρονα. Επίσης, στην περίπτωση που πρέπει να καταβληθεί κάποιο χρηματικό ποσό για τη συμβουλευτική της υπογονιμότητας ή για ομάδες υποστήριξης, πολλά άτομα αναγκάζονται να επιλέξουν ανάμεσα στην ιατρική και την ψυχολογική υποστήριξη, εξαιτίας της μειωμένης οικονομικής ευχέρειας τους και της περιορισμένης ασφαλιστικής κάλυψης. Οι επαγγελματίες που αναγνωρίζουν τη σημασία της απαρτίωσης των ιατρικών και συναισθηματικών αντιδράσεων της υπογονιμότητας μπορούν να βρουν ορισμένους δημιουργικούς τρόπους επίλυσης του διλήμματος, στο οποίο βρίσκονται τα άτομα που βιώνουν την υπογονιμότητα.

- Οι αναπτυσσόμενες τεχνολογίες της αναπαραγωγικής ιατρικής και της γενετικής θα συνεχίσουν, αναμφίβολα, να προσφέρουν ένα όλο και πιο περίπλοκο φάσμα αναπαραγωγικών επιλογών και θεραπειών. Στην πραγματικότητα, όμως, όσο πιο περίπλοκες είναι οι εναλλακτικές λύσεις τόσο πιο δύσκολη γίνεται, και η λήψη αποφάσεων. Καθώς η περιπλοκότητα των εναλλακτικών λύσεων αυξάνεται, το οικονομικό κόστος των τεχνολογιών αναπαραγωγής και γενετικής μεγαλώνει, τα ηθικά και θρησκευτικά διλήμματα προκαλούν μεγαλύτερη αμηχανία και ο κοινωνικός αντίκτυπος θα εξακολουθήσει να γίνεται μεγαλύτερος. Οι ταχύτατα αναπτυσσόμενες τεχνολογικές λύσεις (π.χ., κλωνοποίηση, γονιδιακή θεραπεία) τονίζουν τα αινίγματα που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες που πρέπει να αποφασίσουν, κατά πόσον αυτό που μπορεί να γίνει πρέπει να γίνει, με τι κόστος και προς όφελος τίνος. Τέλος, η διαθεσιμότητα των ιατρικών τεχνολογιών δεν εγγυάται ότι η κάθε συγκεκριμένη τεχνολογία είναι εφικτή ή προσβάσιμη για τη μεγάλη πλειονότητα ατόμων ή ακόμη και για ένα ζευγάρι ή ότι το αποτέλεσμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα είναι το επιθυμητό. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τόσο οι σύμβουλοι γενετικής όσο και οι σύμβουλοι υπογονιμότητας πρέπει, ίσως, να παίζουν έναν ακόμη σημαντικότερο ρόλο στην αναπαραγωγική και γενετική ιατρική.

## 8.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ανατρέχοντας τη βιβλιογραφία, παρατηρείτε ότι, όσον αφορά τον κλάδο της ψυχολογίας στην υπογονιμότητα, είναι περιορισμένη η ύλη της. Εκτός αυτού, περιορισμένη είναι και η χρήση ψυχολογικής υποστήριξης από τα υπογόνιμα ζευγάρια, μια και ο κλάδος της υπογονιμότητας, θεωρείτε ακόμη καινούρια και οι «ενδιαφερόμενοι» δεν είναι ενήμεροι σχετικά με τις διαδικασίες. Για πολλά υπογόνιμα ζευγάρια, η ενημέρωση ξεκινάει από την στιγμή που θα επισκεφτούν κάποιο ειδικό κέντρο υπογονιμότητας, αν και υπάρχει, πληθώρα πληροφοριών στο διαδίκτυο, όπου τα υπογόνιμα ζευγάρια πριν αποκαλύψουν το «μυστικό» τους, μπορούν να πάρουν τις πρώτες τους πληροφορίες.

Ο νοσηλευτής ρόλος στην υπογονιμότητα, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι αυτού του κλάδου. Η παρουσία του νοσηλευτή, είναι απαραίτητη, τόσο στο ζευγάρι, όσο και στην επιστημονική ομάδα. Παρ'όλα αυτά, οι κλάδοι των επιστημών μπορούν να θεωρηθούν ότι συγχέονται, κάτι το οποίο δεν ισχύει. Πολλοί επιστήμονες παρεξηγούν τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών και θεωρούν ότι προσπαθούν να εισχωρήσουν στους υπόλοιπους επιστημονικούς χώρους. Η νοσηλευτική, είναι επιστήμη με ευρύ επαγγελματικό φάσμα, αλλά με συγκεκριμένους ρόλους και εκτελεί τα καθήκοντά της, προάγοντας την υγεία του πληθυσμού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. May, E.T. *Barren in the Promised Land: Childless Americans and the Pursuit of Happiness*. New York: Basic Books, 1995
2. Marsh, M. & Ronner, W. *The Empty Cradle: Infertility in America from Colonial Times to the Present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996
3. Griel, A.L. *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1991
4. Mosher, W.D. & Pratt, W.F. Fertility and infertility in the United States. *Advance Data* 1990; 3-5
5. Olsen, J. Subfecundity according to the age of the mother and father. *Dan Med Bull* 1990; 37:281-2
6. Shamma, F.N. & DeCherney, A.H. Infertility: A historical perspective. In: Keye, W.R., Chang, R.J., Rebar, R.W., Soules, M.R., eds. *Infertility: Evaluation and Treatment*. Philadelphia: Saunders, 1995: 3-7
7. Taylor, P.J. & Collins, J.A. Overview of the prevalence of unexplained infertility and the investigations necessary to make the diagnosis. In: Taylor, P.J., Collins, J.A., eds. *Unexplained Infertility*. Oxford: Oxford University Press, 1992; chapter 2
8. van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T.C.M. Involuntary childless couples: Their desire to have children and their motives. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 137-44
9. Newton, C.R., Hearn, M.T., Yuzpe, A.A. & Houle, M. Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implications for counseling. *J Assist Reprod Technol Genet* 1992; 9:24-31
10. Burns, L.H. & Covington, S.N. Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική), Τόμος Α', Επιμέλεια Ζ. Παπαληγούρα, Εκδόσεις Παπασζήση, Αθήνα 2002.
11. Carter, M.D., Hollander, M.B. & Lipschultz, L.I. Drug clues to male infertility. *Contemp Obstet Gynecol* 1994; 27:30-44
12. Najmabadi, H., Huang, V., Yen, P., et al. Substantial prevalence of microdeletions of the Y-chromosome in infertile men with idiopathic azoospermia and oligospermia detected using a sequence-tagged site-based mapping strategy. / *Clin Endocrinol Metab* 1996; 81:1347-52
13. Howards, S.S. Varicocele. *Infertil Reprod Med ClinNorthAm* 1992; 3:428-41
14. Hakim-Elahi, E., Tovell, H. & Burnhill, M. "Complications of First-Trimester Abortion: A Report of 170,000 Cases." *Obstetrics and Gynecology*, 76:129-134 (1990)
15. Hern, W. "Long Term Risks of Induced Abortion," *Gynecology and Obstetrics*, 6:63 (1994).
16. Stanton, A. Cognitive appraisals, coping processes, and adjustment to infertility. In: Stanton, A.L., Dunkel-Schetter, C., eds: *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*. New York: Plenum, 1991; 87-108
17. Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., et al. Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991; 55:100-8
18. Freeman, E.W., Rickels, K., Tausig, J., et al. Emotional and psychosocial factors in follow-up of women after IVF-ET treatment. *Ada Obstet Gynecol Scand* 1987; 66:517-21
19. Leiblum, S.R., Kennan, E. & Lane, M.K. The psychological concomitants of in vitro fertilization. / *Psychosom Obstet Cynaecol* 1987; 6:165-78
20. Greil, A.L., Leitko, T.A. & Porter, K.L. Infertility: His and hers. *Gender Soc* 1958; 2:172-99

21. Lalos, A., Lalos, O., Jacobson, L., et al. The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Ada Obstet Gynecol Scand* 1985; 64:599-604
22. Mazure, C.M., Del'Aune, W. & De Cherney, A.H. Two methodological issues in the psychological study of in vitro fertilization/embryo transfer participants. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1988; 9:17-21
23. Baram, D., Tourelot, E., Muechler, E. & Huang, K. Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *JPsychosom Obstet Gynaecol* 1988; 9:181-90
24. Newton, C.R., Heam, M.T. & Yuzpe, A.A. Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: Assessing the impact of failure. *Ferta Steril* 1990; 54:879-86
25. Newton, C.R. & Houle, M. Gender differences in psychological response to infertility treatment. *Infertil Reprod Med Clin North Am* 1993; 4:545-58
26. Lee, S. *Counseling in Male Infertility*. London: Blackwell Science, 1996
27. Crawshaw, M. Offering woman-centered counseling in reproductive medicine. In: Jennings, S., ed. *Infertility Counseling*. Oxford: Blackwell Science, 1995; 38-65
28. Nachtigall, R.D., Becker, G, & Wozny, M. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil St'eril* 1992; 57:113-21
29. Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., et al. Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991; 55:100-8
30. Nachtigall, R.D., Quiroga, S.S., Tschann, J.M., et. al. Stigma, disclosure, and family functioning among parents with children conceived through donor insemination. *Fertil Steril* 1997; 68:1-7
31. Daniluk, J.C. Infertility. Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertil Steril* 49:982-90
32. Abbey, A., Andrews, F.M.S. & Hafman, L.J. Gender's role in responses to infertility. *Psychol Women* (3 1991; 15:295-316)
33. Snarey, J., Son, L., Kuehrie, et al. The role of parenting in men's psychosocial development: A longitudinal study of early adulthood infertility and midlife generativity. *Dev Psychol* 1987; 23:593-603
34. Downey, J., Yingling, S. & McKinney, M. Mood disorders, psychiatric Symptoms and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 1989; 52:425-32
35. Rosenthal, M.B. Psychiatric aspects of infertility and assisted reproductive technologies. *Infertil Reprod Med Clin North Am* 1993; 4:471-82
36. Boivin, J., Takefman, J.E, Tulandi, T. & Brender, W. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertil Steril* 1995; 63:801-7
37. [www.men24.gr/html/ent/007/ent.1007.asp](http://www.men24.gr/html/ent/007/ent.1007.asp) - 32k - (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
38. Applegarth, L.D. Emotional implications. In: Adashi EY, Rock JA, Rosenwaks Z, eds. *Reproductive Endocrinology, Surgery, and Technology*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 2:1954-68
39. Erickson, E. *Childhood and Society*. New York: Norton, 1950
40. Benedek, T. Parenthood as a developmental phase. *J Am Psychoanal Assoc* 1959; 7:389-417
41. Klempner, L. Infertility: Identification and disruptions with the maternal object, *din Soc Work J* 1992; 20:193-8

42. Notman, M.T. & Lester, E.P. Pregnancy: Theoretical consideration. *Psychoanal Inq* 1988; 8:139-45
43. Bassin, D. Woman's shifting sense of self— the impact of reproductive technology. In: Offerman-Zuckerberg, J., ed. *Gender in Transition: A New Frontier*, New York: Plenum, 1989:191-202
44. Benedek, T. Parenthood as a developmental phase: A contribution to libido theory. *Psychoanal Study Child* 1960; 15:60-76
45. Ursano, R.J., Sonnenberg, S.M. & Lazar, S.G. *Psychodynamic Psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1991
46. Salzer, L.P. *Infertility: How Couples Can Cope*. Boston: GK Hall, 1986
47. Heavy, C., Layne C. & Christensen, A. Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:16-27
48. Gottman, J.M. & Krokoff, L.J., Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. / *Couns Clin Psychol* 1989; 57:47-52
49. Berg, B.J., Wilson, J.F. & Weingartner, P.J. Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex role identification. *Soc Set Med* 1991; 33:1071-80
50. O'Hanlon-Hudson, P. & Hudson-O'Hanlon, W. *Rewriting Love Stories: Brief Marital Therapy*. New York: Norton, 1991
51. Moos, R.H. & Billings, A.G. Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In: Goldberger, L., Breznitz, S., eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press, 1982; 218-19
52. Collins, A., Freeman, E.W., Boxer, A.S., et al. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared to males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 1992; 57:350-6
53. Burns, L.H. An overview of sexual dysfunction in the infertile couple. *J Fam Psychother* 1995; 6:25-46
54. Burns, L.H. Infertility and the sexual health of the family. / *Sex Educ Ther* 1987, 14:30-4
55. [news.livepage.gr/wiki/975/880](http://news.livepage.gr/wiki/975/880) - 192k (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
56. Stovall, D.W., Tomah, S.K., Hammond, L.M. & Talbert, L.M. The effect of age on female fecundity. *Obstet Gynecol* 1991; 77:33-36
57. Ethics Committee of The American Society for Reproductive Medicine. Ethical considerations of assisted reproductive technologies. *FertilSteril* 1997; 67(Suppl): 25-35
58. Speroff, L., Glass, R.H. & Kase, H.G. *Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility*, 5th edn. Baltimore, M.D.: Williams and Wilkins, 1994:811-15
59. Fretts, R.C. & Usher, R.H. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. *Obstet Gynecol* 1997; 89:40-5
60. Martin, R.H. & Raemaker, A.W. The effect of age on the frequency of sperm chromosomal abnormalities in normal men. *Am J Hum Genet* 1987; 41:484-92
61. age of 50: A question of reproductive choice. *JAsst Reprod Genetics* 1994; 4:177-182
62. Wolff, K.M., MacMahon, M.J., Kuller, J.A., Walmer, D.K. & Myer, W.R. Advanced maternal age and perinatal outcome: Oocyte reciprocity versus natural conception. *Obstet Gynecol* 1997; 89:519-23
63. James, C.A. Female fertility over 40. *InfRep Clin North Am* 1996:467-82
64. Maranto, G. Delayed childbearing. *Atlantic Monthly*. June 1995:55-66



65. Σαββοπούλου, Γ. Βασική Νοσηλευτική : Μια Βιο-Ψύχο-Κοινωνική Προσέγγιση. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2003.
66. Μπελλάλη, Θ. Σημειώσεις Αγωγής Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 2006-2007.
67. Grimes, D.A. "Surgical Management of Abortion." TeLind Operative Gynecology, 7th ed. pp. 317-339 (1992)
68. [www.sugarfree.gr/content/view/839/50/](http://www.sugarfree.gr/content/view/839/50/) - 58k (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
69. [www.enet.gr/online/online\\_text/c=112,dt=07.10.2008,id=4676094](http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=07.10.2008,id=4676094) (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
70. [www.greekinsight.com/?conID=12049](http://www.greekinsight.com/?conID=12049) - 65k (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
71. [www.gyn.gr/artman/publish/printer\\_118.asp](http://www.gyn.gr/artman/publish/printer_118.asp) - 7k (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
72. [www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=798598&-V=archivearticles](http://www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=798598&-V=archivearticles) - 27k - (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 24-6-2008)
73. [http://womans\\_health.gr/images/taxlamidia.ston\\_andra/img002.jpg](http://womans_health.gr/images/taxlamidia.ston_andra/img002.jpg) (ημερομηνία επίσκεψης ιστοσελίδας 28-8-2008)
74. C.F. Decision By single women to conceive by artificial donor insemination. J Psychosom Obstet Gynaecol 1985;4:321-8
75. Flak, P.J. Lesbian mothers: Psychosocial assumptions in family law. Am Psychol. 1989;44:941-7