

## ΕΡΕΥΝΑ

**Απόψεις υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**

Ρούπα Ζωή<sup>1</sup>, Πολυκανδριώτη Μαρία<sup>2</sup>, Φάρος Ευθύμιος<sup>3</sup>, Γουρνή Ιωάννα<sup>4</sup>, Σωτηροπούλου Πηνελόπη<sup>5</sup>, Γουρνή Μαρίτσα<sup>6</sup>

- 1.Καθηγήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας
- 2.Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας
- 3.Μαιευτήρας –Γυναικολόγος Νοσοκομείο «Λητώ», Αθήνα
- 4.Νοσηλεύτρια-Καθηγήτρια Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
- 5.Επισκέπτρια Υγείας Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», Αθήνα
- 6.Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η θεραπευτική διαδικασία της υπογονιμότητας επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού αλλά και τη ψυχολογία του καθενός ξεχωριστά.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

**Υλικό και μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 110 υπογόνιμα ζευγάρια, τα οποία αναζήτησαν ιατρική βοήθεια σε Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τις απόψεις των υπογόνιμων ζευγαριών. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.

**Αποτελέσματα:** Από τα 110 ζευγάρια που μελετήθηκαν, το 44,3% ακολουθούσε την κλασική μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (IVF), το 37,8% την ομόλογη σπερματέγχυση, το 14,1% τη μικρογονιμοποίηση (ICSI) το 3,1% την ετερόλογη σπερματέγχυση και το 0,7% την ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (GIFT). Ως προς τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη λήψη απόφασης για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, στο 27,3% των συμμετεχόντων ήταν οι παρενέργειες λόγω της θεραπείας, στο 22,7% ο οικονομικός παράγοντας, στο 7,3% η άποψη του περιβάλλοντος, στο 10,0% ο ψυχολογικός και στο 4,5% ο θρησκευτικός παράγοντας.

Το 73,6% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι θα ξαναπροσπαθούσε για την απόκτηση ενός ακόμα παιδιού, εάν η προηγούμενη προσπάθεια ήταν επιτυχής και το 94,5% δήλωσε, ότι θα

ξαναπροσπαθούσε εάν η προηγούμενη προσπάθεια ήταν ανεπιτυχής. Ως προς το τι θα θυσιάζαν οι ερωτηθέντες στον ερχομό ενός παιδιού το 58,3% απάντησε, ότι θα θυσίαζε τα πάντα, το 14,5% τον ελεύθερο χρόνο, το 4,5% τη διασκέδαση, το 3,6% την εργασία, το 2,7% τον αθλητισμό και το 16,4% δεν θα θυσίαζε τίποτα. Το 73,6% των ζευγαριών που είχαν υποβληθεί σε κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν είχε δεχτεί ψυχολογική στήριξη και το 26,4% είχε δεχθεί. Το 55,4% δήλωσε, ότι επιθυμούσε την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες, το 36,4% σε ορισμένες και το 8,2% σε όλες. Το 61,8% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι δεν θα χρησιμοποιούσε σπέρμα δότη και το 68,2% ωάριο δότριας.

**Συμπεράσματα:** Η ανάπτυξη συμβουλευτικής στήριξης θεωρείται αναγκαία για τα υπογόνιμα ζευγάρια που ακολουθούν κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

**Λέξεις κλειδιά:** υπογονιμότητα, απόψεις, μέθοδοι Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

**ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ**

*Γουρνή Μαρίτσα,  
Κνωσού 27, Γλυφάδα,  
Αθήνα, Τ.Κ: 161-65,  
e-mail: mgourni@teiath.gr*

**ORIGINAL PAPER****Perceptions of infertile couples to assisted reproductive techniques**

Roupa Zoi<sup>1</sup>, Polikandrioti Maria<sup>2</sup>, Faros Efthimios<sup>3</sup>, Gourni Ioanna<sup>4</sup>, Sotiropoulou Pinelopi<sup>5</sup>,  
Gourni Maritsa<sup>6</sup>

1. Professor in Nursing Department, ATEI of Larissa
2. Laboratory Instructor in Nursing Department A' TEI of Athens
3. Obstetrician-Gynecologist at the LHTO Clinic, Athens
4. Nurse-Teacher of Secondary Education
5. Health Visitor, "SOTIRIA" Hospital of Thoracic Diseases, Athens
6. Professor in Nursing Department, A' TEI Athens.

**ABSTRACT**

Infertility treatment influences significantly not only the couples' quality of life but also their psychology separately.

**Aim:** The aim of the present study was to explore perceptions of infertility couples in regard to assisted reproductive techniques.

**Method and material:** The sample study consisted of 110 infertile couples that seek medical help to a Center of Assisted Reproductive Techniques. A specially designed questionnaire was used for the needs of the survey, that included items related to the perceptions of infertile couples. Statistical analysis was performed by the statistical package SPSS-13.

**Results:** Of the 110 studied infertile couples, 44,3% followed (IVF) In Vitro Fertilization method, 37,8% artificial Insemination, 14,1% (ICSI) Intracytoplasmic sperm injection, 3,1% donor insemination and 0,7% (GIFT) Gamete Intra - Fallopian Transfer. In regard to factors that make difficult the decision to choose Assisted Reproductive Techniques, in 27,3% of the participants was the side effects deriving from therapy, in 22,7% the cost, in 7,3% the attitude of the environment, in 10,0% the psychological and in 4,5% the religious factor. The 73,6% of the studied sample reported that they would try again to have a child even if the previous effort was successful and the 94,5% reported that they would try again even if the previous effort was not successful. Regarding what they had the intention to sacrifice of their life to the birth of a child, the 58,3% reported that they would sacrifice "everything", the 14,5% free-time, the 4,5% the entertainment, the 3,6% occupation, the 2,7% athletics and the 16,4% would sacrifice nothing. The 73,6% of the couples that had undergone an Assisted Reproductive Techniques, received no *psychological support*, while 26,4% received. The 55,4% reported that they desired the presence of their spouse during the procedures of medical treatment, the 36,4% in some of them and the 8,2% in every medical process. The 61,8% of the studied sample reported that would accept have sperm donation and the 68,2% egg donation.

**Conclusions:** The development of consultation is necessary for the infertile couples receiving assisted reproductive technologies.

**Key words:** infertility-perceptions- assisted reproductive technologies

**CORRESPONDING AUTHOR**

*Gourni Maritsa,*

*Knosou 27, Glyfada,*

*Athens.T.K: 161-65,*

*e-mail: mgourni@teiath.gr*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Ό**λοι οι πολιτισμοί στο βάθος των αιώνων έχουν τονίσει τη σπουδαιότητα της αναπαραγωγής και της διαίωνισης του είδους καθώς είναι πλήρως αποδεκτό, ότι η ανθρώπινη ύπαρξη αγγίζει την πληρότητα και την ολοκλήρωση μέσα από ένα παιδί! Στη σημερινή εποχή, η συχνότητα εμφάνισης της υπογονιμότητας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο και σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) περίπου το 8-10% των ζευγαριών αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας.<sup>1-4</sup>

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η αδυναμία επίτευξης εγκυμοσύνης μετά από προσπάθεια ενός τουλάχιστον χρόνου ή 6 μηνών για γυναίκες άνω των 35 ετών χωρίς κανένα μέτρο αντισύλληψης και με τακτικές φυσιολογικές σεξουαλικές επαφές.<sup>1-4</sup>

Εν αντιθέσει με το παρελθόν, όπου τα υπογόνιμα ζευγάρια δεν είχαν άλλη επιλογή από το να αποδεχθούν την αδυναμία τεκνοποίησης, στη σημερινή εποχή, η Ιατρική Επιστήμη δίνει λύσεις στο πρόβλημα με την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. Ως υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ορίζονται όλες εκείνες οι μέθοδοι κατά τις οποίες η γονιμοποίηση επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές και όχι μέσω της σεξουαλικής πράξης. Η πρώτη επιτυχημένη γονιμοποίηση ανθρώπινων ωαρίων στο εργαστήριο το 1978, αποτέλεσε πραγματικό ορόσημο γιατί έδωσε

τη δυνατότητα σε χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί. Παράλληλα όμως, αυτές οι σημαντικές εξελίξεις δημιούργησαν τεράστιους ηθικούς, ψυχοκοινωνικούς και νομικούς προβληματισμούς.<sup>1-3</sup>

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η θεραπευτική διαδικασία της υπογονιμότητας επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού αλλά και τη ψυχολογία του καθενός ξεχωριστά. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα ζευγάρια που επιλέγουν την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή διανύουν τα εξής στάδια : το πρώτο που αφορά το χρονικό διάστημα, όπου το ζευγάρι συνειδητοποιεί τη δυσκολία τεκνοποίησης και βιώνει την υπογονιμότητα, το δεύτερο, όπου η αναπαραγωγή διαχωρίζεται από τη σεξουαλική πράξη και το τρίτο στάδιο, όπου ακόμα και αν η προσπάθεια είναι επιτυχής, η υπογονιμότητα εξακολουθεί να υφίσταται. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες παρατηρούνται διαφορές ως προς το φύλο και τη διαχείριση του προβλήματος της υπογονιμότητας.<sup>5-9</sup>

Μετά τη διάγνωση της υπογονιμότητας, τα περισσότερα ζευγάρια βιώνουν διαφορετικού βαθμού άγχους ή κατάθλιψη και συχνά παραμελούν άλλους στόχους και ανάγκες καθώς η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από το θέμα της σύλληψης. Ανεξαρτήτως πάντως, του βαθμού επίδρασης της υπογονιμότητας στη ζωή των ζευγαριών η αναμονή και η αβεβαιότητα της θεραπείας αποτελούν κοινή

πηγή άγχους. Δεδομένου ότι, τα ζευγάρια που καταφεύγουν στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή δεν θεραπεύουν το αίτιο της υπογονιμότητας, το πρόβλημα και τα αρνητικά συναισθήματα που αυτό συνεπάγεται παραμένουν και μετά την απόκτηση ενός παιδιού, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής τους.<sup>5-9</sup>

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η θεραπεία της υπογονιμότητας δεν επιβάλει μόνο τη γνώση και κατανόηση των ιατρικών ζητημάτων αλλά έχει ψυχικές, κοινωνικές, ηθικές και νομικές προεκτάσεις. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ευρύτερης αποδοχής των μεθόδων Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας έχει στραφεί προς τη διερεύνηση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών των ζευγαριών που υποβάλλονται σε θεραπεία γονιμότητας. Ένας αυξανόμενος αριθμός σχετικών ερευνών επιβεβαιώνει, ότι η συμβουλευτική υπογονιμότητας επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα στην κατανόηση των προβλημάτων που ενέχονται στη διαδικασία της θεραπείας και στη λήψη αποφάσεων και συνεπώς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας.<sup>5-9</sup>

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των υπογόνιμων ζευγαριών ως προς τις μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 110 υπογόνιμα ζευγάρια τα οποία επιλέχθηκαν με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Κέντρο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής το οποίο επελέγη λόγω εύκολης προσβασιμότητας.

Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για τις ανάγκες της έρευνας, το οποίο εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, περιελάμβανε και μεταβλητές που αφορούσαν τις απόψεις των υπογόνιμων ζευγαριών.

Κατά το αρχικό στάδιο της έρευνας, έγινε προκαταρκτική μελέτη (Pilot Study) με χρήση του ερωτηματολογίου, ως εργαλείο. Μοιράστηκαν 10 ερωτηματολόγια με σκοπό να εκτιμηθεί η ευχέρεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η σαφήνεια και η ακρίβεια των καταχωρημένων στοιχείων. Μετά το πέρας της προκαταρκτικής μελέτης επακολούθησε τροποποίηση του ερωτηματολογίου προς τις απαιτήσεις της έρευνας. Η επιλογή και ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων έγινε με κριτήριο τη διαφύλαξη της ανωνυμίας της ταυτότητας των ερωτηθέντων και τη δημιουργία εμπιστοσύνης. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13.

**Αποτελέσματα**

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, έδειξαν τα εξής :

Ως προς την πρώτη ενημέρωση των ζευγαριών για την Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, το 59,0% του πληθυσμού της μελέτης ενημερώθηκε από τους ειδικούς, το 8,2% από τα περιοδικά, το 6,4% από την τηλεόραση και το 26,4% από γνωστούς και φίλους. (Γράφημα 1) Σχετικά με τη επιλεγόμενη τεχνική Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (**ART: Assisted Reproductive Techniques**), τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι το 44,3% του πληθυσμού της μελέτης ακολουθούσε την κλασική μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Εξωσωματική Γονιμοποίηση, IVF: **In Vitro Fertilization**), το 37,8% την ομόλογη σπερματέγχυση (σπερματέγχυση με σπέρμα του συζύγου), το 14,1% τη μικρογονιμοποίηση (ενδοκυτταροπλασματική ένεση σπερματοζωαρίου **ICSI: Intracytoplasmic sperm injection**), το 3,1% την ετερόλογη σπερματέγχυση (σπερματέγχυση με σπέρμα δότη) και το 0,7% την ενδοσαλπινγική μεταφορά γαμετών (Gamete Intra – Fallopian Transfer GIFT).

Όσον αφορά τα έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής εγκυμοσύνης βάσει των απαντήσεων, παρατηρήθηκε, ότι το 38,2% των ερωτηθέντων είχαν 2-3 έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής κύησης, το 32,7% ένα έτος, το 9,1% λιγότερο από ένα έτος, το 8,2%

4-5 έτη, το 6,4% περισσότερα από 5 έτη και το 5,5% κανένα. (Γράφημα 2)

Από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την απόφαση των ερωτηθέντων για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή ήταν οι παρενέργειες κατά ή μετά τη θεραπεία με 27,3%, δεύτερος παράγοντας ήταν ο οικονομικός με 22,7%, ακολουθούσαν η άποψη του περιβάλλοντος με 7,3%, ο ψυχολογικός με 10,0% και ο θρησκευτικός παράγοντας με 4,5%. Σε 31 άτομα από τα 110 δεν υπάρχει παράγοντας που να δυσχεραίνει την απόφασή τους για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή. (Πίνακας 1)

Ως προς το τι θα θυσιάζαν οι ερωτηθέντες στον ερχομό ενός παιδιού το 58,3% απάντησε, ότι θα θυσίαζε τα πάντα, το 14,5% τον ελεύθερο χρόνο, το 4,5% τη διασκέδαση, το 3,6% την εργασία, το 2,7% τον αθλητισμό και το 16,4% δεν θα θυσίαζε τίποτα. (Γράφημα 3)

Το 73,6% των ζευγαριών που είχαν υποβληθεί σε κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν είχε δεχτεί ψυχολογική υποστήριξη, ενώ το 26,4% είχε δεχθεί. (Γράφημα 4)

Ως προς την ερώτηση εάν θα επιθυμούσαν οι γυναίκες την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες, το 55,4% δήλωσε, ότι επιθυμούσε την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες, το 36,4% σε ορισμένες και το 8,2% σε όλες. (Γράφημα 5)

Το 53,6% είχε ξανά προσπαθήσει για την επίτευξη μίας κύησης ενώ για το υπόλοιπο 46,4% ήταν η πρώτη φορά.

Το 73,6% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι σε περίπτωση, όπου η προηγούμενη προσπάθεια ήταν επιτυχής, θα ξαναπροσπαθούσε για την απόκτηση ενός ακόμα παιδιού, ενώ το 26,4% δεν θα ξαναπροσπαθούσε. Το 94,5% δήλωσε, ότι σε περίπτωση, όπου η προηγούμενη προσπάθεια ήταν ανεπιτυχής θα ξαναπροσπαθούσε για την απόκτηση ενός ακόμα παιδιού, ενώ το 5,5% δεν θα ξαναπροσπαθούσε για τον ερχομό ενός παιδιού. (Πίνακας 2)

Το 61,8% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε, ότι δεν θα χρησιμοποιούσε σπέρμα δότη σε περίπτωση αζωοσπερμίας ή σε περίπτωση που δεν υπήρχε σύντροφος, ενώ το 38,2% ότι θα χρησιμοποιούσε.

Το 68,2% των ερωτηθέντων δήλωσε, ότι δεν θα χρησιμοποιούσε ωάριο δότριας, ενώ το 31,8% ότι θα χρησιμοποιούσε.

### **Συζήτηση αποτελεσμάτων**

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσης μελέτης βρέθηκε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ενημερώθηκε την πρώτη φορά για τις μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής από τους ειδικούς, εύρημα που δηλώνει, ότι μετά τη διάγνωση του προβλήματος, τα εξειδικευμένα άτομα αποτελούν την κύρια πηγή

πληροφόρησης των υπογόνιμων ζευγαριών. Δεδομένου, ότι η Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή αυτή καθεαυτή δεν αποτελεί τη λύση του προβλήματος, η πλήρης ενημέρωση από ειδικούς ασκεί καθοριστικό ρόλο για την επιλογή της μεθόδου, όπως επίσης και για τη μείωση του άγχους καθ' όλη διαδικασία.<sup>10-12</sup>

Όσον αφορά τις μεθόδους, που είχαν ακολουθήσει τα ερωτηθέντα ζευγάρια, η κλασική μέθοδος Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής IVF, αποτελεί την επικρατέστερη, ακολουθεί η ομόλογη σπερματέγχυση, η μικρογονιμοποίηση, η ετερόλογη σπερματέγχυση και η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών. Το εύρημα της μελέτης, ότι η κλασική μέθοδος είναι αυτή που υπερτερεί και δεύτερη έρχεται η ομόλογη σπερματέγχυση οφείλεται στο γεγονός ότι, αποτελούν τις πιο αποδεκτές ιατρικές θεραπείες για την καταπολέμηση της ανθρώπινης υπογονιμότητας και δεν είναι πειραματικές τεχνικές.

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος είναι, ότι ίσως ακόμη στην Ελλάδα δεν υπάρχει ούτε η κατάλληλη υποδομή ούτε και η κατάλληλη αποδοχή για την εφαρμογή κάποια άλλης μεθόδου. Αξίζει να διευκρινισθεί, ότι κατά την κλασική γονιμοποίηση (IVF), ευρέως γνωστή ως Εξωσωματική Γονιμοποίηση, η γονιμοποίηση και τα πρώτα βήματα ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου πραγματοποιούνται εκτός του γεννητικού συστήματος της γυναίκας.

Αναλυτικότερα, η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο γίνεται στο εργαστήριο, όπου το σπέρμα και τα ωάρια αναμιγνύονται σε ειδικό κέλυφος και παραμένουν υπό ιδανικές συνθήκες μέχρι να εξετασθεί την επόμενη ημέρα, η επιτυχία της γονιμοποίησης. Κατόπιν οργανώνεται η ημέρα της εμβρυομεταφοράς, δηλ. η τοποθέτηση των γονιμοποιημένων που προέκυψαν από την εξωσωματική γονιμοποίηση στη μήτρα της γυναίκας, συνήθως 2-3 ημέρες μετά την ωοληψία. Κατά την μικρογονιμοποίηση (ICSI) επιλέγεται ένα και μόνο σπερματοζωάριο και ενίεται με πολύ λεπτή βελόνα εντός του ωαρίου. Η επιλογή IVF ή ICSI εξαρτάται κυρίως από τη ποιότητα του σπέρματος και πιο συγκεκριμένα η μέθοδος της μικρογονιμοποίησης επιλέγεται σε περιπτώσεις σοβαρής ολιγοασθενοσπερμίας.<sup>13,14,15</sup>

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε, ότι το υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων κατέφυγε σε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ύστερα από 2-3 έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής κύησης. Μια πιθανή εξήγηση του ευρήματος της παρούσης μελέτης είναι, ότι τα περισσότερα ζευγάρια καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας επειδή αγνοούν το χρόνο επίτευξης μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Ο κατάλληλος χρόνος αναζήτησης ιατρικής παρέμβασης είναι όταν, δεν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη ύστερα από ένα χρόνο ελεύθερων

σχέσεων, υπό την προϋπόθεση, ότι δεν υπάρχουν άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες για τη γονιμότητα, όπως η ηλικία, το προηγούμενο ιστορικό παθήσεων, κ.ά. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 70% των γυναικών που έχουν ελεύθερες σχέσεις θα μείνουν έγκυες περίπου σε ένα χρόνο, το 30% θα μείνει το δεύτερο χρόνο, τον τρίτο ή καθόλου.<sup>13-16</sup> Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να συνεκτιμάται κατά την αιτιολόγηση της καθυστέρησης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας σύμφωνα με την εργασία του Schmidt L.,<sup>17</sup> είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το οποίο λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας σε κάθε τέτοιου είδους προσπάθεια. Αντιθέτως άτομα που υπερτερούν σε μορφωτικό επίπεδο αντιμετωπίζουν θετικά τη λύση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το σημαντικότερο συμπέρασμα που διεξάγεται από αυτό το εύρημα της μελέτης είναι, ότι η ενημέρωση του γενικότερου συνόλου δεν είναι επαρκής.

Ο παράγοντας που δυσχεραίνει περισσότερο την απόφαση των ερωτηθέντων για Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή ήταν οι παρενέργειες κατά ή μετά τη θεραπεία, εύρημα, που αντανακλά τη βαθύτερη ανάγκη για ενημέρωση. Ο δεύτερος επικρατέστερος παράγοντας που επηρέαζε την απόφαση για προσπάθεια επίτευξης εγκυμοσύνης με τη μέθοδο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ήταν ο οικονομικός. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα ζευγάρια που έχουν χαμηλό



εισόδημα, λόγω του υψηλού κόστους των θεραπευτικών προσπαθειών ή της μικρής ασφαλιστικής κάλυψης δυσκολεύονται να καταφύγουν στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου. Δυστυχώς μέχρι σήμερα στην Ελλάδα, οι ανεπαρκείς ασφαλιστικές ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και η υποτυπώδη αποζημίωση που προσφέρουν τα ασφαλιστικά ταμεία καθιστούν δυσκολότερη την απόφαση. Απαραίτητες είναι, οι μεταρρυθμίσεις στο Προεδρικό Διάταγμα που επιτρέπει στα ασφαλιστικά ταμεία να καταβάλλουν μόνο το ποσό των 360 Ευρώ για κάθε προσπάθεια Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής.<sup>18-23</sup>

Ως προς τι θα θυσιάζαν οι ερωτηθέντες για τον ερχομό ενός παιδιού παρατηρούμε, ότι τα μισά ζευγάρια θα θυσιάζαν τα πάντα για τον ερχομό ενός παιδιού, εύρημα που ενισχύει την πεποίθηση, ότι ακόμα και σήμερα η ανάγκη τεκνοποίησης είτε αυτή προκύπτει ως βιολογική παρόρμηση είτε ως κοινωνική αναγκαιότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική για το ζευγάρι. Όμως, τα περισσότερα σύγχρονα ζευγάρια δεν αποκτούν περισσότερα από δύο παιδιά, κατατάσσοντας την Ελλάδα στις χώρες με αυξημένο πρόβλημα υπογεννητικότητας.<sup>13</sup>

Από τα αποτελέσματα της μελέτης παρατηρήθηκε, ότι το υψηλότερο ποσοστό των ζευγαριών που είχαν ακολουθήσει κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής δεν δέχτηκε ψυχολογική στήριξη. Το εύρημα αυτό

ίσως να υποδηλώνει την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού για την παροχή ψυχολογικής στήριξης. Από μελέτες τονίζεται, ότι η συμβουλευτική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών που ακολουθούν κάποια μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας, διότι δίδει την ευκαιρία στα ζευγάρια να συζητήσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους, τα προβλήματα στη συζυγική και σεξουαλική τους σχέση και γενικότερα συμβάλει αποτελεσματικά στη μείωση του άγχους.<sup>24-27</sup>

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε, ότι η πλειοψηφία των γυναικών επιθυμούσε την παρουσία συντρόφου στις ιατρικές διαδικασίες. Παρότι, συχνά τίθεται το ζήτημα της αποξένωσης του συντρόφου από τη διαδικασία της σύλληψης, το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την επιθυμία του ζευγαριού να παραμείνει ενωμένο σε αυτή τη διαδικασία. Η ψυχολογία των γυναικών επηρεάζεται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες γιατί είναι εκείνες που εμπλέκονται ενεργά στη διαδικασία της υποβοηθούμενης γονιμοποίησης και βιώνουν υψηλότερης έντασης σωματική και ψυχική κόπωση. Σύμφωνα με μελέτες, οι υπογόνιμες γυναίκες βιώνουν συναισθήματα ενοχής, θυμού, απώλειας στόχων στη ζωή, όπως επίσης χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμησης, έλλειψη συγκροτημένης σκέψης και κοινωνική απομόνωση. Επίσης, είναι περισσότερο

ευάλωτες προς την εκδήλωση άγχους λόγω του ότι πολλά από τα φάρμακα που λαμβάνουν για τη θεραπεία επηρεάζουν τις ορμόνες του οργανισμού. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών είναι η λανθασμένη επικρατούσα αντίληψη, ότι οι υπογόνιμες γυναίκες μειονεκτούν, διαφέρουν από τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό, ή ότι είναι άτυχες.<sup>28,29,30</sup>

Οι μισοί σχεδόν συμμετέχοντες έχουν ξαναπροσπαθήσει για την επίτευξη κύησης με τη μέθοδο της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής. Παρά τις σημαντικές προόδους της Ιατρικής Επιστήμης, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η μέθοδος δεν είναι πάντα επιτυχής κατά την πρώτη προσπάθεια. Πιθανόν, επιβάλλεται μεγαλύτερη εξειδίκευση των ιατρών πάνω στην Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή για να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μια κύηση με τις ελάχιστες προσπάθειες.

Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της μελέτης απάντησε, ότι θα επαναλάμβανε την προσπάθεια γονιμοποίησης είτε η προηγούμενη προσπάθεια ήταν επιτυχής είτε όχι. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα τεκνοποίησης στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία και υποδηλώνουν, ότι οι ανασταλτικοί παράγοντες, όπως οικονομικοί ή ιατρικοί δεν είναι ικανοί να αποτρέψουν την προσπάθεια. Είναι όμως αναγκαίο να τονισθεί, ότι σε περίπτωση αποτυχούς προσπάθειας, τα

ζευγάρια έχουν μεγαλύτερη ανάγκη συμβουλευτικής στήριξης από ειδικούς επαγγελματίες προκειμένου να συνεχίσουν ομαλά την πορεία της ζωής τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο βαθμός αισιοδοξίας στα ζευγάρια είναι υψηλότερος στις μέρες της εμβρυομεταφοράς, ενώ αντίθετα, εάν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι αρνητικό βιώνουν άγχος και κατάθλιψη, τα οποία είναι δυνατόν να συνεχίζονται έως και 6 μήνες μετά.

<sup>31-33</sup>

Όσον αφορά τις εναλλακτικές μεθόδους, υψηλό ποσοστό δήλωσε, ότι δεν επιθυμούσε να χρησιμοποιήσει σπέρμα δότη σε περίπτωση αζωοσπερμίας (ετερόλογη σπερματέγχυση) ή ωάριο δότριας, εύρημα που πιθανόν να αντανακλά ηθικούς και θρησκευτικούς προβληματισμούς. Πριν από αρκετά χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες, υπήρχε έντονη κοινωνική και θρησκευτική αντίθεση για την επιλογή αυτών των μεθόδων τεκνοποίησης και η προσφυγή σε σπέρμα δότη εθεωρείτο πράξη καταδικαστέα. Στη σημερινή όμως εποχή προβλέπεται και ρυθμίζεται από πολλές νομοθεσίες. Αντιθέτως με τις έγγαμες γυναίκες, ολοένα και περισσότερες ανύπανδρες ή προχωρημένης ηλικίας γυναίκες καταφεύγουν σε αυτές τις μεθόδους τεκνοποίησης.<sup>27,30,34</sup>

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία για την απόρριψη αυτής της μεθόδου είναι, ότι θεωρείται αμφίβολο εάν μετά τη γέννηση του παιδιού, οι γονείς θα παραμείνουν ενωμένοι ή θα

υπάρχουν προστριβές οι οποίες θα έχουν αντίκτυπο και στο παιδί. Ερευνητές, που μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή μεθόδου Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής με τεχνικές, όπου η συμμετοχή του συζύγου δεν είναι απαραίτητη για την επίτευξη της εγκυμοσύνης κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι συχνά δημιουργούνται προβλήματα στο ζευγάρι, κυρίως γιατί οι άνδρες, βιώνουν συσχετισμό μεταξύ υπογονιμότητας και σεξουαλικής ανικανότητας.<sup>27,30,34</sup>

Επίσης, ανακύπτουν ηθικά διλήμματα όσον αφορά τη δωρεά εμβρύων, ωαρίων, σπέρματος και το δανεισμό μήτρας αλλά και διλήμματα υγείας γιατί μπορεί μεν η απόκτηση ενός παιδιού να είναι σημαντική, όμως η επιλογή μιας τέτοιας μεθόδου συνεπάγεται κινδύνους όταν δεν υπάρχει έλεγχος σπέρματος και ωαρίων. Στην Ελλάδα λειτουργούν ιδιωτικές τράπεζες σπέρματος, οι οποίες μπορεί μεν να εξασφαλίζουν οικονομικά κίνητρα και ανωνυμία στους δωρητές αλλά είναι μη ελεγχόμενες ως προς την προέλευση σπέρματος. Συνεπώς, η νομική ρύθμιση κρίνεται απολύτως αναγκαία για την ίδρυση και λειτουργία τραπεζών σπέρματος.<sup>35-39</sup>

### **Συμπεράσματα**

Η μέθοδος της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του σύγχρονου συστήματος υγείας. Για το λόγο αυτό, η Πολιτεία θα πρέπει να στηρίζει κάθε προσπάθεια για την πρόοδο του

συγκεκριμένου τομέα. Ενώ, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η πλήρης ενημέρωση και πληροφόρηση αφορά όλους.

### **Βιβλιογραφία**

1. Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Infertility: a global perspective. *Minerva Ginecol.* 2006;58(6):445-57.
2. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007; 22(6):1506-12.
3. Devroey P, Fauser BC, Diedrich K. Approaches to improve the diagnosis and management of infertility. *Evian Annual Reproduction (EVAR) Workshop Group* 2008. *Hum Reprod Update.* 2009;15(4):391-408.
4. Menning BE. The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare.* 1975;54(6):454-60.
5. Ziebe S, Devroey P. Assisted reproductive technologies are an integrated part of national strategies addressing demographic and reproductive challenges. *Hum Reprod Update.* 2008;14(6):583-92.
6. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 1997;45(11):1679-704.

7. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004; 63(1): 126-30.
8. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update*. 2009; 15(3): 279-95.
9. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:186.
10. Wilkes S, Hall N, Crosland A, Murdoch A, Rubin G. General practitioners' perceptions and attitudes to infertility management in primary care: focus group study. *J Eval Clin Pract*. 2007;13(3):358-63.
11. Fuscaldo G, Russell S, Gillam L. How to facilitate decisions about surplus embryos: patients' views. *Hum Reprod*. 2007;22(12):3129-38.
12. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Hum Reprod Update*. 2008;14(6):605-21.
13. Κάλζαρης Ε.Χ. Το χρυσό μου παιδί. Τεκνοποίηση με ιατρική υποβοήθηση. Εκδ. Τραυλός, Αθήνα, 1996.
14. Persson J. The ART of assisted reproductive technology. *Aust Fam Physician*. 2005;34(3):119-22.
15. Κρεατσάς Γ. Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998.
16. Pauli SA, Berga SL, Shang W, Session DR. Current status of the approach to assisted reproduction. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56(3):467-88.
17. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull*. 2006;53(4):390-417.
18. Maroto-Navarro G., del Mar García-Calvente M., Mateo-Rodríguez I. The challenge of maternity in Spain: social and health difficulties. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 2:13-23.
19. Sołtysiak E. The influence of socioeconomic factors on female fertility. *Ginekol Pol*. 2005;76(12):986-90.
20. Stephen EH., Chandra A. Use of infertility services in the United States: 1995. *Fam Plann Perspect*. 2000;32(3):132-7.
21. Jain T. Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. *Fertil Steril*. 2006;85(4):876-81.

22. Forti G, Krausz C. Clinical review 100: Evaluation and treatment of the infertile couple. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998; 83(12):4177-88.
23. Neumann PJ, Soheyla D, Gharib D, Weinstein MC. The cost of a successful delivery with in vitro fertilization. *N Engl J Med.* 1994; 331(4):239-43.
24. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Hum Fertil (Camb).* 2009;12(1):14-20.
25. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod.* 2005;20(11):3248-56.
26. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Hum Reprod.* 2008;23(5):1128-37.
27. Hsu YL, Kuo BJ. Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *J Nurs Res.* 2002;10(4):291-302.
28. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *J Behav Med.* 1999;22(4):341-58.
29. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod.* 2006;21(9):2443-9.
30. Lee TY, Sun GH, Chao SC, Chen CC. Development of the coping scale for infertile couples. *Arch Androl.* 2000;45(3):149-54.
31. Hahn CS. Review: psychosocial well-being of parents and their children born after assisted reproduction. *J Pediatr Psychol.* 2001;26(8):525-38.
32. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L: Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples. *Hum Reprod.* 2002;17(11):2986-94.
33. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD: Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 2004; 19(10):2313-2318.
34. Gurkan L, Raynor MC, Hellstrom WJ. Sex and the infertile male. *Semin Reprod Med.* 2009;27(2):186-90.
35. Hudson N, Culley L, Rapport F, Johnson M, Bharadwaj A. Public perceptions of gamete donation: a research review. *Public Underst Sci.* 2009;18(1):61-77.

36. Sidebotham M. Egg and sperm donation: an issue for health care professionals? J Fam Health Care. 2003;13(5):134-6.

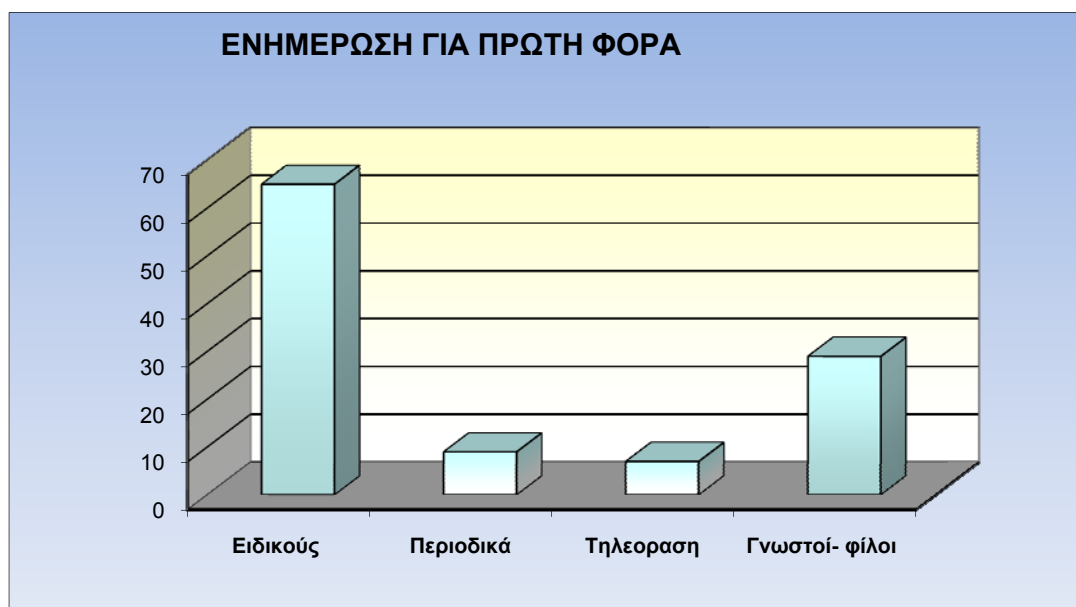
Bioethics Committee Reprod Biomed Online. 2008;17 Suppl 3:25-33.

37. Schenker JG. Assisted reproduction practice in Europe: legal and ethical aspects. Hum Reprod Update. 1997;3(2):173-84.

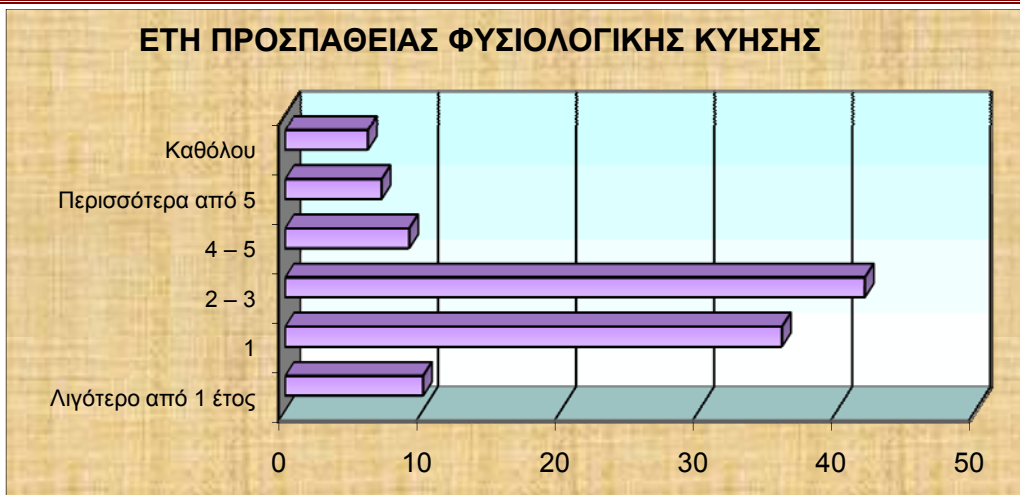
38. Terry V, Shorey CD. Artificial reproductive technologies in Australia--legislation for the new millennium? : Med Law. 2000;19(2):209-35.

39. Nikolaos M. The Greek Orthodox position on the ethics of assisted reproduction.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**Γράφημα 1:** Πηγή ενημέρωσης του πληθυσμού της μελέτης κατά την πρώτη φορά.



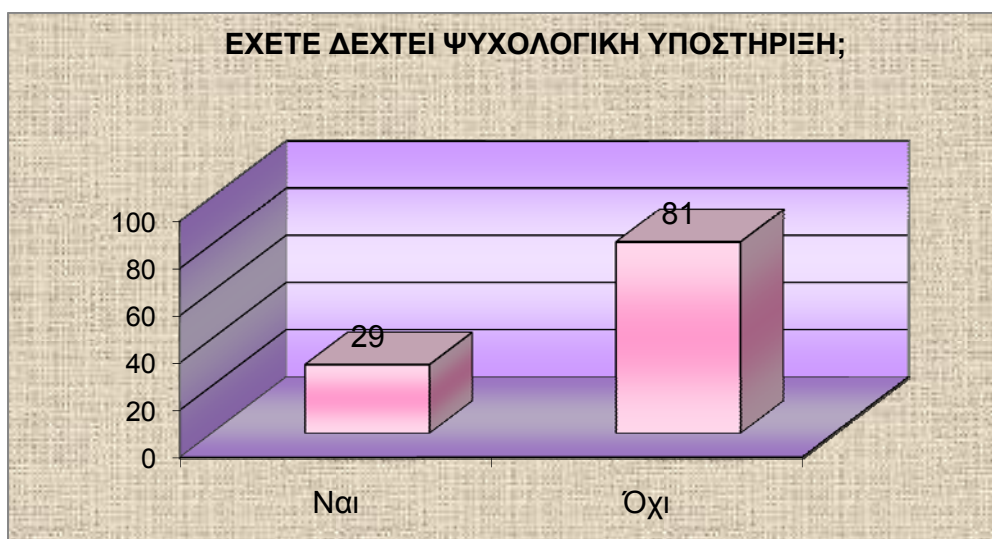
**Γράφημα 2:** Έτη προσπάθειας επίτευξης φυσιολογικής κύησης

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	N	%
Οικονομικός	25	22.7
Θρησκευτικός	5	4.5
Περιβάλλον	8	7.3
Ψυχολογικός	11	10
Παρενέργειες	30	27.3
Τίποτα	31	28.2
<b>Σύνολο</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 1:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το παράγοντα που δυσχεραίνει τη λήψη απόφασης για την έναρξη Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής



**Γράφημα 3:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το «τι θα θυσιάζαν» μετά την τεκνοποίηση

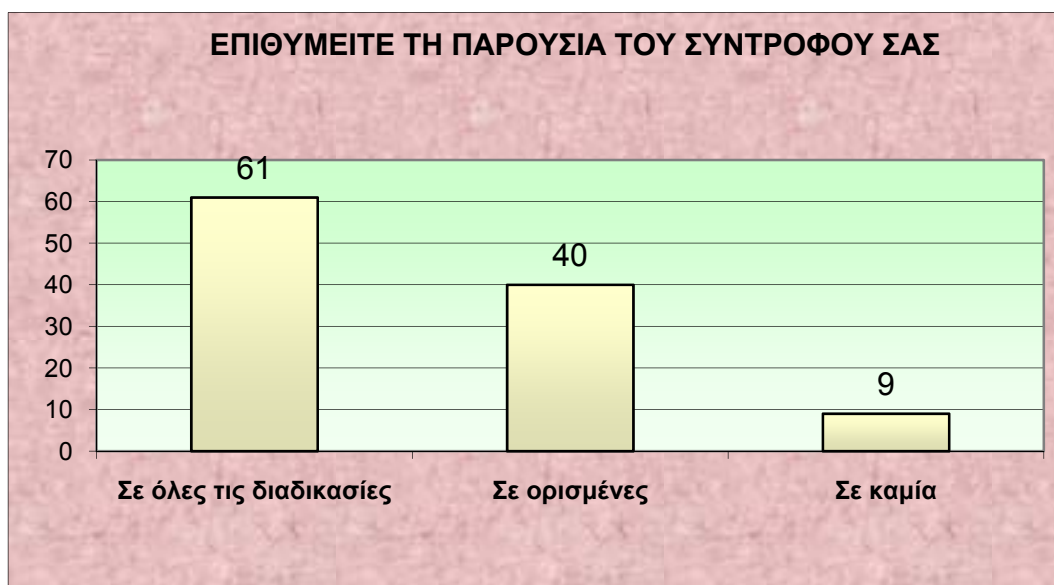


**Γράφημα 4:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα τη ψυχολογική στήριξη



<b>Θα ξαναπροσπαθούσατε μετά από επιτυχία;</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ναι</b>	<b>81</b>	<b>73.6</b>
<b>Όχι</b>	<b>29</b>	<b>26.4</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>110</b>	<b>100</b>
<b>Θα ξαναπροσπαθούσατε μετά από αποτυχία;</b>		
<b>Ναι</b>	<b>104</b>	<b>94.5</b>
<b>Όχι</b>	<b>6</b>	<b>5.5</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

**Πίνακας 2:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την επανάληψη της προσπάθειας για τεκνοποίηση με τη μέθοδο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής



**Γράφημα 5:** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την επιθυμία παρουσίας του συντρόφου στις διαδικασίες