

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΘΕΜΑ:**

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ  
ΠΟΥ ΥΠΟΚΕΙΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΩΣ  
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**  
**Κ. ΖΙΩΓΟΥ ΘΕΟΛΟΓΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**  
**ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ ΣΑΒΒΑΤΟΥ**  
**ΛΟΥΠΗ ΕΥΣΤΡΑΤΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008**



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή έχει σκοπό να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας στα ψυχολογικά προβλήματα του αναπτυσσόμενου ατόμου, με ιδιαίτερη έμφαση στη γυναίκα και τις επιδράσεις της υπογονιμότητας που έχει στην ψυχολογία της αλλά και τις επιδράσεις των διαδικασιών της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που υπόκεινται.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας, ώστε οι όροι που θα αναφερθούν παρακάτω να γίνουν πιο εύκολα κατανοητοί. Στο δεύτερο κεφάλαιο θα μιλήσουμε για τη λειτουργία του γυναικείου σώματος όσον αφορά την ωορρηξία και τη σύλληψη. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στον όρο της υπογονιμότητας αναπτύσσοντας διάφορα θέματα, όπως το πότε ένα ζευγάρι μπορεί να χαρακτηριστεί υπογόνιμο καθώς και την επίδραση ενός πολύ σημαντικού παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά τη γονιμότητα, το άγχος. Επίσης θα περιγράψουμε αναλυτικά τους λόγους της υπογονιμότητας, περιβαλλοντικούς, οργανικούς αλλά και ψυχολογικούς. Ακόμη θα παρουσιαστούν στοιχεία για την υπογονιμότητα στη χώρα μας μέσα από τη Ευρωπαϊκή στατιστική υπηρεσία με πρόσφατη έρευνα. Στο τέταρτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στην εξωσωματική γονιμοποίηση, τη διαδικασία, τα στάδια καθώς και στις επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν καθώς επίσης και σε μια έρευνα, με θέμα την εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία πραγματοποιήθηκε σε 100 γυναίκες, σε τρεις Μονάδες Ιατρικής Αναπαραγωγής των Αθηνών. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε, εκτός από ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο, ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, βασισμένο στο Infertility Questionnaire και το Infertility Coping Test του Dr. Servera, σταθμισμένα στην Αγγλία. Το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες μελετούν τις απόψεις και τα συναισθήματα των γυναικών αυτών κατά τη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, καθώς και τη σχέση με το σύντροφό τους. Στο τελευταίο κεφάλαιο θα αναπτύξουμε τα ψυχολογικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών και κυρίως των γυναικών.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης κα. Ζιώγου για την πολύτιμη βοήθεια της στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας αλλά και για την ευκαιρία που μας έδωσε να μελετήσουμε και να ασχοληθούμε με ένα ενδιαφέρον θέμα, που αφορά όλους στις μέρες μας.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
Αναπαραγωγικό σύστημα γυναίκας.....	σελ.7
Η μήτρα.....	σελ.8
Ο κόλπος.....	σελ.9
Οι σάλπιγγες.....	σελ.9
Οι ωοθήκες.....	σελ.9
Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα.....	σελ.10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
Πως λειτουργεί το γυναικείο σώμα.....	σελ.11
Εμμηνορροϊκός κύκλος.....	σελ.11
Πρόβλεψη ωορρηξίας.....	σελ.12
Ωοθηκική διέγερση.....	σελ.13
Τα στάδια ανάπτυξης του ωοθυλακίου.....	σελ.14
Ωορρηξία και σύλληψη.....	σελ.15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
Υπογονιμότητα.....	σελ.16
Πότε μια γυναίκα πρέπει να απευθυνθεί σε γιατρό.....	σελ.17
Άγχος και γονιμότητα.....	σελ.18
Λόγοι υπογονιμότητας.....	σελ.20
Γυναικείοι παράγοντες.....	σελ.20
Προβλήματα στις σάλπιγγες.....	σελ.20
Διαταραχές στην ωορρηξία.....	σελ.22
Ενδομητρίωση.....	σελ.23
Η ηλικία.....	σελ.23
Άλλοι παράγοντες.....	σελ.24
Εκτρώσεις και υπογονιμότητα.....	σελ.24
Τι μπορεί να σημαίνουν οι αποβολές.....	σελ.25
Ανδρικοί παράγοντες.....	σελ.26
Ψυχολογικοί λόγοι υπογονιμότητας.....	σελ.27

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εξωσωματική γονιμοποίηση.....	σελ.28
Δυσκολίες και διλλήματα κατά την τεχνική γονιμοποίηση.....	σελ.39
Επιτυχία 20%.....	σελ.30
Βασικά στάδια.....	σελ.31
Προετοιμασία-Κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.....	σελ.31
Έναρξη θεραπείας-Παρακολούθηση κύκλου.....	σελ.34
Ωοληψία.....	σελ.35
Συλλογή και επεξεργασία σπέρματος.....	σελ.37
Γονιμοποίηση.....	σελ.38
Εμβυομεταφορά.....	σελ.39

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Εναλλακτικές τεχνικές και σύγχρονες εξελίξεις.....	σελ.40
Μέθοδος GIFT.....	σελ.40
Μέθοδος ZIFT.....	σελ.40
Μικρογονιμοποίηση ICSI.....	σελ.41
MESA-TESE.....	σελ.42
Εμβυομεταφορά βλαστοκύστεων.....	σελ.42
Υποβοηθούμενη εκκόλαψη.....	σελ.43
Δωρεά ωαρίων.....	σελ.44
Επιπλοκές εξωσωματικής γονιμοποίησης.....	σελ.45
Φαρμακευτικές επιπλοκές.....	σελ.45
Διακολπική ωοληψία.....	σελ.46
Μαιευτικές επιπλοκές.....	σελ.47

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η υπογονιμότητα στην Ελλάδα - Έρευνα.....	σελ.48
Κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	σελ.49
Εξωσωματική γονιμοποίηση σε Ελληνίδες γυναίκες - Έρευνα.....	σελ.50

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ψυχολογικά προβλήματα υπογόνιμων ζευγαριών.....	σελ.59
Συναισθήματα κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση.....	σελ.63
Εξωσωματική γονιμοποίηση με δότες.....	σελ.64
Συμβουλευτική υποστήριξη.....	σελ.65
Πότε βοηθά η συμβουλευτική υποστήριξη.....	σελ.65
Πως βοηθά η συμβουλευτική.....	σελ.66
Τι να πείτε και τι να μη πείτε σε ένα ζευγάρι με πρόβλημα γονιμότητας.....	σελ.67
Επιλογές για ζευγάρια που υφίστανται τη θεραπεία της γονιμότητας.....	σελ.68
Βιβλιογραφία.....	σελ.69

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Ο ρόλος της δίαιτας.....	σελ.71
5 τρόποι για εύκολη εγκυμοσύνη.....	σελ.72

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ



*Γέννηση του πρώτου τέκνου μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση.  
(Oldham, Αγγλία, 25/7/1978).*

Κατά προσέγγιση, 1 στα 7 ζευγάρια έχουν πρόβλημα στην προσπάθειά τους να τεκνοποιήσουν. Περίπου στις μισές από αυτές τις περιπτώσεις το πρόβλημα ωφείλεται στον ανδρικό παράγοντα ενώ οι άλλες μισές στον γυναικείο παράγοντα.

Πολύ λίγα ζευγάρια είναι τελείως υπογόνιμα και κατατάσσονται στην κατηγορία όπου δεν υπάρχει καθόλου σπέρμα ή δεν λειτουργούν οι ωοθήκες.

Τα περισσότερα όμως ζευγάρια μπαίνουν στην κατηγορία ημι-γόνιμα και η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να εκπληρωθεί το όνειρό τους να κάνουν ένα παιδί.

Ο όρος Εξωσωματική Γονιμοποίηση περιλαμβάνει ένα βαρύ φάσμα τεχνικών που έχουν σκοπό τη βοήθεια υπογόνιμων ζευγαριών στο ν' αποκτήσουν παιδί. Από τη γέννηση της Louise Brown το 1978 – το πρώτο παιδί Εξωσωματικής Γονιμοποίησης στο Bourn Hall της Αγγλίας – μέχρι σήμερα χιλιάδες ζευγάρια τα έχουν καταφέρει. Με τη μέθοδο αυτή δίνεται λύση σε προβλήματα υπογονιμότητας τόσο της γυναίκας όσο και του άντρα.

Η γονιμοποίηση μπορεί να επιτευχθεί με σπερματέγχυση, με την συλλογή και ανάμειξη ωαρίων και σπερματοζωαρίων και εισαγωγή τους αμέσως στις σάλπιγγες, με εξωσωματική γονιμοποίηση όπου τα ωάρια που παίρνουμε γονιμοποιούνται με τα σπερματοζωάρια και παραμένουν στο εργαστήριο για μερικές μέρες πριν τοποθετηθούν στην μήτρα της γυναίκας.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση αρχικά εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση προβλημάτων αναπαραγωγής όπως φραγμένες σάλπιγγες ή απουσία τους μετά από χειρουργική επέμβαση.

Στόχος είναι να προσφερθούν οι πιά αξιόλογες και αξιόπιστες ιατρικές υπηρεσίες και θεραπείες που υπάρχουν, ώστε να επιτευχθεί εγκυμοσύνη σε όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο.

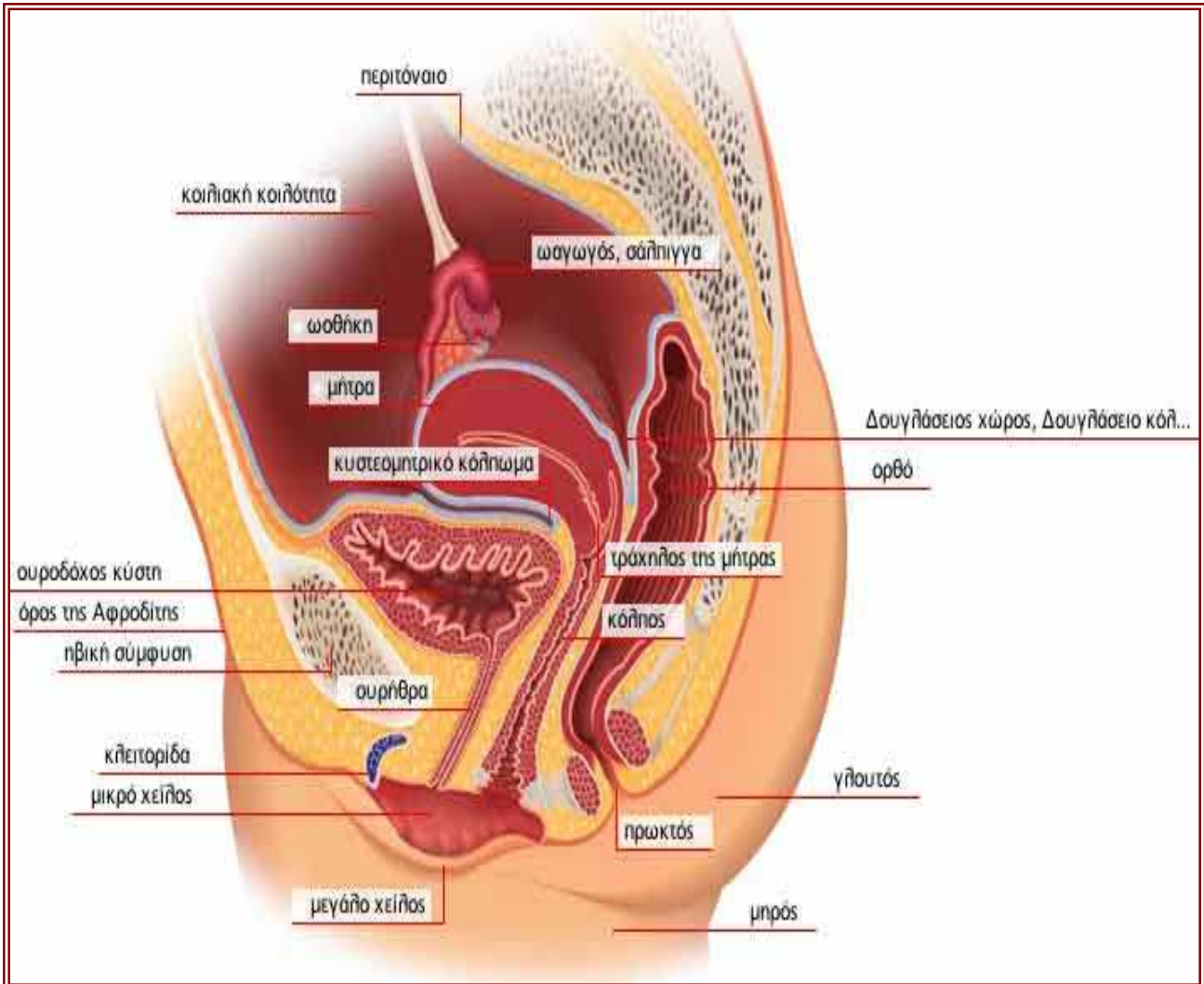
Οι κυριότερες αιτίες για την γυναικεία υπογονιμότητα είναι προβλήματα με τις σάλπιγγες, την ωορηξία, τις ορμόνες, καθώς και η ενδομητρίωση.

Οι αιτίες για την ανδρική υπογονιμότητα είναι κυρίως η олиγοσπερμία, η χαμηλή κινητικότητα των σπερματοζωαρίων ή η κακής ποιότητας μορφολογία τους.

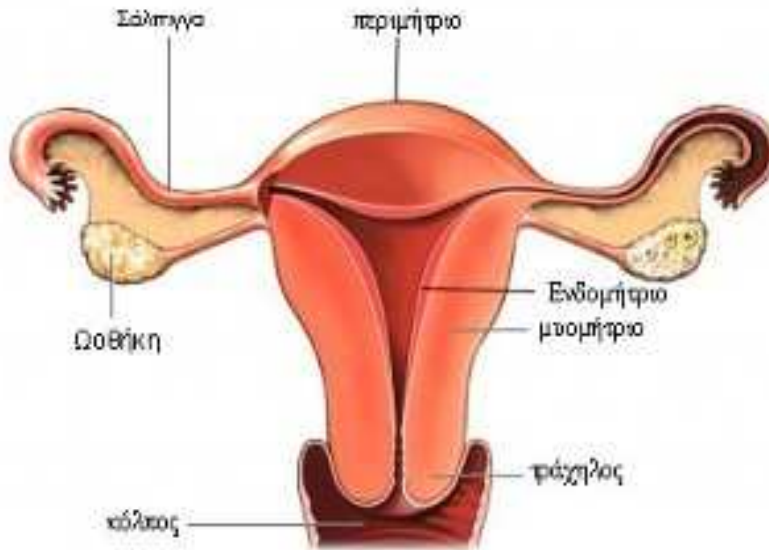
Η πρόοδος τα τελευταία χρόνια στην εξωσωματική γονιμοποίηση έχει αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά εγκυμοσύνης ακόμα και αν υπάρχει χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων.

Βελτιώσεις επίσης στην καλλιέργεια και την γνώση των εμβρύων, μας οδηγεί σταθερά σε μεγάλα ποσοστά επιτυχίας στην εξωσωματική γονιμοποίηση.

# ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΥΝΑΙΚΑΣ



# Η ΜΗΤΡΑ



**Η μήτρα** είναι ένα κοίλο μυϊκό όργανο του γυναικείου γεννητικού συστήματος, σε σχήμα αχλαδιού. Οι διαστάσεις της είναι: Μήκος 6-8 cm και Πλάτος 5 cm. Πάχος 2-3 cm. Σκοπός της μήτρας είναι να φιλοξενήσει το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη. Είναι τοποθετημένη μεταξύ της ουροδόχου κύστεως, εμπρός, και του παχέως εντέρου, πίσω. Το χαμηλότερο και στενότερο μέρος της μήτρας ονομάζεται **τράχηλος** και προεξέχει, στον κόλπο. Το κανάλι του κόλπου συνδέει τα έξω γεννητικά όργανα (αιδοίο), με τη μήτρα. Δεξιά και αριστερά της μήτρας εξέρχονται οι σάλπιγγες. Σκοπό έχουν να μεταφέρουν το ωάριο από τις ωοθήκες στο εσωτερικό της μήτρας.

Η μήτρα αποτελείται από τρία στρώματα:

1. **Το ενδομήτριο.** είναι η εσωτερική επένδυση της μήτρας, που δέχεται την κυκλική επίδραση των ορμονών σε κάθε κύκλο. Σε περίπτωση μη γονιμοποίησης του ωαρίου δημιουργεί την περίοδο.
2. **Το μυομήτριο.** Είναι το κυρίως τοίχωμα της μήτρας και αποτελείται από μυϊκό ιστό.
3. **Το περιμήτριο.** Είναι η εξωτερική λεπτή επένδυση της μήτρας.



## Ο ΚΟΛΠΟΣ



Κάτω από το έξω στόμιο της ουρήθρας βρίσκεται η αρχή του κόλπου (ή σωστότερα το έξω στόμιο ή πρόδομος του κόλπου). Ο κόλπος είναι ένας σωληνώδης σχηματισμός από μυϊκά τοιχώματα ο οποίος οδηγεί από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα στη μήτρα. Μέσω του κόλπου εξέρχεται το αίμα κατά τη διάρκεια της περιόδου.

## ΟΙ ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ



Οι **σάλπιγγες** είναι δύο λεπτά μυϊκά κανάλια, που εξέρχονται στα πλάγια της μήτρας και καταλήγουν στις ωοθήκες. Έχουν μήκος δέκα έως δώδεκα εκατοστά. Η εσωτερική τους διάμετρο είναι περίπου ένα χιλιοστό. Ο σκοπός τους είναι να μεταφέρουν το ωάριο από τις ωοθήκες στη μήτρα. Δια μέσω των σαλπίγγων, μεταφέρονται τα σπερματοζωάρια για να φτάσουν το ωάριο. Για τη

γονιμότητα είναι πολύ σημαντικό να έχουν το εσωτερικό κανάλι ελεύθερο έτσι ώστε να μπορεί να κινηθεί το ωάριο και το σπέρμα. Παθήσεις, όπως φλεγμονές, ενδομητρίωση κ.α. μπορούν να φράξουν της σάλπιγγες και να μειώσουν τη γονιμότητα της γυναίκας.

## ΟΙ ΩΟΘΗΚΕΣ



Οι **ωοθήκες** είναι ένα ζευγάρι οργάνων, του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Βρίσκονται χαμηλά στην κοιλιά, στην πύελο (λεκάνη), δεξιά και αριστερά από τη μήτρα. Έχουν σχήμα αμυγδαλοειδές, και διάμετρος 3 εκ. μήκος, 1,5 εκ. πλάτος και 1 εκ. πάχους. Οι ωοθήκες **παράγουν ωάρια** και **θηλυκές ορμόνες**. Κάθε μήνα, κατά τον εμμηνορυσιακό

κύκλο, ένα **ωάριο**, σπανιότερα δύο, παράγεται από τις ωοθήκες (ωοθυλακιορρηξία). Το ωάριο ταξιδεύει, δια μέσω των σαλπίγγων στη μήτρα και εμφυτεύεται σε περίπτωση γονιμοποίησης του.

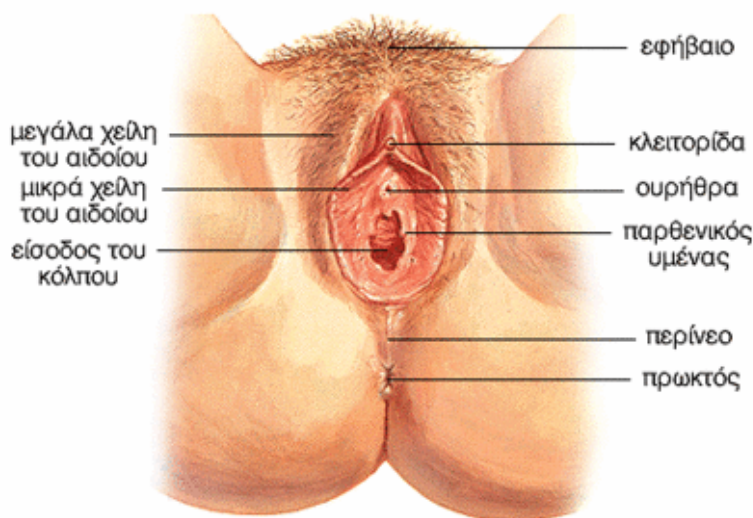
Οι ωοθήκες παράγουν επίσης θηλυκές ορμόνες. Οιστρογόνα και προγεστερόνη είναι οι σημαντικότερες. Αυτές οι ορμόνες επηρεάζουν την ανάπτυξη των γυναικείων χαρακτηριστικών όπως στήθος, τριχοφυΐα, φωνή, κ.α. Ρυθμίζουν επίσης τον κύκλο (εμμηνορυσιακό κύκλο) και την εγκυμοσύνη.

## ΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι συνολικά γνωστά ως αιδοίο.

Το **αιδοίο** περιλαμβάνει:

- Εφήβαιο
- Μεγάλα χείλη
- Μικρά χείλη
- Κλειτορίδα
- Άνοιγμα της ουρήθρας
- Είσοδος στο Κόλπου



**Το εφήβαιο** είναι το τρίγωνο που βρίσκεται ακριβώς πάνω από το αιδοίο. Με την έναρξη της εφηβίας καλύπτεται από τρίχες, οι οποίες αραιώνουν και πέφτουν μετά την εμμηνόπαυση.

**Τα μεγάλα χείλη** δημιουργούνται από δύο πτυχές του δέρματος περίπου 9 εκατοστά και δημιουργών μια σχισμή. Έχουν δύο επιφάνειες, την εξωτερική που καλύπτεται από τρίχες και έχει σκουρότερη απόχρωση και την εσωτερική που είναι χωρίς τρίχες και ερυθρωπή.

**Τα μικρά χείλη.** Βρίσκονται μέσα από τα μεγάλα χείλη, είναι πιο λεπτά και καλύπτουν μερικώς το άνοιγμα του κόλπου.

**Η κλειτορίδα.** Βρίσκεται μέσα στα μεγάλα χείλη. Από το κάτω άκρο της ξεκινούν τα μικρά χείλη.

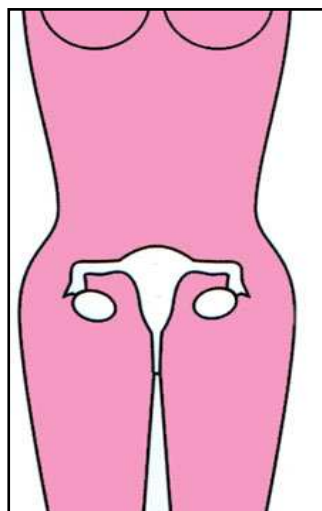
**Άνοιγμα της ουρήθρας.** Βρίσκεται ακριβώς κάτω από την κλειτορίδα.

Κάτω ακριβώς από την ουρήθρα βρίσκεται **το άνοιγμα του κόλπου**. Αυτό πριν από την έναρξη των σεξουαλικών επαφών είναι μερικώς καλυμμένο από τον παρθενικό υμένα. Μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών, από τη ρήξη του παρθενικού υμένα, έχουμε τα μύρτα.

Ο **παρθενικός υμένας** είναι μια μεμβράνη που καλύπτει μερικώς την είσοδο του κόλπου. Έχει διάφορα σχήματα, και οπές για τη διαφυγή του αίματος κατά την εμμηνόρρυσια. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι πλήρης και γίνεται αντιληπτός κατά την πρώτη περίοδο στην οποία το αίμα δεν μπορεί να εξέλθει.

## ΠΩΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΩΜΑ

### Εμμηνορροϊκός κύκλος



Η ωορρηξία είναι το αποτέλεσμα μιας σύνθετης σειράς γεγονότων που οδηγούν στην παραγωγή και την απελευθέρωση ενός ωαρίου. Όταν το ωάριο γονιμοποιηθεί και εμφυτευθεί στα τοιχώματα της μήτρας (ενδομήτριο) τότε η διαδικασία της εγκυμοσύνης ξεκινά. Η γονιμοποίηση του ωαρίου μπορεί μόνο να συμβεί την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, στην αποκαλούμενη γόνιμη φάση του κύκλου. Εάν δεν γονιμοποιηθεί τότε το ωάριο αποβάλλεται μαζί με το ενδομήτριο ως εμμηνορροϊκή ροή αίματος στην αρχή της επόμενης περιόδου.

Για να προκύψει μια εγκυμοσύνη:

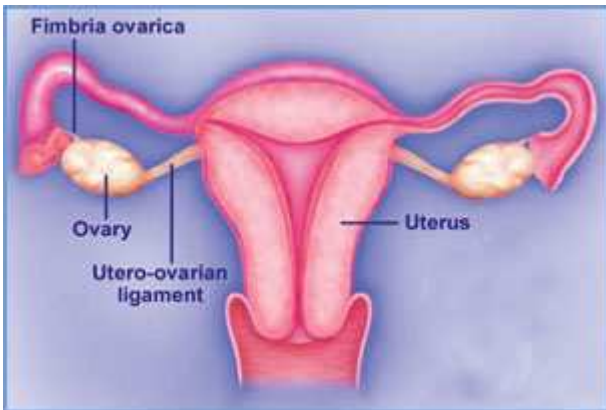
- 1) Η **ισορροπία των ορμονών πρέπει να είναι σωστή**, για να εξασφαλιστεί ότι το ωάριο αναπτύσσεται κανονικά.
- 2) **Πρέπει να υπάρξει ωορρηξία.**
- 3) Η **ερωτική συνεύρεση των συντρόφων πρέπει να συμβεί την ημέρα της ωορρηξίας** (την αποκαλούμενη γόνιμη ημέρα του κύκλου).
- 4) Το σπέρμα πρέπει να έχει τον **επαρκή αριθμό σπερματοζωαρίων** και τη δυνατότητα να φθάσει στο ωάριο.
- 5) **Δεν πρέπει να υπάρξει οποιοδήποτε μηχανικό εμπόδιο** αποτρέποντας έτσι τη γονιμοποίηση και την εμφύτευση.

Αυτά τα γεγονότα ελέγχονται από έναν ενδοκρινή αδένα, την *υπόφυση*, μια μικρή δηλαδή δομή που τοποθετείται στο κατώτερο τμήμα του εγκεφάλου.

Στην αρχή του κύκλου μια ορμόνη αποκαλούμενη *ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη* (FSH) απελευθερώνεται από την υπόφυση. Η FSH υποκινεί την ωρίμανση των διάφορων ωοθυλακίων. Περιλαμβανομένης στα ωοθυλάκια αυτά αποκαλούνται ωοκύτταρα.

Κατά τη διάρκεια των επόμενων 14 ημερών τα ωάρια αυξάνονται και ωριμάζουν, ενώ η ωοθήκη παράγει συνεχώς όλο και αυξανόμενα ποσά οιστρογόνων.

## Πρόβλεψη ωορρηξίας



Οι περισσότερες γυναίκες ξέρουν ότι οι πιο γόνιμες ημέρες είναι **στη μέση του εμμηνορροϊκού κύκλου** τους (σε κύκλο 28 ημερών), όπου το ωοθυλάκιο σπάζει και ένα ωάριο απελευθερώνεται (ωορρηξία). Μερικές γυναίκες παρατηρούν μια αύξηση στην βλέννα πριν από την ωορρηξία και αυτό μπορεί να είναι μια αρκετά χρήσιμη πρόβλεψη ότι η ωορρηξία είναι επικείμενη. Αγοράζοντας ένα **τεστ ωορρηξίας** από το

φαρμακείο μπορεί να προβλεφθεί με μεγάλη ακρίβεια η στιγμή που θα συμβεί η ωορρηξία.. Η δοκιμή είναι βασισμένη στην ανίχνευση του κύματος ορμονών LH ακριβώς πριν από την απελευθέρωση του ωαρίου.

Όταν αυξάνονται τα επίπεδα LH υπάρχει μια αλλαγή χρώματος στο τεστ που δείχνει ότι η ωορρηξία είναι πιθανό να συμβεί μέσα στις επόμενες 24-36 ώρες. Όταν το χρώμα αλλάζει η ερωτική επαφή με το σύντροφο σας θα μπορούσε να οδηγήσει σε εγκυμοσύνη. Έλεγχος των ωοθυλακίων και μια χρονικά προγραμματισμένη επαφή μπορούν να συστηθούν από τον γιατρό. Οι υπέρηχοι των ωοθηκών και τα τεστ που δείχνουν τα επίπεδα των ορμονών στο αίμα αποτελούν τον ακριβέστερο τρόπο πρόβλεψης της ωορρηξίας.

Ένα διάγραμμα με τη θερμοκρασία σώματος κάθε πρωί αντιπροσωπεύει έναν κύκλο και αρχίζει από την πρώτη ημέρα μιας περιόδου και συνεχίζεται έως ότου αρχίσει η επόμενη περίοδος.

Η έναρξη της ωορρηξίας ξεκινάει από μια πτώση της θερμοκρασίας, η οποία ακολουθείται από μία μικρή άνοδο μέχρι να ξαναπέσει καθώς μια νέα περίοδος αρχίζει. Η πτώση και η επόμενη άνοδος αντιπροσωπεύουν το χρόνο της ωορρηξίας.

Όπως προαναφέρθηκε η προγεστερόνη παράγεται από την ωοθήκη μετά από την ωοθυλακιωρρηξία. Η συνεχής παραγωγή προγεστερόνης και η μετέπειτα πτώση της συνδέεται με την άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος κατά τη διάρκεια αυτού του μέρους του κύκλου. Εάν δεν συμβεί ωορρηξία η προγεστερόνη δεν θα παραχθεί και η BBT σας θα παραμείνει χαμηλή. Το μειονέκτημα στη μέθοδο της BBT είναι ότι δίνει μια αναδρομική απάντηση στην ερώτηση "έχει συμβεί ωορρηξία;" ενώ τα τεστ ωορρηξίας και οι υπέρηχοι αν και είναι ακριβότεροι σαν μέθοδοι είναι σίγουρα πιο ακριβείς. Οποιοσδήποτε τρόπος πάντως χρησιμοποιείται, είναι σίγουρα αποτελεσματικός όσον αφορά τις πληροφορίες για το πώς λειτουργεί το σώμα.

## Ωοθηκική διέγερση



Οι πιθανότητες να προκύψει μια εγκυμοσύνη αυξάνονται από την δημιουργία περισσότερων του ενός εμβρύου. Επιπλέον δεν γονιμοποιούνται in vitro όλα τα ωάρια. Επομένως, για να υπάρξουν περισσότερα του ενός έμβρυα, οι ωοθήκες θα διεγερθούν ορμονικά για να παράγουν περισσότερα ωοκύτταρα από το συνηθισμένο.

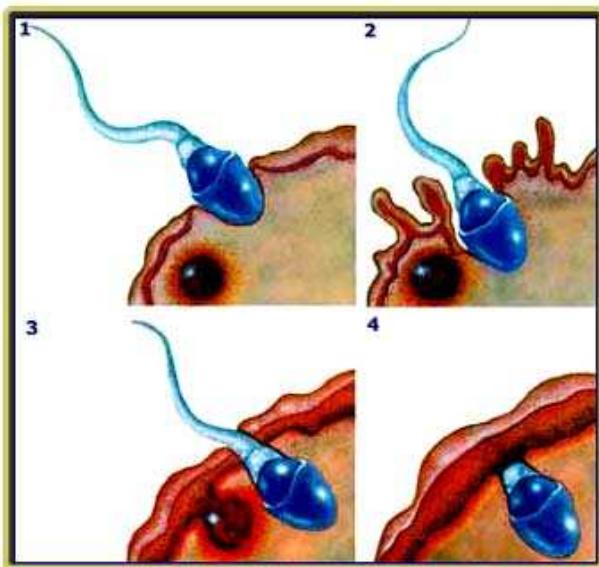
Το φάρμακο για την ωοθηκική διέγερση ποικίλλει. Μπορεί να είναι ένας ρινικός ψεκασμός ή καθημερινές εγχύσεις είτε την ημέρα 20 του κύκλου περιόδου που προηγείται του κύκλου θεραπείας είτε την ημέρα 2 του πραγματικού κύκλου θεραπείας.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σε αυτήν την φάση αποτρέπουν την ανάμιξη των φυσικών ορμονών με τον διεγερμένο κύκλο. Αυτό πραγματοποιείται με καθημερινές εγχύσεις καθαρής ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH).

Δεν υπάρχει καμία τυποποιημένη θεραπεία. Ο γιατρός θα εξατομικεύσει την θεραπεία σύμφωνα με τις απαιτήσεις και αυτή μπορεί να ποικίλει στη συνέχεια σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εξετάσεων αίματος και των υπερήχων (για να καθορίσει τον αριθμό, τη θέση και το μέγεθός τους).

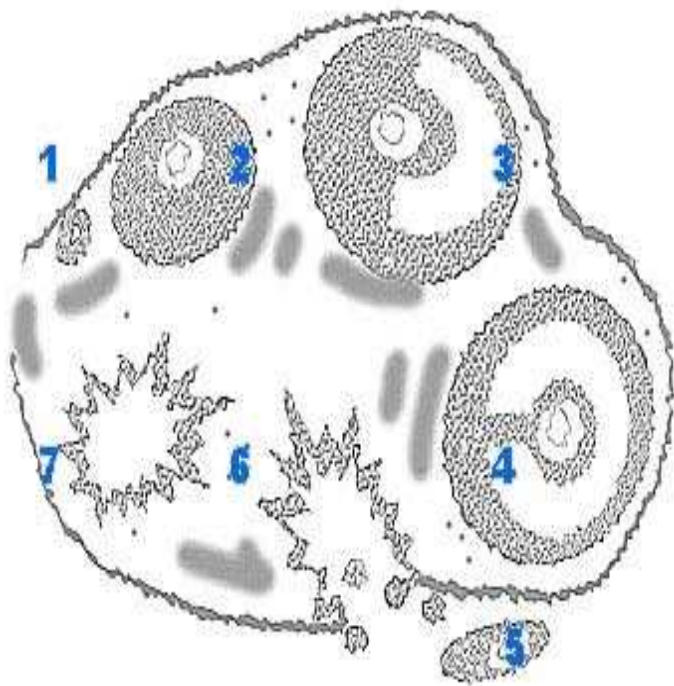
Ο αριθμός των εξετάσεων αίματος που απαιτούνται ποικίλλει σύμφωνα με την μέθοδο της ωοθηκικής διέγερσης. Αυτές οι εξετάσεις αίματος καθορίζουν την ιδανική χρονική στιγμή που πρέπει να πραγματοποιηθεί η ωοληψία.

Η ωρίμανση των ωαρίων προκαλείται με έγχυση της ανθρώπινης χοριονικής γοναδοτροπίνης (HCG) και η ωοληψία προγραμματίζεται 36 περίπου ώρες αργότερα.



Τα στάδια γονιμοποίησης ανθρώπινου ωαρίου

## Τα στάδια ανάπτυξης του ωοθυλακίου



1. Αρχέγονο ωοθυλάκιο
2. Πρωτογενές ωοθυλάκιο
3. Δευτερογενές ωοθυλάκιο 2-10mm
4. Ωριμο ωοθυλάκιο >17mm
5. Ωορηξία
6. "κενό" ωοθυλάκιο
7. Ωχρο σωματίο

## Ωορρηξία & σύλληψη

### Ωοθήκη



Ένα ωάριο ελευθερώνεται από την ωοθήκη και γονιμοποιείται από το σπέρμα στο έξω τριτημόριο της σάλπιγγας



Το γονιμοποιημένο ωάριο κινείται κατά μήκος της σάλπιγγας προς το εσωτερικό της μήτρας και εμφυτεύεται στο τοίχωμα της μήτρας.

## ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ



Ακόμα κι ένα φυσιολογικά γόνιμο ζευγάρι, περίπου 25 ετών, το οποίο έχει τακτική σεξουαλική επαφή, η πιθανότητα επίτευξης σύλληψης ανέρχεται στο 20-25% ανά μήνα, ποσοστό που αθροιστικά ανέρχεται στο 70% μετά από ένα χρόνο τακτικών επαφών, ή στο 85% μετά από δύο χρόνια συνεχούς προσπάθειας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένα στα έξι ζευγάρια παρουσιάζει πρόβλημα στο να συλλάβει παιδί, ενώ ένα στα δέκα χρειάζεται ιατρική βοήθεια και αναμφισβήτητα αυτά τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερο από ότι παλαιότερα.

Η απόφαση δηλαδή για την απόκτηση ενός παιδιού, όταν παρθεί, δεν είναι απαραίτητο να καταλήξει αυτομάτως στο επιθυμητό αποτέλεσμα. *Υπογονιμότητα ονομάζεται η αδυναμία σύλληψης μετά από έναν χρόνο φυσιολογικών, ελεύθερων, τακτικών σεξουαλικών επαφών.* Προσοχή όμως, υπογονιμότητα σε καμμία περίπτωση δε σημαίνει και στειρότητα. Η στειρότητα είναι ένας όρος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις ζευγαριών που δεν έχουν καμιά απολύτως πιθανότητα, με την χρήση οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής, να επιτύχουν σύλληψη.

Αντίθετα, ο όρος υπογονιμότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κάθε ζευγάρι που, αν και φαινομενικά αδυνατεί να τεκνοποιήσει, στην πραγματικότητα, με την χρήση κατάλληλων θεραπευτικών χειρισμών, είναι σε θέση τελικά να επιτύχει κύηση.

Η υπογονιμότητα μπορεί να χωριστεί σε δύο τύπους. Πρωτοπαθής, όταν δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη. ( περίπου 40% των περιπτώσεων). Δευτεροπαθής, όταν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη, οποιοδήποτε και αν ήταν το αποτέλεσμα αυτής. (περίπου 60% των περιπτώσεων). Αν και η υπογονιμότητα από μόνη της δεν απειλεί την υγεία, ωστόσο έχει σοβαρές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία των ζευγαριών.





## ΠΟΤΕ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ



Αυτό εξαρτάται άμεσα από την ηλικία της γυναίκας. Εάν είναι πάνω από 35 χρόνων και προσπαθεί σωστά για έξι μήνες χωρίς αποτέλεσμα, πρέπει να απευθυνθεί σε κάποιο γιατρό. Και αυτό κυρίως για να κερδίσει χρόνο καθώς, έστω και αν τελικά δεν έχει κάποιο πρόβλημα, η προχωρημένη ηλικία και μόνο είναι ικανή να τη δυσκολέψει αφάνταστα. Η γυναικεία γονιμότητα αρχίζει να μειώνεται μετά την ηλικία των 30 ετών και επιδεινώνεται από την ηλικία των 35 ετών. Εάν όμως η

γυναίκα είναι νεότερη, το ζευγάρι μπορεί να περιμένει προσπαθώντας φυσιολογικά μέχρι και ένα χρόνο.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι το πρόβλημα αυτό αφορά εξίσου και τους δύο συντρόφους. Από παλιά η υπογονιμότητα είχε αποδοθεί στον γυναικείο παράγοντα, όμως στην πραγματικότητα ο ανδρικός παράγοντας ευθύνεται εξίσου.

Πιο συγκεκριμένα :

- στο 40% των περιπτώσεων το αίτιο εντοπίζεται στην γυναίκα
- στο 40% στον άνδρα
- ένα 10% και στους δύο
- το υπόλοιπο 10% το αίτιο της υπογονιμότητας είναι ανεξήγητο.

Για το λόγο αυτό, σε κάθε συζήτηση ή θεραπευτικό χειρισμό που αφορά το πρόβλημα της υπογονιμότητας κρίνεται απαραίτητη η ουσιαστική συμμετοχή και των δύο συντρόφων.



## ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

*Ο ανασταλτικός παράγοντας του άγχους στην προσπάθεια σύλληψης...*

Η προσπάθεια σύλληψης μπορεί να επιφέρει σε ένα ζευγάρι τόσο μεγάλο άγχος, που αρχικά ούτε καν θα μπορούσε να φανταστεί. Ιδιαίτερα δε όταν η προσπάθειά αυτή διαρκεί μήνες ή ακόμη και χρόνια. Απανωτές αποτυχημένες προσπάθειες κάθε μήνα έχουν σαν αποτέλεσμα το άγχος να μεγαλώνει ακόμη περισσότερο κι αυτό είναι πολύ άσχημο για την ίδια τη γονιμότητα!

*Το άγχος αποδιοργανώνει και αποδομεί την ευαίσθητη ισορροπία των αναπαραγωγικών ορμονών και κυριολεκτικά εμποδίζει την ωορρηξία.* Αυτό συμβαίνει γιατί το σώμα αντιδρά στο άγχος με τον ίδιο τρόπο, είτε αυτό είναι "καλό" (για παράδειγμα η αγωνία για σύλληψη θεωρείται καλό) είτε αυτό είναι "κακό" (π.χ. ανησυχία για τη δουλειά). Το σώμα δεν ξεχωρίζει αυτά τα δύο και απλά αντιδρά με τον ίδιο τρόπο: οτιδήποτε προκαλεί άγχος απαιτεί περισσότερη ενέργεια για να αντιμετωπιστεί κι έτσι το σώμα προσπαθώντας να εξοικονομήσει ενέργεια αναστέλλει τις μη βασικές λειτουργίες του. Μοιραία η λειτουργία της γονιμοποίησης εμπίπτει σε αυτήν την κατηγορία των λειτουργιών που κατά κάποιον τρόπο "μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα" ...κατά την περίοδο που το άγχος κυριαρχεί στη ζωή μας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, θα πρέπει να μειωθεί το άγχος στο ελάχιστο. Όταν οι αιτίες που προκαλούν το άγχος είναι πολύ σοβαρές θα πρέπει το ζευγάρι να μάθει να ζει με αυτές και να μην τις επιτρέπει να καταστρέφουν και να χαλούν τη διάθεση του. Πολλές γυναίκες διαβάζουν εξειδικευμένα εγχειρίδια, άλλες καταφεύγουν στη βοήθεια ειδικών, άλλες κάνουν γιόγκα ή ασκήσεις αναπνοής, ακόμη περισσότερες καταφεύγουν στην πίστη και την προσευχή. Το ζητούμενο είναι να υπάρχει μια θετική συμπεριφορά και στάση απέναντι στα προβλήματα, ψυχραιμία και αισιοδοξία.

Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα ζευγάρι αποφασίζει να φέρει στον κόσμο ένα μωρό ίσως να υπάρχει μία πολύ μικρή ανησυχία - αγωνία για την επιτυχία, όμως για την μεγάλη πλειοψηφία πρόκειται για ένα μελλοντικό στόχο. Περιμένει τη σύλληψη μέσα στους πρώτους μήνες των προσπαθειών. Όταν όμως δεν έρχεται.. τότε εμφανίζεται η ανησυχία, τα ερωτηματικά και το άγχος.

Το άγχος αυξάνει τη συγκέντρωση στο σώμα της ορμόνης κορτιζόνης. Τα υψηλά επίπεδα κορτιζόνης εμποδίζουν τις αναπαραγωγικές ορμόνες. Γι' αυτό, λοιπόν, πρέπει να καταπολεμηθεί το άγχος.

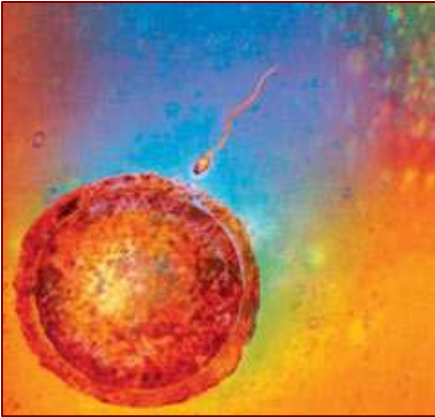
*Παρακάτω είναι ορισμένες απλές τεχνικές που έχουν βοηθήσει πολλές γυναίκες:*

- **Η γυναίκα πρέπει να έχει στο μυαλό θετικές σκέψεις.** Η αισιοδοξία έχει στο σώμα τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα από το άγχος. Έχει θεραπευτικά αποτελέσματα, ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα και βοηθά τον αναπαραγωγικό κύκλο. Ο διαλογισμός επίσης βοηθάει. Πρέπει να συγκεντρωθεί και να φανταστεί το σώμα και την προσπάθειά του να συλλάβει. Να εστιάσει στη δημιουργία ενός υγιούς ωαρίου την κατάλληλη χρονική στιγμή και τη γονιμοποίησή του από ένα επίσης υγιές σπερματοζώαριο. Να φανταστεί αυτή τη διαδικασία μερικά λεπτά κάθε ημέρα, λέγοντας στον εαυτό της ότι είναι υγιής και ότι θα φέρει στον κόσμο ένα υγιέστατο μωρό.
- **Να γυμνάζεται!** μπορεί να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα σε κάποιο γυμναστήριο, να κάνει κολύμβηση, να κάνει περιπάτους ή ότι της ταιριάζει. Φυσικά πάντοτε με μέτρο γιατί ενώ η έντονη άσκηση έχει άσχημα αποτελέσματα στη γυναικεία γονιμότητα, η άσκηση με μέτρο κάνει καλό στην υγεία του σώματος και του μυαλού.
- **Να συμμετέχει στην σεξουαλική πράξη με διάθεση άνετη και χαλαρή.** Οι άνδρες μπορούν να αισθανθούν την πίεση και το άγχος για σύλληψη εξίσου όπως οι γυναίκες. Είναι μύθος ότι είναι πάντοτε πρόθυμοι, έτοιμοι και ικανοί. Αν είναι αγχωμένη και ετοιμάζεται για συνεύρεση με μοναδικό σκοπό τη σύλληψη ο άνδρας θα το νιώσει.
- **Να είναι αυθόρμητη και με διάθεση για παιχνίδι.** Αυτό θα βοηθήσει διπλά: και την προσπάθειά να συλλάβει και θα κρατήσει τη φλόγα ανάμεσα σ' αυτή και το σύντροφό της ζωντανή.



Το ωάριο καθώς πολιορκείται από τα σπερματοζώαρια

# ΛΟΓΟΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ



Πολλοί είναι οι λόγοι της ανησυχητικής αύξησης της υπογονιμότητας στην εποχή μας και ένας από τους κυριότερους η καθυστέρηση απόκτησης πρώτου παιδιού. Σήμερα όλο και περισσότερες γυναίκες αναβάλλουν για λίγο αργότερα τη μητρότητα. Έτσι, ενώ παλαιότερα ο μέσος όρος ηλικίας απόκτησης πρώτου παιδιού ήταν τα 22 χρόνια σήμερα έχει σκαρφαλώσει στα 33. Δεν είναι δηλαδή καθόλου τυχαίο ότι οι δείκτες γεννητικότητας - ειδικά στο δυτικό κόσμο των προνομίων- μέρα με τη μέρα κατακυλούν. Στη χώρα μας μάλιστα έχουμε το

δυσάρεστο προνόμιο ο δείκτης να βρίσκεται ήδη στο 1,2%.

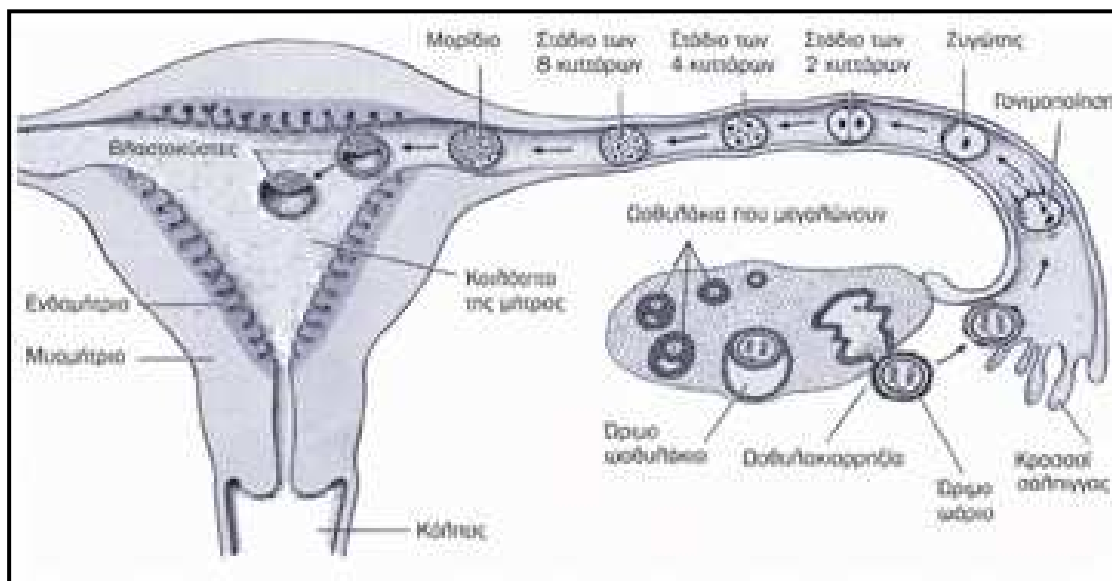
Ποιοι είναι όμως οι λόγοι που ενδέχεται να δυσκολεύουν ένα ζευγάρι να γίνουν γονείς;

## ❖ Γυναικείοι παράγοντες...

### 1. Προβλήματα στις σάλπιγγες

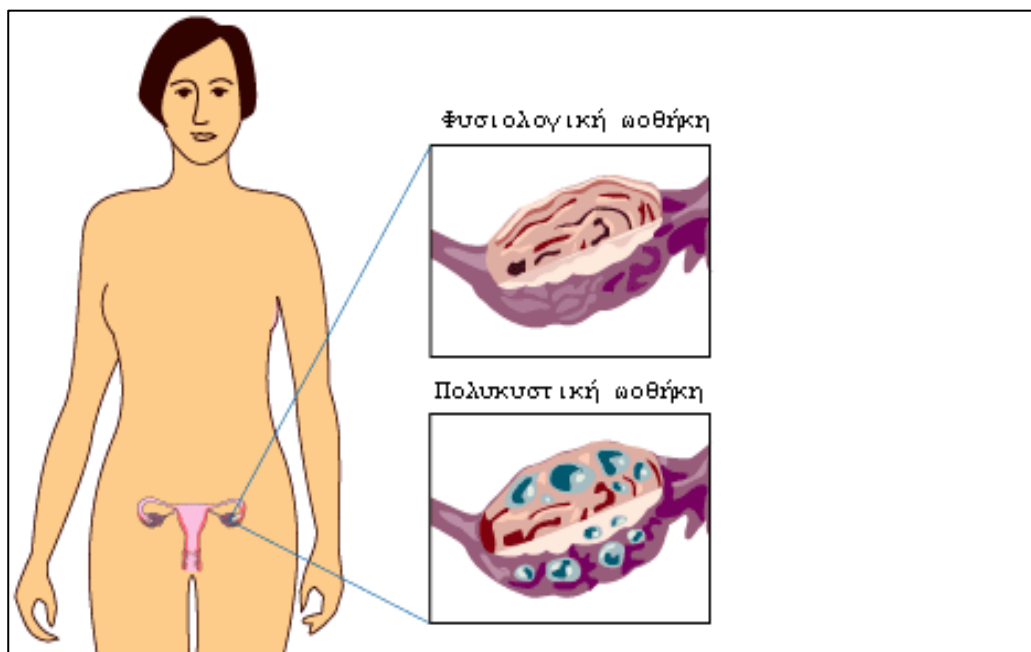
Οι σάλπιγγες, όπου φυσιολογικά θα γονιμοποιηθεί το ωάριο που «κατέβηκε» από την αντίστοιχη ωοθήκη και θα κυλήσει προς τη μήτρα, είναι πολύ ευαίσθητα όργανα. Παρ' όλα αυτά δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι γυναίκες έχουν δύο σάλπιγγες, όπως και ωοθήκες. Το να λείπει λοιπόν η μία σάλπιγγα (να έχει αφαιρεθεί για κάποιο λόγο, επειδή π.χ. υπήρξε κάποια εξωμήτρια κύηση) δεν είναι απαγορευτικό για να μείνει μια γυναίκα έγκυος, αφού η ίδια η φύση έχει προνοήσει ώστε η σάλπιγγα να παρουσιάζει αυτό που οι ειδικοί ονομάζουν «τροπισμό», να έχει δηλαδή κινητικότητα προσπαθώντας να «βρει» το ωάριο (ακόμα κι αν αυτό «κατεβαίνει» από την αντίθετη ωοθήκη σε σχέση με τη σάλπιγγα που υπάρχει).

- **Τι συμβαίνει:** Μπορεί η σάλπιγγα να μην έχει κινητικότητα, να μην έχει λειτουργικότητα ή να έχει κάποια απόφραξη (να μην μπορεί δηλαδή το ωάριο να περάσει μέσα της)
- **Σε τι οφείλεται:** Τα προβλήματα της σάλπιγγας μπορεί να οφείλονται σε *μετεγχειρητικές συμφύσεις* (επειδή έγινε κάποιο χειρουργείο εξαιτίας μιας εξωμήτριας κύησης για παράδειγμα), στην *ενδομητρίωση*, σε άγνωστους παράγοντες αλλά και σε κάποια *φλεγμονή* (σαλπιγγίτιδα), που πέρασε η γυναίκα κάποια στιγμή στη ζωή της και δεν την κατάλαβε ή δεν αντιμετωπίστηκε επαρκώς. Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι σαλπιγγίτιδες είναι πόνος στην κοιλιά (μερικές φορές και πυρετός) και μπορεί να οφείλονται σε διάφορα μικρόβια (π.χ. στα χλαμύδια που είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, που δυστυχώς δεν δίνει κανένα σύμπτωμα). Οι σαλπιγγίτιδες μπορεί να περάσουν από μόνες τους, αλλά μετά να αφήσουν συμφύσεις στη σάλπιγγα, οι οποίες δημιουργούν προβλήματα γονιμότητας. Οι σαλπιγγίτιδες διαγιγνώσκονται κάποιες φορές και ανάλογα την έκταση του προβλήματος, είτε με υπέρηχο (υδροσάλπιγγες), είτε με κλινική εξέταση και αντιμετωπίζονται με αντιβίωση (μερικές φορές είναι απαραίτητη η ενδοφλέβια χορήγηση της αντιβίωσης, οπότε και η εισαγωγή της γυναίκας στο νοσοκομείο)
- **Πώς αντιμετωπίζεται:** Παλαιότερα, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών η μόνη λύση ήταν η χειρουργική επέμβαση (με μικρή πιθανότητα επιτυχίας και μεγάλη ταλαιπωρία για τη γυναίκα), αλλά στις μέρες μας οι ειδικοί προτιμούν τη λύση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (εξωσωματική γονιμοποίηση), που ούτως ή άλλως έχει πολύ υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας.



## 2. Διαταραχές στην ωορρηξία

- **Τι συμβαίνει:** Η γυναίκα έχει κάποιο πρόβλημα στην ποιότητα της ωορρηξίας της, που συχνά συνοδεύεται από αραιομηνόρροια ή αμηνόρροια. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να μην υπάρχει καν ωορρηξία ή ότι η ωορρηξία γίνεται μεν, αλλά με άτακτους ρυθμούς. Σε κάποιες περιπτώσεις οι γιατροί συνδέουν το πρόβλημα αυτό και με τις πολυκυστικές ωοθήκες
- **Σε τι οφείλεται:** Το πρόβλημα με την ωορρηξία έχει να κάνει είτε με το γεγονός ότι οι ωοθήκες δεν μπορούν να παράγουν ωάρια είτε δεν μπορούν να πάρουν εντολή ώστε να παράγουν ωάρια. Η αιτία βρίσκεται σε διάφορες ορμονικές διαταραχές, όπως είναι η υπερπρολακτιναιμία, η υπερανδρογοναιμία, οι βλάβες της υπόφυσης, οι βλάβες των ωοθηκών, οι θυρεοειδοπάθειες κ.ά.
- **Πώς αντιμετωπίζεται:** Η αντιμετώπιση συνίσταται στη διέγερση των ωοθηκών με φάρμακα σε μορφή χαπιών ή ενέσεων. Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως αυτή των πολυκυστικών ωοθηκών, η λύση είναι η επεμβατική λαπαροσκόπηση. Έχει πάντως παρατηρηθεί πως, αν οι γυναίκες που έχουν πολυκυστικές ωοθήκες είναι παχύσαρκες και χάσουν το 25% του βάρους τους, μπορεί να διορθωθεί το πρόβλημά τους σε ποσοστό 50%, εφόσον όμως δεν συντρέχει και άλλη αιτία υπογονιμότητας.



### 3. Ενδομητρίωση

- **Τι συμβαίνει:** Η ενδομητρίωση περιγράφεται ως η *ανάπτυξη ενδομητρικού ιστού εκτός της μήτρας* και απασχολεί το 10% με 15% των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία (συνήθως από 25 ως 35 ετών). Αυτός ο ιστός, που βρίσκεται σε σημεία εκτός της μήτρας, ακολουθεί με τη σειρά του τις ορμονικές επιταγές του σώματος, οπότε, κάθε φορά που η γυναίκα έχει περίοδο, αιμορραγεί κι αυτός, με αποτέλεσμα να προκαλείται ο έντονος πόνος που χαρακτηρίζει την ενδομητρίωση (στη διάρκεια της περιόδου, στην ωορρηξία, σπανιότερα σε άσχετες στιγμές ως πόνος κάπου στην κοιλιά, κατά τη διάρκεια ή μετά τη σεξουαλική επαφή). Βέβαια υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν εμφανίζεται πόνος ούτε κάποιο άλλο σύμπτωμα. Ο μόνος σίγουρος τρόπος για να γίνει ασφαλής διάγνωση είναι η επέμβαση είτε λαπαροσκοπικά (που είναι και το πιο συνηθισμένο) ή με ανοιχτό χειρουργείο. Γενικά, σύμφωνα με έρευνες, το 50% των γυναικών που έχουν ενδομητρίωση αντιμετωπίζουν επίσης πρόβλημα υπογονιμότητας. Αυτό συμβαίνει επειδή δημιουργούνται προβλήματα στην ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα των έσω γεννητικών οργάνων (μήτρα, σάλπιγγες, ωθήκες)
- **Σε τι οφείλεται:** Οι ειδικοί δεν γνωρίζουν με βεβαιότητα όλες τις πιθανές αιτίες που δημιουργούν την ενδομητρίωση. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες σχετικά με τους λόγους εξαιτίας των οποίων μπορεί να προκαλείται. Ένας από τους σημαντικότερους μπορεί να είναι ότι υπάρχει *παλινδρόμηση των κυττάρων του ενδομητρίου προς την κοιλιά μέσω των σαλπίγγων*.
- **Πώς αντιμετωπίζεται:** Η ενδομητρίωση πρέπει να αντιμετωπίζεται εγκαίρως και αποτελεσματικά και, ανάλογα με το μέγεθος και το είδος του προβλήματος, η λύση είναι είτε η επέμβαση είτε η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Από την άλλη πλευρά, η εγκυμοσύνη -αν βέβαια επιτευχθεί, γιατί η ενδομητρίωση προκαλεί υπογονιμότητα- θεραπεύει προσωρινά και όσο διαρκεί η εγκυμοσύνη, το πρόβλημα της ενδομητρίωσης. Αν το πρόβλημα της ενδομητρίωσης δεν αντιμετωπίζεται, τότε τη λύση έρχεται να δώσει η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση).

### 4. Ηλικία

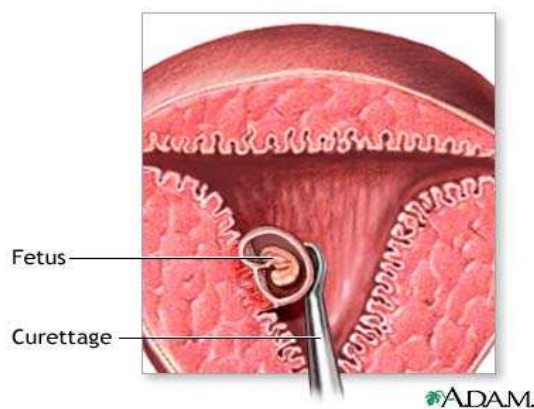
*Η γυναικεία γονιμότητα μειώνεται όσο περνάει η ηλικία. Αυτό ξεκινά μετά τα 30, γίνεται πιο εμφανές μετά τα 35 και φυσικά ακόμα πιο σοβαρό μετά την ηλικία των 40, χωρίς βέβαια να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν γυναίκες που συλλαμβάνουν φυσιολογικά στα 42 ή και στα 45 ακόμα.*

## 5. Άλλοι παράγοντες

Αυτοί μπορεί να σχετίζονται με *ενδοκρινικά νοσήματα*, που συνήθως επηρεάζουν την ωορρηξία (και όχι μόνο) και κατ' επέκταση και τη γονιμότητα (π.χ. διαβήτης, προβλήματα στο θυρεοειδή, παθήσεις στα επινεφρίδια κ.ά.), με *προβλήματα του τραχήλου* (π.χ. ο τράχηλος και η τραχηλική βλέννα είναι «εχθρικοί» προς τη διέλευση του σπέρματος εξαιτίας ανοσολογικών παραγόντων, τραχηλίτιδων κ.ά.), με *προβλήματα του ενδομητρίου* (μια υπερπλασία, ένα ινομύωμα, ένας πολύποδας, η ύπαρξη συμφύσεων εξαιτίας για παράδειγμα μίας απόξεσης κ.ά.), με *προβλήματα της μήτρας* (εξαιτίας μίας συγγενούς ανωμαλίας της μήτρας, που μπορεί να είναι πολύ μικρή ή να είναι δίκερος, διθάλαμος κ.λπ.), τα οποία αντιμετωπίζονται κατά περίπτωση.

## 6. Εκτρώσεις και υπογονιμότητα

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. 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.



Διάγραμμα που απεικονίζει την βασική αρχή της έκτρωσης



## 7. Τι μπορεί να σημαίνουν οι αποβολές



Σύμφωνα με τους ειδικούς, αν συμβεί μία και μόνη αποβολή δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Αυτό σημαίνει ότι μία αποβολή που προκύπτει για πρώτη φορά (στο πρώτο τρίμηνο της κύησης) μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο γεγονός, αφού το 12% με 15% των αποδεδειγμένων κύσεων καταλήγουν σε αποβολή. Αν όμως ο αριθμός αυξηθεί και οι αποβολές επαναληφθούν και γίνουν δύο ή τρεις, τότε θα πρέπει το ζευγάρι -και κυρίως η γυναίκα- να μπει στη διαδικασία να κάνει διάφορες εξετάσεις. Γενικά, αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι οι αποβολές αυξάνονται όσο μεγαλώνει η γυναίκα και συνήθως οφείλονται σε:

- Γενετικά αίτια (χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου)
- Ανατομικά αίτια (στη μήτρα της μέλλουσας μητέρας)
- Ενδοκρινικά αίτια ή λοιμώξεις (π.χ. ερυθρά) της εγκυμονούσας, περιβαλλοντικά ή χημικά αίτια (π.χ. αλκοόλ, καφές)
- Ανοσολογικά αίτια

Η πρόγνωση σε σχέση με τις αποβολές έχει να κάνει με την αιτία που τις προκαλεί (π.χ. ανατομικά προβλήματα, ανοσολογικοί παράγοντες, γενετικά νοσήματα, ορμονικά προβλήματα κ.α.). Προσοχή: Όταν μία αποβολή συμβεί μετά τη 12η εβδομάδα της κύησης, είναι σκόπιμο να υπάρξει περαιτέρω διερεύνηση των αιτίων που πιθανώς την προκάλεσαν, ώστε αυτά, αν είναι δυνατό, να προληφθούν σε μελλοντική εγκυμοσύνη.

## ❖ Ανδρικοί παράγοντες...

Στο 30% των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας σήμερα υπεύθυνος είναι ο άνδρας και πιο συγκεκριμένα το σπέρμα που παράγει. Παρόλο που η ηλικία του άνδρα δεν θέτει φραγμούς, είναι πολύ πιθανό εξαιτίας γενετικών ή άλλων λόγων να μην μπορεί το σπέρμα του να γονιμοποιήσει φυσιολογικά το ωάριο της συντρόφου του.

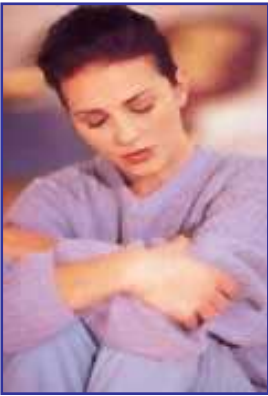
Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε *απόφραξη της εξόδου του σπέρματος από τους όρχεις* είτε σε *χαμηλή παραγωγή σπέρματος από τους όρχεις*. Η απόφραξη μπορεί να είναι γενετική (συνήθως έλλειψη του σωλήνα που οδηγεί το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος), αλλά ενδέχεται να προκληθεί και από μολύνσεις ή τραυματισμούς.

Υπάρχει όμως πιθανότητα το σπέρμα να καταστρέφεται σταδιακά και από τη μόλυνση του περιβάλλοντος και κυρίως από τα παράγωγα μεταβολισμού των αγροτικών λιπασμάτων και προϊόντων ραντισμού. Ανακαλύφθηκε πρόσφατα πως, όταν αυτά εισέρχονται στο ανθρώπινο σώμα με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μεταβολίζονται σε γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα), που βέβαια στις γυναίκες δεν έχουν παρενέργειες, στους άνδρες όμως σταδιακά και με τα χρόνια «χαμηλώνουν» το σπέρμα.

Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που αρκετά ζευγάρια σήμερα αντιμετωπίζουν πρόβλημα και στην απόκτηση δεύτερου παιδιού.



## ❖ Ψυχολογικοί λόγοι υπογονιμότητας...



Όταν οι αιτίες υπογονιμότητας δεν μπορούν να διευκρινιστούν, είθισται να αποδίδεται το ίσως ήδη υποφέρει και τώρα επιπλέον νιώθει ότι ο ίδιος προκάλεσε στον εαυτό του το πρόβλημα. Επιπλέον, παραβλέπουν ότι όλα τα ιατρικά προβλήματα είναι πολυπαραγοντικά και η απομόνωση του ψυχολογικού τομέα αποτελεί επιστημολογικό λάθος.

Σε περιόδους αυξημένου στρες παρατηρείται η γυναίκα να έχει στον κύκλο της αλλαγές και δυσκολίες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, μεγάλο άγχος ή μια ζωή πολύ ακατάστατη ενδέχεται να την εμποδίσουν να έχει καλή συχνότητα ωορρηξίας. Επίσης η πίεση της δουλειάς, η κούραση κ.λπ. που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανότητα σύλληψης. Παρ' όλα αυτά οι ειδικοί εξηγούν πως πρόκειται συνήθως για παροδικούς παράγοντες.

Η γυναίκα τα τελευταία χρόνια -και η Ελληνίδα ακόμα περισσότερο από ότι παλαιότερα- έχει κάνει μια στροφή προς την καριέρα, έχει αναβαθμίσει το κοινωνικό και το μορφωτικό της επίπεδο και ως εκ τούτου έχει αναλάβει πολλές υποχρεώσεις, που σίγουρα την απομακρύνουν και από την επιθυμία της να δημιουργήσει οικογένεια. Καθήκοντα που παλαιότερα θεωρούνταν καθαρά αντρικά απασχολούν τη σύγχρονη γυναίκα και συχνά οδηγούν σε σωματοποίηση του άγχους της, που εκφράζεται με γυναικολογικά προβλήματα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η υπερπρολακτιναιμία (η υπερπαραγωγή προλακτίνης), που αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία και οδηγεί σε μία μορφή υπογονιμότητας. Σημαντικό πάντως είναι να σημειώσουμε πως γενικά οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας, επειδή έχουν πολύ άγχος, πιεστικές υποχρεώσεις και δουλεύουν άστατες ώρες, όταν ηρεμήσουν και ρίξουν τους ρυθμούς τους, παρουσιάζουν αποκατάσταση του ορμονικού τους προφίλ και καταφέρνουν εύκολα να συλλάβουν.

Υπάρχουν κάποιες απόψεις και θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η γονιμότητα ενδέχεται να επηρεαστεί από την αμφιθυμία, με άλλα λόγια την αβεβαιότητα του ζευγαριού σχετικά με το αν πραγματικά θέλει ένα παιδί ή εξαιτίας κάποιας υποσυνείδητης εχθρότητας εκ μέρους ενός από τους δύο. Σύμφωνα όμως με τη συμβουλευτική ψυχολόγο Αμίνα Μοσκώφ, αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο μύθο αναφορικά με τα προβλήματα της υπογονιμότητας, κάτι που ισχύει και για άλλα ιατρικά προβλήματα ή δυσκολίες. Πράγματι το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να επηρεάσουν τη γενική κατάσταση του οργανισμού μας, αλλά κανένα ιατρικό πρόβλημα δεν μπορεί να αποδοθεί στον ψυχολογικό παράγοντα σε μια σχέση αιτίας-αιτιατού. Οι θεωρίες που υποστηρίζουν κάτι τέτοιο αφορούν υπεραπλουστεύσεις, οι οποίες προσθέτουν μία ακόμα πηγή πόνου στον άνθρωπο που έχουν γυναίκες που ζουν σε απίστευτα στρεσογόνες συνθήκες -ακόμη και σε περίοδο πολέμου- και πάλι δεν δυσκολεύονται να συλλάβουν.

Τέλος, κάτι που πολύ σπάνια αναφέρεται ως παράγοντας δυσκολίας σύλληψης και που όμως συμβαίνει συχνά, είναι ότι τα ζευγάρια που δεν τα πάνε καλά μεταξύ τους δεν έχουν συχνές σεξουαλικές επαφές.

# ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μία θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και βασίζεται στη γονιμοποίηση των ωαρίων μιας γυναίκας με το σπέρμα του συζύγου της σε εργαστηριακές συνθήκες. Έχει ως σκοπό να αυξήσει τις πιθανότητες σύλληψης ενός υπογόνιμου ζευγαριού.

Εφαρμόζεται σε υπογόνιμα ζευγάρια που έχουν υποβληθεί σε άλλες θεραπείες υπογονιμότητας χωρίς επιτυχία, ή σε ζευγάρια στα οποία δε θα υπήρχε δυνατότητα σύλληψης με διαφορετικές μεθόδους.

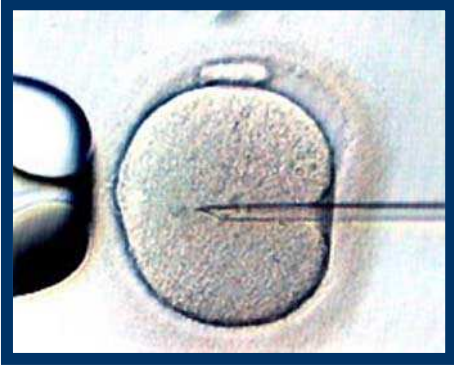
Η εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμόστηκε αρχικά για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας σαλπινγικού παράγοντα, σε περιπτώσεις δηλαδή όπου οι σάλπιγγες της γυναίκας έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη που δεν επιδέχεται χειρουργική αντιμετώπιση, ή όταν οι σάλπιγγες έχουν αφαιρεθεί χειρουργικά. Σήμερα η εφαρμογή της μεθόδου έχει επεκταθεί στην αντιμετώπιση και άλλων περιπτώσεων, όπως στην υπογονιμότητα ανδρικού παράγοντα, καθώς επίσης και στην αντιμετώπιση της ανεξήγητης υπογονιμότητας.

Στο πρώτο στάδιο της θεραπείας οι ωοθήκες διεγείρονται με ορμονικά φάρμακα για την παραγωγή πολλών ωαρίων. Όταν τα ωοθυλάκια στα οποία βρίσκονται τα ωάρια αποκτήσουν το επιθυμητό μέγεθος διενεργείται η ωοληψία, η συλλογή δηλαδή των ωαρίων η οποία γίνεται διακολπικά υπό την καθοδήγηση υπερήχων.

Τα ωάρια που συλλέγονται τοποθετούνται με το σπέρμα του συζύγου σε ειδικό θρεπτικό υλικό για να γονιμοποιηθούν σε εργαστηριακές συνθήκες. Μετά την πάροδο 2-3 ημερών ακολουθεί το στάδιο της εμβρυομεταφοράς κατά το οποίο γίνεται επανατοποθέτηση των εμβρύων που προκύπτουν από την εξωσωματική γονιμοποίηση στην ενδομητρική κοιλότητα υπό την καθοδήγηση υπερήχων.

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα μιας θεραπείας με εξωσωματική γονιμοποίηση είναι η ηλικία της γυναίκας, η διάρκεια και η αιτία της υπογονιμότητας, το ιστορικό προηγούμενων κνήσεων, όπως και τα αποτελέσματα από προηγούμενες θεραπείες που υποβλήθηκε το υπογόνιμο ζευγάρι.

# ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ



Εξωσωματική γονιμοποίηση σε συνδυασμό με ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπερματοζωαρίων

Κάποια ζευγάρια επιτυγχάνουν σχετικά ανώδυνα, δηλαδή ύστερα από περιορισμένες μόνο απόπειρες, την πολυπόθητη εγκυμοσύνη. Κάποια άλλα όμως εμπλέκονται σε ατέρμονες προσπάθειες αδυνατώντας να εγκαταλείψουν το κυνήγι της πραγματοποίησης της επιθυμίας αυτής.

Η πλειοψηφία των ζευγαριών, συνειδητά τουλάχιστον, επιχειρεί να αποφύγει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και έχει τη βεβαιότητα ότι όταν αποφασίσει να αποκτήσει ένα παιδί και σταματήσει να λαμβάνει μέτρα προφύλαξης, θα προκύψει αυτομάτως η επιθυμητή εγκυμοσύνη. Συχνά όμως η εγκυμοσύνη αυτή δεν πραγματοποιείται και ξεκινάει ο Γολγοθάς της εμπειρίας της θεραπείας της υπογονιμότητας, που οδηγεί στη γνωριμία με τις νέες τεχνολογίες της αναπαραγωγής και στην εισβολή του γιατρού στην πιο προσωπική πλευρά της ζωής του ζευγαριού.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας αφορούν τόσο κάθε μέλος του ζευγαριού όσο και τη σχέση τους. Επηρεάζεται η εικόνα εαυτού, επηρεάζεται η σεξουαλική σχέση –μιας και αυτή υπενθυμίζει την αδυναμία του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί– και βιώνεται η απογοήτευση όταν η θεραπεία αποτυγχάνει. Κατά τη διάρκεια των διαφόρων μεθόδων που χρησιμοποιούνται η ζωή του ζευγαριού επικεντρώνεται στον κύκλο της γονιμότητας. Στην πρώτη φάση του κύκλου υπάρχει η ελπίδα και στη δεύτερη επέρχεται η απογοήτευση.

## ΕΠΙΤΥΧΙΑ 20%



Τα περισσότερα ζευγάρια που απευθύνονται στις νέες τεχνολογίες για να αποκτήσουν παιδιά ξεκινούν με την κλασική μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην οποία χρησιμοποιούνται οι γαμέτες τους. Στην περίπτωση αυτή συνειδητά, ή ασυνείδητα, επεξεργάζονται το γεγονός του διαχωρισμού της σεξουαλικής τους σχέσης από την τεκνοποίηση. Καμιά γυναίκα δεν είχε φανταστεί ότι θα έμενε έγκυος έχοντας κάνει άπειρες ενέσεις προκειμένου να προκληθούν πολλαπλά ωοθυλάκια και ότι η σύλληψη του μωρού της θα γινόταν σε ένα εργαστήριο. Κανένας άνδρας δεν είχε φανταστεί ότι για να αποκτήσει ένα παιδί θα έπρεπε να πάρει το σπέρμα του σε ένα δωμάτιο ενός εργαστηρίου και να το παραδώσει στον γιατρό για να

το τοποθετήσει κατόπιν εκείνος σε ένα δοκιμαστικό σωλήνα προκειμένου να γίνει η γονιμοποίηση. Επιπλέον, οι ταλαιπωρίες της εξωσωματικής δεν εξασφαλίζουν την εγκυμοσύνη.

Παρ' όλη την πρόοδο της τεχνογνωσίας και της τεχνολογίας που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια, η εξωσωματική γονιμοποίηση και οι παραλλαγές της έχουν ένα ποσοστό επιτυχίας γύρω στο 20%. Στο σημείο αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί ότι όσον αφορά τα ίδια τα ζευγάρια το ποσοστό επιτυχίας των μεθόδων που έχει σημασία είναι εκείνο που αναφέρεται στα ζωντανά βρέφη που φεύγουν από το μαιευτήριο. Τα ποσοστά επιτυχίας που αναφέρονται σε θετικά τεστ εγκυμοσύνης ενδιαφέρουν μόνο τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης. Είναι προφανές ότι, ακόμη και σήμερα, ένα μεγάλο ποσοστό ζευγαριών που εμπλέκονται στις νέες τεχνολογίες αναπαραγωγής δεν καταφέρνουν να αποκτήσουν ένα παιδί. Η ψυχολογική στήριξη κατά τη δύσκολη αυτή περίοδο είναι συχνά απαραίτητη. Αλλά, ακόμη και όταν επιτυγχάνεται η πολυπόθητη εγκυμοσύνη, η αγωνία δεν σταματά διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μιας αποβολής ή ενός πρόωρου τοκετού, καθώς επίσης και η πιθανότητα μιας πολύδυμης κύησης.

Οι επιπτώσεις –όχι μόνον οι ιατρικές, αλλά και οι ψυχολογικές– τέτοιων κυήσεων μπορεί να είναι σοβαρές, τόσο για τη μητέρα όσο και για τα παιδιά, κυρίως στις περιπτώσεις εγκυμοσύνης με περισσότερα από δίδυμα. Οι πολύδυμες κυήσεις αντιμετωπίζονται με τη μέθοδο της εμβρυϊκής μείωσης, όπου μια ένεση στην καρδιακή κοιλότητα προεπιλεγμένων εμβρύων σταματά την ανάπτυξή τους. Η εμβρυϊκή μείωση είναι μια τεχνική απλή, αλλά ιδιαίτερα οδυνηρή ψυχολογικά. Οι ειδικοί της ψυχικής υγείας, στις χώρες εκείνες όπου η συμμετοχή τους έχει προ πολλού κριθεί αναγκαία, συνιστούν τη συνεργασία των ζευγαριών με ειδικούς, τόσο πριν όσο και μετά τη διαδικασία της μείωσης, διότι οι γονείς πρέπει να ζήσουν με την απόφασή τους να καταστρέψουν κάποια έμβρυα, αλλά και διότι τα παιδιά που θα γεννηθούν είναι πιθανόν να έχουν ενοχές επειδή αυτά ήταν τα έμβρυα εκείνα που επελέγησαν να επιζήσουν.

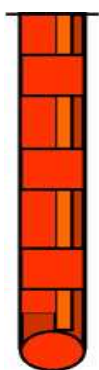
# ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ



## 1. Προετοιμασία - Κλινικές και Εργαστηριακές Εξετάσεις

Το κάθε ζευγάρι πρέπει να υποβληθεί σε ένα βασικό εργαστηριακό έλεγχο. Όσον αφορά ειδικά προβλήματα υγείας που είναι γνωστά από το ιστορικό θα γίνουν οι απαραίτητοι έλεγχοι και ρυθμίσεις και μετά το ζευγάρι θα μπει στο πρόγραμμα για εξωσωματική γονιμοποίηση. Σε μερικές περιπτώσεις θα συστήνονται και περαιτέρω "εξειδικευμένες εξετάσεις".

### Αιματολογικές εξετάσεις



Εξετάσεις για το ζεύγος πριν την έναρξη της προσπάθειας:

1. Ηπατίτιδα Β και C
2. Σύφιλη
3. HIV (I,II)

### Βασικός εργαστηριακός έλεγχος

Εξετάσεις στον ΑΝΔΡΑ:

- α) Σπερμοδιάγραμμα και Percoll Test
- β) Εξετάσεις αίματος

Εξετάσεις στην ΓΥΝΑΙΚΑ:

- α) Υστεροσαλπιγγογραφία και Υπερηχογράφημα μήτρας και ωοθηκών
- β) Εξετάσεις αίματος και Ορμονικός έλεγχος: FSH, LH, TSH, PRL, Δ4, DHEA-S
- γ) Μαστογραφίες σε κάθε γυναίκα πάνω από 35 χρόνων.

## Εξειδικευμένες εξετάσεις

Για τον ΑΝΔΡΑ:

Ορμονικός έλεγχος : FSH, LH, TSH, PRL, TESTOSTERONE

Υπερηχογράφημα προστάτου, σπερματοδόχων κύστεων, όρχεων και έγχρωμο Doppler σπερματικών αγγείων.

Αιματολογικές εξετάσεις για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος.

Για την ΓΥΝΑΙΚΑ:

Λαπαροσκόπηση και Υστεροσκόπηση.

Κολπικό υπερηχογράφημα και έγχρωμο Doppler για έλεγχο υποδεκτικότητας του ενδομητρίου.

Αιματολογικές εξετάσεις για ειδικά αντισώματα και ανοσολογικός έλεγχος.

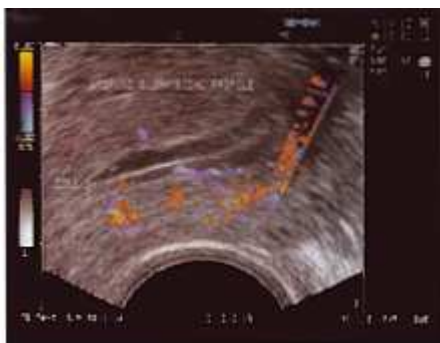
Ειδική ιστολογική εξέταση του ενδομητρίου με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο για πινοπόδια και ανταπόκριση στην προγεστερόνη ώστε να προσδιορισθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η καλύτερη μέρα για την εμβρυομεταφορά.

√ Υστεροσκόπηση



Η υστεροσκόπηση αποτελεί μια εξειδικευμένη εξέταση κατά την οποία γίνεται διερεύνηση της μορφολογίας της ενδομητρικής κοιλότητας και της δομής και ανάπτυξης του ενδομητρίου, επίσης μας δίνει την ευχέρεια να ελέγξουμε ενδοτράχηλο και ισθμό της μήτρας.

√ Κολπικό υπερηχογράφημα με έγχρωμο Doppler



Είναι μια εξειδικευμένη υπερηχογραφική εξέταση της μήτρας του ενδομητρίου και των ωοθηκών γίνεται με ειδικά μηχανήματα υπερήχων TRIPLEX (όπως της καρδιάς και των αγγείων) και απαιτείται ιδιαίτερη εμπειρία και εκπαίδευση.



## Διευκρίνιση εξετάσεων . . .

- **Σπερμοδιάγραμμα:** Με αυτό ελέγχεται ο αριθμός σπερματοζωαρίων ανά κυβικό εκατοστό, η κινητικότητα και η μορφολογία τους. Η λήψη σπέρματος γίνεται είτε στο εργαστήριο μέσω αντανισμού ή μπορεί ο άνδρας να το φέρει από το σπίτι στο εργαστήριο. Αυτή είναι η πρώτη και μοναδική εξέταση για τον άνδρα, αλλά και η πιο εύκολη, γι' αυτό ο άνδρας θα πρέπει να εξετάζεται πρώτος.
- **Έλεγχος ωορρηξίας:** Εάν οι εξετάσεις του άνδρα δεν δείξουν κάτι ανησυχητικό, τότε πρέπει η γυναίκα να κάνει με τον γυναικολόγο της έναν έλεγχο ωορρηξίας. Αυτό απαιτεί μερικά ραντεβού και αποσκοπεί στο να παρατηρήσει ο γιατρός πώς αναπτύσσεται το ωάριο. Στη συνέχεια και ανάλογα με το μέγεθος του ωαρίου θα συμβουλευτεί το ζευγάρι να έρθει σε επαφή τις μέρες που εκείνος κρίνει ότι είναι πιο γόνιμες.
- **Υστεροσαλπιγγογραφία:** Γίνεται σε νοσοκομείο από ακτινολόγο με έκχυση σκιαγραφικού υγρού για να εντοπιστεί αν οι σάλπιγγες είναι βουλωμένες ή όχι.
- **Λαπαροσκόπηση:** Εφαρμόζεται από τα μέσα της δεκαετίας του 70 και γίνεται μόνο σε νοσοκομείο με γενική αναισθησία. Πρόκειται για χειρουργική επέμβαση και μέσα από 2-4 μικροσκοπικές τομές με ειδικά εργαλεία διορθώνονται πολλά προβλήματα όπως συμφύσεις σαλπίγγων, ενδομητρίωση, γίνεται αφαίρεση ινομυωμάτων κ.λπ.

Πριν από την έναρξη ενός θεραπευτικού κύκλου προηγείται συνάντηση του ζευγαριού με τον υπεύθυνο του ιατρικού τομέα, η οποία αποσκοπεί στον προσδιορισμό του προβλήματος και την επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας.

Στην πρώτη αυτή συνάντηση γίνεται λήψη λεπτομερούς ιστορικού, φυσική εξέταση του ζεύγους, έλεγχος όλων των εργαστηριακών εξετάσεων που έχουν ήδη γίνει, και προσθήκη ή επανάληψη εκείνων μόνον που κρίνονται απαραίτητες για τον εντοπισμό του προβλήματος, με σκοπό την αποφυγή περιττών εξόδων και ταλαιπωρίας.

Ο ιατρός εξηγεί στο ζεύγος τους λόγους της υπογονιμότητας και τις πιθανότητες που έχει για την επίτευξη του στόχου της αναπαραγωγής. Εφόσον κάθε άλλη θεραπευτική επιλογή αποδειχθεί αναποτελεσματική, εντάσσει το ζεύγος σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης, αφού προηγουμένως εξηγήσει την διαδικασία, τις πιθανές επιπλοκές, τις επιπτώσεις των φαρμάκων και τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου. Τέλος καθορίζει τον χρόνο έναρξης του προγράμματος και την φαρμακευτική αγωγή.

## 2. Έναρξη Θεραπείας - Παρακολούθηση κύκλου

Η γυναίκα επικοινωνεί με το κέντρο την πρώτη ημέρα έναρξης της περιόδου της, ούτως ώστε να της δοθούν λεπτομερείς οδηγίες για την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής που της έχει χορηγηθεί.



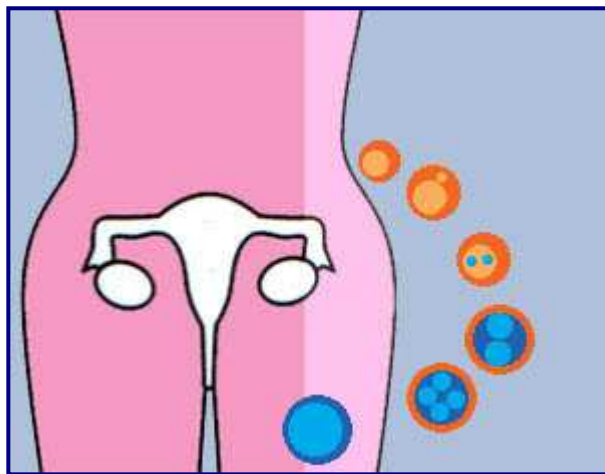
Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στοχεύει στη διέγερση των ωοθηκών για την ανάπτυξη περισσότερων του ενός ωοθυλακίων που φυσιολογικά θα ωρίμαζε στη διάρκεια ενός φυσικού κύκλου (χωρίς φαρμακευτική αγωγή), και την λήψη ικανοποιητικού αριθμού ώριμων ωαρίων, τα οποία θα γονιμοποιηθούν για να προκύψουν ποιοτικώς καλά έμβρυα.

Η διέγερση των ωοθηκών γίνεται με διάφορα φαρμακευτικά σχήματα (πρωτόκολλα χορήγησης) τα οποία εξατομικεύονται ανάλογα με την ιδιαιτερότητα της ασθενούς, η οποία ακολούθως υποβάλλεται σε στενή παρακολούθηση με σκοπό τον έλεγχο της σωστής δοσολογίας των ορμονών, την αποφυγή υπερδιέγερσης των ωοθηκών και την χορήγηση της χοριακής γοναδοτροπίνης την κατάλληλη χρονική στιγμή.

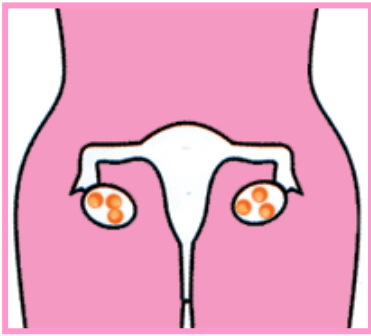
Στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση χρειάζονται περισσότερα ωάρια για γονιμοποίηση, ώστε, αφενός μεν να αυξηθεί το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου με την μεταφορά περισσότερων εμβρύων στη μήτρα (ο αριθμός των εμβρύων που θα μεταφερθούν καθορίζεται με βάση την νομοθεσία και την επιθυμία του ζεύγους), και αφετέρου να καταψυχθούν τυχόν πλεονάζοντα έμβρυα για χρήση σε μελλοντικές προσπάθειες.

Η ανάπτυξη των ωοθυλακίων παρακολουθείται με ενδοκολπικό υπερηχογραφικό έλεγχο και, σε ορισμένες περιπτώσεις, ορμονικές εξετάσεις αίματος, ούτως ώστε να αναπτυχθούν σωστά ωάρια, να αποφευχθούν οι τυχόν επιπλοκές, και να προσδιορισθεί με βάση την ωριμότητα των ωαρίων, ο καταλληλότερος χρόνος για την ωοληψία.

Όταν τα ωοθυλάκια φθάσουν σε ικανοποιητικό μέγεθος χορηγείται στη γυναίκα ενδομυϊκά ποσότητα ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης, η οποία συμβάλλει στην τελική ωρίμανση των ωαρίων και την προετοιμασία τους για το στάδιο της ωοληψίας.



### 3. Ωοληψία



Η τεχνική της λήψης των ωαρίων πέρασε από διάφορα στάδια από το 1970 και μετά όταν οι Steptoe και Edwards περιέγραψαν για πρώτη φορά την λήψη ωαρίων με λαπαροσκόπηση η οποία αντικατέστησε την ανοιχτή επέμβαση (λαπαροτομία) .

Η λαπαροσκοπική αυτή μέθοδος σταδιακά βελτιώθηκε και στα περισσότερα κέντρα πραγματοποιείται επιτυχής λήψη έως και 70% των ωαρίων από τα ωοθυλάκια. Η τεχνική αυτή όμως απαιτεί γενική νάρκωση, και γίνεται σε νοσοκομείο με ειδικά μηχανήματα και από εξειδικευμένους χειρουργούς και προσωπικό , για την ασφάλεια της ασθενούς.

Μεγάλη απλοποίηση στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση παρατηρήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980, με την εφαρμογή της τεχνικής της διακολπικής λήψης ωαρίων υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση.

Η τεχνική αυτή παρουσιάζει το πλεονέκτημα της ευκολότερης και καλύτερης προσέγγισης των ωοθυλακίων και της ευκρινέστερης απεικόνισης των μεγάλων αγγείων της πυέλου με την βοήθεια των υπερήχων.

Η διακολπική λήψη των ωαρίων προγραμματίζεται 35-36 ώρες μετά την χορήγηση της ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης και δεν απαιτεί εισαγωγή της ασθενούς στο Νοσοκομείο, αλλά γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένο εργαστήριο με τις απαραίτητες συνθήκες για την σωστή λήψη, συντήρηση και καλλιέργεια των ωαρίων.

Για την λήψη των ωαρίων χορηγείται μικρής διάρκειας αναλγησία (μέθη) που προκαλείται από ιατρό αναισθησιολόγο, είναι εντελώς ανώδυνη και συνήθως ατραυματική. Σε περιπτώσεις γυναικών με φυσικό κύκλο (χωρίς φαρμακευτική αγωγή), ή γυναικών που έχουν λίγα ωάρια η ωοληψία μπορεί να γίνει και χωρίς αναλγησία.

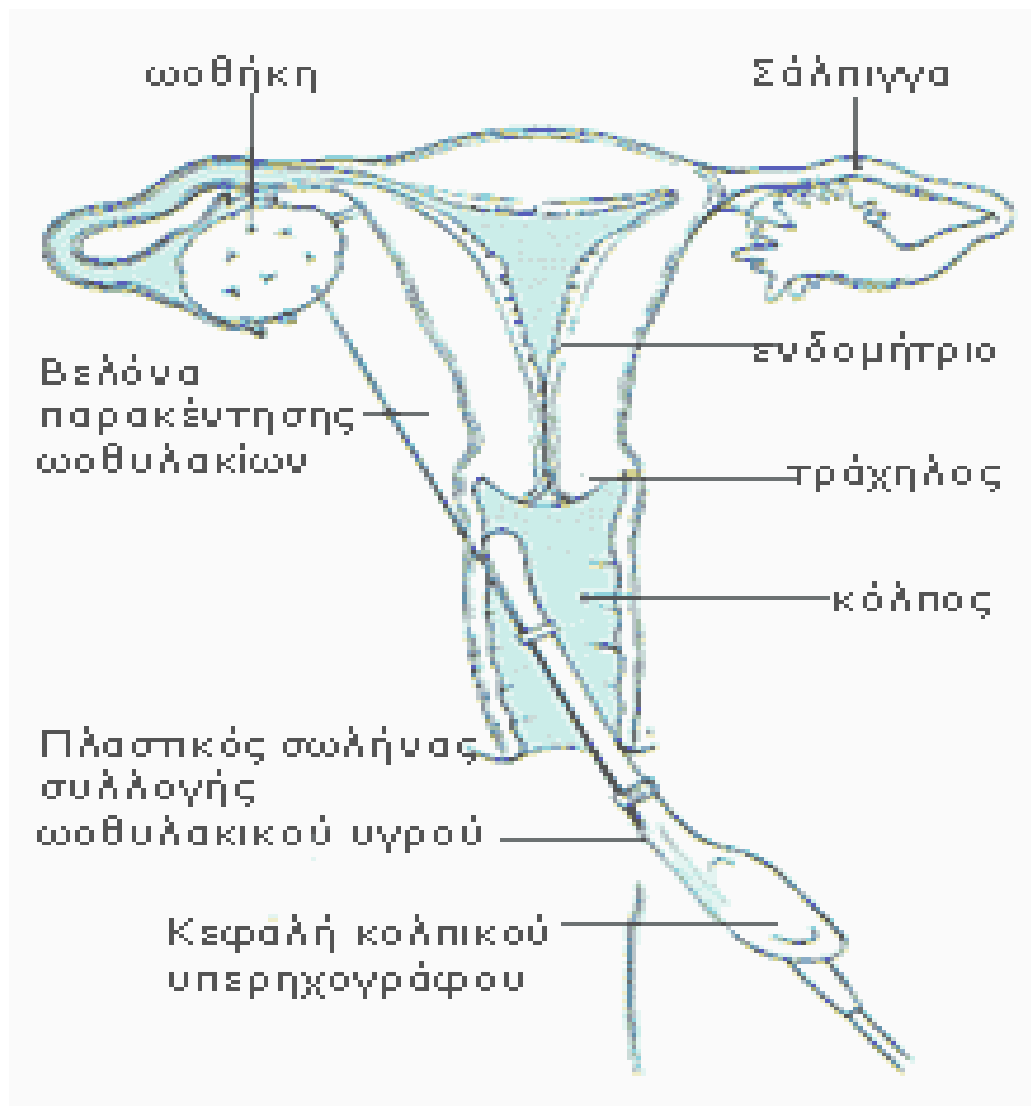
Κατά την διάρκεια της ωοληψίας ο γυναικολόγος, με την βοήθεια κολπικού υπερηχογράφου, στον οποίο προσαρμόζεται βελόνα με ειδική συσκευή, αναρροφά και συλλέγει από τις ωοθήκες το υγρό των ωοθυλακίων. Το υγρό συλλέγεται σε ειδικά σωληνάρια και παραλαμβάνεται από τους βιολόγους για την αναζήτηση των ωαρίων.

Τα ωάρια τοποθετούνται αμέσως σε τριβλία που περιέχουν καλλιεργητικό υγρό και φέρουν το όνομα της ασθενούς, όπου παραμένουν για μικρό χρονικό διάστημα.

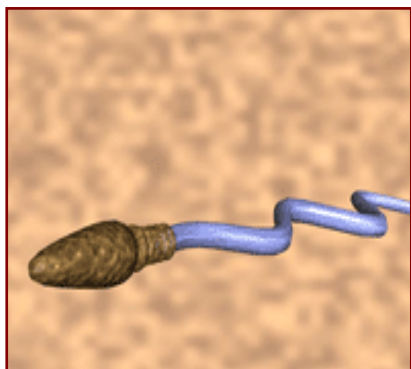


*Σύστημα βελόνης ωοληψίας διπλού αυλού τύπου Casmed.*

## ΩΟΛΗΨΙΑ...



#### 4. Συλλογή και Επεξεργασία Σπέρματος



Μετά την διαδικασία της ωοληψίας ενημερώνεται ο σύζυγος ο οποίος καλείται να δώσει σπέρμα μισή έως και λίγες ώρες μετά την ωοληψία ανάλογα με την ωριμότητα των ωαρίων.

Η συλλογή του σπέρματος γίνεται σε ειδικό χώρο πλησίον του εργαστηρίου καθώς και στο σπίτι ή άλλο χώρο, εφόσον η απόσταση είναι μικρή και το σπέρμα προσκομισθεί στο εργαστήριο εξωσωματικής εντός μισής ώρας.

Σε ειδικές περιπτώσεις που ο σύζυγος αδυνατεί να παρευρίσκεται κατά την ημέρα της ωοληψίας ή υπάρχει δυσκολία εκσπερμάτισης την ημέρα αυτή, παρέχεται η δυνατότητα να καταψυχθούν ένα ή περισσότερα δείγματα σπέρματος, ώστε να χρησιμοποιηθούν όποτε υπάρξει ανάγκη.

Σε περιπτώσεις αποφρακτικής αζωοσπερμίας, παλλινδρόμου εκσπερμάτισης ή αδυναμίας εκσπερμάτισης γίνεται επεμβατική λήψη του σπέρματος, την οποία αναλαμβάνει ουρολόγος.

Η συλλογή γίνεται στον ίδιο χώρο με την ωοληψία, με ή χωρίς μέθη ανάλογα με την περίπτωση, και το σπέρμα λαμβάνεται είτε με παρακέντηση της επιδιδυμίδας ή των όρχεων, είτε μετά από βιοψία των όρχεων. Μέρος του σπέρματος καταψύχεται για την αποφυγή επανάληψης της επεμβάσεως σε επόμενη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης.

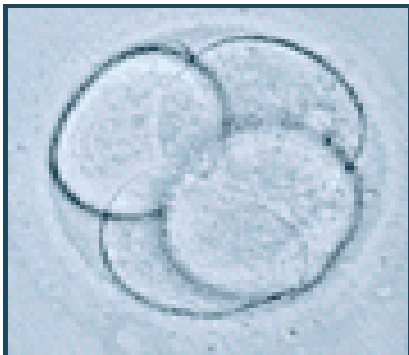
Το σπέρμα συλλέγεται σε ειδικό αποστειρωμένο ουροσυλλέκτη επί του οποίου αναγράφονται λεπτομερώς τα στοιχεία κάθε ατόμου, μεταφέρεται άμεσα στο εργαστήριο, όπου αρχικά ελέγχεται ο όγκος, ο αριθμός σπερματοζωαρίων, η κινητικότητα και η μορφολογία του, και στην συνέχεια υποβάλλεται σε ειδική επεξεργασία, προκειμένου να απομονωθεί ο μεγαλύτερος δυνατόν αριθμός σπερματοζωαρίων με καλή μορφολογία και κινητικότητα για την γονιμοποίηση των ωαρίων ή για κατάψυξη.

## 5. Γονιμοποίηση

Στο στάδιο αυτό ο βιολόγος επιλέγει τα ώριμα ωάρια και τα τοποθετεί, το καθένα χωριστά, μαζί με το επεξεργασμένο ήδη σπέρμα του συζύγου (επιλέγονται τα καλύτερα σπερματοζώαρια από πλευράς κινητικότητας και μορφολογίας ) σε ειδικά καλλιεργητικά υλικά.

Τα ωάρια τα οποία δεν είναι ώριμα επωάζονται σε ειδικές συνθήκες για περαιτέρω ωρίμανση προ της γονιμοποίησης τους με το σπέρμα.

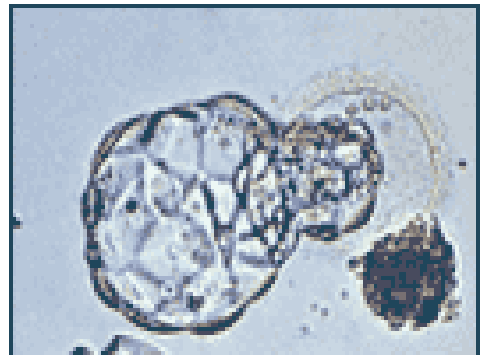
Η γονιμοποίηση των ωαρίων διαπιστώνεται τις πρώτες 12-18 ώρες από την προσθήκη του σπέρματος. Τα γονιμοποιημένα ωάρια (έμβρυα) παρακολουθούνται τις επόμενες ημέρες σχετικά με την περαιτέρω ανάπτυξη και διαίρεση των κυττάρων, και ενημερώνεται το ζευγάρι, ούτως ώστε να προγραμματισθεί η εμβρυομεταφορά., η οποία γίνεται με την επιλογή των ποιοτικώς καλύτερων εμβρύων 48-72 ώρες μετά την ωοληψία.



*Έμβryo τεσσάρων  
κυττάρων μία μέρα μετά τη  
γονιμοποίηση*



*Έμβryo 8 κυττάρων την  
τρίτη ημέρα μετά τη  
γονιμοποίηση*



*Εκκολαπτόμενη βλαστοκύστη*

## 6. Εμβρυομεταφορά

Η εμβρυομεταφορά είναι το τελευταίο στάδιο της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, κατά την οποία τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα την 2η-3η ημέρα από την ωοληψία όταν η ανάπτυξή τους έχει φθάσει το στάδιο των 4-8 κυττάρων, ή σε ειδικές περιπτώσεις την 5η-6η ημέρα από την ωοληψία στο στάδιο της βλαστοκύστης (τελευταίο εξελικτικό στάδιο του προς εμφύτευση εμβρύου).

Τα έμβρυα μεταφέρονται στην μήτρα της γυναίκας και την 1η ημέρα από την ωοληψία ανάλογα με την εξέλιξη που παρουσιάζουν με καλά αποτελέσματα.

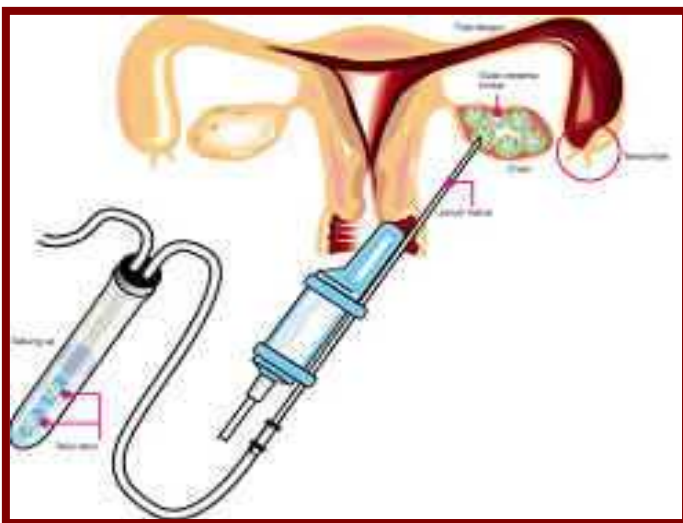
Τα έμβρυα τοποθετούνται στη μήτρα, μέσω του τραχήλου με ειδικό εύκαμπτο καθετήρα και ιδιαίτερη προσοχή, χωρίς νάρκωση ή αναλγησία και συνεπώς η ασθενής δεν χρειάζεται να είναι νηστική.

Η γυναίκα παραμένει κλινήρης για περίπου μία ώρα και στη συνέχεια επιστρέφει στο σπίτι της, αποφεύγει την έντονη φυσική κόπωση για 2-3 ημέρες και μετά επανέρχεται στις φυσιολογικές της δραστηριότητες.

Δύο έως πέντε έμβρυα μεταφέρονται στην μήτρα, αφού ληφθούν υπόψη η ηλικία της γυναίκας, τα αίτια υπογονιμότητας, το ιστορικό προηγούμενων κυήσεων καθώς και άλλοι παράγοντες.

Σε περίπτωση που έχουμε επί πλέον και καλής ποιότητας έμβρυα, καταψύχονται για να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντικές προσπάθειες.

Όπως και σε άλλα στάδια της εξωσωματικής γονιμοποίησης η λεπτομέρεια της τεχνικής (σωστή επιλογή καθετήρα εμβρυομεταφοράς, προετοιμασία του τραχήλου της μήτρας, τρόπος τοποθέτησης των εμβρύων εντός του καθετήρα), η ποιότητα των εμβρύων και η υποδεκτικότητα του ενδομητρίου είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το ποσοστό εγκυμοσύνης της μεθόδου αυτής.



Σχηματική απεικόνιση του σταδίου της εμβρυομεταφοράς

## ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

### Μέθοδος GIFT

Πρόκειται για μία εναλλακτική μέθοδο της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, για την οποία απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η καλή κατάσταση μίας τουλάχιστον σάλπιγγας και η καλή ποιότητα σπέρματος (αριθμός σπερματοζωαρίων και κινητικότητα).

Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών με ανεξήγητη υπογονιμότητα και ενδομητρίωση σε αρχικά στάδια.

Στην μέθοδο αυτή η πρόκληση πολλαπλής ωορρηξίας και η ωοληψία γίνονται όπως και στην κλασσική Εξωσωματική, σε αντίθεση όμως με αυτήν η γονιμοποίηση δεν γίνεται στο εργαστήριο, αλλά τα ωάρια που συλλέγονται από τις ωοθήκες τοποθετούνται αμέσως μετά μαζί με το σπέρμα στις σάλπιγγες όπου και γίνεται η φυσική γονιμοποίηση τους.

Η διαδικασία γίνεται στο νοσοκομείο με λαπαροσκόπηση (μικρή τομή 2 εκατ. κάτω από τον ομφαλό) και υπό γενική αναισθησία.

Η ανάρρωση είναι σύντομη και η ασθενής εξέρχεται του νοσοκομείου την ίδια ημέρα.

### Μέθοδος ZIFT

Η μέθοδος αυτή είναι ίδια με τη μέθοδο GIFT με τη διαφορά ότι, αντί ωαρίων και σπέρματος, μεταφέρονται στις σάλπιγγες έμβρυα που έχουν ήδη γονιμοποιηθεί στο εργαστήριο.

Η διαδικασία μεταφοράς των εμβρύων γίνεται στο νοσοκομείο την 2η ή 3η ημέρα μετά την ωοληψία με λαπαροσκόπηση και γενική αναισθησία. Η διαίρεση των εμβρύων συνεχίζεται εντός των σαλπίγγων και φθάνουν στην μήτρα στο στάδιο της βλαστοκύστης.

Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών με ανατομικό κώλυμα στον τράχηλο της μήτρας, που εμποδίζει την επιτυχή εμβρυομεταφορά, και όπου το GIFT δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω διαταραχών στην ποιότητα του σπέρματος και η γονιμοποίηση γίνεται μόνο με τη μέθοδο ICSI.



## Μικρογονιμοποίηση – ICSI

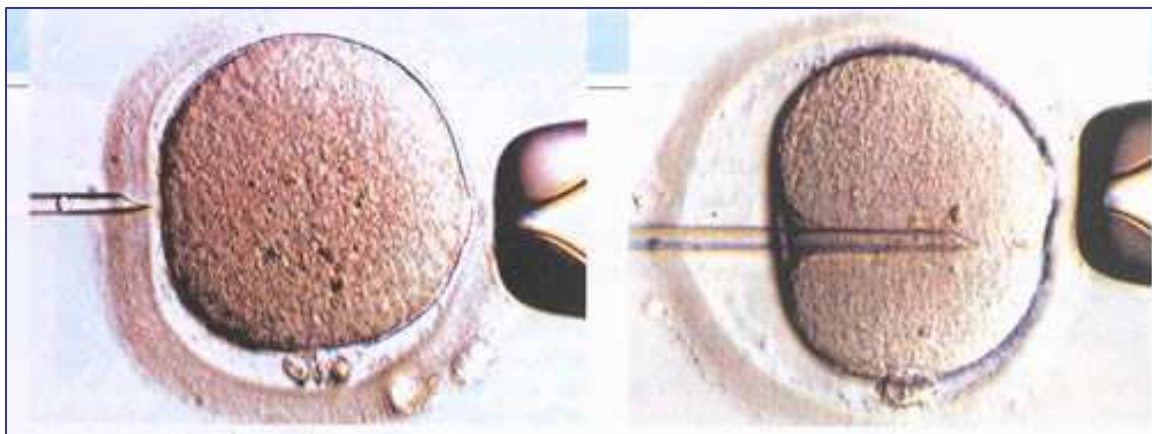


Η μικρογονιμοποίηση αποτελεί τη μέθοδο επιλογής για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας που οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα.

Με την τεχνική αυτή γίνεται έγχυση ενός σπερματοζωαρίου ανά ωάριο με τη βοήθεια πολύ λεπτής βελόνας κάτω από μικροσκοπικό έλεγχο, αφού προηγηθεί ειδική επεξεργασία των ωαρίων για την αφαίρεση των πέριξ κυττάρων και επιλεγούν τα πλέον ώριμα ωάρια.

Η μικρογονιμοποίηση εφαρμόζεται στις περιπτώσεις εκείνες που η γονιμοποίηση των ωαρίων σε προηγούμενες προσπάθειες με την κλασική εξωσωματική απέτυχαν, σε περιπτώσεις σοβαρής ολιγοασθενοσπερμίας ή αζωοσπερμίας, μετά από κατάψυξη σπέρματος όπου το ποσοστό γονιμοποίησης μειώνεται καθώς και σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας που παράγουν μικρό αριθμό και με μειωμένη γονιμοποιητική ικανότητα ωάρια.

Το ποσοστό γονιμοποίησης με την μέθοδο ICSI κυμαίνεται από 50-80% και σε ορισμένες περιπτώσεις αγγίζει το 100%, το δε ποσοστό κύησης είναι μεγαλύτερο από αυτό της κλασσικής Εξωσωματικής.



Μικρογονιμοποίηση ωαρίου.

Το σπερματοζωάριο εισάγεται στο ωάριο (αριστερά) με ένεση (δεξιά)

## MESA – TESE

Οι τεχνικές αυτές εφαρμόζονται σε περιπτώσεις αζωοσπερμίας που οφείλεται, είτε σε απόφραξη ή εκ γενετής έλλειψη της επιδιδυμίδας (σωλήνας που συνδέει τον όρχι με το πέος), είτε σε μειωμένη ή μηδενική παραγωγή σπερματοζωαρίων από τον όρχι.

Στις περιπτώσεις αυτές το σπέρμα λαμβάνεται μετά από βιοψία των όρχεων με χειρουργική επέμβαση από ουρολόγο (TESE), είτε διαδερμικά με τοπική αναισθησία από την επιδιδυμίδα ή και από τον όρχι (MESA).

Και στις δύο περιπτώσεις η γονιμοποίηση επιτυγχάνεται με Εξωσωματική Γονιμοποίηση και τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης (ICSI).

Με τις τεχνικές αυτές αντιμετωπίζεται με μεγάλη επιτυχία (ποσοστό 90%) η θεραπεία της ανδρικής υπογονιμότητας.

**T. E. S. E.** = Συλλογή Ορχικού Σπέρματος δια Ορχικής Βιοψίας

**M. E. S. A.** = Μικροχειρουργική Επιδιδυμίδος για συλλογής σπέρματος

## Εμβρυομεταφορά Βλαστοκύστεων



Η μέθοδος των βλαστοκύστεων διαφέρει από την κλασική Εξωσωματική κυρίως ως προς την ημέρα που γίνεται η μεταφορά των εμβρύων στη μήτρα.

Στην κλασική Εξωσωματική η μεταφορά των εμβρύων στη μήτρα γίνεται την 2η -3η ημέρα από την ωοληψία, όταν η ανάπτυξή τους βρίσκεται στο στάδιο των 2-8 κυττάρων.

Τα τελευταία χρόνια με την βοήθεια νέων καλλιεργητικών υγρών κατέστη δυνατή η ανάπτυξη των εμβρύων σε πιο προχωρημένο στάδιο, αυτό της βλαστοκύστης.

Η βλαστοκύστη (τελευταίο εξελικτικό στάδιο του προς εμφύτευση εμβρύου) είναι έμβryo 50-100 κυττάρων και φθάνει στο στάδιο αυτό ανάπτυξης 5-6 ημέρες από μετά την ωοληψία, οπότε γίνεται και η μεταφορά της στην μήτρα.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε γυναίκες που έχουν πολλά έμβρυα, δεδομένου ότι ένα μικρό ποσοστό συνεχίζει την ανάπτυξή του μετά την 3η ημέρα και φθάνει στο στάδιο της βλαστοκύστης, ενώ τα υπόλοιπα εκφυλλίζονται (ποσοστό 30 % περίπου των εμβρύων θα φθάσει το στάδιο αυτό).

Με την μεταφορά των εμβρύων στο στάδιο της βλαστοκύστης επιτυγχάνεται καλύτερος συντονισμός εμβρύων-ενδομητρίου, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού εμφύτευσης ανά έμβryo, καθώς επίσης και την αποφυγή πολύδυμων κυήσεων εφόσον μόνο μέχρι 2 ποιοτικώς καλές βλαστοκύστες εμφυτεύονται στη μήτρα.

Σημειώνουμε ότι η αποφυγή πολύδυμων κυήσεων παραμένει σήμερα η κύρια ένδειξη για την εμβρυομεταφορά στο στάδιο της βλαστοκύστης.

## Υποβοηθούμενη Εκκόλαψη

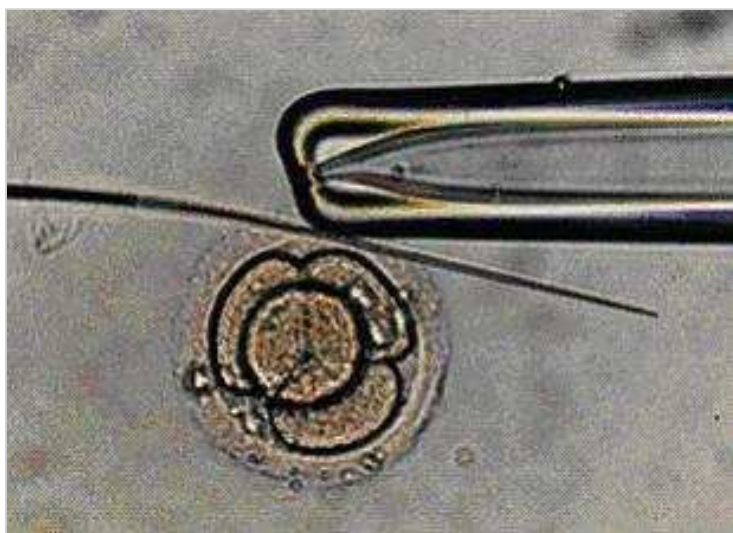
Μετά την γονιμοποίηση του ωαρίου, το έμβρυο περιβάλλεται από την διαφανή ζώνη η οποία προστατεύει την ακεραιότητά του.

Η βλαστοκύστη ( τελευταίο εξελικτικό στάδιο του εμβρύου πριν την εμφύτευσή του ) όταν φθάσει στην μήτρα πρέπει να εξέλθει της διαφανούς ζώνης , ούτως ώστε τα κύτταρά της να αναμιχθούν με τα κύτταρα του ενδομητρίου και να επιτευχθεί η εμφύτευση του εμβρύου στην μήτρα.

Η τεχνική της Υποβοηθούμενης Εκκόλαψης είναι μία διαδικασία, κατά την οποία, την ημέρα της εμβρυομεταφοράς, με ειδικές τεχνικές, δημιουργούνται μικρές τομές στο εξωτερικό περίβλημα του εμβρύου με σκοπό την διάνοιξη της διαφανούς ζώνης, την έκπτυξη του εμβρύου και την υποβοήθηση της εμφύτευσής του.

Η τομή γίνεται είτε με χημικά διαλύματα (Tyrode's acid ), είτε με μικροπιπέτες είτε με ακτίνες λέιζερ.

Διάφορες εργασίες σχετικά με την χρησιμότητα της μεθόδου υποβοηθούμενης εκκόλαψης αντικρούονται, δεδομένου ότι σε κάποιες λίγες ειδικές περιπτώσεις μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική ενώ στις περισσότερες χωρίς επιτυχία και ακόμη και βλαπτική για το έμβρυο.



**Έμβρυο που υποβάλλεται σε υποβοηθούμενη εκκόλαψη.**

## Δωρεά Ωαρίων



Η δωρεά ωαρίων μπορεί να αλλάξει την ζωή πολλών ζευγαριών

Η δωρεά ξένων ωαρίων άρχισε να εφαρμόζεται μετά την επιτυχή εφαρμογή της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης την δεκαετία του 1980. Το 1984 στην Αυστραλία ο βιολόγος Alan Trounson με τους συνεργάτες του ανακοίνωσαν την πρώτη επιτυχή μεταφορά γονιμοποιηθέντος ωαρίου δότριας σε γυναίκα με μη φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία.

Η πρώτη επιτυχής εγκυμοσύνη στην Ελλάδα με δανεικά ωάρια σε γυναίκα η οποία ευρίσκετο σε εμμηνόπαυση επετεύχθη το 1989. Σχετική δημοσίευση έγινε στο επιστημονικό περιοδικό Fertility & Sterility ( Fertil. Steril. Vol 54, no 6, Dec 1990 ) καθώς και Human Reproduction (vol 8 No 3, pp 488-491, 1993 ).

Στη συνέχεια η μέθοδος έγινε σταδιακά αποδεκτή και η εφαρμογή της επεκτάθηκε και σε περιπτώσεις ασθενών με :



Πάνω από ένα εκατομμύριο παιδιά από δωρεά ωαρίων υπάρχουν παγκοσμίως

- αγενεσία ωοθηκών
- πρόωρη εμμηνόπαυση
- εμμηνόπαυση αυτόματη ή μετεγχειρητική (χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών)
- σε περιπτώσεις όπου υπήρχε κίνδυνος μεταβίβασης γενετικών νοσημάτων
- σε ασθενείς με επανειλημμένες ανεπιτυχείς προσπάθειες

Εξωσωματικής Γονιμοποίησης λόγω κακής ποιότητας των ωαρίων

Η μεγαλύτερη ζήτηση ξένων ωαρίων σήμερα αφορά γυναίκες ηλικίας γύρω στα 40 με επαναλαμβανόμενες αποτυχίες στις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής , καθώς και νεότερες γυναίκες που έχουν μεν καλή συλλογή ωαρίων αλλά παρά ταύτα δεν επιτυγχάνουν εγκυμοσύνη (ιδιοπαθής στειρότητα).

Τα ωάρια αυτά γονιμοποιούνται με το σπέρμα του συζύγου και τοποθετούνται στην κατάλληλα προετοιμασμένη - με φαρμακευτική αγωγή - μήτρα της γυναίκας.

Τα ξένα ωάρια προέρχονται από γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με Εξωσωματική Γονιμοποίηση και έχουν πλεονάζοντα ωάρια τα οποία δωρίζουν , από γυναίκες του άμεσου περιβάλλοντος της ενδιαφερομένης (αδελφές , φίλες...) ή μη συγγενικά πρόσωπα που επιθυμούν να δωρίσουν ωάρια.

Οι δότριες υποβάλλονται σε ορμονική θεραπεία αφού προηγουμένως γίνουν όλες οι απαραίτητες ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις, ή ανάλογη ψυχολογική διερεύνηση και τηρηθούν οι νομικές διαδικασίες.

# ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

## Φαρμακευτικές Επιπλοκές



Η χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων ωοθηκικής διέγερσης στην Εξωσωματική Γονιμοποίηση στοχεύει στην διέγερση των ωοθηκών για την ανάπτυξη και ωρίμανση πολλαπλών ωοθυλακίων και την λήψη μεγάλου αριθμού ωαρίων.

Η χρήση των ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων συχνά συσχετίστηκε με το ποσοστό *ανάπτυξης καρκίνου των ωοθηκών ή των μαστών*, τόσο από τον ιατρικό κόσμο όσο και από το ενδιαφερόμενο για θέματα αναπαραγωγής κοινό, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις ή στοιχεία για τέτοιου είδους απότερες επιπλοκές.

Πρόσφατη εργασία της ομάδας του βιολόγου Alan Trounson του Πανεπιστημίου της Μελβούρνης, η οποία παρακολούθησε 10.358 γυναίκες από το έτος 1978, έδειξε ότι οι γυναίκες που είναι σε πρόγραμμα για Εξωσωματική Γονιμοποίηση και υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία, δεν παρουσίασαν αύξηση του ποσοστού εμφάνισης καρκίνου του στήθους ή των γεννητικών οργάνων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Παρόμοιες εργασίες έχουν δημοσιευθεί και στην Αγγλία κατά το παρελθόν.

Οι άμεσες πιθανές επιπλοκές από την λήψη των ορμονικών σκευασμάτων είναι *αλλεργικές αντιδράσεις, βάρος στο στήθος, κατακράτηση υγρών, νευρικότητα* και η σοβαρότερη η *υπερδιέγερση των ωοθηκών*, η οποία ενδέχεται να προκληθεί σε ένα ποσοστό 1-2% των γυναικών.

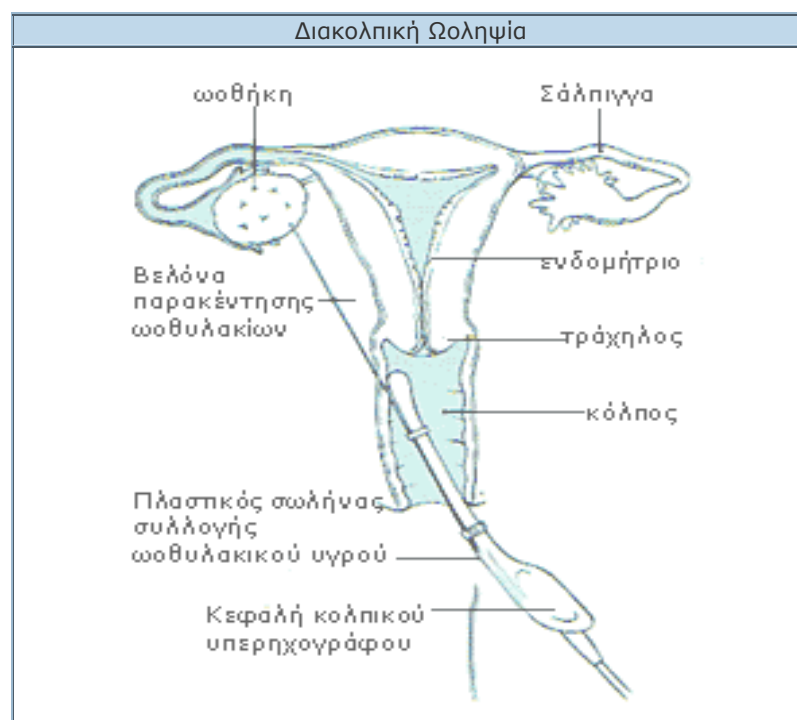
Η επιπλοκή αυτή προκαλείται συνήθως απ' την χορήγηση γοναδοτροπινών και χαρακτηρίζεται από σημαντική διόγκωση των ωοθηκών, συγκέντρωση υγρού στον κοιλιακό χώρο και ενίοτε στο θώρακα, πόνο στην κοιλιά, τάση για έμετο και δυσκολία στην αναπνοή.

Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται συνήθως με τη χορήγηση φαρμάκων και σε κάποιες βαριές περιπτώσεις ενδέχεται να χρειαστεί εντατική νοσοκομειακή νοσηλεία.

## Διακολπική Ωοληψία

Η ωοληψία με διακολπικό υπερηχογράφημα είναι μία σχετικά εύκολη μέθοδος που εφαρμόζεται παγκοσμίως, της οποίας κύρια πλεονεκτήματα είναι η ευκρινής απεικόνιση των μεγάλων αγγείων, η εύκολη προσέγγιση των ωοθυλακίων και η λήψη σχεδόν όλων των ωαρίων. Η διακολπική ωοληψία, αν και συνήθως ατραυματική, μπορεί να παρουσιάσει κάποιες επιπλοκές, για τις οποίες η ασθενής που εντάσσεται σε πρόγραμμα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης πρέπει να είναι ενήμερη.

Μεταξύ των εν λόγω επιπλοκών εντάσσεται η *αιμορραγία* που μπορεί να προέλθει από τραυματισμό με την βελόνα της ωοληψίας του πυθμένα του κόλπου, ( ποσοστό 0-1.3%), η *ρήξη των αγγείων* ( εσωτερική αιμορραγία), ο *τραυματισμός του εντέρου* και η *φλεγμονή της περιτοναϊκής κοιλότητας*. Οι επιπλοκές αυτές εμφανίζονται σπανίως και αντιμετωπίζονται επιτυχώς με την διάγνωση και σωστή θεραπεία.



## Μαιευτικές Επιπλοκές

### ✓ Πολύδυμη Κύηση...

Η μεταφορά στη μήτρα περισσότερων εμβρύων στη μέθοδο της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, δημιουργεί αυξημένες πιθανότητες για μία πολύδυμη κύηση η οποία συνεπάγεται κινδύνους όπως αποβολή, πρόωρο τοκετό ή επιπλοκές για την μητέρα.

Στις περιπτώσεις πολύδυμων κυήσεων συνιστάται η επιλεκτική μείωση των εμβρύων για να αυξηθεί η πιθανότητα επιβίωσης των υπολοίπων.

### ✓ Έκτοπη Κύηση...

Παρά το γεγονός ότι τα έμβρυα τοποθετούνται απευθείας εντός της μήτρας ενίοτε μετατοπίζονται εντός των σαλπίγγων (σαλπγγική εξωμήτριος κύηση 5% των περιπτώσεων) ή σπανιότερα και ακόμα χειρότερα εντός του τραχήλου της μήτρας (τραχηλική εξωμήτριος κύηση). Η έγκαιρη διάγνωση σε τέτοιες περιπτώσεις είναι πολύ σημαντική για την αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών και γίνεται με ορμονικό και υπερηχογραφικό έλεγχο για εξακρίβωση της θέσεως και την βιωσιμότητα του ή των εμβρύων.



*Εξωμήτριος κύηση δεξιάς σάλπιγγας (λαπαροσκοπική εικόνα).*

## Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### ΕΡΕΥΝΑ



#### Η Ελλάδα πλήττεται από την Υπογονιμότητα

Τελικά υπογονιμότητα πλήττει πλήρως την Ελλάδα και ίσως να είναι ο μεγαλύτερος εχθρός της Ελλάδος. Έτσι **ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά γονιμότητας στην ΕΕ καταγράφεται στην Ελλάδα**, καθώς οι Ελληνίδες γεννούν, κατά μέσο όρο 1,28 παιδιά, σύμφωνα με στοιχεία του 2005 που έδωσε στη δημοσιότητα η Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία (Eurostat) για την κατάσταση των γυναικών στην Ευρώπη. Τα ίδια στοιχεία αναφέρουν πως στην Ελλάδα παρουσιάζεται η μεγαλύτερη «ψαλίδα» μεταξύ των ποσοστών ανεργίας που αφορούν τις γυναίκες (13,3%) και τους άνδρες (5,4%).

Σε ό,τι αφορά τον **δείκτη γονιμότητας** συγκεκριμένα, υπάρχουν τα πιο κάτω στοιχεία :

- ✓ οι **Ελληνίδες**, με 1,28 παιδιά, κατά μέσο όρο, **κατατάσσονται πέμπτες από το τέλος στην «ΕΕ των 27»**.
- ✓ οι **Πολωνέζες** (1,24 παιδιά), με λιγότερα παιδιά από τις Ελληνίδες
- ✓ οι **Σλοβάκες** (1,25 παιδιά),
- ✓ οι **Σλοβένες** (1,26 παιδιά) και
- ✓ οι **Λιθουανές** (1,27 παιδιά).

Τα **μεγαλύτερα ποσοστά γονιμότητας** καταγράφονται

- ✓ στη **Γαλλία** (1,92 παιδιά ανά γυναίκα),
- ✓ στην **Ιρλανδία** (1,88 παιδιά),
- ✓ στη **Δανία**, στη Φινλανδία και στην **Μ. Βρετανία** (1,8 παιδιά).

Τελικά **στην «ΕΕ των 27»** ο δείκτης γονιμότητας αντιστοιχεί σε 1,51 παιδιά.



Σε ότι αφορά το προσδόκιμο ζωής σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat υπάρχουν τα πιο κάτω στοιχεία :

✓ στην **Ελλάδα**, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 81,5 χρόνια, ενώ οι άνδρες 76,6 χρόνια.

Τα αντίστοιχα ποσοστά για την «ΕΕ των 27», είναι 81,5 χρόνια για τις γυναίκες και 75,4 χρόνια για τους άνδρες. Οι μακροβιότεροι στην ΕΕ είναι οι Σουηδοί, καθώς οι γυναίκες ζουν, κατά μέσο όρο 82,8 χρόνια και οι άνδρες 78,4 χρόνια μετά τη Σουηδία

- ✓ στο **Βέλγιο** οι γυναίκες που ζουν περισσότερο βρίσκονται (82,4 χρόνια),
- ✓ στη **Φινλανδία** (82,3 χρόνια)
- ✓ και στην **Αυστρία** (82,2 χρόνια),
- ✓ ενώ οι μακροβιότεροι άνδρες βρίσκονται στη **Μάλτα** (77,7 χρόνια), στην Ιταλία (77,6 χρόνια) και στην **Ολλανδία** (77,2 χρόνια).

Ωστόσο, σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, μέχρι το 2050 το προσδόκιμο ζωής αναμένεται να αυξηθεί σε ολόκληρη την ΕΕ. Έτσι, το 2050 στην Ελλάδα εκτιμάται ότι οι γυναίκες θα ζουν, κατά μέσο όρο, 85,1 χρόνια, ενώ οι άνδρες θα ζουν 80,3 χρόνια.

## **ΚΕΝΤΡΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Στη χώρα μας τα κέντρα αυτά είναι κατά κύριο λόγο ιδιωτικά και βρίσκονται εντός ή εκτός μαιευτηρίων. Η αλήθεια είναι πως ο έλεγχος των ποσοστών επιτυχίας κάθε κέντρου δεν είναι ιδιαίτερα εύκολος, καθώς σπάνια πραγματοποιούνται σχετικές έρευνες, πολύ πιο σπάνια ανακοινώνονται τα αποτελέσματα τους και δεν υπάρχει κάποιος επίσημος φορέας που να ελέγχει αυτά τα κέντρα. Ο μόνος ίσως τρόπος για να βρεθεί ένα ζευγάρι σε ένα καλό κέντρο είναι να του εμπνέει εμπιστοσύνη ο γιατρός που θα του το συστήσει ή που θα το αναλάβει πηγαίνοντας το εκεί.

Επίσης, ενδεικτική της ποιότητας του κέντρου είναι τόσο η ιατρική του ομάδα όσο και η σημασία που δίνεται στη λεπτομέρεια. Ο γιατρός δηλαδή που θα ασχοληθεί θα πρέπει να είναι σχολαστικός και το κέντρο να διαθέτει την απαραίτητη υποδομή, τεχνική αυτογνωσία και συνεχή ενημέρωση πάνω στις ραγδαίες εξελίξεις του χώρου.

# ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

## ΕΡΕΥΝΑ - ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας αντιμετωπίζεται ως βιολογικό ή ιατρικό, ενώ η συναισθηματική του διάσταση παραμελείται. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 ελληνίδες γυναίκες που συμμετείχαν κατά τους μήνες Μάρτιο, Απρίλιο, Μάιο και Ιούνιο του 2003 στο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης σε τρεις Μονάδες Ιατρικής Αναπαραγωγής των Αθηνών. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε, πέρα από ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο, ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, βασισμένο στο Infertility Questionnaire και το Infertility Coping Test του Dr. Servera, (2000), σταθμισμένα στην Αγγλία. Το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες μελετούν τις απόψεις και τα συναισθήματα των γυναικών αυτών κατά τη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, καθώς και τη σχέση με το σύντροφό τους.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι:

1) Η υπογονιμότητα και οι διάφορες διαδικασίες θεραπειών αναπαραγωγής συνδέονται με μεγάλη συναισθηματική αναταραχή για το ζευγάρι. Τα συναισθήματα που οι γυναίκες του δείγματος δηλώνουν ότι βιώνουν ως αποτέλεσμα της υπογονιμότητας και της θεραπείας αυτής είναι το άγχος, οι συχνές εναλλαγές στη διάθεση, η νευρικότητα, η εσωστρέφεια, η κατάθλιψη, ο θυμός και τα συναισθήματα ενοχής.

2) Η σεξουαλική δυσλειτουργία και η διαπροσωπική αποξένωση στο γάμο βιώνονται επίσης ως αποτέλεσμα της θεραπείας της υπογονιμότητας.

3) Η ψυχολογική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας θεωρείται απαραίτητη από όλα τα υπογόνιμα ζευγάρια.



## Μέθοδος

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 100 ελληνίδες γυναίκες που συμμετείχαν κατά τους μήνες Μάρτιο έως και Ιούνιο του 2003 στο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης σε τρεις Μονάδες Ιατρικής Αναπαραγωγής των Αθηνών.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα δημογραφικό και ένα ανώνυμο αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο βασισμένο στα ερωτηματολόγια Infertility Questionnaire και Infertility Coping Test του Dr. Servera (2000), σταθμισμένα στην Αγγλία. Το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι οποίες μελετούν τις απόψεις και τα συναισθήματα αυτών των γυναικών κατά τη διάρκεια της θεραπείας, καθώς και τη σχέση με το σύντροφό τους. Περιλαμβάνει δύο μέρη:

α) το ιστορικό γάμου του κάθε ζευγαριού και

β) ερωτήσεις που αφορούν το πρόβλημα υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και κατ' επέκταση το ζευγάρι (συναισθήματα, σχέση), καθώς και το κατά πόσο οι ίδιες οι γυναίκες κρίνουν ότι χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη από τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Ο τρόπος χορήγησης ήταν για όλα τα άτομα ο ίδιος: τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στο διάστημα μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2003 ατομικά μέσα στο χώρο των μαιευτηρίων, ανεξάρτητα από το στάδιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης που βρίσκονταν οι γυναίκες, με κύρια προϋπόθεση να έχουν προβεί στο 1ο στάδιο (ωοληψία).



### Ως προς το δείγμα:

Μόνο 2 γυναίκες του δείγματος δηλώνουν άγαμες και 7 την ύπαρξη ενός παιδιού στην οικογένεια. Οι περισσότερες είναι παντρεμένες 1- 5 χρόνια.

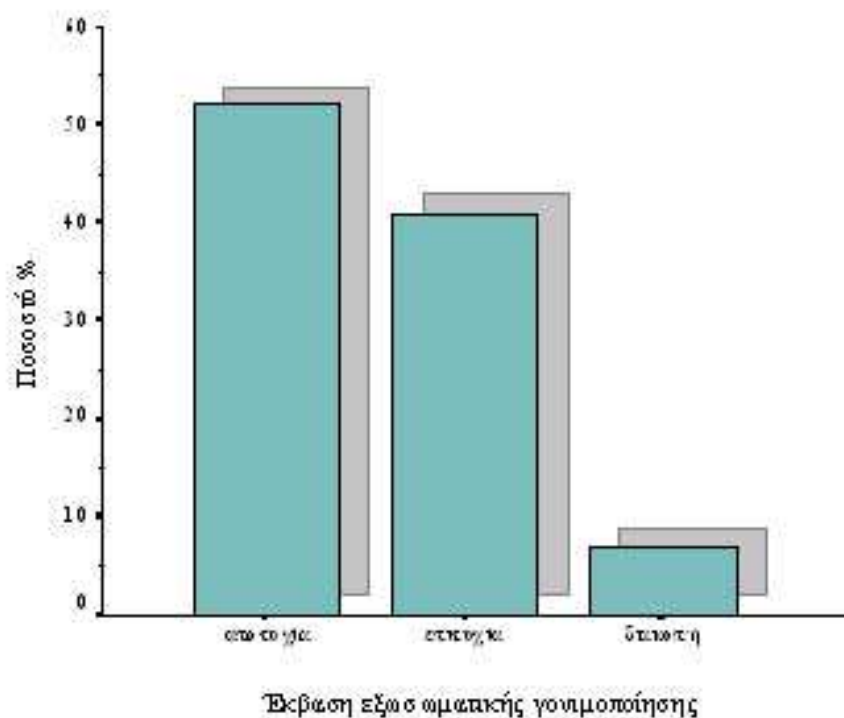
Ως προς την ηλικία των γυναικών του δείγματος το μεγαλύτερο ποσοστό (65%) συγκεντρώνουν οι ηλικίες 31- 40 ετών. Συγκεκριμένα, το 39% των γυναικών είναι ηλικίας 31- 35 ετών, ενώ το 26% είναι ηλικίας 36 - 40 ετών. Το 23% των γυναικών βρίσκεται στην ηλικία έως 30 ετών και ένα μικρό ποσοστό 12% βρίσκεται στη ηλικία άνω των 40 ετών.

Ως προς την ηλικία του συντρόφου των 100 γυναικών προκύπτει ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό (36%) συγκεντρώνουν οι ηλικίες 36 έως 40 ετών, ενώ για το 30% οι ηλικίες των συντρόφων είναι μικρότερες των 35 ετών. Στις ηλικίες άνω των 45 αφορά μόνο το 13% των συντρόφων, ενώ τις ηλικίες των συντρόφων 41 - 45 ετών δήλωσε το 21% των γυναικών.

Ως προς τις αιτίες καταφυγής σε εξωσωματική γονιμοποίηση, ο ανδρικός παράγοντας εμφανίζεται ως η βασικότερη αιτία της υπογονιμότητας με ποσοστό (52%). Ακολουθούν προβλήματα στη σάλπιγγα (25%), ανεξήγητη στειρότητα (20%), προβλήματα ωοθυλακιορρηξίας (17%) και ενδομητρίωση (5%). Ένα μικρό μόνο ποσοστό (1%) αναφέρει ως αιτία καταφυγής σε IVF την έλλειψη μήτρας.

Η έκβαση της IVF για το 52% του δείγματος ήταν ανεπιτυχής, για το 41% επιτυχής, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 7% διέκοψε τη θεραπεία πριν το πέρας της.

Κατανομή των 100 γυναικών του δείγματος ως προς την έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.



## Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας: **η υπογονιμότητα εμφανίζεται** στα περισσότερα ζευγάρια στον 1ο με 2ο χρόνο του γάμου τους. Το 32% των ζευγαριών αντιλήφθηκαν την υπογονιμότητα στον 1ο χρόνο γάμου και το 38% κατά τη διάρκεια του δευτέρου. Ωστόσο, υπήρξε και ένα πολύ μικρό ποσοστό (8%) που γνώριζε το πρόβλημα πριν από το γάμο. Το 45% βρίσκεται στην πρώτη προσπάθεια εξωσωματικής, ενώ υπάρχει ένα 23% που βρίσκεται στη δεύτερη. Ένα ποσοστό 30% έχει κάνει από 3-10 προσπάθειες, ενώ χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις δύο γυναικών, εκ των οποίων η μια βρίσκεται ήδη στην 11η προσπάθεια, ενώ η άλλη έχει υποβληθεί στη θεραπεία 22 φορές μέχρι τώρα.

Όπως είναι αναμενόμενο, όλες οι γυναίκες του δείγματος **επιθυμούν έντονα να αποκτήσουν ένα παιδί**. Οι περισσότερες γυναίκες βαθμολογούν αυτή την επιθυμία πάνω από 5 σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10. Συγκεκριμένα, το 93% των γυναικών βαθμολογεί την επιθυμία απόκτησης παιδιού με 8, 9 και 10 (το 73% δίνει βαθμό 10, το 10% δίνει βαθμό 9 και το υπόλοιπο 10% δίνει βαθμό 10).

**Οι πρώτες αντιδράσεις που δηλώνουν ότι εμφανίζουν οι γυναίκες μπροστά στην είδηση ότι δεν μπορούν να κάνουν παιδιά**, είναι η οργή/θυμός (46%), η απόγνωση (34%), και κατ' επέκταση η δυσκολία να το πιστέψουν, η οποία ορισμένες φορές αγγίζει και τα όρια της άρνησης (26%).

**Οι στάσεις, οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα των γυναικών του δείγματος μετά τη διάγνωση του προβλήματος της υπογονιμότητας** είναι ποικίλα και πολύπλοκα. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το 79% των γυναικών αισθάνονται έντονα το συναίσθημα της λύπης, ενώ το 18% αναφέρει συναισθήματα ενοχής και ένα 6% συναισθήματα ντροπής. Επίσης, το 63% των γυναικών αναφέρουν ανησυχία σχετικά με την πορεία του προβλήματος, το 40% δηλώνουν «ευάλωτες» και το 27% «εύθικτες» από τη στιγμή που διαγνώστηκε το πρόβλημα.

Το 57% των γυναικών δηλώνουν ότι δεν χάνουν την **εμπιστοσύνη** και δεν κατηγορούν κανέναν από τους δύο συντρόφους μετά τη διάγνωση του προβλήματος. Οι γυναίκες, σπάνια χάνουν την εμπιστοσύνη στον σύντροφο (9%), ενώ φαίνεται να χάνουν περισσότερο (39%) την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους επειδή εκείνες, όπως αναφέρουν, εμπλέκονται περισσότερο στη θεραπεία απ' ότι ο σύντροφος.

Επίσης, αρκετές **κατηγορούν τον εαυτό τους** (34%) για το πρόβλημα της υπογονιμότητας, ενώ ένα μικρό μόνο ποσοστό (17%) κατηγορεί το σύντροφο, κυρίως όταν το πρόβλημα οφείλεται σε αυτόν, όπως οι ίδιες αναφέρουν.

Στην ερώτηση «**καταναλώνεται αυξημένες ποσότητες τροφής, οινοπνευματωδών, ή φαρμάκων;**» ένα μεγάλο ποσοστό, το 66%, δίνει αρνητική απάντηση. Τέλος, το 34% δηλώνει ότι έχει επηρεαστεί η όρεξη του για ζωή.

**Το στρες** εμφανίζεται σε όλα τα στάδια της θεραπείας. Οι περισσότερες γυναίκες (97%) δηλώνουν ότι έχουν στρες για τη διαδικασία της εξωσωματικής και μάλιστα το 24,7% των γυναικών βαθμολογούν σε κλίμακα από το 1-10 την ένταση του στρες με 10. Ακολουθεί το 18,6% των γυναικών με βαθμό 6, το 15,5 με βαθμό 7, το 14,4 με βαθμό 5 και το 11,3 με βαθμό 9. Ένα ποσοστό 9,3% βαθμολογεί το στρες με 8, ενώ ένα 6,2% δίνει βαθμούς από το 1 έως και το 4. Ωστόσο, όλες οι γυναίκες, ανεξάρτητα από τη βαθμολογία που δίνουν στην ένταση του στρες, αναφέρουν πως περισσότερο στρες έχουν κυρίως στο τελευταίο στάδιο της θεραπείας, καθώς περιμένουν τα αποτελέσματα κυήσεως.

Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος (64%) βιώνουν την όλη διαδικασία ως «επώδυνη» σωματικά και ψυχολογικά, δίνοντας συγκεκριμένα τον χαρακτηρισμό «ψυχοφθόρα».

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το 69% των γυναικών παρουσιάζουν απότομες αλλαγές στη διάθεση, ενώ το 66% έντονο το συναίσθημα της νευρικότητας. Επιπλέον, έντονα είναι και τα **συναισθήματα** εσωστρέφειας και στεναχώριας που βιώνει το 38% των γυναικών, κατά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα εξωσωματικής. Πολλές γυναίκες που βρίσκονται στη θεραπεία αναφέρουν απότομες αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου τους 33% δηλώνουν αϋπνία καθώς και στο βάρος ή την όρεξή τους 31% καταναλώνουν αυξημένες ποσότητες τροφής. Ακολουθούν συναισθήματα κατάθλιψης και μειωμένης αυτοσυγκέντρωσης από το 31% των γυναικών, ταχυπαλμίας από το 25% και τέλος μοναξιάς και απομόνωσης από το 22%.

Ο σύντροφος δεν μπορεί να τις καταλάβει απόλυτα, εφόσον ήταν και δική τους επιλογή να υποβάλλουν τον εαυτό τους σε εξωσωματική γονιμοποίηση, με αποτέλεσμα να αρχίζουν οι πρώτες **συγκρούσεις ανάμεσα στο ζευγάρι** (22% των ζευγαριών απομακρύνονται ο ένας από τον άλλον). Το 35% των γυναικών αναφέρουν ότι η σχέση με τον σύντροφο έχει επηρεαστεί και μάλιστα, το 45,7% αυτών των γυναικών παραδέχονται ότι έχει επηρεαστεί αρνητικά, από την στιγμή που ανακάλυψαν το πρόβλημα, αλλά και αργότερα κατά τη διάρκεια της θεραπείας (30% αναφέρουν ότι δυσκολεύονται να μεταδώσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με την υπογονιμότητα στον σύντροφο). Παρ' όλα αυτά, το 45% των γυναικών δηλώνουν ότι το πρόβλημα έχει επηρεάσει εξίσου και τους δύο συντρόφους.

Τι συμβαίνει αν το ζευγάρι δεν «καταφέρνει» μια εγκυμοσύνη, αν μια γυναίκα δεν μπορεί να την φέρει σε πέρας; Τι συμβαίνει όταν η οικογένεια, οι συγγενείς και οι φίλοι αρχίζουν τις ερωτήσεις, επιρρίπτοντας έμμεσα την ευθύνη στο ζευγάρι; Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες συνήθως αναστατώνονται έντονα από τέτοιου είδους οικογενειακές πιέσεις και αποξενώνονται, με αποτέλεσμα να επιλέγουν την απόκρυψη του προβλήματος από τους δικούς τους ανθρώπους. Αρκετά ζευγάρια περνούν όλη αυτή τη διαδοχή των συναισθημάτων μόνα τους. Το 18% του δείγματος δηλώνει ότι οι γονείς/συγγενείς δεν γνωρίζουν το πρόβλημα, το 50% ότι δεν το γνωρίζουν οι φίλοι και το 78% δεν γνωστοποιεί το πρόβλημα στον ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο. Θεωρούν ότι κανείς δεν μπορεί να τους κατανοήσει, επειδή ακριβώς δεν βρίσκεται στη θέση τους.

Τέλος, το 73% των γυναικών του δείγματος που αναφέρουν ότι τις **απασχολεί συνεχώς η απόκτηση ενός παιδιού**, δηλώνουν έντονα την επιθυμία απόκτησης ενός παιδιού. Επίσης, θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό την απόκτηση ενός παιδιού αυτή την περίοδο ως το σημαντικότερο πράγμα στη ζωή τους. Αντίθετα, το 27% των γυναικών που αναφέρουν ότι δεν τις απασχολεί συνεχώς η απόκτηση ενός παιδιού, δηλώνουν μικρότερη σε βαθμό επιθυμία, καθώς δε θεωρούν ότι ένα παιδί είναι το πιο σημαντικό πράγμα στη ζωή τους αυτή τη στιγμή. Για τις απόψεις των γυναικών αυτών σχετικά με την τεκνοποίηση ως προς τη μεταβλητή «σας απασχολεί συνεχώς η απόκτηση ενός παιδιού» βρέθηκε και πάλι στατιστικώς σημαντική διαφορά.

**Η προσωπικότητα της κάθε γυναίκας και ο τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης των πραγμάτων στην καθημερινή της ζωή** παίζει σημαντικό ρόλο στη ψυχολογική διάθεση αυτής κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η έρευνα έδειξε ορισμένες σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των γενικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του δείγματος και των συναισθημάτων που αυτό βιώνει κατά τη διάρκεια της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Οι αισιόδοξες γυναίκες εμφανίζονται σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας περισσότερο ήρεμες [σπάνια αναφέρουν το κλάμα (23,8%) ή συναισθήματα όπως κατάθλιψη (20%), απομόνωση (14,3%)], σε σύγκριση με αυτές που νιώθουν γενικά στη ζωή τους μια απογοήτευση, αδυναμία, απαισιοδοξία [κλαίνε συνεχώς (66,7%) κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αισθάνονται μοναξιά (42,9%), απομόνωση (47,4%), κατάθλιψη (61,9%)]. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι 7 στις 10 «εξαρτημένες» γυναίκες (70%) αναφέρουν το κλάμα και την απομόνωση ως τα κυρίαρχα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Αξιοσημείωτη είναι η απάντηση στην ερώτηση «**αν δε μπορείτε να αποκτήσετε παιδί με δικό σας ωάριο και σπέρμα ή αν δεν έχετε επαρκή παραγωγή, θα δεχόσασταν να αποκτήσετε παιδί από ωάριο δότριας ή σπέρμα δότη ή και τα δύο;**». Οι περισσότερες γυναίκες (62,6%) δίνουν αρνητική απάντηση υποστηρίζοντας πως σε μια τέτοια περίπτωση θα επέλεγαν την υιοθεσία ως την καλύτερη λύση στο πρόβλημά τους και όχι τη δωρεά σπέρματος ή ωαρίων.

Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 86% των γυναικών πιστεύουν ότι θα τους ήταν χρήσιμη κάποια **ψυχολογική υποστήριξη** κατά τη διάρκεια της IVF και μάλιστα το 91% θα την δέχονταν με μεγάλη προθυμία, αν αυτή προσφερόταν από την εκάστοτε Μονάδα Ιατρικής Αναπαραγωγής.

Μόνο το 10% των γυναικών δηλώνουν ότι δέχονται αυτή τη στιγμή ψυχολογική υποστήριξη από τη Μονάδα που τις παρακολουθεί, ενώ το 100% πιστεύει πως η ψυχολογική υποστήριξη θα πρέπει να προσφέρεται στα υπογόνιμα ζευγάρια από όλα τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης.

## Συμπεράσματα

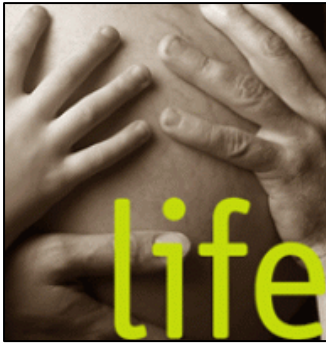
Η παρούσα έρευνα αποτελεί προσπάθεια εκτίμησης των συναισθημάτων των ελληνίδων γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης και ταυτόχρονα εντοπισμού ενδεχόμενου αιτήματος για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στα υπογόνιμα ζευγάρια. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θεωρούνται ενδεικτικά, γίνονται δεκτά με κάθε επιφύλαξη εφόσον αφορούν στο συγκεκριμένο δείγμα και απαιτούν την ανάλογη προσοχή. Εντούτοις, συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες και αποδεικνύουν ότι η υπογονιμότητα μπορεί να προκαλέσει μεγάλη συναισθηματική αναταραχή.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας συμπεραίνουμε ότι η υπογονιμότητα, αλλά και οι διάφορες διαδικασίες θεραπειών αναπαραγωγής δημιουργούν μεγάλη συναισθηματική αναταραχή στο ζευγάρι. Συγκεκριμένα:

α) Όλες οι γυναίκες του δείγματος επιθυμούν έντονα να αποκτήσουν παιδί. Η είδηση της υπογονιμότητας προκαλεί έντονο θυμό, οργή και φέρνει τις γυναίκες σε απόγνωση. Η δυσκολία να πιστέψουν το γεγονός αγγίζει κάποιες φορές τα όρια της άρνησης, ενώ τα συναισθήματα που ακολουθούν είναι λύπη, ανησυχία, ενοχή και ντροπή. Το εύρημα αυτό συμβάλει στο να κατανοήσουμε κάτι από τη δυναμική της υπογονιμότητας. Πράγματι, στην εποχή μας ένα παιδί έχει γίνει ένα «πρέπει» στο σύστημα αναπαραστάσεων του ατόμου και της οικογένειας. Σύμβολο διαίωνισης του είδους, το παιδί είναι και το σύμβολο της σεξουαλικής ταυτότητας, της σωματικής ακεραιότητας, της κοινωνικής ένταξης του ατόμου και του ζευγαριού. Δεν εκπλήσσει λοιπόν το γεγονός ότι το παιδί που δεν λέει να έρθει, όχι μόνο ξυπνάει όλων των ειδών τους φόβους, στους οποίους το ζευγάρι ανθίσταται με αμυντικό τρόπο μέσα από συναισθήματα λύπης και υποτίμησης, αλλά μετατρέπεται και σε εμμονή του ζευγαριού που δεν μπορεί να κάνει ένα παιδί τη στιγμή που το θέλει. Η διάγνωση της στειρότητας, αυτό το «ποτέ πια», συνδέεται με ένα βαθύ τραυματισμό της φιλαυτίας, βιώνεται ως απότομο και βαθύ ναρκισσιστικό πλήγμα στις γυναίκες αλλά και στους άνδρες. Τους δίνει ταυτόχρονα το συναίσθημα του γελοίου, καθώς και του χαμένου χρόνου, αφού όλον αυτό τον καιρό που έπαιρναν προφυλάξεις, δεν υπήρχε κίνδυνος εγκυμοσύνης. Στις «σοφές» και «ψυχαναγκαστικές» δυτικές κοινωνίες, αυτό το ναρκισσιστικό πλήγμα αποκτά μεγάλη σημασία, όχι τόσο σε κοινωνικό επίπεδο (περιθωριοποίηση) όπως στους παραδοσιακούς πολιτισμούς, όσο σε ένα ακόμη πιο «αρνητικό» επίπεδο, το επίπεδο του σώματος όπου παγιδεύεται κανείς πιο εύκολα.

β) Ως αποτέλεσμα της θεραπείας για την υπογονιμότητα οι γυναίκες της έρευνας δηλώνουν ότι αισθάνονται έντονο στρες, κυρίως κατά τα τελευταία στάδια της θεραπείας, νευρική κατάσταση, κατάθλιψη, εσωστρέφεια, συχνές εναλλαγές στη διάθεση, στο βάρος ή στην όρεξη και στις συνήθειες του ύπνου, ντροπή και ενοχή, αφού κατηγορούν κυρίως τον εαυτό τους. Επίσης, θεωρούν ως πηγή των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, των συγκρούσεων και της αποξένωσης από τον σύντροφο την μακροχρόνια και επίπονη θεραπεία της υπογονιμότητας. Οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν τη διαδικασία της θεραπείας ως «επώδυνη», σωματικά και ψυχικά, χαρακτηρίζοντάς την «ψυχοφθόρα» και επιλέγοντας ταυτόχρονα την απόκρυψη του προβλήματος από τους δικούς τους ανθρώπους.





Η σεξουαλική επαφή είναι ένας ουσιαστικός τρόπος έκφρασης συναισθημάτων, μοιράσματος και δέσμευσης, καθώς και ενίσχυσης των δεσμών ανάμεσα στον άνδρα και μια γυναίκα. Η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελούν ένα μοναδικό συνδυασμό σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής έκφρασης, που φέρνει τα άτομα κοντά και τους δίνει την ευκαιρία να κάνουν παιδιά, να παίζουν, αλλά και να εκφράσουν τον πόθο, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους. Η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από τα κοινωνικά πλαίσια, τους νόμους, τα συναισθήματα, την υγεία και την ευημερία, τα σεξουαλικά ερεθίσματα και την εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας. Η σεξουαλική εμπειρία είναι μια από τις μοναδικές, τις πιο στενές και τις ικανοποιητικές εμπειρίες του ανθρώπου. Για πολλά υπογόνιμα ζευγάρια, όμως, η ευχάριστη εμπειρία της σεξουαλικής οικειότητας αλλάζει και η σεξουαλική επαφή γίνεται προγραμματισμένη, προβλέψιμη και καθόλου συναρπαστική. Παύει να είναι ένας τρόπος επικοινωνίας και οικειότητας και στοχεύει μόνο στην τεκνοποίηση. Συχνά επηρεάζεται και η εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του.

γ) Η παρούσα έρευνα εντοπίζει την επιθυμία για συμβουλευτική υποστήριξη στα υπογόνιμα ζευγάρια κατά τη διάρκεια της «θεραπείας», την οποία τα ίδια τα ζευγάρια θεωρούν απαραίτητη. Τα ζευγάρια θεωρούν απαραίτητη όπως φαίνεται τη συμβουλευτική, όχι μόνο όταν η ιατρική παρέμβαση καταλήγει σε αποτυχία, όπου το ψυχολογικό κόστος είναι αυτονόητο, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της «θεραπείας». Πράγματι, η σχέση με το παιδί που προσδοκάται να γεννηθεί ανήκει στο πλέγμα των γενεαλογικών σχέσεων και μπροστά σε ένα τόσο σοβαρό πρόβλημα όπως η υπογονιμότητα, είτε στον άνδρα, είτε στη γυναίκα, η ιατρική επιστήμη προσφέρει μια «επανόρθωση». Η ιατρική, και ιδιαίτερα ο θεσμός της εξωσωματικής γονιμοποίησης, φαίνεται να υποστηρίζει, με την κυριολεκτική και τη μεταφορική έννοια της λέξης, τη γενεαλογική συνέχεια.

Δεν γνωρίζουμε όμως το ρόλο που διαδραματίζει η ιατρική επιστήμη, και ιδιαίτερα ο θεσμός της εξωσωματικής γονιμοποίησης, στην «επανόρθωση» της υπογονιμότητας για το ζευγάρι. Στην αντιμετώπιση δε του προβλήματος της υπογονιμότητας η έμφαση δίνεται κυρίως στην ιατρική-βιολογική όψη, ενώ η ψυχολογική διάσταση του προβλήματος αγνοείται. Φαίνεται όμως ότι βιώνοντας την κρίση της υπογονιμότητας, φθάνοντας να ζητήσουν ιατρική βοήθεια μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης και διανύοντας την επίπονη και αβέβαιη ως προς την έκβαση διαδικασία της «θεραπείας», οι δύο σύντροφοι βρίσκονται αντιμέτωποι με ουσιαστικά για τη ζωή τους ερωτήματα που αναβιώνουν εκείνες τις στιγμές.



Έτσι, το ζευγάρι που αποδέχεται την λύση της εξωσωματικής γονιμοποίησης ακόμη και αν το αίτημα προέρχεται από το ίδιο το ζευγάρι- ζητάει να έχει τη δυνατότητα να εκφράσει ερωτήματα ως προς το αν επιθυμεί πραγματικά ένα παιδί. Αν πρόκειται για επιθυμία στον άνδρα ή στη γυναίκα να πάψει να είναι υπογόνιμος/η (και αντίστοιχα στον κάθε σύντροφο να μην έχει πια υπογόνιμο σύντροφο). Αν πρόκειται για επιθυμία στον άνδρα να μην στερήσει στη γυναίκα του τη μητρότητα και αντίστοιχα στη γυναίκα επιθυμία να μην στερήσει στον άνδρα της την πατρότητα. Αν πρόκειται για ενοχή που στερούν αντίστοιχα τη μητρότητα και την πατρότητα στο σύντροφό τους. Αν πρόκειται για ενοχή που δεν μπορούν να προσφέρουν εγγόνια στους γονείς τους αντίστοιχα. Αν πρόκειται για επιθυμία και στους δύο να βιώσουν αυτή την εμπειρία. Χωρίς τη δυνατότητα, στα πλαίσια της συμβουλευτικής, να κάνουν το πένθος της γονιμότητας, ώστε να δεχθούν την υπογονιμότητά τους, το πένθος της συνήθους πορείας προς την εγκυμοσύνη, ώστε να δεχθούν την παράκαμψη και να ξεπεράσουν την προσποίηση, χωρίς να επεξεργαστούν την επιθυμία τους για απογόνους και τη διαρκή μομφή στην υπογονιμότητά τους που μπορεί να βιώνουν, πώς οι δύο σύντροφοι του ζευγαριού θα δώσουν ένα δικό τους νόημα, και όχι το νόημα που δίνει η κοινωνία, στη σχέση με το παιδί που θα γεννηθεί;

Τα πορίσματα στα οποία καταλήγει αυτή η έρευνα συμβάλουν στην κατανόηση της συναισθηματικής αναταραχής που συνδέεται με την υπογονιμότητα και την «θεραπεία» της, καθώς και στην αναγνώριση του αιτήματος ψυχολογικής υποστήριξης που εντοπίστηκε στα υπογόνιμα ζευγάρια και της χρησιμότητας παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών. Τα πορίσματα της έρευνας δύναται να αξιοποιηθούν στην παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης και ιατρικής αναπαραγωγής.

Τελειώνοντας, επισημαίνουμε ότι η έρευνα αυτή, ως συμβολή στην κατανόηση της δυναμικής της υπογονιμότητας του ζευγαριού, διανοίγει ερωτήματα. Μπορούμε να διατυπώσουμε το ερώτημα αν και κατά πόσο η συναισθηματική αναταραχή που εντοπίστηκε δύναται με τη σειρά της να έχει επιπτώσεις στη γονιμότητα, ερώτημα που θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί. Κυρίως όμως θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί ο δεσμός του ζευγαριού με το παιδί που γεννιέται με την τεχνική της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Όταν η αναμονή και η προσμονή του ζευγαριού είναι μακροχρόνια, υπάρχει ο ενδεχόμενος κίνδυνος η επιθυμία για το παιδί να μετατραπεί σε μνησικακία εναντίον αυτού «του παιδιού που δεν λέει να έρθει», αλλά και ταυτόχρονα σε πείσμα εναντίον του ίδιου του σώματός τους που αρνείται να συμπεριφερθεί ως τεκνοποιητικό ρομπότ που λειτουργεί σωστά. Και όταν εν τέλει αυτό το παιδί εμφανίζεται, μπορεί να μην είναι πια και τόσο ευπρόσδεκτο, εφόσον εκπροσωπεί την αποτυχία (ακόμη και αν πρόκειται για «επανορθωμένη αποτυχία») της «τεκνοποιητικής παντοδυναμίας». Το ερώτημα που συμπυκνώνεται εδώ είναι αν τελικά το παιδί είναι σχέδιο αγάπης του ζευγαριού ή αν κυριαρχούν στο σχέδιο αυτό οι ναρκισσιστικές και πρωκτικές συνιστώσες. Ποίο είναι τελικά το ψυχολογικό, ηθικό και οικονομικό κόστος της τεχνικής της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ



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

Ένας υποψήφιος δότης σπέρματος έλεγε : " Να έχει κανείς παιδιά είναι παρηγοριά, είναι χαρά είναι τρυφερότητα. Πεθαίνουμε αργότερα όταν

έχουμε γίνει γονείς, δεν πεθαίνουμε μόνοι. Η εργασία μας αποκτά νόημα γιατί τα οφέλη που αποκομίζουμε προορίζονται για κάποιον, το παιδί είναι η προέκταση του εαυτού μας. Μπορεί και να υποδηλώνει ότι θα έχει κανείς μια υποστήριξη όταν γεράσει. Εγώ έχασα τον πατέρα μου πολύ νέος και επιθυμώ διακαώς να γίνω πατέρας." (Delaisi de Parseval, 1983).

Στη μαρτυρία αυτή συμπεριλαμβάνονται σχεδόν όλα τα κίνητρα που ωθούν τους άνδρες και τις γυναίκες να επιθυμούν να γίνουν γονείς. Διαπιστώνουμε ότι στην περιγραφή δεν επιζητείται ένα πραγματικό αλλά ένα φανταστικό μωρό το οποίο καλείται να εκπληρώσει και να επανορθώσει τα πάντα, να καλύψει όλα τα κενά, τη μοναξιά, την απώλεια, τα πένθη. Στην πραγματικότητα, συνεπώς, αυτό που επιθυμείται δεν είναι ένα συγκεκριμένο παιδί αλλά η πραγματοποίηση όλων των παιδικών επιθυμιών.

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού πρωτοεμφανίζεται στο κορίτσι γύρω στους δεκαοκτώ πρώτους μήνες της ζωής. Αφετηρία είναι η ταύτιση με την τρυφερή μητέρα της βρεφικής ηλικίας που την ωθεί να επιθυμεί να γίνει και η ίδια μητέρα. Για τους άνδρες επίσης η επιθυμία αυτή προέρχεται από μια ταύτιση με τον δικό τους πατέρα (Bydlowski, 1997).

Σημαντικό στοιχείο στην επιθυμία απόκτησης παιδιού αποτελεί, επίσης, η προσαρμογή στις κοινωνικές και οικογενειακές επιταγές. Η απόκτηση παιδιού σήμερα θεωρείται επιβεβλημένη. Συμβολίζει τη σεξουαλική ταυτότητα του ζευγαριού, τη σωματική του υγεία καθώς και την κοινωνική του ένταξη. Παράλληλα, η χρήση αντισύλληψης ενίσχυσε την παντοδυναμία των ατόμων οι οποίοι θεωρούν έκτοτε ότι ελέγχουν απολύτως την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Χρησιμοποιούν αντισύλληψη όσο χρόνο δεν επιθυμούν παιδί και την διακόπτουν αναμένοντας ένα παιδί αμέσως. Όταν λοιπόν το παιδί αυτό δεν έρχεται βιώνουν, αφ' ενός, την έλλειψη του παιδιού και, αφ' ετέρου, την αδυναμία του σώματός τους να ανταποκριθεί σε αυτό που θεωρούσαν βέβαιο ότι θα συνέβαινε με τη διακοπή της αντισύλληψης.

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

Και σήμερα παρατηρείται συχνά ότι οι γυναίκες που δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά αναζητούν στοιχεία της προσωπικής τους ζωής που θα εξηγούσαν γιατί δεν μπορούν να αποκτήσουν αυτό που τόσο επιθυμούν και που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι τόσο απλό. Επιχειρούν να εντοπίσουν το ή τα γεγονότα της προσωπικής τους ιστορίας για τα οποία τώρα "τιμωρούνται" μη μπορώντας να αποκτήσουν παιδί. Στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες αυτές έχουν υποστεί έκτρωση ή είχαν μια εξωσυζυγική σχέση οι ενοχές εντοπίζονται στην πράξη αυτή.

Η έλλειψη παιδιού έχει όμως και μια σημαντική κοινωνική διάσταση καθώς τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τις γυναίκες γιατί η μητρότητα, παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, εξακολουθεί να θεωρείται ως ο κύριος ρόλος της γυναίκας.

Παράλληλα, ανθρωπολογικές μελέτες καταδεικνύουν την οικουμενική σημασία που αποδίδεται στη γονιμότητα τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Οι στείρες γυναίκες, ειδικότερα, στην Αφρική θεωρούνται "επικίνδυνες" τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τον περίγυρό τους, σε σημείο που να περιθωριοποιούνται απολύτως. Ακόμα, οι κοπέλες που είναι στείρες δεν θεωρείται ότι ολοκληρώνονται ως γυναίκες γιατί πιστεύεται ότι η εγκυμοσύνη τις καθιστά γυναίκες και μάλιστα ασχέτως της έκβασής της.

Συνεπώς, μια γυναίκα που δεν μένει ποτέ έγκυος δεν θεωρείται αυτόνομο ενήλικο άτομο. Η αδυναμία απόκτησης παιδιού βιώνεται ως ένα βαθύ ναρκισσιστικό τραύμα. Η εικόνα του σώματος τραυματίζεται. Σε αυτό συμβάλλει και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με τη γλώσσα που χρησιμοποιεί στη διάγνωση της στειρότητας. Τα σπερματοζώαρια θεωρούνται "φτωχά", η βλέννη στον κόλπο της γυναίκας απύουσα. Σε κάθε μια από τις παραπάνω προτάσεις τα υπογόνιμα άτομα καταγράφουν μια "έλλειψη". Παράλληλα, η επιστημονικά λαθεμένη εξίσωση μεταξύ γονιμότητας και σεξουαλικής ικανότητας για τους άνδρες και θηλυκότητας και γονιμότητας για τις γυναίκες οδηγεί τα υπογόνιμα άτομα να βιώνουν μια ψυχοσεξουαλική κρίση.

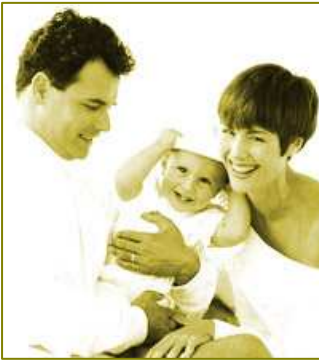


Όταν η στειρότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε οργανική αιτία, εκεί δηλαδή όπου η επίτευξη εγκυμοσύνης δεν αποκλείεται από κάποιο συγκεκριμένο οργανικό πρόβλημα, αλλά δεν επιτυγχάνεται για άγνωστους λόγους, υπάρχει ενίοτε μια ψυχολογική σύγκρουση η οποία παρεμποδίζει τη φυσιολογική πορεία. Η στειρότητα αυτή ονομάζεται "ψυχογενής" και αναφέρεται σε μια βαθύτερη ψυχική επιθυμία παρεμπόδισης της εγκυμοσύνης. Η ασυνείδητη παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης έρχεται σε ευθεία αντίθεση με την συνειδητή πρόθεση της απόκτησης μωρού. Η ψυχογενής στειρότητα μπορεί να έχει πολλές αιτίες. Ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα μιας ασυνείδητης άμυνας στους κινδύνους που ενυπάρχουν στην αναπαραγωγική διαδικασία. Μπορεί ακόμη να οφείλεται σε μια εξιδανίκευση του πατέρα με τον οποίο κανένας σύντροφος ή σύζυγος δεν μπορεί να είναι εφάμιλλος. Οι ψυχολογικές συγκρούσεις που οδηγούν στη στειρότητα είναι συχνά τόσο βαθιά απωθημένες, ώστε οι γυναίκες αυτές όταν αντιληφθούν την αδυναμία τους να κάνουν παιδιά, με φοβερή επιμονή επιθυμούν ένα παιδί. Η ψυχανάλυση ανακαλύπτει αυτές τις συγκρούσεις και τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ που προστατεύουν τις γυναίκες αυτές από μια εγκυμοσύνη και ένα τοκετό που θα μπορούσαν να κλονίσουν επικίνδυνα την προσωπικότητά τους.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, όμως, δεν περιορίζονται στη διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά επεκτείνονται και στη διάρκεια της θεραπείας της. Όλες οι θεραπείες προϋποθέτουν προγραμματισμένες σεξουαλικές επαφές με μοναδικό στόχο την επίτευξη της εγκυμοσύνης. Συνεπώς, η σεξουαλική σχέση γίνεται μηχανιστική και καταναγκαστική ενώ περιορίζεται στις γόνιμες μέρες καθώς παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και συσχέτισή της μόνο με την αναπαραγωγή.

Παράλληλα, τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας βιώνουν διαδοχικούς κύκλους ελπίδας και πένθους. Ελπίδας στην πρώτη φάση του κύκλου όπου ακολουθείται η θεραπεία και πένθος στη δεύτερη φάση όταν αποτυγχάνει η θεραπεία και επανέρχεται η περίοδος. Η αποτυχία επίτευξης της εγκυμοσύνης που επανέρχεται κάθε μήνα έχει ονομασθεί μηνιαίο πένθος γιατί βιώνεται σαν τον θάνατο ενός βρέφους. Τα ζευγάρια που ακολουθούν τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι εκείνα που έχουν το ισχυρότερο κίνητρο να αποκτήσουν παιδιά. Είναι εκείνα που έχουν υποβληθεί σε πολλές θυσίες για να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους να αποκτήσουν ένα μωρό. Γι αυτό το λόγο ίσως είναι και τα ζευγάρια εκείνα που είναι περισσότερο ψυχολογικά ευάλωτα στην αποτυχία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Newton & Hearn, 1990).



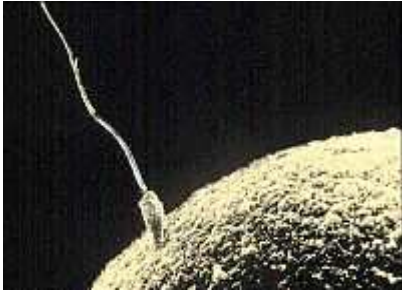


Τι απογίνονται όμως τα ζευγάρια εκείνα που παρά τις αλλεπάλληλες προσπάθειες παραμένουν άτεκνα; Είναι βέβαιο ότι ένας αριθμός εξ αυτών θα στραφεί προς την υιοθεσία. Η έρευνα δείχνει μάλιστα ότι περίπου το 40% των ανθρώπων που είναι σε λίστα αναμονής για εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν ήδη κάνει αίτηση υιοθεσίας. (Hazeltine & Mazure, 1985). Ο κίνδυνος εδώ είναι ο τρόπος με τον οποίο θα υποδεχθούν το υιοθετημένο παιδί τα ζευγάρια που είναι ακόμα βυθισμένα μέσα στο άγχος της

εξωσωματικής. Και παρ' ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση και η υιοθεσία δεν αποκλείουν αναγκαστικά η μια την άλλη, είναι απαραίτητη η παρέλευση μιας περιόδου "χάρητος" μετά τις προσπάθειες εξωσωματικής καθώς επίσης είναι αναγκαία η επεξεργασία του πένθους για τη μη απόκτηση του βιολογικού παιδιού, τη μη πραγματοποίηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποδοχή του υιοθετημένου παιδιού.

Τέλος πρόκληση για τους ειδικούς αποτελεί το λεγόμενο σύνδρομο "παιδί με οποιοδήποτε κόστος". Τα περισσότερα ζευγάρια μετά από σειρά προσπαθειών απόκτησης παιδιού επεξεργάζονται την απώλεια και βρίσκουν λύσεις που τα βοηθούν να συνεχίσουν τη ζωή τους. Είτε υιοθετούν ένα παιδί, είτε αποφασίζουν να μείνουν χωρίς παιδιά. Άλλα όμως ζευγάρια αδυνατούν να επεξεργασθούν την απώλεια και με μεγάλη επιμονή και ψυχαναγκασμό οδηγούνται σε κάθε προτεινόμενη θεραπεία, μη υπολογίζοντας το σωματικό, το ψυχικό, αλλά ακόμη και το οικονομικό κόστος που αυτές οι ατέρμονες προσπάθειες συνεπάγονται. Τα ζευγάρια που βιώνουν αυτό το σύνδρομο επείγονται να αποκτήσουν παιδί εμφανίζουν ιδεοληψίες και κάνουν τελετουργικές πράξεις, αλλά, κυρίως, μετά από κάθε αποτυχία, με μεγάλη γενναιότητα είναι πανέτοιμοι για την επόμενη προσπάθεια. Ένας Γάλλος Ψυχαναλυτής θεωρεί ότι τα άτομα που εκδηλώνουν τον παροξυσμό αυτό έχουν βιώσει κάτι ιδιαίτερα τραυματικό στην παιδική τους ηλικία, την εγκατάλειψη ή τον θάνατο γονέα και προσπαθούν, συχνά με ένα τρόπο απελπισμένο, "να επιδιορθώσουν" τις εμπειρίες αυτές επιδιώκοντας να ζήσουν τα παιδικά τους χρόνια μέσα από εκείνα των παιδιών τους (Roegiers, 1994).

## Συναισθήματα κατά την Εξωσωματική Γονιμοποίηση



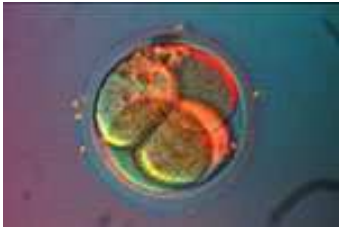
Κάθε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης απαιτεί από τις γυναίκες συχνές εξετάσεις αίματος και καθημερινές ενέσεις με αποτέλεσμα το καθημερινό πρόγραμμα όσων συμμετέχουν στη διαδικασία αυτή να ανατρέπεται σημαντικά.

Απόρροια αυτού είναι ότι αντιμετωπίζουν επανειλημμένως προβλήματα στην εργασία τους αλλά και την κοινωνική απομόνωση.

Οι γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην πλειοψηφία τους αναφέρουν ως πιο δύσκολη φάση του προγράμματος εκείνη που εκτείνεται από την ολοκλήρωση της διαδικασίας μετά τη εμβρυομεταφορά μέχρι την ημέρα της διαπίστωσης της επίτευξης ή μη εγκυμοσύνης. Σε αυτό το διάστημα πολλές δεν κατορθώνουν να ελέγξουν τη φαντασίωσή τους και αισθάνονται έγκυες. Οι επιπτώσεις αυτής της φαντασίωσης γίνονται κατανοητές όταν αναλογισθεί κανείς ότι τα ποσοστά επιτυχίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ακόμη χαμηλά. Πολλές γυναίκες μετά από ένα αρνητικό αποτέλεσμα βιώνουν μια έντονη θλίψη. Η θλίψη αυτή δεν διαρκεί το ίδιο για κάθε γυναίκα. Εξαρτάται από τον ψυχικό εξοπλισμό του κάθε ατόμου, από την υποστήριξη που έχει καθώς και από τον αριθμό των προσπαθειών που έχει επιχειρήσει. Ένα ακόμα σημαντικό πρόβλημα της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η μη συμμετοχή του συζύγου στην όλη διαδικασία. Στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται μόνο στη φάση της λήψης των ωαρίων όπου καλείται να δώσει το σπέρμα του για την γονιμοποίηση. Πολλοί άνδρες διατυπώνουν δυσαρέσκεια για τον παραγκωνισμό τους αυτό.

Μεταξύ των προβλημάτων της μεθόδου αποτελούν τα αυξημένα ποσοστά των πολύδυμων κήσεων που οδηγούν σε σημαντική αύξηση των πρόωρων βρεφών. Η προωρότητα έχει σημαντικές ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Το σοβαρότερο πρόβλημα όμως της μεθόδου της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι η ψυχολογική κατάσταση των ζευγαριών όταν δεν επιτυγχάνεται η εγκυμοσύνη.

## Εξωσωματική Γονιμοποίηση με Δότες



Στις περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητη η συμμετοχή δότη ή δότριας για την απόκτηση παιδιού τα ζητήματα που προκύπτουν είναι πιο πολύπλοκα και η συμμετοχή ειδικού από το χώρο της ψυχικής υγείας στις περιπτώσεις αυτές είναι επιβεβλημένη.

Το άτομο που δέχεται τη συμμετοχή δότη προκειμένου το ζευγάρι να αποκτήσει παιδί εξακολουθεί να είναι στείρο και μετά την απόκτηση παιδιού. Όταν χρησιμοποιείται δότρια ή δότης ουσιαστικά το στείρο μέλος του ζευγαριού υιοθετεί το παιδί του ή της συντρόφου του. Αυτό σημαίνει, ότι προκειμένου να ακολουθήσει το ζευγάρι τη λύση αυτή, πρέπει να έχει επεξεργαστεί το πρόβλημα της δικής του στειρότητας και να έχει αποδεχθεί την υιοθεσία. Στην πράξη όμως παρατηρείται ότι τα ζευγάρια δεν έχουν κατανοήσει ότι ο δότης ή η δότρια δεν θεραπεύει το πρόβλημα υπογονιμότητάς τους.

Τα ζευγάρια δηλαδή δεν ακολουθούν τη διαδικασία αυτή έχοντας συνειδητοποιήσει ακριβώς τι συνεπάγεται. Χαρακτηριστικά ένας σύζυγος που είχε αποκτήσει παιδί με δότη σπέρματος έλεγε:

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

Η άρνηση αποδοχής όμως ενός γεγονότος δεν εξασφαλίζει την επεξεργασία των πολύπλοκων θεμάτων που προκύπτουν από το ζήτημα αυτό. Μέσα στα ζητήματα που καλούνται να επεξεργασθούν τα ζευγάρια που αποκτούν παιδί με τη συμμετοχή δότη ή δότριας είναι εκείνο της απώλειας της γενετικής συνέχειας, αυτό του μυστικού και τέλος της ανωνυμίας των δοτών. Για τις γυναίκες που χρησιμοποιούν ωάριο δότριας η απώλεια της γενετικής συνέχειας μπορεί να μην είναι τόσο ουσιαστική όσο για έναν άνδρα που αποκτά παιδί με δότη σπέρματος, γιατί οι γυναίκες, ακόμα και στις περιπτώσεις δότριας, βιώνουν την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό. Βιώνουν, δηλαδή μια βιολογική σχέση με το παιδί τους σε αντίθεση με τους άνδρες.

Ένα σημαντικό θέμα που ανακύπτει με τη συμμετοχή δοτριών ωαρίων είναι η απόκτηση παιδιών αρκετά μετά την εμμηνόπαυση. Πολλοί κλινικοί διατυπώνουν επιφυλάξεις για τα παιδιά που αποκτώνται μετά την εμμηνόπαυση σε μια ηλικία, δηλαδή, όπου οι γονείς μοιάζουν περισσότερο με παππούδες και γιαγιάδες τόσο οπτικά όσο και σε προοπτική ζωής παρά μητέρες και πατέρες. Θεωρούν ότι είναι άδικο για τα παιδιά να γεννιούνται από γονείς που δεν έχουν πλέον την ενέργεια να ξυπνούν στη μέση της νύχτας, ή να ανησυχούν για την επιστροφή των εφήβων. Όταν το 1997 μια γυναίκα 63 ετών απόκτησε παιδί τέθηκε με σαφήνεια το ηθικό δίλημμα : έχει το υποκείμενο και το ζευγάρι απόλυτο δικαίωμα να αποκτά παιδί; Οφείλει να εφαρμόζεται ότι η τεχνολογία επιτρέπει; Ποιος και με ποιο τρόπο θα υπερασπισθεί τα δικαιώματα των υποψηφίων γονιών που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά αλλά και των παιδιών εκείνων που δεν έχουν ακόμη γεννηθεί; Οι νέες τεχνολογίες της αναπαραγωγής πρόσφεραν τη δυνατότητα σε πολλά υπογόνιμα ζευγάρια να αποκτήσουν τους βιολογικούς τους απογόνους.



# ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

**Όταν η ψυχή... συναντά το σώμα...**



Τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση υπογονιμότητας διαφέρουν ως προς τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις και ως προς την ικανότητά τους να την αντιμετωπίσουν. Αυτή η στρεσογόνος διαδικασία έχει συναισθηματικές επιπτώσεις σε προσωπικό επίπεδο, σε επίπεδο ζεύγους καθώς επίσης και στην οικογένεια.

Ο ψυχολόγος συναντά το άτομο ή το ζευγάρι, δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης, η οποία βασίζεται στον σεβασμό της ατομικότητας των προσωπικών αποφάσεων, τηρώντας εχεμύθεια του απορρήτου του προσωπικού ιστορικού. Δεν επηρεάζει τις επιθυμίες του ζεύγους, αλλά συμβάλει στην αναζήτηση επιλογών τους.

Η υπογονιμότητα θεωρείται «κρίση στη ζωή» και προκαλεί ψυχικό πόνο διότι δίνει την αίσθηση του αποκλεισμού του ζεύγους από την κοινωνία η οποία δίνει έμφαση στην οικογένεια. Η πίεση από το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο ρωτά διαρκώς «γιατί δεν κάνεις παιδιά», προκαλεί άγχος. Ποικίλα συναισθήματα όπως θυμός, αίσθημα αδικίας, ζήλιας, θλίψης και φόβου στην προοπτική μιας άτεκνης ζωής αναδύονται. Στην έναρξη του προγράμματος θεραπείας, αυτά τα συναισθήματα παίρνουν τη μορφή άγχους.

## **Πότε βοηθά η Συμβουλευτική;**

Η συμβουλευτική είναι ευεργετική σε κάθε στάδιο του προγράμματος θεραπείας γονιμότητας, καθώς και μετά το πέρας αυτής. Τα άτομα βρίσκουν υποστήριξη, ήρεμο περιβάλλον προκειμένου να μιλήσουν για ότι αισθάνονται, χωρίς τον φόβο ότι κάποιος θα τους κρίνει ή δεν θα τους καταλάβει.

Ενδείκνυται:

- ✓ Σε περιπτώσεις απώλειας της γονιμότητας.
- ✓ Σε μια αποτυχημένη προσπάθεια θεραπείας, αποβολή ή νεκρή γέννηση.
- ✓ Σε βαθιά συναισθήματα σοκ, άρνησης, ενοχής, θλίψης και απελπισίας.
- ✓ Η θεραπεία για γονιμότητα ενίοτε ανασύρει βιώματα από το παρελθόν που μπορεί να ενοχλήσουν. Γεγονότα ή σε συναισθήματα που στην αρχή πιθανόν φαίνονται ασήμαντα, αποκτούν νόημα.
- ✓ Στην απόφαση του ζεύγους κατά τη διάρκεια της θεραπείας για δωρεά σπέρματος ή ωαρίου.

## Πώς βοηθά η συμβουλευτική υποστήριξη;



- Μέσω της εκφόρτισης των επώδυνων συναισθημάτων, η οποία ανακουφίζει από τον ψυχικό. Δεν αποτελεί αδυναμία να μιλήσει κανείς για το πόσο άσχημα αισθάνεται κάποιες στιγμές, ή να εκφράσει ανοιχτά την λύπη του για αυτό που δεν έχει ή που έχασε. Η αποδέσμευση του ατόμου από τα οδυνηρά συναισθήματα, μειώνει τα επίπεδα άγχους.
- Η συνάντηση γίνεται σε ασφαλές και εμπιστευτικό περιβάλλον όπου δεν κρίνεται το άτομο ή δεν χαρακτηρίζεται για τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Οι συναντήσεις μπορούν να είναι μια ή και περισσότερες φορές την εβδομάδα για όσο χρειαστεί.
- Η συμβουλευτική είναι μια πράξη που στοχεύει στην αύξηση της ψυχικής δύναμης και στην αίσθηση ελέγχου κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος θεραπείας. Είναι ένας τρόπος φροντίδας για όποιον υπόκειται σε τέτοιου είδους θεραπεία και η ιατρική ομάδα του κέντρου ενθαρρύνει τα ζευγάρια να εντάξουν τη συμβουλευτική ως τμήμα της διαδικασίας.

Η συμβουλευτική πορεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν τον εαυτό τους, τις αντιδράσεις τους, να ξεπεράσουν τους ψυχικούς τραυματισμούς, τη λύπη τους, να διαλευκάνουν τις προτεραιότητές τους και να συνεχίσουν αρμονικά τη ζωή τους.

## Τι να πείτε και τι να μην πείτε σε ένα ζευγάρι που έχει πρόβλημα γονιμότητας....



Σύμφωνα με τη Δρ. Λίζα Βάρβογλη, Ph.D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια...

- Μην προσπαθείτε να μειώσετε το πρόβλημα λέγοντας «μην ανησυχείτε, τουλάχιστον έχετε ο ένας τον άλλον» ή «πάλι καλά, δεν έχετε καρκίνο».
- Ακούστε τι έχει να πει το ζευγάρι για την εμπειρία του κι εκφράστε τη συμπάθεια και την κατανόησή σας για τις δυσκολίες του.
- Μην πείτε στο ζευγάρι που μόλις είχε μια αποβολή ότι έτσι ήταν γραφτό να γίνει, ότι δεν πειράζει, αρκεί αυτοί να είναι καλά ή ότι την επόμενη φορά είστε σίγουροι ότι όλα θα πάνε καλά.
- Εκφράστε τη λύπη σας και δώστε την υποστήριξή σας στη δύσκολη στιγμή.
- Θα πρέπει να συνειδητοποιήσετε ότι το ζευγάρι μόλις έχασε ένα μοναδικό παιδί, κι ακόμα κι αν υπάρξει μια μελλοντική εγκυμοσύνη, την παρούσα στιγμή το γεγονός αυτό τους στεναχωρεί. Μην διστάσετε να χρησιμοποιήσετε λέξεις όπως «απώλεια, πένθος, στεναχώρια».
- Μην δίνετε ιατρικές συμβουλές ή ονόματα γιατρών αν δε σας ρωτήσουν.
- Προτείνετε στο ζευγάρι να σας μιλήσει, εάν το επιθυμεί και προθυμοποιηθείτε να βοηθήσετε με την υποστήριξη σας στη διάρκεια των διαδικασιών (είτε μιλώντας στο τηλέφωνο, είτε συνοδεύοντας στα ιατρικά ραντεβού).
- Μην υποθέτετε ότι τα νέα ιατρικά επιτεύγματα που διαβάζετε στις εφημερίδες και τα περιοδικά θα λύσουν το πρόβλημα του συγκεκριμένου ζευγαριού. Η νέα μέθοδος μπορεί να είναι μόνο πειραματική ή άσχετη με το συγκεκριμένο πρόβλημα του ζευγαριού.
- Ρωτήστε το ζευγάρι αν έχουν να σας προτείνουν άρθρα ή βιβλία που θα σας βοηθήσουν να καταλάβετε καλύτερα το πρόβλημά του.
- Μην λέτε ιστορίες αποτυχίας ή αποτυχίας άλλων ζευγαριών.
- Ρωτήστε το ζευγάρι αν θέλει να το φέρετε σε επαφή με άλλους που είχαν ένα παρόμοιο πρόβλημα και βρήκαν λύση.
- Μην περιμένετε να θέλει το ζευγάρι να πηγαίνει με χαρά σε βαφτίσια ή παιδικά πάρτι ή παρόμοια γεγονότα. Αν δεν πηγαίνει ή δε δείχνει ενθουσιασμό κατανοήστε τη θέση τους και μην κάνετε σχόλια.

# ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΠΟΥ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ



## Εκτίμηση και αρχική συμβουλευτική.

Υπάρχουν αρκετά προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τα οποία 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.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

«Αναπαραγωγικό σύστημα γυναίκας».

Ιατρική εγκυκλοπαίδεια: Ανθρώπινη αναπαραγωγή και Εξωσωματική γονιμοποίηση.  
σελ.131, τόμος α'

*Τρύφων Γεώργ. Λαϊνάς, Γυναικολόγος Αναπαραγωγής, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών*

«Συμβουλευτική υποστήριξη».

Ιατρική εγκυκλοπαίδεια: Ανθρώπινη αναπαραγωγή και Εξωσωματική γονιμοποίηση.  
σελ.413, τόμος β'

*Τρύφων Γεώργ. Λαϊνάς, Γυναικολόγος Αναπαραγωγής, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών*

Από το διαδίκτυο:

«Ψυχολογικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών».

<http://www.bioethics.org.gr>

«Τι να πείτε και τι να μην πείτε σε ένα ζευγάρι που έχει πρόβλημα γονιμότητας».

<http://health.in.gr> της Δρ Λίζα Βάρβογλη, Ph.D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια

«5 τρόποι για εύκολη την εγκυμοσύνη».

<http://woman.eportal.gr>

«Λόγοι υπογονιμότητας».

<http://www.myworld.gr>

<http://www.in.gr>

«Στάδια, επιπλοκές, εναλλακτικές τεχνικές και σύγχρονες εξελίξεις».

[www.kapetanakis-center.gr](http://www.kapetanakis-center.gr)

«Η υπογονιμότητα στην Ελλάδα».

«Μια ποικιλία από επιλογές προσφέρονται στα ζευγάρια που υφίστανται την αξιολόγηση και θεραπεία της υπογονιμότητας».

<http://www.Apodimos.com>

«Συμβουλευτική υποστήριξη».

<http://www.mitera.gr>

«Εξωσωματική γονιμοποίηση».

«Υπογονιμότητα».

«Άγχος και γονιμότητα».

«Δυσκολίες και διλήμματα».

<http://www.mammyland.com>

«Εξωσωματική γονιμοποίηση σε Ελληνίδες γυναίκες-Έρευνα».

<http://www.kosmogonia.gr>

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## Ο ρόλος της δίαιτας...

1. Προσπαθήστε να τρώτε φρέσκα λαχανικά και το φαγητό να είναι προετοιμασμένο από εσάς. Το φρέσκο φαγητό είναι καλλίτερο για εσάς, σε σύγκριση με το προκατασκευασμένο φαγητό. Τα προκατασκευασμένα προϊόντα περιέχουν συντηρητικά και άλλα χημικά που έχουν σκοπό να διατηρήσουν την ποιότητα του προϊόντος. Οι ουσίες αυτές όμως μεταβολίζονται από το συκώτι, και μπορεί να του προκαλούν μία ελαφρά υποκλινική δηλητηρίαση. Η αθροιστική δράση των προϊόντων αυτών μπορεί να έχει κάποια επίπτωση στην γονιμότητα σας.
2. Προσπαθήστε το φαγητό σας να έχει μεγάλη ποικιλία. Προσπαθήστε να προσλαμβάνετε όλων των ειδών τις πρωτεΐνες, και προσπαθήστε το φαγητό να έχει μόλις μαγειρευτεί, και να μην προέρχεται από την κατάψυξη.
3. Μειώστε την πρόσληψη της ζάχαρης και αποφύγετε τα γλυκά, τα μπισκότα, τα κέικ, τη σοκολάτα, τις πάστες, τη μαρμελάδα, το μέλι, τα παγωτά, τα αναψυκτικά, και άλλες γλυκές τροφές. Προσπαθήστε να τρώτε ψωμί ολικής αλέσεως.
4. Μειώστε την πρόσληψη του ζωικού και φυτικού λίπους. Αποφύγετε να πίνετε πλήρες γάλα, και αποφύγετε τα λουκάνικα, τις πίττες, και τα κρέατα που βρίσκονται σε κονσέρβες.
5. Τρώτε πολλά φρούτα και λαχανικά. Καλό θα είναι να τρώτε φρούτα και λαχανικά γύρω στις 5 φορές την ημέρα. Εάν θέλετε να μαγειρέψετε τα λαχανικά μαγειρέψτε τα μόνο ελαφριά και κυρίως στον ατμό. Προτιμήστε λαχανικά οργανικών καλλιεργειών.
6. Είναι σημαντικό να τρώτε επαρκή ποσότητα ινών. Σε αυτές περιλαμβάνονται τα φασόλια, τα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά, και το ψωμί ολικής αλέσεως.
7. Μειώστε πάρα πολύ την κατανάλωση του αλκοόλ. Αυτό έχει εφαρμογή τόσο τους άντρες όσο και στους γυναίκες. Το αλκοόλ μπορεί να επηρεάζει τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, μειώνοντας την παραγωγή τους, ενώ η αλκεταμείδη, που είναι μία ουσία που παράγεται από τον οργανισμό είναι τοξική στο σπέρμα. Υπάρχουν αναφορές από γυναίκες οι οποίες κατανάλωναν πολύ λίγο αλκοόλ και είχαν πρόβλημα υπογονιμότητας. Οι γυναίκες αυτές όταν έκοψαν εντελώς το αλκοόλ έμειναν έγκυες σε ένα ποσοστό.
8. Εάν είστε υπέρβαροι ή πολύ αδύνατοι, κάντε προσπάθειες να φτάσετε στο ιδανικό σας βάρος.
9. Προσπαθήστε να πίνετε πολύ νερό.
10. Παίρνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής που περιέχει βιταμίνες και/ή ιχνοστοιχεία, διότι αυτό μπορεί να βοηθήσει στην υπογονιμότητα. Εργασίες έχουν δείξει ότι η λείψει διατροφικών συμπληρωμάτων μπορεί να βελτιώσει και τον αριθμό σπερματοζωαρίων.

## 5 τρόποι για εύκολη την εγκυμοσύνη !!!

Οι επιστήμονες υποδεικνύουν μερικούς απλούς, καθημερινούς τρόπους για να προφυλάξουμε, αλλά και να αυξήσουμε τη γονιμότητά μας.

### 1. Περιορίζουμε την καφεΐνη

Ένα φλιτζάνι καφέ την ημέρα δεν μπορεί, βέβαια, να επηρεάσει τη γονιμότητα ενός ζευγαριού. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μεγάλες ποσότητες καφεΐνης στον οργανισμό αυξάνουν τις ελεύθερες ρίζες και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα του σπέρματος. Χαμηλότερα επίπεδα γονιμότητας παρουσιάζουν και οι γυναίκες που καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα καφεΐνης.

### 2. Σταματάμε το κάπνισμα

Το κάπνισμα δηλητηριάζει τις ωοθήκες και ελαττώνει την ικανότητά τους να παράγουν ωάρια. Δεν είναι τυχαίο ότι οι γυναίκες καπνίστριες μπαίνουν στην εμμηνόπαυση 2-3 χρόνια νωρίτερα από τις μη καπνίστριες. Το κάπνισμα, όμως, επηρεάζει και τη γονιμότητα των αντρών, μειώνοντας κυρίως την κινητικότητα του σπέρματος.

### 3. Αποφεύγουμε τα παυσίπονα

Γενικότερα η λήψη φαρμάκων, όταν ένα ζευγάρι προσπαθεί να αποκτήσει παιδί, πρέπει να είναι περιορισμένη και να γίνεται αφού πρώτα έχει ενημερωθεί ο γιατρός. Οι ειδικοί θεωρούν, ότι αρκετά αναλγητικά έχουν παρεμβατικό χαρακτήρα όταν λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας. Ο λόγος είναι ότι παρεμποδίζουν τη λειτουργία των ορμονών που σχετίζονται με τη γονιμότητα.

### 4. Άσκηση: ο ρυθμιστής της υγείας

Η άσκηση είναι ένας από τους παράγοντες που ωφελούν, γενικότερα, την υγεία μας. Βελτιώνει την αναπνοή, τονώνει την κυκλοφορία του αίματος, βοηθά το μεταβολισμό, επιταχύνει τις καύσεις, μειώνοντας το λίπος και τις ορμονικές διαταραχές. Η άσκηση, δηλαδή, βοηθά συνολικά στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και ως εκ τούτου και τη γονιμότητα.

### 5. Χαλαρώνουμε

Το στρες είναι ένας από τους μεγαλύτερους εχθρούς της γονιμότητας. Σύμφωνα με τα όσα περιγράφει η Αντιγόνη Ωραιοπούλου στο βιβλίο της «Και την ψυχή μου για ένα μωρό;», στο οποίο περιγράφει, μέσα από πραγματικές ιστορίες, τη δύσκολη διαδρομή που οδηγεί στην απόκτηση ενός παιδιού, επισημαίνει: «Το άγχος αυξάνει την υπογονιμότητα, η υπογονιμότητα συντηρεί και αυξάνει το άγχος και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, με αποτέλεσμα το ζευγάρι να μην μπορεί να αποκτήσει παιδί. Γι' αυτό και οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν στο ζευγάρι να χαλαρώσει. Κάτι που ακούγεται απλό, αλλά δεν είναι...».