



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ.»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ANNA ΜΠΙΤΑ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΝΙΟΚΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΜΠΙΤΣΑΝΗΣ, MSc, ΕΡΓ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2008

Ευχαριστούμε θερμά τον κ. Παναγιώτη Μπιτσάνη για τη στήριξη και την καθοδήγηση που μας προσέφερε προκειμένου να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

Περίληψη

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει τις οικονομικές και κοινωνικές παραμέτρους της τεχνητής γονιμοποίησης. Η τεχνητή γονιμοποίηση ήρθε για να δώσει λύση στα προβλήματα των ζευγαριών τα οποία για πολύ συγκεκριμένους λόγους αδυνατούν να τεκνοποιήσουν. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η διατροφή και παθολογικοί λόγοι είναι μερικές από τις αιτίες που αναγκάζουν τα ζευγάρια να προσφύγουν στη βοήθεια της επιστήμης προκειμένου να αποκτήσουν ένα παιδί. Ποιο είναι όμως το τίμημα για όλην αυτή την προσπάθεια; Στο πόνημα που ακολουθεί θα γίνει αναφορά σε ποσοτικά και ποιοτικά μεγέθη μέσω των οποίων θα αναλυθεί το οικονομικό κόστος που επιβαρύνει τον προϋπολογισμό των νοικοκυριών καθώς και οι όποιες κοινωνικές συνέπειες προκύπτουν από την όλη διαδικασία για το ζευγάρι και το παιδί που έρχεται στη ζωή. Κατόπιν, ακολουθεί έρευνα στην οποία παίρνουν μέρος υπογόνιμα ζευγάρια και τα στοιχεία που προκύπτουν παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον τόσο για τα ζευγάρια που καταφεύγουν στις κλινικές τεχνητής γονιμοποίησης όσο και για την εικόνα της τεχνητής γονιμοποίησης στην Ελλάδα γενικότερα.

Πίνακας Περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	V
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	VI
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	VII
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:.....	9
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	9
1.2 ΑΙΤΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	11
1.2.1 Η υπογονιμότητα.....	11
1.3 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	14
1.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ.....	19
1.4.1 Αύξηση Ορίων Ηλικίας Τεκνοποιίας.....	19
1.4.2 Ψυχολογικές και Ψυχοκοινωνικές συνέπειες στα παιδιά.....	21
1.4.3 Τεχνητή γονιμοποίηση και συγκρουόμενες ηθικές αξίες.....	22
1.4.4 Είναι η τεχνητή γονιμοποίηση δικαίωμα;.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ. ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΗΜΕΡΑ.....	26
2.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	26
2.1.1 Διερεύνηση και διάγνωση της υπογονιμότητας- Προκαταρκτικές εξετάσεις.....	27
2.1.2 Διέγερση της ωοθήκης με φαρμακευτική.....	27
2.1.3 Πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας.....	28
2.1.4 Συλλογή των ωαρίων (ωοληψία).....	28
2.1.5 Γονιμοποίηση και καλλιέργεια εκτός του σώματος.....	29
2.1.6 Εμβρυομεταφορά.....	30
2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	31
2.2.1 Οι μέθοδοι GIFT και ZIFT.....	32
2.2.2 Μέθοδος PGC.....	33
2.2.3 Θεραπεία αζωσπερμίας.....	33
2.2.4 Δωρεά Σπέρματος.....	33
2.2.5 Ωοθηκική υποκίνηση.....	33
2.2.6 Δωρεά ωαρίου.....	34
2.2.7 Δωρεά εμβρύων.....	34
2.2.8 Παρένθετη μητρότητα.....	35
2.2.9 Ανάκτηση ωοκυττάρων.....	35
2.2.10 Γονιμοποίηση.....	36
2.2.11 Ομόλογη ενδομητρική σπερματέγχυση ή ετερόλογη ενδομητρική σπερματέγχυση.....	37
2.2.12 Μεταφορά.....	38
2.2.13 Μικρογονιμοποίηση (ICSI) ή ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου.....	38
2.2.14 Υστεροσκοπική.....	38
2.2.15 Λαπαροσκοπική.....	39
2.2.16 Μέθοδος IVM.....	40
2.2.17 Κρυοσυντήρηση ωοθητικού ιστού.....	40
2.2.18 Μεταμόσχευση Ωοθητικού Ιστού.....	41
2.2.19 Κρυοσυντήρηση Βλαστικών Κυττάρων.....	42
2.3 ΚΟΣΤΟΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	45
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	45
3.2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	45
3.3 ΔΕΙΓΜΑ	45
3.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70

Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 2-1: Το ωκύτταρο εγχέεται κατά τη διάρκεια ICS.....	36
Εικόνα 2-2: Κύτταρο έμβρυο για μεταφορά.....	37

Περιεχόμενα κυκλικών διαγραμμάτων-γραφημάτων

Κυκλικό διάγραμμα 3.1 : Φύλο.....	46
Κυκλικό διάγραμμα 3.2 : Ηλικία ανδρών.....	47
Κυκλικό διάγραμμα 3.3 : Ηλικία γυναικών.....	48
Κυκλικό διάγραμμα 3.4 : Εκπαίδευση ανδρών.....	49
Κυκλικό διάγραμμα 3.5 : Εκπαίδευση γυναικών.....	50
Κυκλικό διάγραμμα 3.6 : Οικογενειακό εισόδημα.....	51
Κυκλικό διάγραμμα 3.7 : Υπογονιμότητα.....	52
Γράφημα 3.1 : Έχετε σκεφτεί το θέμα της υιοθεσίας ενός παιδιού;.....	53
Γράφημα 3.2 : Ποιος είχε την ιδέα για την τεχνητή γονιμοποίηση;.....	55
Γράφημα 3.3 : Κρατήσατε μυστική τη διαδικασία από τον περίγυρό σας;.....	56
Γράφημα 3.4 : Το θέμα της τεχνητής γονιμοποίησης αποτελεί ταμπού στην Ελλάδα;	57
Γράφημα 3.5 : Χρήση δανειακών ωαρίων.....	58
Γράφημα 3.6 : Χρήση σπέρματος από δότη.....	59

Γράφημα 3.7 : Χρήση παρένθετης μητέρας;.....	60
Γράφημα 3.8 : Ο αριθμός των προσπαθειών μέχρι την επιτυχία.....	61
Γράφημα 3.9 : Το κόστος της όλης διαδικασίας (όλες οι προσπάθειες μαζί).....	62
Γράφημα 3.10 : Χρήση φαρμάκων.....	63

Περιεχόμενα πινάκων

Πίνακας 3.1 : Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, κινήσατε καθόλου τις διαδικασίες για την υιοθέτηση ενός παιδιού;.....	54
Πίνακας 3.2 : Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, ποιοι ήταν οι λόγοι που σας αποθάρρυναν στο τέλος;.....	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ξεκινώντας, θα κάνουμε μια σύντομη παρουσίαση της τεχνητής γονιμοποίησης. Η χρήση της τεχνητής γονιμοποίησης αποτελεί μια ουσιαστική μέθοδο τεκνοποιίας.

Εγκυμοσύνη είναι η διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται κι εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και τη γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι "έγκυος" και για το μωρό πριν τη γέννησή του "έμβρυο".(Wikipedia, 2007)

Μία φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες. Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και τους μεγαλύτερους κινδύνους για μία ενδεχόμενη αποβολή – έτσι ονομάζεται ο θάνατος από φυσιολογική αιτία ενός εμβρύου. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα υγείας του εμβρύου, της μητέρας ή σε κάποια ζημιά που προκλήθηκε μετά τη σύλληψη (Wikipedia, 2007)

Δυστυχώς, για διάφορους λόγους, κάθε εγκυμοσύνη δεν φτάνει πάντα στο τέλος της. Μπορεί για παράδειγμα, μια εγκυμοσύνη που δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα, να διακοπεί πριν την 22η εβδομάδα, όταν δηλαδή το έμβρυο είναι ανώριμο να επιζήσει. Τότε, μιλάμε για αυτόματη αποβολή. Εάν η γονιμοποίηση γίνει με γονιμοποιημένο ωάριο που εγκατασταθεί έξω από τη μήτρα, πρόκειται για εξωμήτρια κύηση. (Wikipedia, 2007)

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και ειδικότερα η εξωσωματική γονιμοποίηση δίνει αποτελεσματική λύση στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπογονιμότητας. Μέχρι σήμερα έχουν γεννηθεί περισσότερα από 1.500.000 παιδιά σε όλο τον κόσμο με αυτή τη μέθοδο.

Συγκεκριμένα, περισσότερα από 3.000 παιδιά γεννιούνται κάθε χρόνο στη χώρα μας με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης ενώ γίνονται πάνω από 14.000 προσπάθειες. Η κάθε προσπάθεια κοστίζει από 1.500 ως 3.000 ευρώ και το συνολικό ποσό που διακινείται ξεπερνάει τα 24 εκατ. ευρώ ετησίως. Το γεγονός ότι οι

κλινικές έχουν επιδείξει καλά αποτελέσματα στον τομέα της εξωσωματικής σε συνδυασμό με την ελαστική νομοθεσία, καταστούν την Ελλάδα ως πόλο έλξης για άτεκνα ζευγάρια του εξωτερικού, δημιουργώντας έτσι μια επικερδή μορφή τουρισμού (Onisenko, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση IVF (in vitro fertilization) αποτελεί μια μέθοδο που πρώτη αναπτύχθηκε από το βρετανό γυναικολόγο και μαιευτήρα Πάτρικ Στέππου, σε συνεργασία με το βιολόγο και φυσιολόγο Ρόμπερτ Έντουαρτς.

Το πρώτο παιδί με τεχνητή γονιμοποίηση γεννήθηκε το 1978 στο νοσοκομείο Όλνταμ της Αγγλίας, υπό την επίβλεψη του δόκτορα Στέππου. Η πρώτη γυναίκα που γέννησε με τεχνητή γονιμοποίηση ήταν η Λέσλι Μπράουν.

Στην Ελλάδα, το πρώτο παιδί με τεχνητή γονιμοποίηση γεννήθηκε το 1982 υπό την επίβλεψη του δρ. Στέππου. Η πρώτη Ελληνίδα η οποία γέννησε με τεχνητή γονιμοποίηση ήταν η κα. Ιορδανίδου. (sansimera.gr, 2007; Wikipedia, 2007)

Ο Σουμπάς Μακοπατάι έγινε ο πρώτος παθολόγος στην Ινδία και ο δεύτερος στον κόσμο μετά από Σέππου και Έντουαρτς που εκτέλεσε το 1978 τη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης. Ο γιατρός αντιμετώπισε τον κοινωνικό εξοστρακισμό, τη γραφειοκρατική αμέλεια, την επίπληξη και την προσβολή αντί της αναγνώρισης από τη κυβέρνηση της δυτικής Βεγγάλης και την άρνηση της κυβέρνησης της Ινδίας να τον δεχθεί στη χώρα για να παρευρεθεί στις διεθνείς διασκέψεις. Ο γιατρός αυτοκτόνησε στην κατοικία του στην Καλκούτα το 1981. (Wikipedia, 2007)

Σημαντικές πρωτοποριακές εξελίξεις στην τεχνητή γονιμοποίηση εμφανίστηκαν επίσης στην Αυστραλία από τον Καρλ Γουντ, Άλαν Τρόουνσον και Ίαν Τζόνστον. Σαν συνέπεια το παγκόσμιο τρίτο IVF μωρό γεννήθηκε στις 23 Ιουνίου 1980 στη Μελβούρνη της Αυστραλίας. (Wikipedia, 2007)

Η πρώτη επιτυχής επεξεργασία IVF στις ΗΠΑ πραγματοποιήθηκε το 1981 υπό την καθοδήγηση των γιατρών Χάουαρντ Τζόουνς και Τζορτζίνα Σίγκαρ Τζόουνς στο Νόρφολκ της Βιρτζίνια. Την εποχή εκείνη το 1% περίπου όλων των γεννήσεων προέρχονταν από τεχνητή γονιμοποίηση και μέχρι στιγμής πάνω από 115.000 παιδιά έχουν γεννηθεί στις ΗΠΑ με τη μέθοδο αυτή. Στις μέρες μας, το ποσοστό των παιδιών που γεννιούνται με IVF έχει αυξηθεί σε 4%. (Wikipedia, 2007)

Η Τζέιν Μορ, 38ετών στην Καλιφόρνια, γέννησε τα 21 μηνών τρίδυμα από τεχνητή γονιμοποίηση (IVF) και τη μακροπρόθεσμη αποθήκευση εμβρύων. (Wikipedia, 2007)

Στην Αγγλία το 1990 ψηφίσθηκε ένας νόμος (Human Fertilization and Embryology Act 1990), ο οποίος οριοθετούσε το νομικό πλαίσιο της κλινικής πρακτικής και έρευνας στην εξωσωματική γονιμοποίηση. Ο νόμος αυτός όριζε ότι έμβρυα σε κρυοσυντήρηση πρέπει να διατηρούνται μόνο για μια περίοδο πέντε (5) ετών. Μετά το τέλος αυτής της περιόδου και μετά την συγκατάθεση και των δύο γονέων η περίοδος αυτή μπορεί να παραταθεί για άλλα πέντε (5) χρόνια. (Χηνιάδης, 2007)

Το 1996, με την πάροδο της πρώτης πενταετίας από το πέραςμα του νόμου, ήταν ανάγκη να αποφασιστεί η τύχη των εμβρύων που βρίσκονταν σε κρυοσυντήρηση στις κλινικές εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το θέμα αυτό προκάλεσε μεγάλο ενδιαφέρον στην κοινή γνώμη και καλύφθηκε εκτενώς από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Την 1η Αυγούστου 1996 περίπου 3.000 έμβρυα καταστράφηκαν από τις κλινικές! (Χηνιάδης, 2007)

1.2 ΑΙΤΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Τα κυριότερα αίτια για τις γυναίκες είναι περισσότερο κοινωνικά αφού αφιερώνουν τα γόνιμα χρόνια τους για να σπουδάσουν και να εξελιχθούν επαγγελματικά με συνέπεια να αναβάλλουν τη δημιουργία οικογένειας. Για τους άνδρες, η μείωση της γονιμότητας έχει να κάνει με την αποδυνάμωση του σπέρματος που προκαλείται από τον καθιστικό τρόπο ζωής, την επαφή με διάφορες χημικές ουσίες, το νέφος και άλλους παράγοντες. Η αλλαγή του τρόπου ζωής επηρεάζει το συνολικό αριθμό σεξουαλικών επαφών του ζευγαριού μειώνοντας τις πιθανότητες σύλληψης, καθώς η χρονική στιγμή της επαφής παίζει σημαντικότερο ρόλο. Το άγχος αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που επισημαίνεται στις δυσκολίες της γονιμότητας. (Onisenko, 2007)

1.2.1 Η υπογονιμότητα

Η υπογονιμότητα, τα τελευταία χρόνια, εμφανίζεται σε έναν μεγάλο και διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ζευγαριών, παίρνοντας διαστάσεις σοβαρού κοινωνικού προβλήματος. Ο αριθμός αυτός παγκοσμίως φτάνει τα 50-80 εκατομμύρια ζευγάρια. Στην Ελλάδα, τα υπογόνιμα ζευγάρια υπολογίζονται σε 250-300 χιλιάδες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 15% του γενικού πληθυσμού αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας. (Λαινάς, 2006)

Ένα ζευγάρι χαρακτηρίζεται υπογόνιμο όταν προσπαθεί συστηματικά πάνω από ένα έτος να επιτύχει εγκυμοσύνη και δεν το καταφέρνει, ενώ βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία.

Η τεχνητή γονιμοποίηση αποτελεί μια ακίνδυνη και αποτελεσματική λύση που έδωσε και δίνει τη χαρά σε χιλιάδες υπογόνιμα ζευγάρια να αποκτήσουν το δικό τους παιδί. 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. (Mammyland.com, 2007)

Η εξωσωματική γονιμοποίηση, όπως το λέει η λέξη, είναι η γονιμοποίηση έξω από το σώμα. Αντί η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο να γίνει στο φυσικό περιβάλλον, δηλαδή στη σάλπιγγα της γυναίκας, γίνεται στο εργαστήριο. Είναι μια μικρή «παράκαμψη» μιας συγκεκριμένης λειτουργίας του οργανισμού που για διάφορους λόγους δεν μπορεί να γίνει στο σώμα. Τα ωάρια όμως είναι της γυναίκας, τα σπερματοζωάρια του άνδρα και τα έμβρυα που προκύπτουν είναι δικά τους. Η γονιμοποίηση γίνεται στο εμβρυολογικό εργαστήριο τεχνητά και τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα από τον εξειδικευμένο γυναικολόγο. Αν προκύψει εγκυμοσύνη, η πορεία της είναι η ίδια με αυτήν από φυσική σύλληψη και τα παιδιά που γεννιούνται είναι εξ'ίσου υγιή και φυσιολογικά. (Λαϊνάς, 2006)

Η εφαρμογή της ICSI (ένεσης σπερματοζωαρίου στο ωάριο) επιλύει το πρόβλημα της ανδρικής υπογονιμότητας σχεδόν στο σύνολό του. Χάρη στην τεχνική αυτή, γνωστή ως μικρογονιμοποίηση, μπορούν να γίνουν πατέρες άνδρες με σοβαρά προβλήματα στον αριθμό και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, άνδρες που πριν από λίγα χρόνια δεν είχαν καμία ελπίδα τεκνοποίησης. (Λαϊνάς, 2006)

Για την γονιμοποίηση των ωαρίων χρειάζονται μόνο μερικά κινούμενα σπερματοζωάρια. Σε άνδρες με παθήσεις ή κακώσεις της σπονδυλικής στήλης (π.χ. παραπληγικοί), εάν υπάρχει απουσία εκσπερμάτισης, η λήψη σπέρματος μπορεί να γίνει με χρήση ειδικής συσκευής ηλεκτροδιέγερσης. Σε απουσία σπερματοζωαρίων στο λαμβανόμενο σπέρμα (αζωοσπερμία) ή σε απουσία εκσπερμάτισης, η λήψη σπερματοζωαρίων μπορεί ακόμη να γίνει χειρουργικά απ' ευθείας από την επιδιδυμίδα ή από τον όρχι (MESA, FNA, TESE). (Λαϊνάς, 2006).

Παράλληλα η laser λαπαροσκοπική και υστεροσκοπική χειρουργική αποτελεί μέθοδο εκλογής για τις παθήσεις που συνδέονται με υπογονιμότητα αλλά και μια σύγχρονη, ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης του συνόλου σχεδόν των καλοηθών γυναικολογικών παθήσεων. (Λαϊνάς, 2006)

Κατά το 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. (Mammyland.com, 2007)

Τα ωάρια τα οποία συλλέγονται διακολπικά 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. (Mammyland.com, 2007)

Από τους σημαντικούς 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 κυήσεων, όπως και τα αποτελέσματα από προηγούμενες θεραπείες που υποβλήθηκε το υπογόνιμο ζευγάρι. (Mammyland, 2007)

Όταν η γυναίκα ξεκινά την ορμονική θεραπεία μέχρι και το στάδιο της εμβρυομεταφοράς μεσολαβούν χρονικά κατά μέσο όρο 2 έως 4 εβδομάδες, ανάλογα με το πρόγραμμα διέγερσης των ωοθηκών που ακολουθείται. (Mammyland.com, 2007)

1.3 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το νομικό πλαίσιο που εφαρμόζεται στην Ελλάδα έχει ως βάση τα ακόλουθα:

1. Άρθρο 1471 του Αστικού Κώδικα
2. ΚΥΑ που εκδόθηκε μετά το σκάνδαλο του μολυσμένου σπέρματος, τον Μάρτιο του 1996.

Σύμφωνα με το άρθρο 1471 του Αστικού Κώδικα, ο σύζυγος της μητέρας δεν μπορεί να αρνηθεί την πατρότητα του παιδιού εφ' όσον έχει δώσει την συγκατάθεσή του για την σύλληψη μέσω τεχνητής γονιμοποίησης. Επίσης, η προσβολή της πατρότητας αποκλείεται ακόμα και μετά το θάνατο του παιδιού, εκτός αν είχε ήδη ασκηθεί η σχετική αγωγή. Η προσβολή ειδικά από το σύζυγο της μητέρας αποκλείεται:

1. αν αυτός αναγνώρισε ότι το παιδί είναι δικό του πριν γίνει αμετάκλητη η απόφαση για την προσβολή
2. αν συγκατάθεσε στη σύλληψη του παιδιού μαζί με τη σύζυγό του με τη μέθοδο της τεχνητής γονιμοποίησης.

Σύμφωνα με την ΚΥΑ και έχοντας υπόψη:

α) Το νομοθετικό κενό από τη μη έκδοση μέχρι σήμερα του Προεδρικού Διατάγματος που προβλέπεται από τις διατάξεις του άρθρου του Ν.2071/92, με το οποίο θα καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις συστάσεως και λειτουργίας μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης του ανθρώπου και κάθε λεπτομέρεια σχετικά με την ηθική, δεοντολογική, νομική και οικονομική ρύθμιση του όλου θέματος

β) Το κενό που υφίσταται από το μη καθορισμό μέχρι σήμερα επακριβών όρων ασφαλιστικής κάλυψης από τα διάφορα ταμεία ασφαλισμένων πολιτών για το σύνολο της διαδικασίας εξωσωματικής γονιμοποίησης

γ) Τους πιθανούς κινδύνους που μπορεί να προκύπτουν για τη Δημόσια Υγεία από την έλλειψη ουσιαστικής οργάνωσης των διαφόρων μονάδων, νοσηλευτικών τμημάτων ή και εργαστηρίων τα οποία εμπλέκονται στη διαδικασία τεχνητής

γονιμοποίησης και επομένως στην αδυναμία, με τα μέχρι σήμερα δεδομένα, άσκησης αποτελεσματικού ελέγχου στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών αυτών στους πολίτες, αποφασίστηκε ότι:

1. δεν επιτρέπεται η χρησιμοποίηση νωπού σπέρματος διακινούμενου με οποιονδήποτε τρόπο προς πραγματοποίηση ετερόλογης τεχνητής γονιμοποίησης από τα αντίστοιχα τμήματα ή μονάδες που λειτουργούν στα Νοσοκομεία ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ όλης της χώρας. Η απόφαση αυτή απευθύνεται και ως αυστηρή σύσταση προς τις διοικήσεις και τους υπεύθυνους των ιδιωτικών κλινικών ή μονάδων στις οποίες πραγματοποιούνται παρόμοιες ιατρικές πράξεις.
2. συνιστάται η χρησιμοποίηση μόνο κατεψυγμένου σπέρματος υπό την προϋπόθεση ότι έχουν πραγματοποιηθεί όλοι οι απαιτούμενοι επιστημονικοί έλεγχοι, όπως προβλέπονται από τις σχετικές οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και άλλων αντίστοιχων οργανισμών διεθνούς κύρους. Η τήρηση της σύστασης αυτής θα αποδεικνύεται από σχετικό πιστοποιητικό που θα υπογράφεται από τον υπεύθυνο της Τράπεζας Σπέρματος που θα χορηγεί το υλικό και θα κρατείται σε ειδικό αρχείο. Αντίγραφο του πιστοποιητικού αυτού θα συνοδεύει το υλικό και θα παραδίδεται στον υπεύθυνο γιατρό που πραγματοποιεί την πράξη τεχνητής γονιμοποίησης και θα κρατείται σε ειδικό αρχείο της Μονάδας Τεχνητής Γονιμοποίησης, δημόσιας ή ιδιωτικής. Τα πιστοποιητικά αυτά παραδίδονται προς έλεγχο σε κάθε περίπτωση που θα ζητηθεί από ειδικά εξουσιοδοτημένους ελεγκτές του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Οι Τράπεζες Σπέρματος οφείλουν να τηρούν πλήρες αρχείο δοτών σπέρματος, αυστηρά απόρρητο, με καταγεγραμμένα όλα τα προσωπικά τους στοιχεία (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνα, εθνικότητα και ιθαγένεια, κατάσταση υγείας - πλήρες ιατρικό ιστορικό) οι οποίοι και θα πρέπει ανά τρίμηνο να υποβάλλονται σε πλήρεις υγειονομικούς ελέγχους, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά νοσήματα μεταδιδόμενα με τη σεξουαλική επαφή. Πρόσβαση στο αρχείο των δοτών έχουν μόνο τα ειδικά εξουσιοδοτημένα όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και οι αρμόδιες δικαστικές αρχές. (ΚΥΑ,2007)

Τέλος, αποφασίστηκε ότι όλοι όσοι διατηρούν εργαστήρια, μονάδες ιδιωτικές ή δημόσιες, στις οποίες πραγματοποιείται οποιαδήποτε φάση -από τη λήψη και συντήρηση σπέρματος μέχρι και την πραγματοποίηση- κάθε μορφής τεχνητής γονιμοποίησης υποχρεούνται να προβούν στην κατάθεση σχετικής δήλωσης, στην οποία θα συμπεριλαμβάνεται ο ιδιοκτήτης και ο επιστημονικά υπεύθυνος του εργαστηρίου, της μονάδας ή του τμήματος νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής, η διεύθυνση, ο χρόνος έναρξης λειτουργίας και οι πραγματοποιούμενες πράξεις που σχετίζονται με την τεχνητή γονιμοποίηση. Η δήλωση αυτή πρέπει να κατατίθεται και να απευθύνεται προς τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή στις Διευθύνσεις Υγείας και Δημόσιας Υγιεινής και Διευθύνσεις Υγείας Πρόνοιας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων της χώρας (ΚΥΑ, 2007)

Η ελληνική νομοθεσία έχει προβλέψει τις διαδικασίες της τεχνητής γονιμοποίησης. Ειδικότερα, ο νόμος για την «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (3305/2005) περιγράφει λεπτομερώς τις τεχνικές που πρέπει να χρησιμοποιούνται στη διαδικασία και τους περιορισμούς που τίθενται. Μέσα σ' αυτό περικλείονται τα περισσότερα θέματα που αφορούν στην τεχνητή γονιμοποίηση. Αν και το γενικό πλαίσιο χαρακτηρίζεται ως «φιλελεύθερο», ο νόμος προβλέπει τα περισσότερα ηθικά διλήμματα που ενδεχομένως να παρουσιαστούν. (Onisenko, 2007)

Αυτή η νομική «ελαστικότητα» παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της τεχνητής γονιμοποίησης στη χώρα μας ενώ μπορεί να καταστεί και μια πολύ κερδοφόρα πηγή. Στην Ιταλία, για παράδειγμα, ψηφίστηκε ένας πολύ αυστηρός νόμος που ως αποτέλεσμα είχε τα ποσοστά τεκνοποίησης που προκύπτουν από την τεχνητή γονιμοποίηση να παραμείνουν σε χαμηλά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα απαγορεύονται: η χρήση σπέρματος από δότη, η κρυοσυντήρηση εμβρύου, η χρήση ξένων ωαρίων κ.α. Ανάλογη νομοθεσία ισχύει στην Αγγλία, στη Γερμανία και σε άλλες χώρες. (Onisenko, 2007)

Ειδικότερα, στην Αγγλία η τεχνητή γονιμοποίηση με το θεσμό της δανεικής μήτρας απαγορεύτηκε το 1985 μετά την υπόθεση "Μπέμπι Κόττον", στην οποία το Δικαστήριο εκδίκασε την υπόθεση ενός ζευγαριού αμερικανών που ζήτησε από την Αγγλίδα Κιμ Κόττον να κυοφορήσει το παιδί τους έναντι αμοιβής. Η υπόθεση έφθασε στα δικαστήρια, καθώς η Κιμ Κόττον δεν συμφώνησε να δώσει το παιδί στους ανάδοχους γονείς. Έτσι, η μητρότητα έπρεπε να οριστεί και νομικά. Ως

νόμιμη μητέρα, λοιπόν, ορίστηκε ότι είναι η κυοφορούσα και ως νόμιμος πατέρας, εφόσον η εγκυμονούσα είναι παντρεμένη, ο νόμιμος σύζυγός της. (Αντύπας, 2003)

Ας ρίξουμε μια ματιά και στην υπόθεση "μπέιμπι Μ.". Η όλη υπόθεση ξεκίνησε το 1985 στο Ντιτρόιτ, στο γραφείο του αμερικανού δικηγόρου Νόελ Κιν, όπου ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί μέσω μιας δανεικής μήτρας συναντούν κοπέλες πρόθυμες να νοικιάσουν τις αναπαραγωγικές τους ικανότητες. Στο γραφείο αυτό έγινε η γνωριμία του ζεύγους Στερν με την 26χρονη Μαίρη Μπεθ Γουάιτχεντ, παντρεμένη και μητέρα δύο παιδιών, όπου και κλείστηκε η ιδιόρρυθμη συμφωνία τους. Επειδή η κυρία Στερν υπέφερε από μία μορφή σκλήρυνσης κατά πλάκας και φοβόταν επιδείνωση της υγείας της από μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, η Μαίρη Μπεθ ανέλαβε να υποβληθεί σε τεχνητή γονιμοποίηση με το σπέρμα του κυρίου Στερν, να κυοφορήσει το παιδί τους σύμφωνα με τους όρους ενός αυστηρού συμβολαίου και να το παραδώσει στο ζεύγος Στερν αμέσως μετά τον τοκετό. Όπως όριζε το συμβόλαιο, η Μαίρη Μπεθ Γουάιτχεντ επρόκειτο να λάβει το ποσό των 10.000 δολαρίων μόλις παρέδιδε το παιδί στους γονείς, ενώ σε περίπτωση αποβολής πριν από τον πέμπτο μήνα δεν είχε δικαίωμα να διεκδικήσει αποζημίωση. Το συμβόλαιο τηρήθηκε κατά γράμμα από τη νεαρή αμερικανίδα, με μία μόνο διαφορά. Από τη στιγμή που το νεογέννητο παραδόθηκε στους Στερν, η Μαίρη Μπεθ Γουάιτχεντ έκανε τα πάντα για να της το επιστρέψουν. Απειλώνοντας ότι θα σκοτώσει την "μπέιμπι Μ." και έπειτα θα αυτοκτονήσει, εξασφάλισε να της δώσουν το μωρό για λίγες ημέρες. Τότε το απήγαγε και το έκρυψε στο σπίτι των γονιών της στη Φλόριδα. Το παιδάκι ήταν ήδη τεσσάρων μηνών όταν το εντόπισαν οι ιδιωτικοί αστυνομικοί που είχε προσλάβει το ζεύγος Στερν. Το δικαστήριο που ακολούθησε διήρκεσε 32 ημέρες, κατά τις οποίες και οι δύο πλευρές έβαλαν τα δυνατά τους να αποδείξουν ότι το δίκιο ήταν με το μέρος τους. Η Μαίρη Μπεθ πρόβαλε τη μητρική της αγάπη, ο κύριος Στερν το πατρικό του φίλτρο και την καλή οικονομική του κατάσταση που κατά τη γνώμη του εξασφάλιζε στο παιδί ένα ανέμελο μέλλον. Η απόφαση του δικαστή Σόρκοου σύμφωνα με την οποία κάθε γυναίκα μπορεί να διαθέτει όπως θέλει τη μήτρα της και κάθε άντρας μπορεί να πουλάει το σπέρμα του, υποχρέωσε τη Μαίρη Μπεθ Γουάιτχεντ να τηρήσει ένα συμβόλαιο που είχε συνάψει νομίμως. Ξεσήκωσε, ωστόσο, θύελλα διαμαρτυριών από εκείνους που θεωρούν ότι "υπάρχουν όρια στα εμπορεύματα που μπορούν να διακινούνται ελεύθερα στην αγορά", κατά τη διατύπωση του καθηγητή του Οικογενειακού

Δικαίου Λάρι Πάλμερ. Πιο κοντά στην αντίληψη που είχε εκφράσει η φεμινίστρια Μπέτι Φρίνταν, ότι δηλαδή ο δικαστής Σόρκοου επέδειξε μια "τρομακτική περιφρόνηση στα ανθρώπινα δικαιώματα των γυναικών", ένα δεύτερο δικαστήριο θα αποφάσιζε αργότερα ότι η Μαίρη Μπεθ Γουάιτχεντ έχει δικαίωμα να βλέπει κατά καιρούς τη Μελίσα που στο μεταξύ έχει γίνει εννέα ετών. (iospress.gr, 2007)

1.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΤΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

1.4.1 Αύξηση Ορίων Ηλικίας Τεκνοποιίας

Η δυνατότητα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η εξάλειψη του προβλήματος της υπογονιμότητας έχουν σαν συνέπεια τα ζευγάρια να παντρεύονται και να τεκνοποιούν σε μεγάλη ηλικία. Ο χρόνος τεκνοποίησης ορίζεται πλέον με βάση τις ανάγκες των γονέων αλλά και των άλλων τέκνων της οικογένειας. Οι Ελληνίδες καθυστερούν το γάμο μιας και θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα την επαγγελματική και οικονομική αποκατάσταση και το ίδιο συμβαίνει και με τους άνδρες. Έτσι, ως συνέπεια, παρατηρούμε τη μείωση της γονιμότητας και της ικανότητας τεκνοποίησης. Επίσης, σημαντική αιτία για τις δυσκολίες που συναντούν τα ζευγάρια στην αναπαραγωγή είναι και οι παθολογικοί παράγοντες. Από στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 300.000 ζευγάρια τα οποία έχουν πρόβλημα τεκνοποίησης. (Φωτίου, 2006)

Ειδικότερα, η μεγάλη αναπαραγωγική ηλικία ενέχει ρίσκα για την υγεία της γυναίκας που αποφασίζει να τεκνοποιήσει. Η εφαρμογή θεραπείας γονιμότητας σε μια γυναίκα με μεγάλη αναπαραγωγική ηλικία διαταράσσει την ορμονική της ισορροπία. Η ιατρική δεοντολογία επιβάλλει στους ιατρούς να αναγγέλλουν πρώτα απ' όλα τις μειωμένες πιθανότητες επιτυχίας των τεχνητών αναπαραγωγικών λύσεων και έπειτα, ακόμα και στην επιτυχή σύλληψη με την εφαρμογή των εν λόγω μεθόδων, να επισύρουν την προσοχή στην ύπαρξη διαφόρων πιθανών κινδύνων για την υγεία τόσο του εμβρύου όσο και της επίδοξης μητέρας αλλά και του παιδιού εάν αυτό γεννηθεί ζωντανό. Όροι όπως χρωμοσωματικές αλλοιώσεις, αναπτυξιακές και άλλες ανωμαλίες στο έμβryo, προεκλαμψία, αποβολή, διαβήτης, αποκόλληση του πλακούντα και προδρομικός πλακούντας ίσως ακούγονται ανησυχητικοί αλλά πρέπει να γίνουν ευρέως γνωστοί. Αντί αυτού βέβαια, είδαμε να προβάλλεται ευρέως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης το «αναπαραγωγικό θαύμα» της 67χρονης νέας μητέρας από τη Ρουμανία. Να σημειωθεί όμως, ότι η κριτική για μια γυναίκα μεγάλης αναπαραγωγικής ηλικίας που επιζητά την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή δεν θα

μπορούσε να εστιάζει μόνο στους κινδύνους της εγκυμοσύνης εξαιτίας της γήρανσης του σώματος και της διατάραξης της λειτουργίας του, δεδομένου πως και η εγκυμοσύνη σε μια νεαρή γυναίκα μπορεί να είναι επικίνδυνη για πολλούς άλλους λόγους. (Middleton, 2007)

Το ζήτημα της μητρότητας σε προχωρημένη ηλικία δεν παύει να είναι και κοινωνικό, αφού ανεξάρτητα από τη δυνατότητα μιας γυναίκας 63 ετών να φέρει εις πέρας μια εγκυμοσύνη φέρνοντας στον κόσμο ένα υγιές παιδί το ζήτημα θα τεθεί εν συνεχεία αναφορικά με τη δυνατότητα της να λειτουργήσει ως μητέρα. Για λόγους κοινωνικής δικαιοσύνης υπήρξε μία άποψη ότι θα έπρεπε να συνάδουν οι περιορισμοί τόσο στη δυνατότητα υιοθεσίας ενός παιδιού όσο και στην δυνατότητα γέννησης του με χρήση μεθόδων υποβοηθούμενης παραγωγής. (JAMA, 2002)

Επισημαίνεται ότι σε πολλές χώρες του κόσμου, για λόγους κοινωνικής δικαιοσύνης σε ότι αφορά την τεκνοποιία σε μεγάλη ηλικία, δεν υπάρχει ξεκάθαρος νομικός περιορισμός για το ανώτατο όριο ηλικίας του ατόμου που επιδέχεται θεραπεία γονιμότητας. Υπάρχει βέβαια σχετικός διάλογος αλλά ο μόνος μηχανισμός ρύθμισης της κατάστασης μέχρι στιγμής τίθεται εμμέσως και ασαφώς από τους ιατρούς (ανομοιομόρφα) και από το καθήκον τους να λαμβάνουν υπόψη το συμφέρον του μελλοντικά γεννημένου παιδιού. Η αρμοδιότητα αυτή των ιατρών, όπως είναι λογικό, τίθεται συχνά υπό αμφισβήτηση. (Middleton, 2007)

Συγκριτικά, σε άλλα δίκαια (Ελλάδας και Γαλλίας), επιτρέπεται η λήψη θεραπείας γονιμότητας όταν η γυναίκα είναι σε ηλικία φυσικής αναπαραγωγικής ικανότητας. Πρόκειται για γενικά διατυπωμένες φόρμουλες που ενώ ενδεικνύουν τη γενικότερη πρόθεση αποτροπής των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών να χρησιμοποιούν υποβοηθητικές μεθόδους γονιμοποίησης, παραμένουν ασαφείς και κατά συνέπεια προβληματικές στο βαθμό που μπορούν να δημιουργήσουν καταστάσεις ανισότητας. Όσον αφορά τους νόμους περί υιοθεσίας στις ίδιες προαναφερόμενες χώρες (Ελλάδα και Γαλλία.), στο ελληνικό δίκαιο τίθεται άμεσο ανώτατο όριο ηλικίας του ατόμου που υιοθετεί η ηλικία των 60 χρόνων ενώ στο γαλλικό δίκαιο το ανώτατο όριο ηλικίας προκύπτει έμμεσα από τον συνδυασμό των πιο πάνω διατάξεων, λαμβανομένων υπόψη και άλλων ρυθμίσεων που αφορούν τη διαφορά ηλικίας ανάμεσα στο άτομο που υιοθετεί και στο άτομο που υιοθετείται κλπ. δημιουργώντας μια κοινωνική εξισορρόπηση που υποστηρίζει λίγο πολύ ότι υποβοηθούμενη

αναπαραγωγή και υιοθεσία είναι θέματα εντελώς άσχετα μεταξύ τους. (Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, 2003)

1.4.2 Ψυχολογικές και Ψυχοκοινωνικές συνέπειες στα παιδιά

Σύμφωνα με το Μάνουελ, πολλά παιδιά, που γεννήθηκαν με τεχνητή γονιμοποίηση από δότη σπέρματος, παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα. Το 1990 διεξήχθη μια έρευνα με σκοπό να εκτιμηθεί ο συναισθηματικός και ψυχικός κόσμος αυτών των παιδιών. Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες εκ των οποίων η μια αποτελούταν από παιδιά που ήρθαν στον κόσμο με τεχνητή γονιμοποίηση και η άλλη από παιδιά που προήλθαν από φυσική γονιμοποίηση. Ο αριθμός των παιδιών ήταν 112 και στις δύο περιπτώσεις. Είχαν τα ίδια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, την ίδια ηλικία της μητέρας και την ίδια σειρά μέσα στην οικογένεια.. Η όλη μελέτη έγινε με ειδικά ερωτηματολόγια στην ηλικία των 3 μηνών, των 18 μηνών και των 3 χρόνων σχετικά με την ψυχοσωματική τους ανάπτυξη και τις σχέσεις τους με τους γονείς τους.

Αποδείχτηκε ότι τα παιδιά αυτά δεν παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Συγκεκριμένα,

- προηγούνται στην απόκτηση του λόγου στους 18 μήνες και
- αποκτούν πρωιμότερα έλεγχο σφιγκτήρων.

Έχουν όμως και διαφορές, στατιστικά σημαντικές, που αφορούν σε δυσκολίες συναισθηματικής και παθολογικής φύσεως μιας και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας:

- αρρωσταίνουν συχνότερα μέχρι την ηλικία των 3 μηνών και
- παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου, διατροφής και συμπεριφοράς στην ηλικία των 18 μηνών.

Αποδείχτηκε ότι οι συναισθηματικές τους διαταραχές προέρχονται από την αύξηση των ψυχολογικών προβλημάτων των μητέρων τους. (Manuel, et al 1990)

1. 4. 3 Τεχνητή γονιμοποίηση και συγκρουόμενες ηθικές αξίες

Η τεχνητή γονιμοποίηση έχει προκαλέσει μεγάλη αναταραχή στο χώρο της ηθικής, της πολιτικής και του δικαίου. Η υποβοήθηση της διαδικασίας αναπαραγωγής παρ'ότι αρχικά δεν είχε συναντήσει ιδιαίτερα έντονες αντιδράσεις, όπως για παράδειγμα η έκτρωση, άρχισε να αντιμετωπίζεται ως η νέα απειλή στις σχέσεις γονέων - τέκνων, στις σχέσεις μεταξύ γενεών, στο θεσμό της οικογένειας.(Κακλαμάνης, 2002)

Με την τεχνητή γονιμοποίηση δίνεται η δυνατότητα για την αρχή της αναπαραγωγικής αυτονομίας. Η αρχή της αυτονομίας του ατόμου, που αποτελεί το θεμέλιο λίθο των δυτικών κοινωνιών, έχει ως όριο την πρόκληση βλάβης σε άλλους. Η μεταφορά της αρχής αυτής στο ζήτημα της επιλογής της τεχνητής αναπαραγωγής, συνεπάγεται ακόμα και τη νομιμοποίηση της κλωνοποίησης. Η πιο ακραία εκδοχή αυτής της άποψης εκφράζεται από τον Βρετανό συγγραφέα Χάρις (Rights and Reproductive Choice), κατά τον οποίο «η αρχή της αναπαραγωγικής αυτονομίας μπορεί να ερμηνευτεί έτσι ώστε να περιλαμβάνει το δικαίωμα της αναπαραγωγής με τα γονίδια που επιλέγουμε και στα οποία έχουμε νόμιμη πρόσβαση, ή να αναπαρθούμε με τρόπους που εκφράζουν τις αναπαραγωγικές επιλογές μας ή τις απόψεις μας για τα είδη των ανθρώπων που θεωρούμε ορθό να δημιουργήσουμε».(Κακλαμάνης, 2002)

Με βάση την εκδοχή του Χάρις για τη δυνατότητα επιλογής, δεν τίθεται θέμα συναίνεσης ή άρνησης των μεθόδων τεχνητής αναπαραγωγής ή των όποιων ελέγχων ή εξετάσεων που αυτές συνεπάγονται, αλλά απλώς θέμα επιλογής μεταξύ πιθανών ζωών και πιθανών μορφών ζωής. Άλλοι προχωρούν ακόμη παραπέρα, δεχόμενοι ότι η αυτονομία αναπαραγωγής υπερισχύει σε όλες τις αμφιβολίες και συγκρούσεις, μετατοπίζοντας στους πολέμιους κάποιας μεθόδου της τεχνητής αναπαραγωγής το βάρος να αποδείξουν ότι επιβλαβείς συνέπειες αυτής της μεθόδου δικαιολογούν τον περιορισμό της αναπαραγωγικής επιλογής. (Κακλαμάνης, 2002)

Τρία βασικά κοινωνικά ζητήματα αναδεικνύονται από την εφαρμογή της τεχνητής γονιμοποίησης στον άνθρωπο σύμφωνα με την Ορθόδοξη παράδοση. Πρώτον, η διατάραξη του οικογενειακού θεσμού, αφού δεν είναι πλέον απαραίτητη η παρουσία και του πατέρα και της μητέρας. Αυτομάτως τίθεται προβληματισμός για το μυστήριο του γάμου, αφού η απόκτηση απογόνων καθίσταται εφικτή από ομοφυλοφιλικά

ζευγάρια και μοναχικά ανύπανδρα άτομα. Δεύτερον, η διατάραξη των σχέσεων μεταξύ των γονέων και παιδιού, μιας και το παιδί δεν θα έχει σχέση με ένα πατέρα και μία μητέρα, αλλά με ένα πατέρα ή ακόμη και μία μητέρα, ή στη χειρότερη περίπτωση με δύο μητέρες ή δύο πατέρες (ομοφυλοφιλία), ή με δύο άτομα που θα συναλλάσσουν τους ρόλους πατρότητας και μητρότητας. Έντονα προβληματίζει στην περίπτωση αυτή το ζήτημα της δημιουργίας παιδιών από ένα άτομο που ισοδυναμεί με προμελετημένη, εκούσια ορφάνια. Τρίτον και βασικότερον, η διατάραξη της αναγκαιότητας μιας διφυλετικής κοινωνίας, αφού με την κλωνοποίηση για μια νέα δημιουργία δεν είναι αναγκαία η συμμετοχή του ανδρικού οργανισμού. (Γρινιεζάκης, 2003)

Η Ορθόδοξη Εκκλησία δίνει μεγάλη σημασία στο ανδρόγυνο και στην οικογένεια. Ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος επεσήμανε την αναγκαιότητα και του πατέρα και της μητέρας μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και τον ξεχωριστό ρόλο που επιτελεί ο κάθε ένας για την ολοκλήρωση και διαμόρφωση του παιδιού (Γρινιεζάκης, 2003)

Εάν εφαρμοστεί τεχνητή γονιμοποίηση σε άγαμα μοναχικά άτομα ή ομοφυλοφιλικά ζευγάρια, δημιουργείται μια αφύσικης μορφής οικογένεια με την έλλειψη του ενός γονέα ή με την παρουσία δύο γονέων του ίδιου φύλου. Ειδικότερα στην πρώτη φάση της κοινωνικοποίησης, που πραγματοποιείται κατά τα τρία πρώτα χρόνια της ανθρώπινης ζωής, έχει μεγάλη σημασία για το βρέφος η ύπαρξη της μητέρας. Γι' αυτό η απουσία της από το σπίτι επιδρά αρνητικά στην κοινωνικοποίηση του παιδιού. Εάν κατά τη δεύτερη φάση της κοινωνικοποίησης του παιδιού κατά την οποία τα παιδιά έρχονται σε σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον δεν υπάρχει πατέρας θα επηρεαστεί αρνητικά η κοινωνικοποίηση του παιδιού. (Μαντζαρίδη, 1995:320-356).

Επομένως, ο θεσμός της οικογένειας δεν εξασφαλίζει μόνο τις οικονομικές και βιολογικές ανάγκες των παιδιών αλλά την ανάπτυξη και άλλων αρετών χωρίς τις οποίες δεν μπορεί να διατηρηθεί κοινωνία. (Κυριακίδη, 1987).

Με την εφαρμογή της τεχνητής γονιμοποίησης από μοναχικά άτομα δεν μπορεί να υπάρξει οικογένεια και δεν είναι δυνατή η ανάπτυξη της σχέσης γονέων και παιδιού. Αυτό έχει σαν συνέπεια τα παιδιά που γεννιούνται να εμφανίζουν ποικίλα

ψυχολογικά προβλήματα. Γίνονται άτομα κατά παραγγελία τα οποία φέρουν από την πρώτη στιγμή της γεννήσεώς τους τα στίγματα της αδικίας από την απάνθρωπη και εγωιστική συμπεριφορά των γονέων τους. Συνεπώς η μέθοδος της τεχνητής γονιμοποίησης σε μονογονεϊκές ή ομοφυλικές οικογένειες διαταράσσει έντονα το δικαίωμα του παιδιού να γεννηθεί φυσιολογικά, να ενταχτεί μέσα σε ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον και να έχει πατέρα και μητέρα. (Γρινιεζάκης, 2003)

Η εφαρμογή δανεικής μήτρας για την τεκνοποιία ενέχει ηθικό δίλημμα. Συγκεκριμένα, το ηθικό δίλημμα για την ορθότητα της τεκνοποιίας με δανεική μήτρα πηγάζει από το γεγονός ότι η δομή της οικογένειας στη σημερινή κοινωνία απαιτεί την ύπαρξη δύο ετερόφυλων γονέων. Αυτό βέβαια δεν ισχύει απολύτως, επειδή υπάρχουν και μονογονεϊκες οικογένειες, αλλά και οικογένειες ομοφυλοφίλων. Σε κάποια άλλη κοινωνία ενδεχομένως, τα πράγματα να ήταν περισσότερο απλά, όπως σε μια κοινωνική δομή όπου το παιδί δεν θα ήταν ιδιοκτησία των γεννητόρων, αλλά θα μεγάλωνε στο πλαίσιο μιας ομάδας. Τότε η δότρια μήτρας θα μπορούσε να μεγαλώσει το παιδί της από κοινού με τους ανάδοχους γονείς. Κάτι τέτοιο σήμερα, εάν η δότρια μήτρας ήταν μια άγνωστη, θα υπονόμει το θεσμό του γάμου. Στις περιπτώσεις που η αναπληρούσα μητέρα είναι αδελφή, συγγενής ή φίλη του ζευγαριού και έχει τη δυνατότητα, αφενός να κρίνει την αναγκαιότητα του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί και αφετέρου να συμμετέχει στην ανατροφή του, το πρόβλημα φαίνεται να είναι μικρότερο. Η πρόθεση, όμως, προσφυγής σε γνωστή ή συγγενή για δωρεά μήτρας τουλάχιστον στην Ελλάδα, είναι μικρότερη από την πρόθεση προσφυγής σε άγνωστη (Χλιαουτάκης, 2001)

1. 4. 4 Είναι η τεχνητή γονιμοποίηση δικαίωμα;

Ένα από τα διλήμματα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι το κατά πόσον η αναπαραγωγή είναι δικαίωμα ή όχι. Και εφόσον είναι, η επιθυμία άσκησής του είναι σημαντικότερη των ηθικών προβλημάτων που προκύπτουν; Το δικαίωμα της αναπαραγωγής συνίσταται στο δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει αν και πότε θα αποκτήσει παιδιά. Όταν όμως η απόκτηση παιδιών δεν είναι δυνατή με ίδια μέσα λόγω βιολογικής αδυναμίας του ενός ή και των δύο επίδοξων γονέων, το δικαίωμα

της αναπαραγωγής όπως ορίζεται παραπάνω γίνεται πολύπλοκο. Η άσκησή του δεν περιορίζεται μόνο στη δυνατότητα κάποιων να κάνουν κάτι ή απλά να απολαύσουν ένα αγαθό, αλλά προϋποθέτει συγκεκριμένες συμπεριφορές από το άτομο ώστε να είναι δυνατή η άσκηση του δικαιώματος (Van Der Akker, 2000) .

Τα άτομα που είναι υποχρεωμένα σε συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι αρχικά οι εμπλεκόμενοι στη διαδικασία επαγγελματίες (ιατροί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, νομικοί κ.λ.). Τον πρωτεύοντα όμως ρόλο διαδραματίζει η δότρια της μήτρας, η οποία όχι μόνο υποχρεώνεται σε συγκεκριμένη συμπεριφορά, αλλά στερείται και βασικών δικαιωμάτων, όπως αυτού της ανάπτυξης σχέσεων με το παιδί παρ'όλο που στην ουσία αποτελεί δικό της δημιούργημα. Αναγκάζεται δηλαδή εκ των πραγμάτων να υπακούσει σε συγκεκριμένους τρόπους συμπεριφοράς και να απαρνηθεί το μητρικό της ένστικτο με τη υιοθέτηση μιας ψυχρής-επαγγελματικής νοοτροπίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ. ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΗΜΕΡΑ

2.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Για την εξωσωματική γονιμοποίηση απαιτούνται τα εξής βασικά στάδια (Λαινάς, 2006):

- Διερεύνηση και διάγνωση της υπογονιμότητας.
- Προκαταρκτικές εξετάσεις.
- Διέγερση της ωοθήκης με φαρμακευτική αγωγή (12-14 ημέρες) με σκοπό την ανάπτυξη πολλών ωοθυλακίων.
- Παρακολούθηση της διέγερσης με σειρά υπερηχογραφημάτων και ορμονικών προσδιορισμών.
- Πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας (εφ' άπαξ βραδινή ένεση).
- Συλλογή των ωαρίων (ωοληψία).
- Γονιμοποίηση και καλλιέργεια εκτός του σώματος (2-6 ημέρες).
- Εμβρυομεταφορά.
- Έλεγχος κήσεως (13 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά, με αιμοληψία για μέτρηση των επιπέδων της ορμόνης β-χοριακής γοναδοτροπίνης).
- Έλεγχος κλινικής κήσεως με διακολπικό υπερηχογράφημα (4 εβδομάδες μετά την εμβρυομεταφορά).
- Έλεγχος εξελισσόμενης κήσεως την 12η εβδομάδα κήσεως (10 εβδομάδες μετά την εμβρυομεταφορά). Η εκτίμηση γίνεται από τον θεράποντα μαιευτήρα - γυναικολόγο διότι το έργο της μονάδας έχει ολοκληρωθεί.

2.1.1 Διερεύνηση και διάγνωση της υπογονιμότητας- Προκαταρκτικές εξετάσεις

Οι προκαταρκτικές εξετάσεις πριν την ένταξη σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης περιλαμβάνουν: την εξέταση σπέρματος, τις ορμονικές εξετάσεις και το διακολπικό υπερηχογράφημα, έλεγχο για πιθανή εμφάνιση ηπατίτιδας, HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, το τεστ-Παπ, το μαστολογικό έλεγχο σε γυναίκες άνω των 35 ετών και τέλος καρδιολογική εξέταση. (Τριανταφυλλοπούλου, 2006)

Τα αποτελέσματα από τις ανωτέρω εξετάσεις και η αξιολόγηση των στοιχείων του κλινικού ιστορικού και των λοιπών εξετάσεων γίνονται πριν από την έναρξη του θεραπευτικού προγράμματος.

2.1.2 Διέγερση της ωοθήκης με φαρμακευτική αγωγή

Η τεχνητή γονιμοποίηση πραγματοποιείται με τη μεταφορά στη μήτρα περισσότερων του ενός εμβρύων καλής ποιότητας. Όμως, τα έμβρυα που προκύπτουν από εξωσωματική γονιμοποίηση δεν έχουν πάντοτε την επιθυμητή ποιότητα. Επομένως, για να έχουμε δυνατότητα επιλογής, χρειάζεται να διαθέτουμε αρκετά έμβρυα, που θα προκύψουν από γονιμοποίηση περισσότερων ωαρίων. Τα ωάρια θα τα συλλέξουμε από πολλά ωοθυλάκια με τη διαδικασία της ωοληψίας. Για να εξασφαλίσουμε μεγάλο αριθμό ωοθυλακίων (επομένως και ωαρίων) εφαρμόζουμε φαρμακευτικά σχήματα (πρωτόκολλα) ελεγχόμενης διέγερσης της λειτουργίας των ωοθηκών, με σκοπό την πολλαπλή ανάπτυξη ωοθυλακίων (Χριστοφορίδης, 2007).

Τα κυριότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη διέγερση της ωοθήκης είναι φάρμακα που είναι ανάλογα της ορμόνης GnRH, και έχουν σκοπό να αναστείλουν την άκαιρη αύξηση της ορμόνης LH που προκαλεί την ωοθυλακιόρρηξη. Έτσι, αποτρέπεται η ανεπιθύμητη ρήξη των ωοθυλακίων πριν την ωοληψία. Στο

παρελθόν, όταν δεν υπήρχαν ανάλογα φάρμακα της ορμόνης GnRH, σημειωνόταν ακύρωση της προσπάθειας σε ποσοστό περίπου 20-30%, λόγω αύξησης της LH και της πρόωρης ωοθυλακιορρηξίας (Μητέρα, 2007) .

Όταν γίνεται η διέγερση των ωοθηκών ελέγχεται παράλληλα η ανάπτυξη των ωοθυλακίων και το αυξανόμενο πάχος του ενδομητρίου (με διακολλικά κολλικά υπερηχογραφήματα), αλλά και τα επίπεδα ορμονών, όπως E2, LH, σπανιότερα PRG (με αιμοληψίες). (Λαινάς, 2006)

2.1.3 Πρόκληση της ωοθυλακιορρηξίας

Το επόμενο στάδιο μετά από φαρμακευτική θεραπεία είναι η ωοθυλακιορρηξία. Την ημέρα που τα ωοθυλάκια έχουν ωριμάσει αρκετά και σε συγκεκριμένη ώρα γίνεται η ένεση, η οποία θα προγραμματίσει την ωοθυλακιορρηξία. Η ένεση γίνεται αργά το βράδυ ή μετά τα μεσάνυχτα. Η ωοθυλακιορρηξία αναμένεται περίπου 36 ώρες αργότερα. Η ένεση αυτή ολοκληρώνει και την επίτονη φάση των καθημερινών ενέσεων. Μετά από αυτήν, διακόπτονται όλα τα φάρμακα που περιέχουν ανάλογα της GnRH και γοναδοτροπίνες. Η επόμενη ημέρα είναι ημέρα ξεκούρασης και προετοιμασίας για την ωοληψία. Εάν η ένεση αυτή δεν γίνει καθόλου, η ωοληψία θα πρέπει να ακυρωθεί, ή να αναβληθεί, καθώς τα ωάρια δεν θα έχουν ωριμάσει και θα είναι αδύνατον να τα συλλέξουμε από την ωοθήκη. Εάν δεν γίνει η ένεση πρέπει απαραίτητα να ενημερωθεί η μονάδα το επόμενο πρωινό, για να επαναπρογραμματισθεί η ωοληψία και να μην χαθεί ο κύκλος. (Λαινάς, 2006)

2.1.4 Συλλογή των ωαρίων (ωοληψία)

Το επόμενο στάδιο μετά από την ωοθυλακιορρηξία είναι η ωοληψία όπου είναι η διαδικασία λήψης των ωαρίων από τις ωοθήκες. Η ωοληψία γίνεται σε ειδική αίθουσα της μονάδας σε αποστειρωμένες συνθήκες χειρουργείου, σε προγραμματισμένη ώρα, περίπου 35-36 ώρες μετά την τελευταία ένεση. Η ωοληψία διενεργείται από τον γυναικολόγο διακολλικά, υπό συνεχή υπερηχογραφικό έλεγχο,

ώστε να υπάρχει ακρίβεια στους χειρισμούς του. Τα ωοθυλάκια παρακεντώνται διαδοχικά μέσω μιας βελόνης, που διαπερνά το τοίχωμα του κόλλου. (Μητέρα, 2007)

Το περιεχόμενο του κάθε ωοθυλακίου το οποίο διαχέεται διαδοχικά μέσω μιας βελόνης αναρροφάται σε ειδικά σωληνάκια και παραδίδεται αμέσως στο εμβρυολογικό εργαστήριο. Ο εμβρυολόγος εντοπίζει τα ωάρια και τα τοποθετεί σε ειδικά μικρά δοχεία, που ονομάζονται τρυβλία, με καλλιεργητικό θρεπτικό υλικό. (Λαϊνάς, 2006)

Η ωοληψία γίνεται υπό ενδοφλέβια αναλγησία όπου χορηγείται από τον αναισθησιολόγο και διαρκεί 20-30 λεπτά. Μετά από την ωοληψία ακολουθεί παραμονή σε θάλαμο νοσηλείας για παρακολούθηση και ανάπαυση από 30 λεπτά έως 1 ώρα. (Χηνιαδάς, 2007)

2.1.5 Γονιμοποίηση και καλλιέργεια εκτός του σώματος

Αμέσως μετά τη σπερμοληψία, με ειδική επεξεργασία (ενεργοποίησης-συμπύκνωσης), επιλέγονται τα πλέον κινητά και μορφολογικώς υγιή σπερματοζωάρια. Αυτά παραμένουν στο εργαστήριο, υπό άσηπτες συνθήκες καλλιέργειας σε θρεπτικό υλικό μέχρι να τοποθετηθούν σε επαφή με τα ωάρια. (Αρκουλής, 2005)

Έπειτα από 16-20 ώρες μετά την λήψη και την παραμονή των ωαρίων και σπερματοζωαρίων σε συνθήκες καλλιέργειας, γίνεται ο έλεγχος της γονιμοποίησης. Ο εμβρυολόγος παρατηρεί στο μικροσκόπιο και καταγράφει πόσα ωάρια έχουν γονιμοποιηθεί φυσιολογικά, ενώ απομονώνει εκείνα που έχουν γονιμοποιηθεί ανώμαλα (π.χ. πολυσπερμικά). Τα πολυσπερμικά έμβρυα δεν πρέπει να μεταφέρονται στη μήτρα, διότι ενοχοποιούνται για παθολογικές κινήσεις (αποβολές, μύλη).

Τα φυσιολογικά έμβρυα τοποθετούνται και πάλι σε καλλιέργεια και συνεχίζουν να αναπτύσσονται. Σε όλο το διάστημα παραμονής τους στο εργαστήριο (συνήθως για 2 ή 3 ημέρες) ελέγχεται περιοδικά η ομαλή εξέλιξή τους. (wikipedia, 2007)

Για να επιτευχθεί η εγκυμοσύνη θα πρέπει να υπάρχουν πολλά και ποιοτικά έμβρυα που θα μεταφερθούν στην κοιλότητα της μήτρας. Επομένως, χρειάζεται να διαχωριστούν τα έμβρυα καθώς αναπτύσσονται και να επιλέξουμε, αμέσως πριν την εμβρυομεταφορά, εκείνα που συγκεντρώνουν τα περισσότερα ποιοτικά χαρακτηριστικά. Η αξιολόγηση και επιλογή των εμβρύων γίνεται με βάση δύο μορφολογικά κριτήρια: αφ' ενός τη διαίρεση των εμβρύων σε κύτταρα (βλαστομερίδια) και αφ' ετέρου τη μορφολογική εμφάνιση των κυττάρων αυτών. (Χηινιάδης, 2007)

Τη δεύτερη ημέρα μετά από την ωοληψία τα έμβρυα θα πρέπει να έχουν διαιρεθεί σε 2-4 κύτταρα (βλαστομερίδια). Καλύτερα είναι τα έμβρυα των 4 κυττάρων γιατί αυτά των 2 κυττάρων θεωρούνται «αργοπορούντα» έμβρυα. Την τρίτη ημέρα τα έμβρυα πρέπει να έχουν φτάσει στο στάδιο των 5-8 κυττάρων. Καλύτερα θεωρούνται τα έμβρυα με 8 κύτταρα και οριακά αυτά των 5 κυττάρων.

Μετά από 5-6 ημέρες καλλιέργειας των ωαρίων το έμβρυο αποτελείται από 60-120 κύτταρα, τα οποία σχηματίζουν δύο διακριτές ομάδες: την έξω κυτταρική μάζα, από την οποία θα σχηματιστεί ο πλακούντας και την έσωκυτταρική μάζα, από την οποία θα σχηματιστεί το κυρίως έμβρυο.

2.1.6 Εμβρυομεταφορά

Το επόμενο στάδιο μετά από τη γονιμοποίηση των ωαρίων είναι η εμβρυομεταφορά. Η εμβρυομεταφορά είναι η μεταφορά των εμβρύων στην κοιλότητα της μήτρας. Η εμβρυομεταφορά είναι ανώδυνη, δεν απαιτεί τη χορήγηση αναλγησίας και διαρκεί περίπου 5-10 λεπτά. Πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός λεπτού εύκαμπτου καθετήρα που προωθείται από τον κόλπο και τον τράχηλο στην κοιλότητα της μήτρας. Ο εμβρυολόγος επιλέγει τα καλύτερα έμβρυα σύμφωνα με τα μορφολογικά κριτήρια αξιολόγησης των εμβρύων και τα αναρροφά στον

καθετήρα μέσα σε ελάχιστο όγκο καλλιεργητικού υλικού. Ο γυναικολόγος εισάγει τον καθετήρα στην κοιλότητα της μήτρας όπου και εναποθέτει τα έμβρυα με εξαιρετικά ήπιες, λεπτές και ατραυματικές κινήσεις. Η πορεία και η θέση του καθετήρα ελέγχεται διαρκώς με τη βοήθεια των υπερήχων (υπερηχογραφική καθοδήγηση). (Wikipedia, 2007)

Η εμβρυομεταφορά πραγματοποιείται στη μονάδα 2 ή 3 ημέρες μετά την ωοληψία. Στις περιπτώσεις που τα έμβρυα πρέπει να αναπτυχθούν μέχρι το στάδιο της βλαστοκύστης, η ίδια διαδικασία γίνεται την 5η ή 6η ημέρα μετά την ωοληψία.

Το ζευγάρι σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να αποφασίσει για τον αριθμό των εμβρύων που θα τοποθετηθούν στη μήτρα. Η εθνική νομοθεσία ορίζει πως ο αριθμός αυτός δεν μπορεί να υπερβαίνει τα τρία για γυναίκες κάτω των 40 ετών και τα τέσσερα για γυναίκες άνω των 40 ετών. Ωστόσο, σε ειδικές περιπτώσεις (π.χ. γυναίκα μικρής ηλικίας με άριστη ποιότητα εμβρύων), ο αριθμός αυτός μπορεί να μειωθεί, χωρίς να επηρεασθεί η πιθανότητα επιτυχίας κήσεως. Οι παράγοντες που οφείλει να λάβει κανείς υπόψη του, προκειμένου να πάρει την καλύτερη δυνατή απόφαση, είναι η ποιότητα των εμβρύων, η ηλικία της γυναίκας και το ιστορικό της. (Μητέρα, 2007)

Εάν γίνει κατάλληλη επιλογή του αριθμού των εμβρύων αυξάνονται και οι πιθανότητες επίτευξης εγκυμοσύνης που συνήθως προκύπτει αυξάνοντας τον αριθμό των μεταφερόμενων εμβρύων. Για να μειωθεί όμως η πιθανότητα πολύδυμης κήσεως πρέπει να επιτευχθεί ελάττωση του αριθμού αυτού. Διεθνώς δε μεταφέρονται πολλά έμβρυα αφού η πολύδυμη κήση θεωρείται πλέον παρενέργεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης και όχι σημαντικό επίτευγμα όπως παλαιότερα. (Χηριάδης, 2007).

Εάν υπάρχει μεγάλος αριθμός εμβρύων, μπορούν να καταψυχθούν και να χρησιμοποιηθούν σε μελλοντική προσπάθεια. Αυτά είναι δυνατόν να καταψυχθούν και να συντηρηθούν σε βαθιά κατάψυξη (-196ο C) σε ειδικούς χώρους του εμβρυολογικού εργαστηρίου με την κατάλληλη υποδομή, για πέντε έτη ή και περισσότερο. Το ζευγάρι μπορεί να χρησιμοποιήσει τα κατεψυγμένα-κρυοσυντηρημένα έμβρυα για μια μελλοντική κήση, χωρίς να απαιτείται εκ νέου η φαρμακευτική διέγερση των ωοθηκών, η ωοληψία, η σπερμοληψία και το

εργαστηριακό στάδιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, παρά μόνο η παρακολούθηση και η εμβρυομεταφορά. (Μητέρα, 2007)

Η εμφύτευση των εμβρύων στο ενδομήτριο γίνεται μετά από 4 με 5 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά της 2ης ή 3ης ημέρας και 1-2 ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά βλαστοκύστης. Σε αυτές τις πρώτες ημέρες μετά την εμβρυομεταφορά, συνιστάται να αποφεύγεται η σωματική κόπωση, η ψυχική ένταση καθώς και η σεξουαλική επαφή. Η αποχή από την εργασία δεν είναι απαραίτητη, υπό την προϋπόθεση ότι αυτή δεν είναι κουραστική. Επίσης οι διατροφικές συνήθειες μπορούν να παραμένουν οι ίδιες. (Λαινάς, 2006)

2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

2.2.1 Οι μέθοδοι GIFT και ZIFT

Οι μέθοδοι GIFT και ZIFT πρακτικά δεν εφαρμόζονται πλέον από τα περισσότερα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης διεθνώς.

Η μέθοδος GIFT συνίσταται στην τοποθέτηση μέσα στις σάλπιγγες 3-4 ωαρίων μαζί με μικρό όγκο ενεργοποιημένου σπέρματος, με τη βοήθεια ειδικού καθετήρα. Αρχικά προκαλείται διέγερση των ωοθηκών, ακολουθεί διακολλική ωοληψία ενώ η τοποθέτηση των γαμετών (ωαρίων και σπερματοζωαρίων) γίνεται την ίδια μέρα λαπαροσκοπικά. (Λαινάς, 2006)

Στην περίπτωση εφαρμογής της μεθόδου ZIFT μεταφέρονται στη σάλπιγγα ή στις σάλπιγγες λαπαροσκοπικά, έμβρυα που προέκυψαν μετά από εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η εμβρυομεταφορά πραγματοποιείται 24-48 ώρες μετά την ωοληψία και γίνεται στη σάλπιγγα αντί να γίνει στην κοιλότητα της μήτρας. (Λαινάς, 2006)

Η εφαρμογή των μεθόδων GIFT-ZIFT απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομείο και γενική αναισθησία(Λαινάς, 2006)

2.2.2 Μέθοδος PGC

Η μέθοδος PGC η οποία εφαρμόζεται στην Αυστραλία και στην Αμερική μελετά και τα 46 χρωμοσώματα των δύο μελλοντικών γονέων. (skai.gr, 2007)

2.2.3 Θεραπεία αζωσπερμίας

Όταν στο σπερματικό υγρό δεν υπάρχουν σπερματοζώαρια γίνονται προσπάθειες ώστε να βρεθούν κατευθείαν από τους όρχις είτε ώριμα σπερματοζώαρια είτε πρώιμα σπερματοκύτταρα . Αν η προσπάθεια εύρεσης από τους όρχις σπερματοζωαρίων είναι επιτυχής τότε το ωάριο γονιμοποιείται με τη μέθοδο της μικρογονιμοποίησης ICSI . (pedieos, 2007)

2.2.4 Δωρεά Σπέρματος

Με τη μικρογονιμοποίηση (ICSI) λύνονται στην πλειονότητά τους τα σοβαρά προβλήματα της ανδρικής υπογονιμότητας .Όμως, σε σπάνιες περιπτώσεις απουσίας σπερματοζωαρίων (αζωσπερμία μη αποφρακτικής αιτιολογίας) το ζευγάρι μπορεί να τεκνοποιήσει με δωρεά σπέρματος. Το σπέρμα δότη προέρχεται από εγκεκριμένες Τράπεζες κρυοσυντήρησης, οι οποίες υπακούουν σε αυστηρές προδιαγραφές, σύμφωνα με την κείμενη ευρωπαϊκή και εθνική νομοθεσία. (Λαϊνάς, 2006)

2.2.5 Ωοθηκική υποκίνηση

Η τεχνητή γονιμοποίηση αρχίζει την τρίτη ημέρα της εμμηνόρροιας και αποτελείται από μια θεραπευτική αγωγή με φάρμακα προκειμένου να τονωθεί η ανάπτυξη των θυλακίων των ωοθηκών. Η χρήση των φαρμάκων γίνεται κατά κύριο λόγο για να ευνοηθεί η ανάπτυξη βοηθητικών για την κύηση ορμονών αλλά και για να αποφευχθεί η δραστηριοποίηση άλλων ορμονών που ενδέχεται να δημιουργήσουν προβλήματα σε αυτή τη φάση της γονιμοποίησης.

2.2.6 Δωρεά ωαρίου

Η δωρεά ωαρίου έχει θέση όταν μια γυναίκα επιθυμεί να τεκνοποιήσει, αλλά τα αποθέματα των ωοθηκών έχουν εξαντληθεί, είτε λόγω ηλικίας, είτε λόγω πρόωρης ωοθηκικής ανεπάρκειας (κλιμακτηρίου-εμμηνόπαυσης) ή ακόμη λόγω χειρουργικής αφαίρεσης των ωοθηκών. Επίσης, η δωρεά ωαρίου προτείνεται σε ειδικές περιπτώσεις γνωστών κληρονομικών νοσημάτων που είναι δυνατόν να μεταφερθούν στο παιδί από τη μητέρα. (Λαινάς, 2006)

Δωρήτριες ωαρίων μπορούν να είναι :

- γυναίκες που προσφέρουν τα ωάρια τους, χωρίς αμοιβή, για να τεκνοποιήσει μια άλλη γυναίκα,
- γυναίκες που εντάσσονται οι ίδιες σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης και επιθυμούν να δωρίσουν από την περίσσεια των ωαρίων τους κάποια από αυτά σε μια άλλη γυναίκα.

Η δωρεά μπορεί να είναι μόνον ανώνυμη, σύμφωνα με τον νόμο, και η ηλικία της δωρήτριας δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 35 έτη. Η ανωνυμία της δωρεάς διασφαλίζεται πλήρως. Στον νόμο προσδιορίζεται επίσης, ως ανώτατο όριο, για αποδοχή δωρεάς η ηλικία των 50 ετών, στο πλαίσιο προγραμμάτων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. (Λαινάς, 2006)

2.2.7 Δωρεά εμβρύων

Οι ενδείξεις αφορούν ζευγάρια με απώλεια της αναπαραγωγικής τους ικανότητας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται κρυοσυντηρημένα έμβρυα τα οποία οι γονείς προτιμούν να δωρίσουν αντί να τα καταστρέψουν. Πρόκειται για μια γενναία αλtruονιστική πράξη. (Λαινάς, 2006)

Η απόφαση ανήκει αποκλειστικά στο ζευγάρι των δοτών. Εάν αποφασίσουν να κάνουν τη δωρεά, υπογράφουν από κοινού ένα ειδικό έντυπο στο οποίο δηλώνουν ότι αποποιούνται κάθε δικαιώματος και ότι παραχωρούν τα έμβρυα ανώνυμα και χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα σε άγνωστους λήπτες. (Λαινάς, 2006)

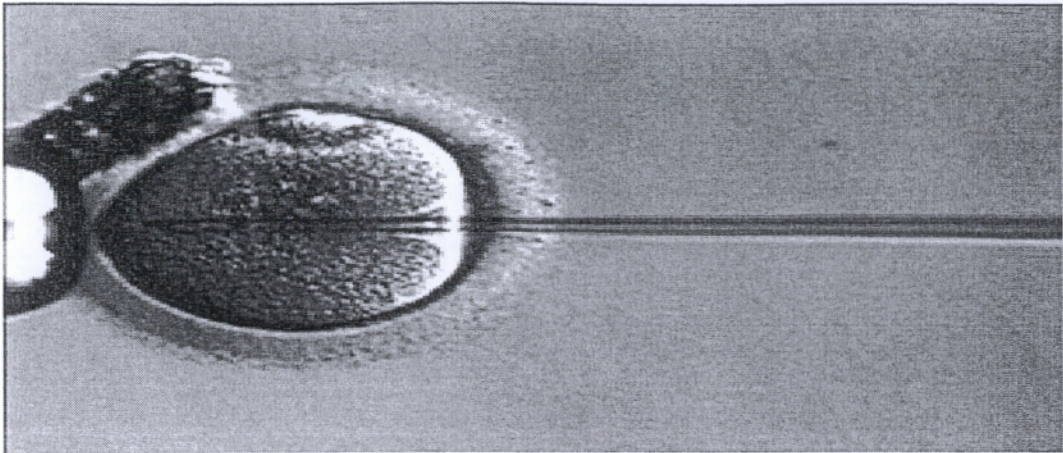
2.2.8 Παρένθετη μητρότητα

Η παρένθετη μητρότητα βρίσκει εφαρμογή μόνο σε ζευγάρια που διαθέτουν φυσιολογικά ωάρια και σπερματοζωάρια, αλλά η γυναίκα δεν διαθέτει λειτουργική μήτρα ή δεν είναι δυνατόν να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους. Η γονιμοποίηση γίνεται στο εμβρυολογικό εργαστήριο. (Λαινάς, 2006)

Η κυοφορία του εμβρύου ενός ζευγαριού από τρίτη γυναίκα επιτρέπεται με δικαστική άδεια, σύμφωνα με το άρθρο 1458 του Αστικού Κώδικα όπως διατυπώνεται στον Ν.3089/02, υπό την προϋπόθεση να υπάρχει έγγραφη και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνία μεταξύ του ζευγαριού που κάνει την παραγγελία και της γυναίκας που δέχεται να κυοφορήσει (και του συζύγου της, εάν η τελευταία είναι έγγαμη). (Λαινάς, 2006)

2.2.9 Ανάκτηση ωοκυττάρων

Όταν οι θυλακοειδείς ωριμάσουν δίδεται χοριονική γοναδοτροπίνη, μια ουσία δηλαδή που λειτουργεί ως ανάλογο της ορμόνης και θα προκαλέσει την ωογένεση περίπου 36 ώρες μετά από την έγχυση. Μια πρώτη διαδικασία ανάκτησης πραγματοποιείται ακριβώς πριν από την έγχυση προκειμένου να ανακτηθούν τα κύτταρα των ωαρίων από την ωοθήκη. Τα ωάρια ανακτώνται από την ασθενή χρησιμοποιώντας μια τεχνική που περιλαμβάνει μια καθοδηγημένη από υπέρηχο βελόνα που διαπερνά τον κοιλιακό τοίχο για να φθάσει στις ωοθήκες. Μέσω αυτής της βελόνας τα θυλάκια μπορούν να απορροφηθούν και το θυλακοειδές ρευστό δίνεται στο εργαστήριο εξωσωματικής γονιμοποίησης για να προσδιορίσει τα ωάρια. Η διαδικασία ανάκτησης διαρκεί περίπου 20 λεπτά και γίνεται συνήθως κάτω από μερική ή γενική αναισθησία. (Wikipedia, 2007)



Εικόνα 0-1: Το ωοκύτταρο εγχέεται κατά τη διάρκεια ICSI. Πηγή: (Wikipedia, 2007)

2.2.10 Γονιμοποίηση

Στο εργαστήριο, τα προσδιορισμένα ωάρια δεν περιέχουν τα περιβάλλοντα κύτταρα και είναι έτοιμα για τη γονιμοποίηση. Στο μεταξύ, το σπέρμα προετοιμάζεται για τη γονιμοποίηση με την αφαίρεση των ανενεργών κυττάρων και του δημιουργικού ρευστού. Το σπέρμα και το ωάριο επωάζονται μαζί (σε μια αναλογία στις 75,000:1) για περίπου 18 ώρες. Έως τότε η γονιμοποίηση πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί. Εάν το σπερματικό επίπεδο είναι χαμηλό, ένα ενιαίο σπέρμα εγχέεται άμεσα στο ωάριο χρησιμοποιώντας τη μέθοδο μικρογονιμοποίησης (ICSI). Το γονιμοποιημένο ωάριο τοποθετείται σε ένα ειδικό μέρος και αφήνεται για περίπου 48 ώρες έως ότου έχει φθάσει το ωάριο στο στάδιο κυττάρων 6-8. (Wikipedia, 2007)

2.2.11 Ομόλογη ενδομητρική σπερματέγχυση ή ετερόλογη ενδομητρική σπερματέγχυση

Όταν υπάρχουν βλάβες στο σπέρμα, όπως λόγω χάρη χαμηλή κινητικότητα ή μειωμένος αριθμός σπερματοζωαρίων, γίνεται ομόλογη ενδομητρική σπερματέγχυση με σπέρμα του συζύγου. Όταν δεν υπάρχουν σπερματοζωάρια, γίνεται ετερόλογη ενδομητρική σπερματέγχυση με σπέρμα τρίτου δότη (anew.gr, 2007)

Πρόκειται για μια απλή διαδικασία, κατά την οποία το επεξεργασμένο-ενεργοποιημένο σπέρμα του συντρόφου εισάγεται στην κοιλότητα της μήτρας. Η γονιμοποίηση επέρχεται φυσιολογικά μέσα στη σάλπιγγα της γυναίκας, χωρίς καμία παρέμβαση. Αυτή είναι και η πιο παλιά μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. (Λαινάς, 2006)

Απαραίτητη προϋπόθεση για να εφαρμοστεί η μέθοδος αποτελεί η εξασφάλιση της διαβατότητας των σαλπίγγων. Η ενδομήτρια σπερματέγχυση μπορεί να είναι η αρχική επιλογή σε νεαρές γυναίκες με υγιείς σάλπιγγες (ή τουλάχιστον μία υγιή σάλπιγγα) όταν ο σύντροφος έχει ήπιας έως μέτριας βαρύτητας προβλήματα στην ποιότητα του σπέρματος. Εφαρμόζεται επίσης σε περιπτώσεις αζωοσπερμίας όταν απαιτείται σπέρμα δότη. (Λαινάς, 2006)



Εικόνα 0-2: 8-κύτταρο έμβρυο για μεταφορά
Πηγή: (Wikipedia, 2007)

2.2.12 Μεταφορά

Τα έμβρυα βαθμολογούνται σύμφωνα με τον αριθμό των κυττάρων, την αύξησή και το βαθμό τεμαχισμού τους. Ο αριθμός που μεταφέρεται εξαρτάται από τα διαθέσιμα έμβρυα, την ηλικία της γυναίκας και άλλους διαγνωστικούς παράγοντες της υγείας. Στις χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία, μεταφέρονται μέχρι δύο έμβρυα εκτός από στις ασυνήθιστες περιστάσεις. Παραδείγματος χάριν, μια γυναίκα άνω των 35 μπορεί να μεταφέρει μέχρι τρία έμβρυα. Αυτό πρόκειται να περιορίσει τον αριθμό πολυδυμων εγκυμοσύνων. Τα έμβρυα που θεωρούνται ότι είναι καλύτερα μεταφέρονται στη μήτρα μέσω ενός λεπτού, πλαστικού καθετήρα, ο οποίος περνά από τον κόλπο και τον τράχηλό της. Αρκετά έμβρυα μπορούν να περάσουν στη μήτρα για να βελτιώσουν τις πιθανότητες της εμφύτευσης και της εγκυμοσύνης. (Wikipedia, 2007)

2.2.13 Μικρογονιμοποίηση (ICSI) ή ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου

Άλλη μέθοδος είναι η Μικρογονιμοποίηση (ICSI) ή ενδοωαριακή έγχυση σπερματοζωαρίου, η οποία χρησιμοποιείται σε περίπτωση που ο άνδρας έχει σοβαρά προβλήματα υπογονιμότητας ή όταν η γονιμοποίηση ωαρίων αποτύχει. (anew.gr, 2007)

2.2.14 Υστεροσκοπική

Αποτελεί σύγχρονη, ασφαλή και ταχεία μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης των καλοηθών παθολογικών καταστάσεων της κοιλότητας της μήτρας. Είναι ακίνδυνη και αποτελεσματική όταν εκτελείται από έμπειρες χειρουργικές ομάδες με τεχνογνωσία αιχμής.

Η υστεροσκοπική χειρουργική εφαρμόζεται για:

- Τη λύση ενδομήτριων συμφύσεων.
- Την αφαίρεση ενδομήτριων ή τραχηλικών πολυπόδων.
- Τη διατομή διαφράγματος μήτρας.
- Την αφαίρεση υποβλεννογονίων ινομυωμάτων.

Τα πλεονεκτήματά της είναι παρόμοια με αυτά της λαπαροσκοπικής χειρουργικής (Λάινας, 2006)

2.2.15 Λαπαροσκοπική

Είναι μια ειδική εξέταση που πραγματοποιείται σε νοσοκομείο, υπό γενική αναισθησία. Με τη βοήθεια ενός ειδικού οργάνου, του λαπαροσκοπίου, μπορούμε να παρατηρήσουμε το εσωτερικό της κοιλιάς και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας από μια μικρή οπή στον ομφαλό, διαμέτρου 1 cm. (Λάινας, 2006)

Προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στη διάγνωση πολλών γυναικολογικών παθήσεων και ιδιαίτερα των παθήσεων που έχουν σχέση με την υπογονιμότητα. Πολλές από αυτές δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθούν με άλλον τρόπο (όπως υπερηχογράφημα ή υστεροσαλπιογραφία).

Με τη λαπαροσκόπηση μπορούμε να ελέγξουμε: 1. Το μέγεθος και την μορφολογία της μήτρας, των σαλπίγγων και των ωοθηκών. 2. Τη διαβατότητα των σαλπίγγων. Αυτό επιτυγχάνεται με την εισαγωγή από τον τράχηλο της μήτρας, υπό μικρή πίεση, μιας ειδικής χρωστικής ουσίας (κυανού του μεθυλενίου) και την διαπίστωση ότι η χρωστική αναβλύζει από τα άκρα (τον κώδωνα και τους κροσσούς) των σαλπίγγων. 3. Τη σαλπιογοθηκική σχέση, δηλαδή την καλή επαφή του κώδωνα και των κροσσών της κάθε σάλπιγγας με την σύστοιχη ωοθήκη. Την παρουσία παθολογίας των έσω γεννητικών οργάνων και ιδιαίτερα της ενδομητρίωσης και των συμφύσεων. (Λάινας, 2006)

2.2.16 Μέθοδος IVM

Η μέθοδος, γνωστή ως IVM (in vitro maturation), στοχεύει στην τελική ωρίμανση ανώριμων ωαρίων στο εργαστήριο, με ειδικές τεχνικές, με σκοπό τη γονιμοποίησή τους. Τα ωάρια αυτά λαμβάνονται κατά την ωοληψία, από παρακέντηση ωοθυλακίων μικρής διαμέτρου. Παραπλήσια μέθοδο αποτελεί η ωρίμανση στο εργαστήριο πρωτογενών ωοθυλακίων που προέρχονται συνήθως από κατάψυξη τεμαχίων ωοθηκικού ιστού, με σκοπό την απομόνωση και τελική ωρίμανση του ωαρίου. Στην πρώτη περίπτωση, η καλλιέργεια διαρκεί λίγες ημέρες, ενώ στη δεύτερη απαιτούνται ειδικά συστήματα παρατεταμένης καλλιέργειας. Και στις δύο περιπτώσεις, ο απώτερος στόχος είναι να προκύψουν ώριμα ωάρια, ικανά να γονιμοποιηθούν. (Λάινας, 2006)

Η μέθοδος αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη προοπτική στην Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή (IYA), ιδιαίτερα για ορισμένες ειδικές ομάδες γυναικών (για παράδειγμα, γυναίκες που επιθυμούν να διασφαλίσουν τη γονιμότητά τους σε νεαρή ηλικία, μέσω της κρυοσυντήρησης ωοθηκικού ιστού και να τεκνοποιήσουν αργότερα στη ζωή τους). (Λάινας, 2006)

Προς το παρόν, η εφαρμογή της μεθόδου θεωρείται πειραματική και η αποτελεσματικότητά της είναι περιορισμένη. Άμεσοι στόχοι των ερευνητικών ομάδων στην IVM είναι η βελτίωση των τρόπων συλλογής των ωαρίων από τα μικρά ωοθυλάκια, των τεχνικών καλλιέργειάς τους και η διασφάλιση ότι τα ωάρια που ωρίμασαν με τη μέθοδο αυτή είναι φυσιολογικά. (Λάινας, 2006)

2.2.17 Κρυοσυντήρηση ωοθηκικού ιστού

Η μέθοδος προφυλάσσει τη γυναικεία αναπαραγωγική ικανότητα όταν αυτή απειλείται από τις εφαρμοζόμενες θεραπείες για κακοήθη νοσήματα και μπορεί να αποκαταστήσει μελλοντικά τη φυσιολογική ωοθηκική λειτουργία. (Λάινας, 2006)

Τμήμα των ωοθηκών που περιέχει πολλά άωρα ωοθυλάκια αφαιρείται με λαπαροσκοπική χειρουργική τεχνική ή λαπαροτομία και καταψύχεται σε Τράπεζα Κρυοσυντήρησης. Έτσι, παρέχονται οι εξής μελλοντικές προοπτικές :

- Ωρίμανση in vitro των πρωτογενών ωοθυλακίων και των ανώριμων ωαρίων μέχρι να φθάσουν στο στάδιο του ώριμου ωαρίου και να καταστούν ικανά να γονιμοποιηθούν με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.
- Αυτόλογη μεταμόσχευση, δηλαδή επανατοποθέτηση του ιστού στη γυναίκα, με σκοπό την αποκατάσταση της ωοθηκικής λειτουργίας, άρα και της γονιμότητας.
- Ετερόλογη μεταμόσχευση, δηλαδή μεταμόσχευση του ιστού σε άλλη γυναίκα, που έχει χάσει την αναπαραγωγική της ικανότητα.

Η κατάψυξη ωοθηκικού ιστού είναι αποδεκτή διεθνώς, αλλά η λειτουργικότητά του μετά τη μεταμόσχευση βρίσκεται υπό μελέτη.

Οι πρόοδοι είναι όμως συνεχείς και παρέχουν ελπίδα για τεκνοποίηση σε νέες ασθενείς, λόγω χάρη με καρκίνο, που θεραπευμένες θα εκδηλώσουν επιθυμία να αποκτήσουν το δικό τους παιδί αργότερα. (Λάινας, 2006)

2.2.18 Μεταμόσχευση Ωοθηκικού Ιστού

Τμήμα ωοθηκικού ιστού που καταψύχθηκε σε Τράπεζα Κρυοσυντήρησης μπορεί να επανατοποθετηθεί στο σώμα της γυναίκας από την οποία ελήφθη (αυτόλογη μεταμόσχευση) μετά την οριστική θεραπεία της από την κακοήγη νόσο.

Όταν η θέση τοποθέτησης του μοσχεύματος είναι η ανατομική θέση της ωοθήκης, η μεταμόσχευση ονομάζεται ορθοτοπική. Αν αφορά άλλο σημείο του σώματος ονομάζεται ετεροτοπική. Στην ετεροτοπική ένα μικρό τεμάχιο ωοθήκης είναι δυνατόν να μεταμοσχευτεί σε κάποια θέση πιο βολική από την ανατομική θέση της ωοθήκης (π.χ. υποδόρια), οπότε η συλλογή ωαρίων από τα ωοθυλάκια, τα οποία ωριμάζουν ύστερα από φαρμακευτική διέγερση, διευκολύνεται σημαντικά. (Λάινας, 2006)

Τα πειραματικά δεδομένα έχουν καταδείξει τη δυνατότητα ανάκτησης της ωοθηκικής λειτουργίας τουλάχιστον για κάποιο διάστημα. Η έρευνα αναζητά τους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται τόσο με την επανεμφάνιση της λειτουργίας του ωοθηκικού

ιστού όσο και με την αποκατάσταση της αναπαραγωγικής ικανότητας της γυναίκας. (Λάινας, 2006)

Τόσο η αυτόλογη όσο και η ετερόλογη μεταμόσχευση ωθητικού ιστού προτείνεται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις, μετά από γνωμοδότηση ομάδας αρμόδιων επιστημόνων.

2.2.19 Κρυοσυντήρηση Βλαστικών Κυττάρων

Τα τελευταία χρόνια, το ενδιαφέρον πολλών ερευνητικών ομάδων έχει εστιαστεί στην ικανότητα που έχουν ορισμένα εμβρυικά κύτταρα, υπό συνθήκες καλλιέργειας, τόσο να πολλαπλασιάζονται όσο και να διαφοροποιούνται (εξειίσσονται) και να δίνουν γένεση σε διάφορους ιστούς του οργανισμού. Τα εμβρυικά βλαστικά κύτταρα εντοπίζονται στην έσω-κυτταρική μάζα του εμβρύου στο στάδιο της βλαστοκύστης. (Λάινας, 2006)

Πειραματικά δεδομένα έχουν δείξει τη δυνατότητα καθοδήγησης των κυττάρων αυτών κατά την καλλιέργεια, έτσι ώστε να διαφοροποιηθούν προς αιμοποιητικά κύτταρα, νευρώνες, ηπατοκύτταρα και κύτταρα του μυοκαρδίου. Οι εξελίξεις στον τομέα αυτό αποτελούν μεγάλη επιστημονική πρόκληση, γιατί θέτουν τη βάση για νέες θεραπευτικές προοπτικές πολλών νοσημάτων. (Λάινας, 2006)

Άλλωστε, ήδη, τα πολυδύναμα βλαστικά κύτταρα του αίματος του ομφαλίου λώρου των νεογνών, είναι δυνατόν να απομονωθούν και να καταψυχθούν, με την προοπτική για μελλοντική μεταμόσχευση και θεραπεία παθήσεων του αίματος. Η μέθοδος αυτή προτείνεται ήδη σε επίπεδο εφαρμογής. Αρκετοί γονείς επιλέγουν τη συντήρηση του αίματος του λώρου, αφού η μοναδική επιβάρυνση είναι οικονομικής φύσεως και δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη γι' αυτό (ο λώρος και ο πλακούντας του εμβρύου δεν χρησιμεύουν σε τίποτε μετά τον τοκετό και απορρίπτονται ούτως ή άλλως). (Λάινας, 2006)

2.3 ΚΟΣΤΟΣ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το Ι.Κ.Α. παρέχει δωρεάν τα φάρμακα. Το κόστος των φαρμάκων για ένα κύκλο θεραπείας είναι περίπου 2.000 ευρώ, ποσό το οποίο μπορεί και να διπλασιαστεί ανάλογα με την ανταπόκριση των ωοθηκών της γυναίκας. Ο ασφαλισμένος θα πρέπει φυσικά να προμηθευτεί τα φάρμακα από νοσοκομεία του ΙΚΑ. Το ταμείο δίνει και ένα επίδομα που ανέρχεται στα 350 ευρώ για κάθε προσπάθεια και καλύπτει μέχρι 4 προσπάθειες τον χρόνο. Το Δημόσιο και οι υπόλοιποι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλύπτουν το 75% της αξίας των φαρμάκων με 25% συμμετοχή του ασφαλιζόμενου. Εκτός αυτού το Δημόσιο δίνει μια μόνο επιχορήγηση για όσες προσπάθειες και αν γίνουν, της τάξεως των 300 περίπου ευρώ. (anew.gr, 2007)

Το κόστος για την κλινική εφαρμογή της μεθόδου εξαρτάται τόσο από το γιατρό όσο και από την μέθοδο και κυμαίνεται για μια απλή εξωσωματική περίπου στις 2.000 χιλιάδες ευρώ, και 2.500 για την μικρογονιμοποίηση. Η όλη προσπάθεια, μαζί με τις δαπάνες των φαρμάκων μπορεί να φθάσει ενδεικτικά πάνω από 4.000 ευρώ. Στα Δημόσια Νοσοκομεία η ιατρική πράξη καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ για τα φάρμακα ισχύει ότι και για τα ιδιωτικά Κέντρα Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, τα οποία στην χώρα μας είναι περίπου 40, σαφώς περισσότερα σε σχέση με τα κρατικά. (anew.gr, 2007)

Σύμφωνα με το Χηριάδη, το κόστος ποικίλει και είναι γύρω στα 1800-3000 ευρώ για μια θεραπεία, αλλά πρέπει να συνυπολογιστεί και η φαρμακευτική αγωγή που είναι αρκετά ακριβή. Οι απαιτήσεις τόσο σε εξοπλισμό, όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό για αυτήν την ευαίσθητη θεραπεία είναι μεγάλες. Τα περισσότερα ταμεία ασφάλισης καλύπτουν ένα ποσοστό 75-100% από τα παραπάνω ποσά. Αυτό είναι σημαντικό καθώς οι ασφαλιστικοί φορείς αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα υποστήριξης του ζευγαριού με πρόβλημα υπογονιμότητας, ιδιαίτερα σε εποχές όπου η υπογεννητικότητα αποτελεί μια ορατή απειλή για την κοινωνία μας. (Χηριάδης, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Εισαγωγή

Η έρευνα που ακολουθεί έγινε με σκοπό να διερευνηθούν οι κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι που διέπουν την εφαρμογή της τεχνητής γονιμοποίησης στην Ελλάδα. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι σημαντική διότι έτσι θα γίνονται αντιληπτά τα αδύναμα σημεία αυτής της μεθόδου ως προς την φάση της υλοποίησης της μέσα στα κοινωνικά πλαίσια.

3.2 Μέθοδος έρευνας

Η μέθοδος έρευνας που έχει επιλεγεί είναι η χρήση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής συγκαταλέγεται το γεγονός ότι μας δίνεται η δυνατότητα να συλλέξουμε πληροφορίες για ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Ακόμα επιλέχθηκε διότι είναι σχετικά πιο φθηνή σε σχέση με άλλες μεθόδους και χρειάζεται λιγότερο χρόνο σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις. Η δημογραφικά δεδομένα και την παρουσίαση πινάκων για τους επιμέρους τομείς του ερωτηματολογίου. ανάλυση θα προχωρήσει με την παράθεση γραφικών παραστάσεων για τα

3.3 Δείγμα

Το δείγμα των 100 ατόμων επιλέχθηκε με τη μέθοδο της κατ'ιδίαν προσέγγισης των ζευγαριών σε μια κλινική τεχνητής γονιμοποίησης με σκοπό να γίνει καταγραφή απόψεων από ανθρώπους που εκ των πραγμάτων γνωρίζουν περισσότερα για τη διαδικασία και τα προβλήματα που ενδεχομένως να υπάρχουν.

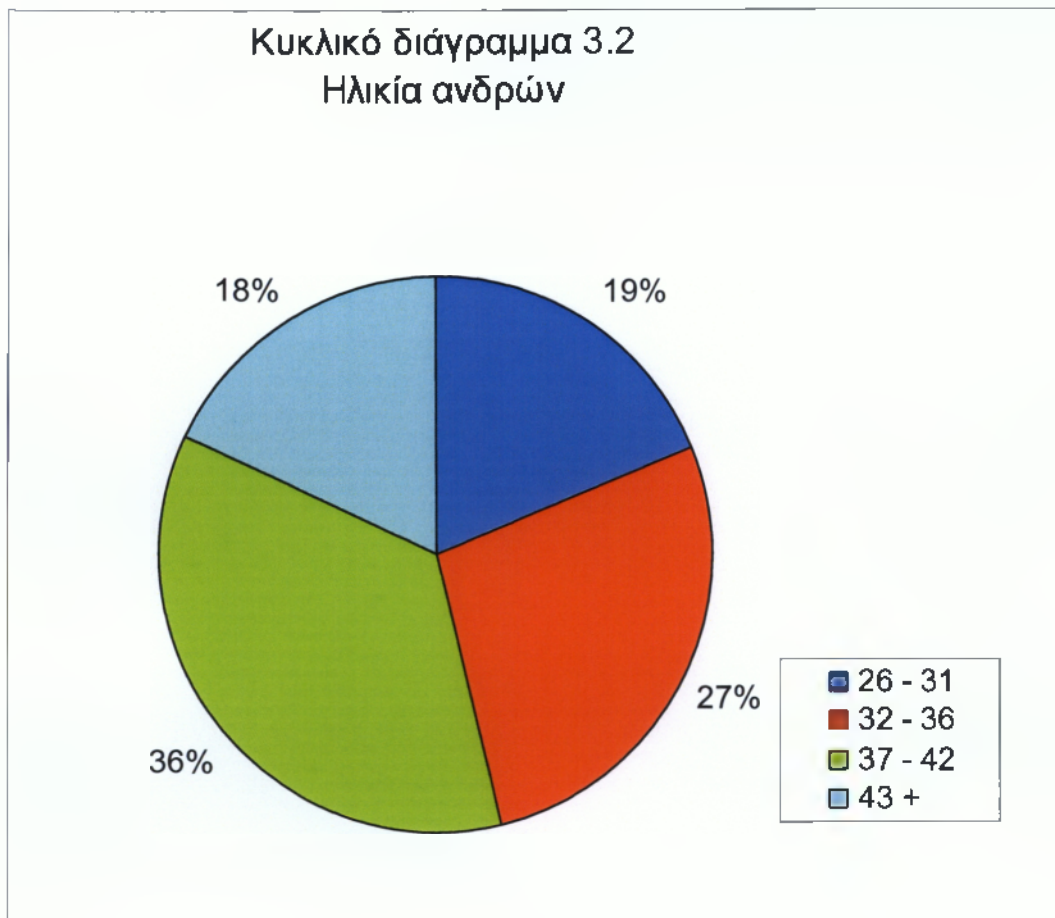
3.4 Ερωτηματολόγια

Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε απαρτίζεται από 19 ερωτήσεις και χωρίζεται ουσιαστικά σε δυο μέρη μέρη. Το πρώτο κομμάτι αποτελείται από τις ερωτήσεις 1-6 που ως σκοπό έχουν να αναδείξουν τα δημογραφικά δεδομένα που προκύπτουν από την έρευνα. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους καθώς και στην ίδια τη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης.



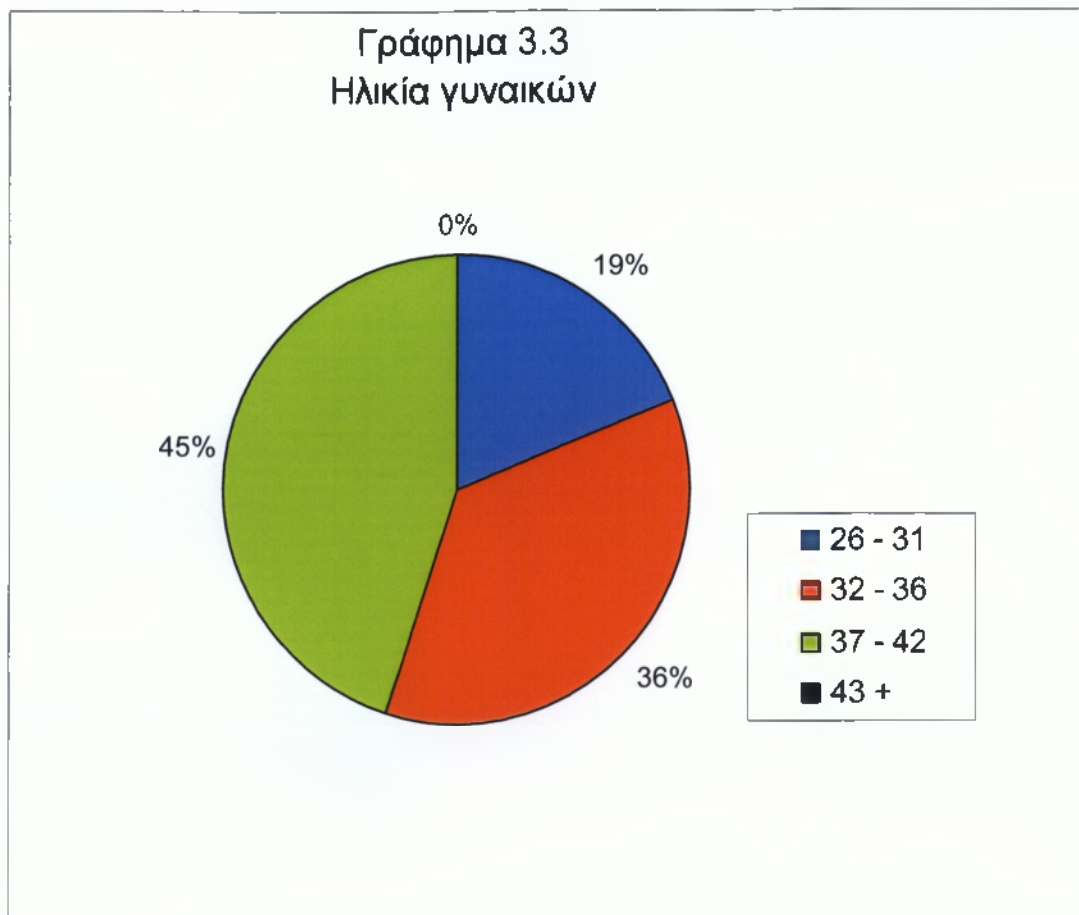
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το κυκλικό διάγραμμα 3.1 παρατηρούμε ότι το 54% του δείγματος είναι γυναίκες και το 46% άνδρες.



Πηγή: Ιδία έρευνα

Παρατηρώντας το **κυκλικό διάγραμμα 3.2** γίνεται η διαπίστωση ότι η πλειοψηφία των ανδρών (ποσοστό 63%) βρίσκεται σε ηλικία μεταξύ 32 και 42 ετών. Οι μικρότερες και μεγαλύτερες ηλικίες του δείγματος καταλαμβάνουν αθροιστικά το 37%.



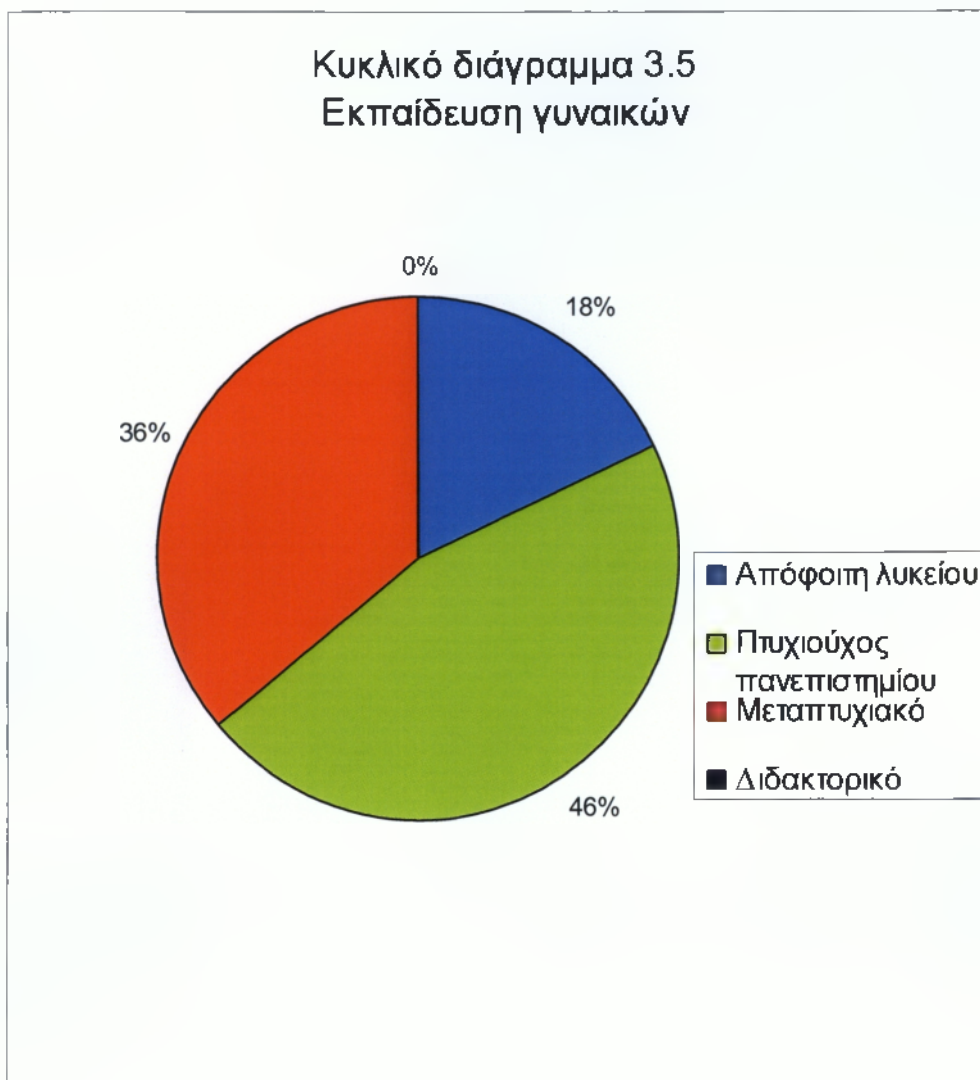
Πηγή: Ιδία έρευνα

Όπως προκύπτει από το **κυκλικό διάγραμμα 3.3**, οι περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 81%) είναι μεταξύ 32 και 42 χρόνων και σε σύγκριση με τους άνδρες δεν παρατηρείται ηλικία μεγαλύτερη από αυτή των 42 ετών.



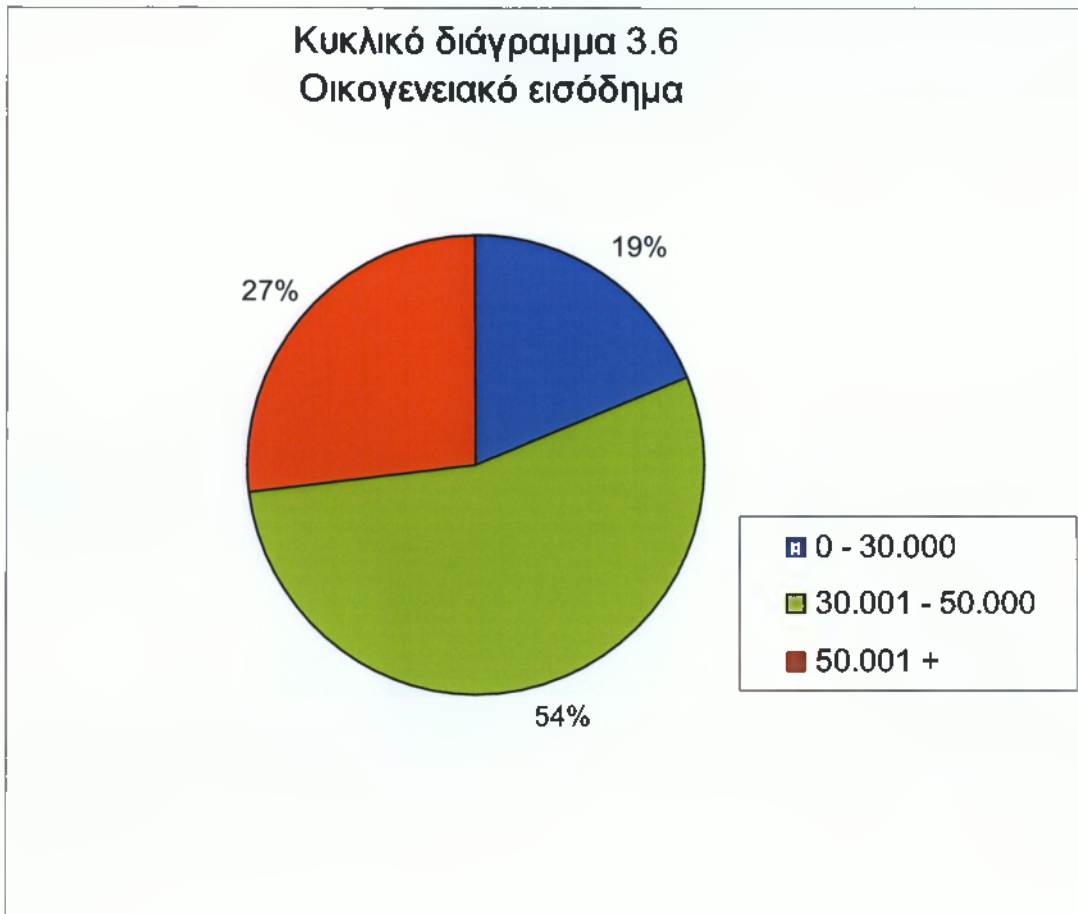
Πηγή: Ιδία έρευνα

Σύμφωνα και με το **κυκλικό διάγραμμα 3.4**, οι περισσότεροι άνδρες (ποσοστό 81%) που μπαίνουν στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης είναι ανώτατου μορφωτικού επιπέδου.



Πηγή: Ιδία έρευνα

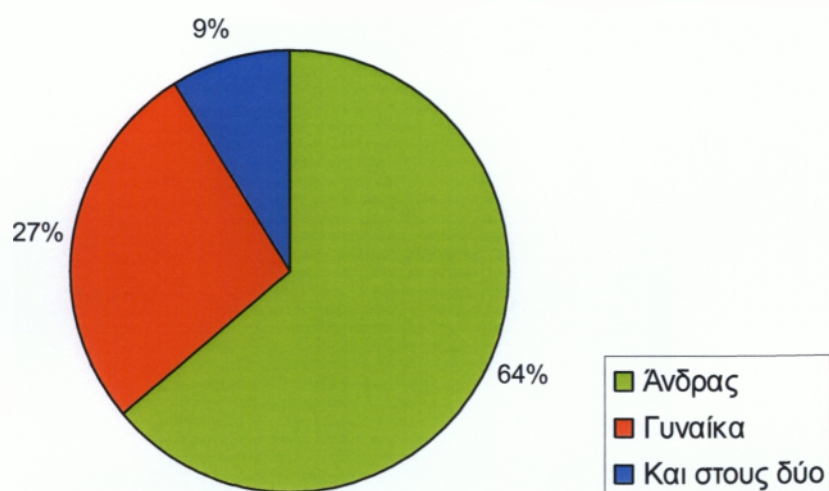
Στο **κυκλικό διάγραμμα 3.5** παρατηρείται ότι στις γυναίκες το ποσοστό του μορφωτικού επιπέδου είναι εξ' ίσου υψηλό με αυτό των ανδρών. Το 82% όσων αποφασίζουν να υποβοηθηθούν ιατρικώς είναι κάτοχοι κάποιου πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών.



Πηγή: Ιδία έρευνα

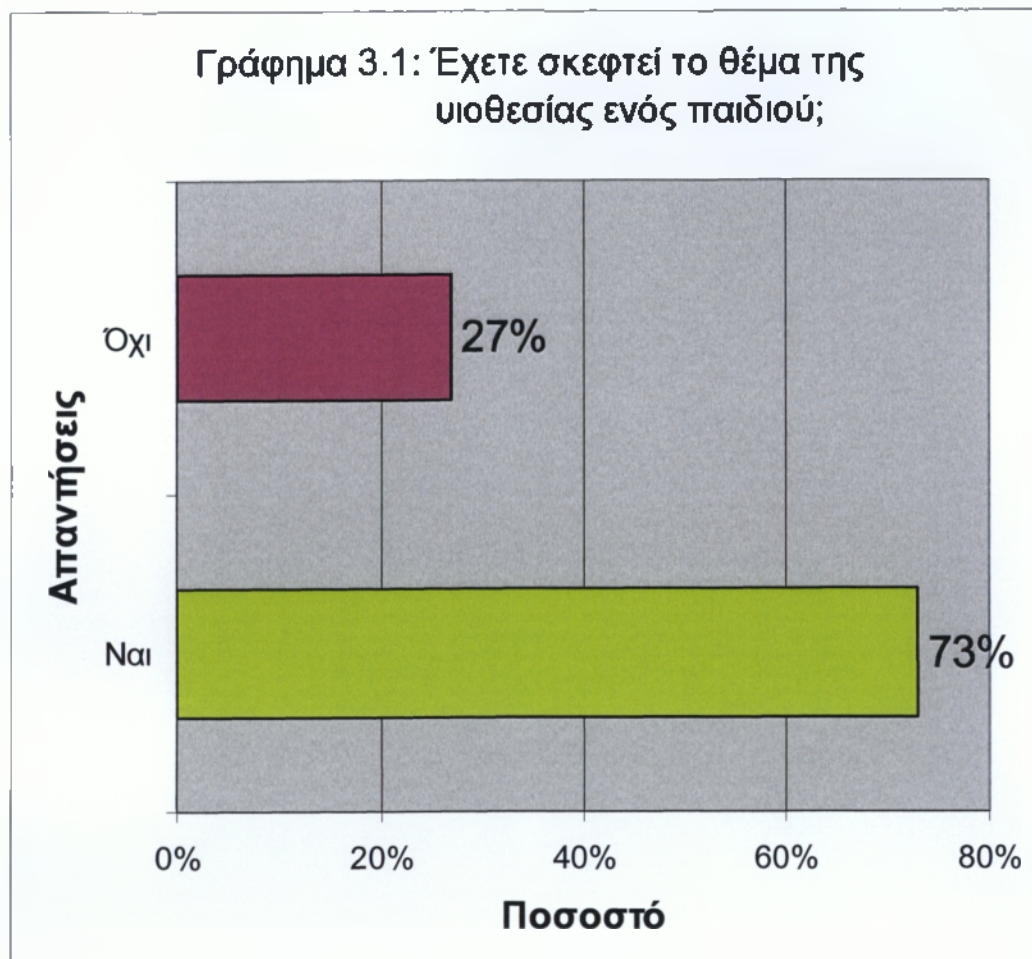
Τα περισσότερα ζευγάρια που αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν με τη βοήθεια της επιστήμης δηλώνουν εισόδημα από 30.000 έως 50.000 ευρώ, όπως φαίνεται και στο κυκλικό διάγραμμα 3.6.

Κυκλικό διάγραμμα 3.7
Υπογονιμότητα



Πηγή: Ιδία έρευνα

Περίπου οι 2 στους 3 άνδρες από το σύνολο των ζευγαριών που επισκέπτονται μια κλινική τεχνητής γονιμοποίησης δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, όπως παρατηρούμε και στο κυκλικό διάγραμμα 3.7 .



Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το **γράφημα 3.1** παρατηρούμε ότι το 73% του δείγματος είχε σκεφτεί την υιοθεσία ενός παιδιού ως λύση στο πρόβλημά του προτού καταφύγει στην τεχνητή γονιμοποίηση.

Πίνακας 3.1 Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, κινήσατε καθόλου τις διαδικασίες για την υιοθέτηση ενός παιδιού;		
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	55	75,3
Όχι	18	24,7
Σύνολο	73	100,0

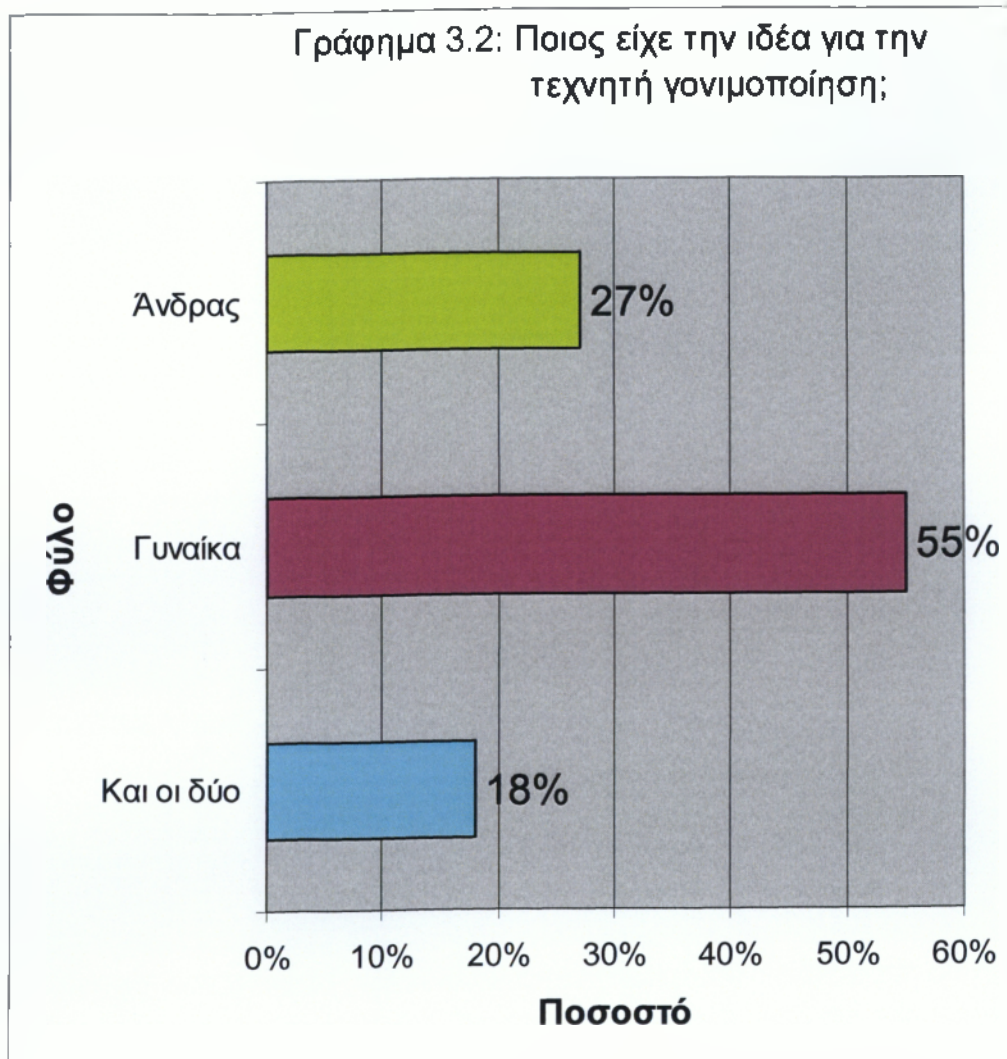
Πηγή: Ιδία έρευνα

Από το 73% του δείγματος που έχει σκεφτεί να υιοθετήσει, το 75,3% αποφάσισε να ξεκινήσει τις διαδικασίες για την υιοθέτηση ενός παιδιού και το υπόλοιπο 24,7% έμεινε στην σκέψη, όπως διακρίνεται και στον **πίνακα 3.1**.

Πίνακας 3.2 Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση, ποιοι ήταν οι λόγοι που σας αποθάρρυναν στο τέλος;		
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Απόρριψη	10	18,2
Μεγάλος χρόνος για την υλοποίηση της υιοθεσίας	27	49,1
Αλλάξαμε γνώμη	18	32,7
Σύνολο	55	100,0

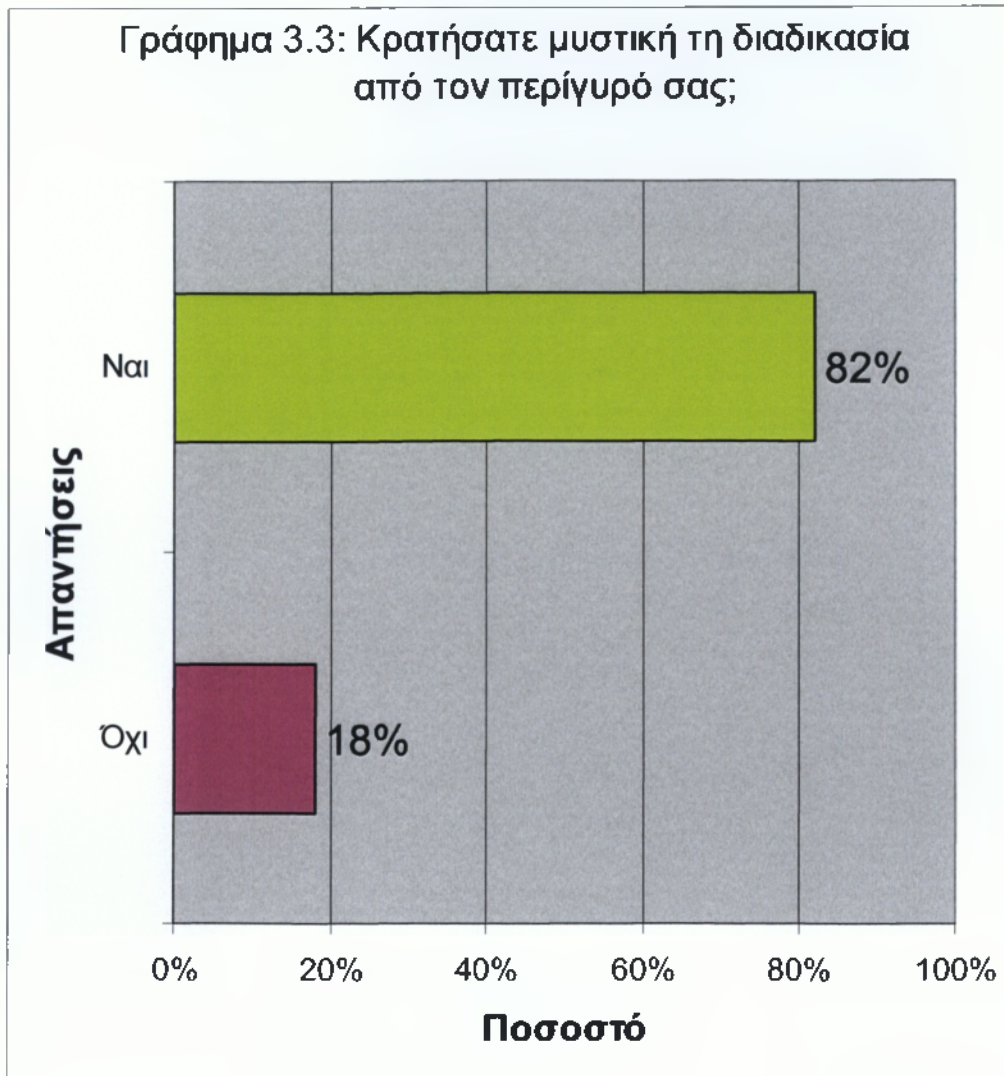
Πηγή: Ιδία έρευνα

Οι χρονοβόρες διαδικασίες που απαιτούνται για την υλοποίηση της υιοθεσίας ενός παιδιού μπορούν να χαρακτηριστούν ως ο πιο σημαντικός αρνητικός παράγοντας μιας και αποθαρρύνουν το 49,1% των ζευγαριών. Στον **πίνακα 3.2** επίσης παρατηρούμε ότι σημαντικό είναι το ποσοστό (32,7%) εκείνων που τελικά άλλαξαν γνώμη.



Πηγή: Ιδία έρευνα

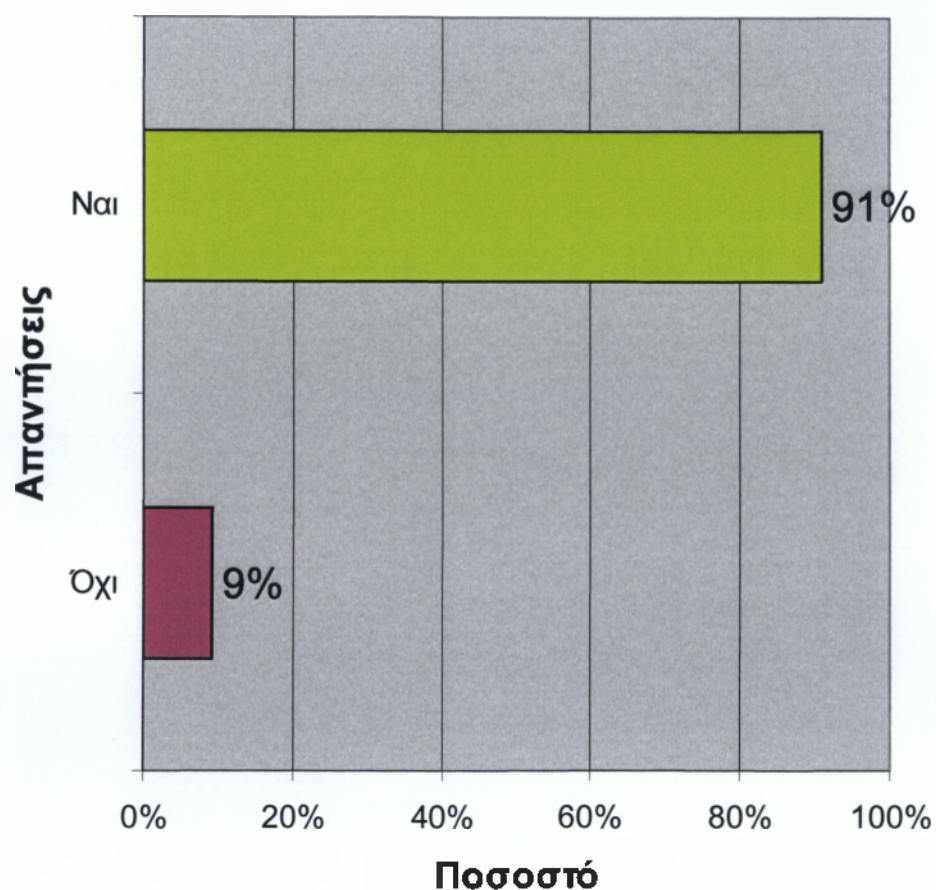
Εφ'όσον παρατηρηθεί πρόβλημα υπογονιμότητας, η ιδέα για προσφυγή σε μια μέθοδο τεχνητής γονιμοποίησης ανήκει στη γυναίκα σε ποσοστό 55% όπως φαίνεται και στο γράφημα 3.2 .



Πηγή: Ιδία έρευνα

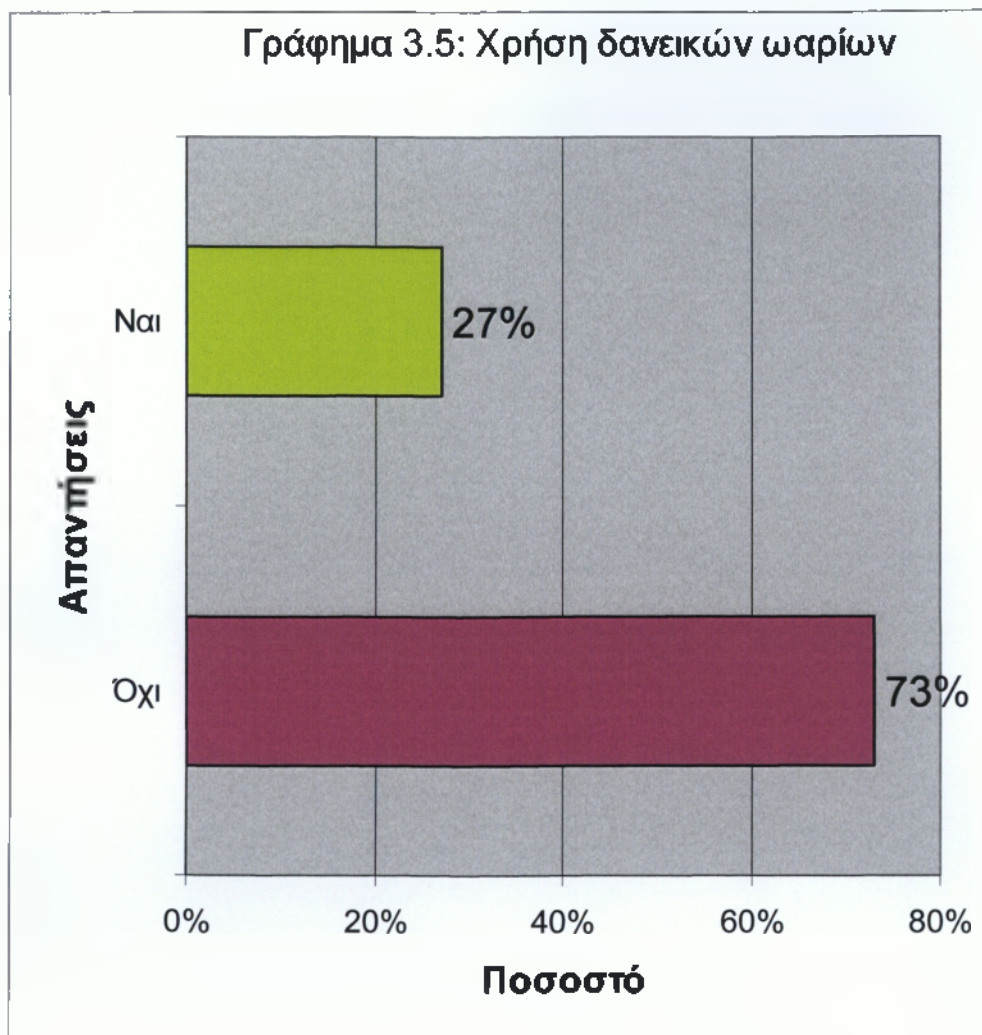
Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το 82% του δείγματος κράτησε μυστική την διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης από τον περίγυρο του, ενώ μόνο το 18% δεν έκανε κάτι τέτοιο (γράφημα 3.3).

Γράφημα 3.4: Το θέμα της τεχνητής γονιμοποίησης αποτελεί ταμπού στην Ελλάδα;



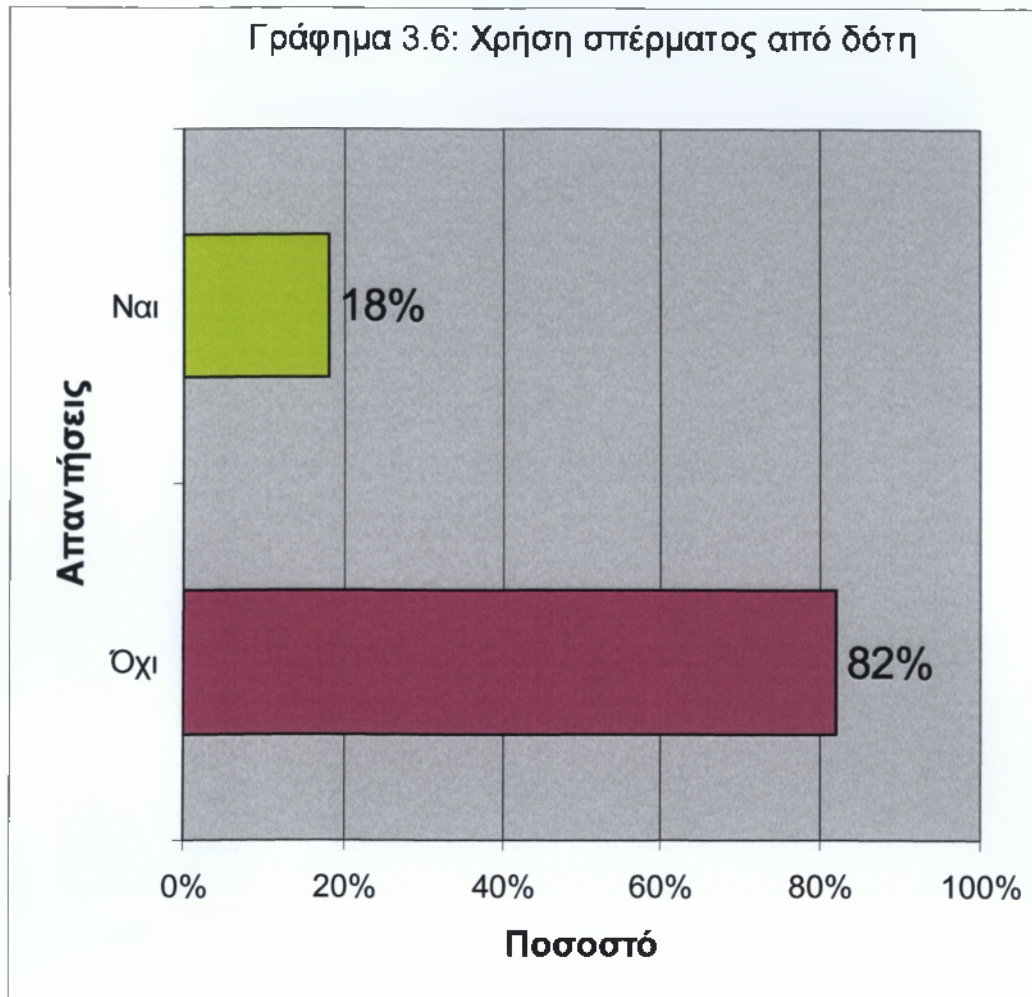
Πηγή: Ιδία έρευνα

Με βάση το **γράφημα 3.4** παρατηρούμε ότι το 91% του δείγματος θεωρεί ότι το θέμα της τεχνητής γονιμοποίησης αποτελεί ταμπού στην Ελλάδα ακόμα και στις μέρες μας.



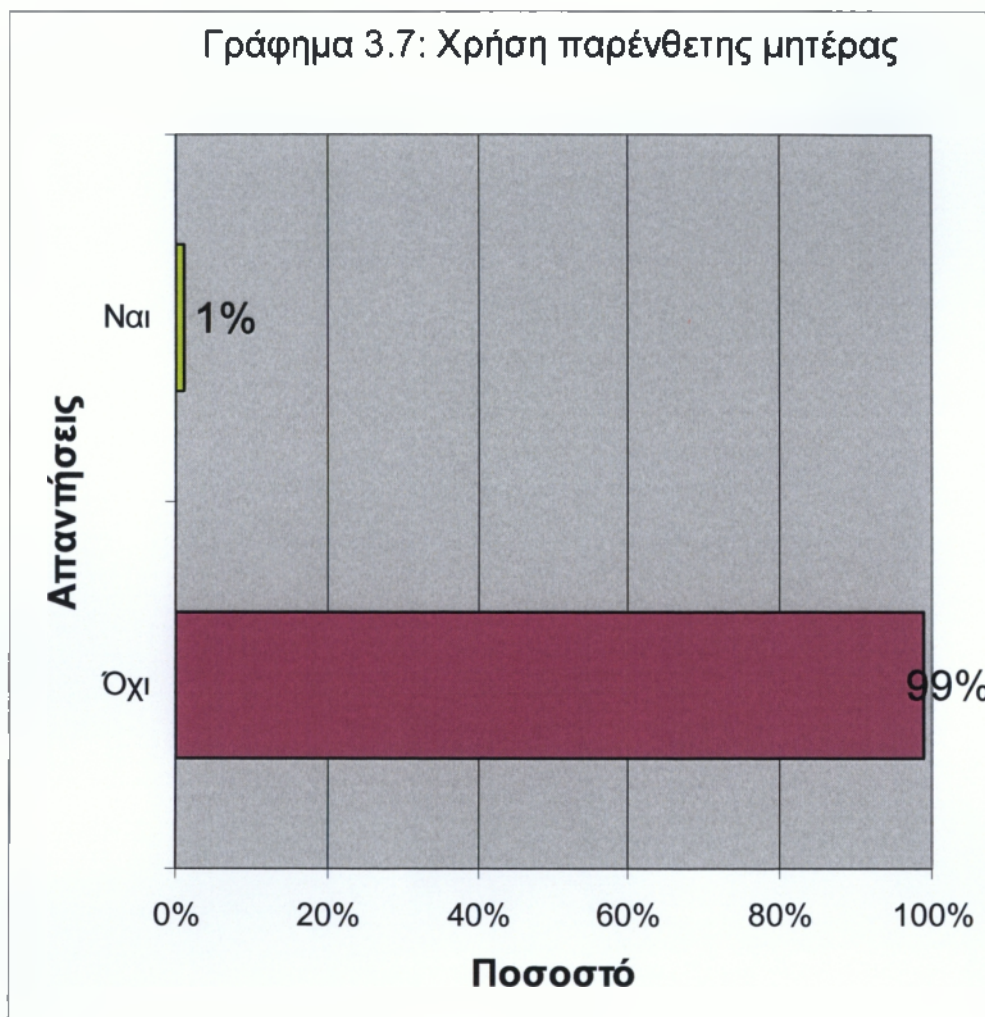
Πηγή: Ιδία έρευνα

Παρατηρούμε στο **γράφημα 3.5** ότι στο 27% των περιπτώσεων αποφασίστηκε να εφαρμοστεί η μέθοδος δανεισμού ωαρίων ως λύση στα προβλήματα αναπαραγωγής των γυναικών.



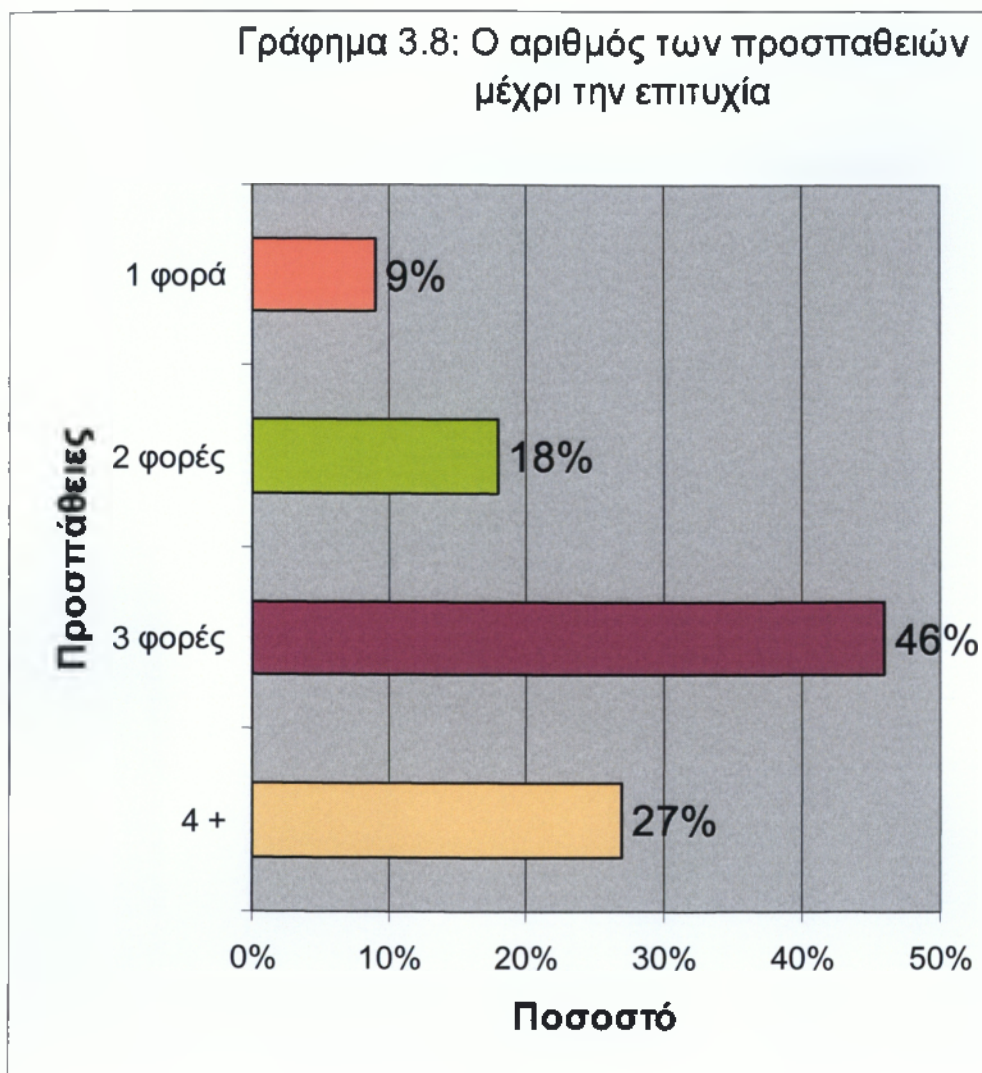
Πηγή: Ιδία έρευνα

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της υπογονιμότητας από τη μεριά του άνδρα, χρησιμοποιήθηκε σπέρμα από δότη στο 18% των περιπτώσεων όπως φαίνεται και στο **γράφημα 3.6**.



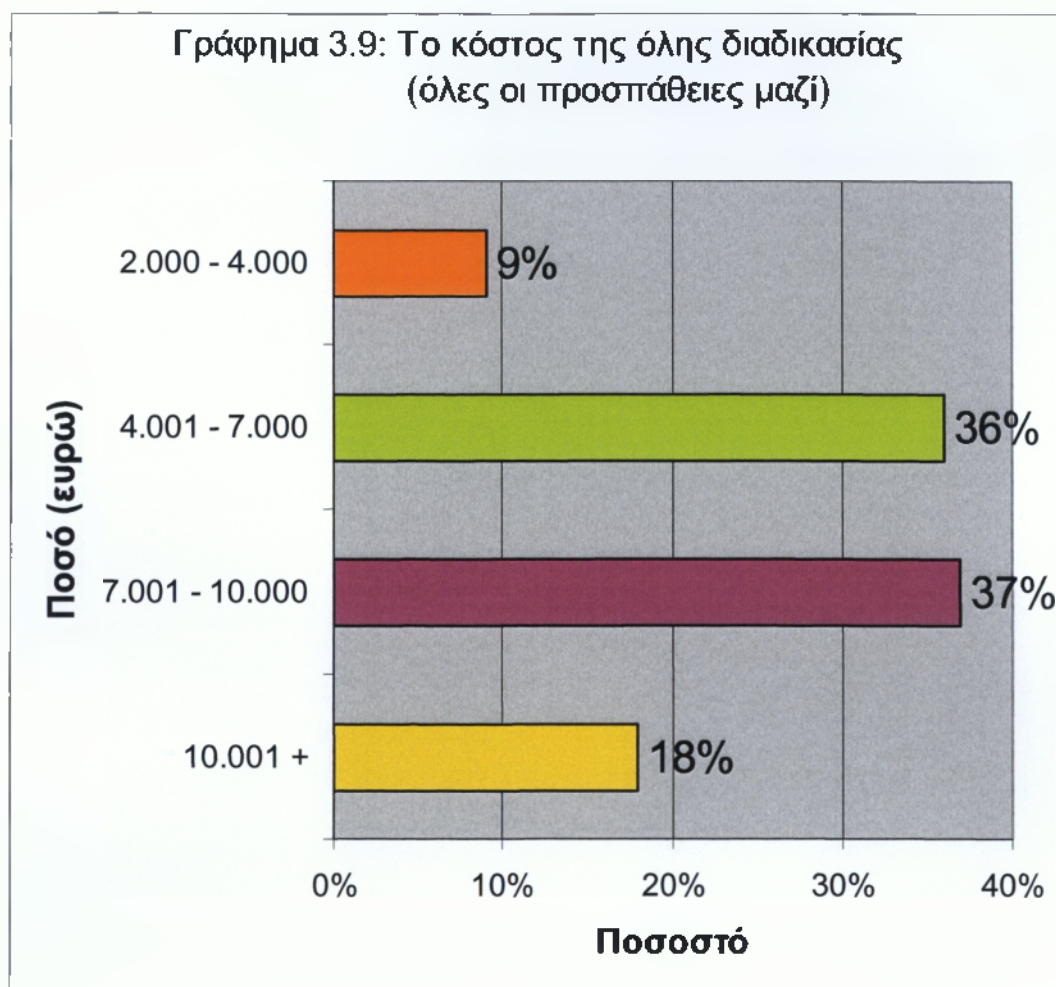
Πηγή: Ίδια έρευνα

Με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν και όπως προκύπτει και από το **γράφημα 3.7** παρατηρούμε ότι η μέθοδος γονιμοποίησης με παρένθετη μητέρα είναι η λιγότερο δημοφιλής.



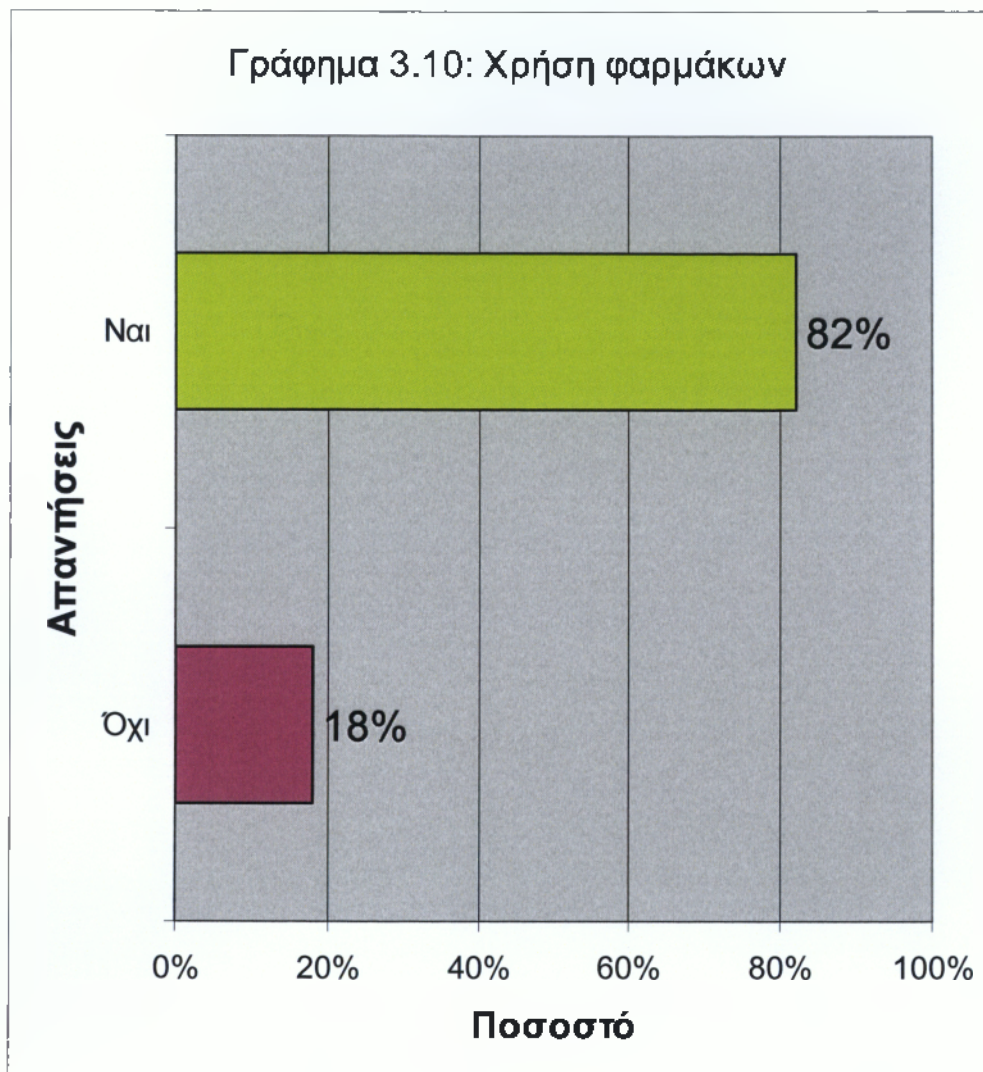
Πηγή: Ιδία έρευνα

Στο 46% των περιπτώσεων το ζευγάρι έκανε τρεις προσπάθειες μέχρι να πετύχει η τεχνητή γονιμοποίηση, ενώ παράλληλα παρατηρούμε ότι το ποσοστό επιτυχίας με την πρώτη φορά είναι εξαιρετικά χαμηλό σύμφωνα και με το **γράφημα 3.8**.



Πηγή: Ίδια έρευνα

Όπως προκύπτει από την έρευνα, τα περισσότερα ζευγάρια καλούνται να πληρώσουν από 4.000 μέχρι 10.000 ευρώ. Λίγες είναι οι φορές που το ποσό ξεπερνάει τις 10.000 ευρώ αλλά ακόμα πιο λίγες είναι οι περιπτώσεις που το ποσό περιορίζεται στις 2.000 με 4.000 ευρώ, όπως φαίνεται και στο **γράφημα 3.9**.



Πηγή: Ίδια έρευνα

Στο **γράφημα 3.10** παρατηρούμε ότι στο 82% των περιπτώσεων τεχνητής γονιμοποίησης χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα κατά τη διάρκεια εφαρμογής της μεθόδου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υπογονιμότητα είναι ένα από τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν αρκετά νεαρά ζευγάρια των οποίων οι προσπάθειες για τεκνοποίηση σκοντάφτουν κυρίως σε παθολογικούς παράγοντες αλλά και σε προβλήματα που δημιουργούνται εξ' αιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής. Τα τελευταία χρόνια η επιστήμη μπορεί και δίνει λύσεις μέσω της τεχνητής γονιμοποίησης και κυρίως μέσω της εξωσωματικής, μια μέθοδο που μεταφέρει τη διαδικασία της αναπαραγωγής στο εργαστήριο μιας και πρώτα εκεί αρχίζει το έμβρυο να αναπτύσσεται πριν τοποθετηθεί στη μήτρα.

Η εργασία αυτή έγινε με σκοπό να αναδειχτεί το τίμημα αυτής της διαδικασίας, τίμημα οικονομικό αλλά και κοινωνικό. Με βάση την έρευνα:

- αποδείχτηκε ότι οι προσπάθειες που κάνουν τα ζευγάρια στις κλινικές τεχνητής γονιμοποίησης είναι ιδιαίτερα δαπανηρές
- παρατηρήθηκε ότι η επιτυχής έκβαση της διαδικασίας δεν εξασφαλίζεται πάντα με την πρώτη φορά
- αποτελεί θετικό στοιχείο το γεγονός ότι τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν αναγνωρίσει την ανάγκη των νοικοκυριών και του κοινωνικού συνόλου για αύξηση του ποσοστού των γεννήσεων καλύπτοντας τα έξοδα που απαιτούνται για τις εξετάσεις και τα φάρμακα σε μεγάλο ποσοστό, αν όχι στο σύνολο τους.

Σημαντικό κομμάτι αυτής της εργασίας (και δικαιολογημένα) καταλαμβάνει η ανάλυση των κοινωνικών παραμέτρων της τεχνητής γονιμοποίησης. Μετά από ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι:

- τα περισσότερα ζευγάρια αποκρύπτουν από τον περίγυρο τους ότι αδυνατούν να αποκτήσουν παιδί και ότι αναγκάζονται να ζητήσουν τη βοήθεια επιστημόνων για να λύσουν το πρόβλημα τους. Ακόμα και στις μέρες μας το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξακολουθεί να αποτελεί ταμπού για την ελληνική κοινωνία
- το πρόβλημα δε σταματάει εκεί αλλά συνεχίζεται και μετά τη γέννηση του παιδιού. Τα ψυχολογικά προβλήματα που ίσως αντιμετωπίσει η μητέρα ενός

«παιδιού του σωλήνα» θα επηρεάσουν το παιδί σε σημαντικό βαθμό στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης του.

Από την ανάλυση της έρευνας προκύπτουν και μερικά ακόμα πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα, όπως:

- το μέσο ζευγάρι που καταφεύγει σε μία από τις μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης βρίσκεται σε ηλικία μεταξύ 32 και 42 ετών και είναι κάτοχος κάποιου ανωτάτου επιπέδου τίτλου σπουδών. Αυτό σημαίνει ότι είναι κατά βάση άτομα που έδωσαν προτεραιότητα στην επαγγελματική τους αποκατάσταση και ανέβαλλαν τη δημιουργία οικογένειας μέχρι να καταφέρουν να σταθούν οικονομικά
- το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική επιφάνεια του ζευγαριού είναι οι καταλυτικοί παράγοντες που θα στείλουν το ζευγάρι σε μια κλινική τεχνητής γονιμοποίησης προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του. Οι περισσότερο μορφωμένοι άνθρωποι είναι δηλαδή και περισσότερο ενημερωμένοι για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Επίσης, το κόστος της διαδικασίας δημιουργεί το φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής. Τα ζευγάρια δηλαδή που δεν έχουν μεγάλη οικονομική ευχέρεια αυτοαποκλείονται μιας και δύσκολα αποφασίζουν να ζητήσουν τη βοήθεια της επιστήμης. Παρά το γεγονός ότι τα ταμεία καλύπτουν σημαντικό μέρος των εξόδων, η επιφυλακτικότητα και ο φόβος για δημοσιοποίηση του προβλήματος αποτρέπουν τα ζευγάρια από το να απευθυνθούν στους ασφαλιστικούς φορείς και στις κλινικές
- οι μέθοδοι αναπαραγωγής με παρένθετη μητέρα, δανεικά ωάρια και σπέρμα από δότη παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά στην προτίμηση των ζευγαριών. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι η προσπάθεια για γονιμοποίηση (και κατά συνέπεια για τεκνοποίηση) αποτελεί προσωπική υπόθεση των ζευγαριών, είναι δηλαδή ένα στοιχείο που πρέπει να κερδιθεί από το ίδιο το ζευγάρι και από τις όποιες πιθανότητες έχει για αναπαραγωγή.

Υπάρχει λύση στα προβλήματα αυτά και είναι μέσα στις δυνατότητες της πολιτείας να την επιτύχει. Πιο συγκεκριμένα :

1. θα πρέπει να ξεκινήσει μια εκστρατεία ενημέρωσης προς όλους τους πολίτες, άμεσα ενδιαφερόμενους και μη, προκειμένου να πληροφορηθούν επακριβώς για την τεχνητή γονιμοποίηση και να καταλάβουν ότι δε στιγματίζονται κοινωνικά εάν για κάποιο λόγο ζητήσουν τη βοήθεια της επιστήμης για να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί. Μαζικά και μεθοδικά θα πρέπει να ανοίξει ένας διάλογος για να απαλειφθεί η αρνητική προκατάληψη απέναντι στην τεχνητή γονιμοποίηση, μια προκατάληψη που συναντάται κυρίως σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
2. θα πρέπει να δίνονται κίνητρα στις γυναίκες προκειμένου να μπουν στη διαδικασία να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί. Οι ρυθμοί της ζωής και οι διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες αναγκάζουν τις γυναίκες να τεκνοποιήσουν σε μεγαλύτερη ηλικία με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια της κύησης και κατά συνέπεια να γεννώνται λιγότερα παιδιά. Θα ήταν επομένως ωφέλιμο να γνώριζαν όσες σκέπτονταν να τεκνοποιήσουν ότι σε περίπτωση που έφερναν στον κόσμο ένα παιδί θα απολάμβαναν ευνοϊκότερης αντιμετώπισης από το ασφαλιστικό σύστημα και ότι θα επιβραβεύονταν με ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό. Ως αποτέλεσμα, θα είχαμε τον περιορισμό της αυξανόμενης τάσης για επαγγελματική αποκατάσταση καθώς και την ανακούφιση των νοικοκυριών σε ότι έχει να κάνει με τα πρώτα έξοδα που προκύπτουν από τη γέννηση ενός παιδιού. Ήδη, σε κάποιες χώρες της Ευρώπης, έχουν θεσπιστεί ευνοϊκοί νόμοι για τους μελλοντικούς γονείς με πολύ καλά και αισιόδοξα αποτελέσματα και είναι καιρός να ακολουθήσει και η Ελλάδα το παράδειγμα τους.

Όσο οι ρυθμοί της ζωής γίνονται πιο έντονοι, τόσο πιο επιτακτική είναι η ανάγκη για την προώθηση λύσεων που θα ανακουφίσουν την ελληνική κοινωνία από το πρόβλημα της υπογεννητικότητας. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει να επιδείξει σημαντικά κατορθώματα και η προώθηση της στην κοινωνία θα επιφέρει αισιόδοξα αποτελέσματα τόσο στο κοινωνικό σύνολο όσο και στην ίδια τη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης μιας και θα βοηθήσει να ξεπεραστούν τα οποία προβλήματα.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

1) Φύλο (του ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο)

- **Ανδρας**
- **Γυναίκα**

2) Ηλικία ερωτώμενου

- **18 – 25**
- **26 – 31**
- **32- 36**
- **37 – 42**
- **43 +**

3) Ηλικία συντρόφου

- **18 – 25**
- **26 – 31**
- **32- 36**
- **37 – 42**
- **43 +**

4) Εκπαίδευση ερωτώμενου

- **Απόφοιτος λυκείου**
- **Πτυχίο Πανεπιστημίου**
- **Μεταπτυχιακό**
- **Διδακτορικό**

5) Εκπαίδευση συντρόφου

- **Απόφοιτος λυκείου**
- **Πτυχίο Πανεπιστημίου**
- **Μεταπτυχιακό**
- **Διδακτορικό**

- 6) **Οικογενειακό εισόδημα**
- 0 – 30.000
 - 30.001 - 50.000
 - 50.001 +
- 7) **Σε ποιον παρατηρήθηκε πρόβλημα υπογονιμότητας;**
- Άνδρας
 - Γυναίκα
 - Και στους δύο
- 8) **Έχετε σκεφτεί το θέμα της υιοθεσίας ενός παιδιού;**
- Ναι
 - Όχι
- 9) **Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση κινήσατε καθόλου τις διαδικασίες για την υιοθεσία ενός παιδιού;**
- Ναι
 - Όχι
- 10) **Αν απαντήσατε ναι στην προηγούμενη ερώτηση ποιοι ήταν οι λόγοι που σας αποθάρρυναν στο τέλος;**
- Απόρριψη
 - Μεγάλος χρόνος για την υλοποίηση της υιοθεσίας
 - Αλλάμε γνώμη (μετανοιώσαμε διότι δεν μπορέσαμε να δεχτούμε την ιδέα ενός 'ξένου' παιδιού).
 - Άλλο
- 11) **Ποιος είχε την ιδέα για την τεχνητή γονιμοποίηση;**
- Άνδρας
 - Γυναίκα
 - Και οι δύο
- 12) **Κρατήσατε μυστική την διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης από τον περιγυρό σας;**
- Ναι
 - Όχι

13) Θεωρείτε ότι το θέμα της τεχνητής γονιμοποίησης αποτελεί ταμπού στην Ελλάδα;

- **Ναι**
- **Όχι**

14) Χρησιμοποιήσατε δανεικά ωάρια;

- **Ναι**
- **Όχι**

15) Χρησιμοποιήσατε σπέρμα από δότη;

- **Ναι**
- **Όχι**

16) Χρησιμοποιήσατε παρένθετη μητέρα;

- **Ναι**
- **Όχι**

17) Πόσες φορές προσπαθήσατε μέχρι να πετύχετε;

- **1 φορά**
- **2 φορές**
- **3 φορές**
- **4 +**

18) Ποιό ήταν το συνολικό κόστος της όλης διαδικασίας (όλες οι προσπάθειες μαζί);

- **2.000 – 4.000**
- **4.001 – 7.000**
- **7.001 – 10.000**
- **10.001 +**

19) Στην μέθοδο που εφαρμόσατε χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα;

- **Ναι**
- **Όχι**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αντόπας, 2004, *Ηθικά διλήμματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: Δάνεια μήτρα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21 (1) : 86-96
2. Αρκουλής, 2005, *Έρευνα για τη γονιμότητα*. Εφημερίδα Ιατρικής Πληροφόρησης του Κέντρου Εξωσωματικής Γονιμοποίησης Πειραιά «ΜΙΤΩΣΗ, τεύχος 42, σελ. 1
3. Γρινιεζάκης, 2003, *Η Κλωνοποίηση Υπό Το Πρίσμα Της Ορθοδόξου Βιοηθικής*. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιου Κρήτης
4. Κακλαμάνης, 2002, *Τεχνητή γονιμοποίηση και συγκρουόμενες ηθικές αξίες*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.genderissues.org.gr/InfoFemina/CurrentIssue/PRESS/texniti%20gonimopoihsi.htm> [accessed 23 Αυγούστου 2007]
5. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε., (2003). *Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή: η νέα αναθεώρηση του οικογενειακού δικαίου*, Νομικά Χρονικά, τεύχος 17, Ιανουάριος- Φεβρουάριος, εκδόσεις Σάκουλα
6. Κείμενο Υπουργικής Αποφάσεως, 2007, *Διατάξεις Που Σχετίζονται Με Την Υπογονιμοτητα*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.kiveli.gr/dioik/diataxi1.cfm> [accessed 4 Μαρτίου 2007]
7. Κυριακίδη ΠΑ. Κοινωνιολογία. 3η Έκδ. Ιωάννινα; 1987
8. Λαϊνάς Τ. (2006). *Ανθρώπινη Αναπαραγωγή & Εξωσωματική Γονιμοποίηση*, Οικογενειακή Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος Α
9. Μαντζαρίδη Γεωργίου. *Γάμος και Οικογενειακή Ζωή*. Στο Βιβλίο: Μαντζαρίδη Γεωργίου. Χριστιανική Ηθική. 4η Έκδ. Εκδόσεις Π. Πουρναρά. Θεσσαλονίκη. 1995:320-356

10. Μητέρα, (2007). *Εξωσωματική Γονιμοποίηση*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.mitera.gr/default.asp?siteID=1&pageID=60&langID=1> [accessed 17 Σεπτεμβρίου 2007]
11. Τριανταφυλλοπούλου, Α. (2006). *Εξωσωματική Γονιμοποίηση: Μητέρα πάση θυσία*, Περιοδικό Αρμονία, [online] διαθέσιμο από: <http://www.anew.gr/dreams/article.php?aid=36> [accessed 17 Σεπτεμβρίου 2007]
12. Φωτίου, 2006, *Η γονιμότητα και ο Μύθος της Στειρότητας: όσα πρέπει να γνωρίζεται*, περιοδικό bridestyle [online] διαθέσιμο από: http://www.bridestyle.gr/pdf/bs_01_06pkt_size.pdf [accessed 22 Αύγουστου 2007]
13. Χηνιαδής, Χ. (2007). *Εξωσωματική Γονιμοποίηση 16 ερωτήσεις*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.iator.gr/hiniadis/exosomatiki%20gon.htm> [accessed 1 Ιονίου 2007]
14. Χλιαουτάκης, 2001, *Πρόθεση συμπεριφοράς και στάση των κατοίκων αστικού κέντρου ως προς την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*, 11^ο Σεμινάριο Γυναικολογικής Ενδοκρινολογίας, Αθήνα (Τόμος Πρακτικών)
15. Χριστοφορίδης, Ν. (2007). *Εξωσωματική Γονιμοποίηση*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.conception.gr/eksosoma.php> [accessed 17 Σεπτεμβρίου 2007]
16. anew.gr, 2007, *Εξωσωματική Γονιμοποίηση: Μητέρα Πάση θυσία*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.anew.gr/dreams/article.php?aid=36> [accessed 22 Ιουλίου 2007]
17. Enet. (2005). *Προϋποθέσεις τέλεσης υιοθεσίας*, [online] διαθέσιμο από: http://www.enet.gr/online/online_obj?pid=77&tp=T&id=88611720 [accessed 23 Μαρτίου 2007]
18. enstaseis.blogspot.com. (2006). *Νόμοι και υιοθεσίες...*, [online] διαθέσιμο από: <http://enstaseis.blogspot.com/2006/04/blog-post.html> [accessed 23 Μαρτίου 2007]

19. Griesinger G., Felberbaum, R., and Diedrich, K. (2005). GnRH ανταγωνιστές στην ωοθηκική διέγερση: Η δεύτερη επιλογή του κλινικού. Δεδομένα από την Γερμανία, *Human Reproduction*, Vol 20, N° 9, pp 2373-2375
20. Hope, Lockwood, G., Lockwood, M. (1995). *Should older women be offered in vitro fertilization?* , [online] διαθέσιμο από: <http://www.bmj.com/archive/6992ed.htm> [accessed 23 Ιουνίου 2007]
21. iospress.gr. (2007). *Ενοικιάζονται μητέρες*, , [online] διαθέσιμο από: <http://www.iospress.gr/ios1995/ios19950319b.htm> [accessed 24 Αυγούστου 2007]
22. JAMA, (2002), Vol.288, No.18, R.J.Paulson, R.Boostanfar, P.Saadat, E.Mor, D.E.Tourgeman, C.C.Slater, M.M.Francis, J.K.Jain: “Pregnancy in the sixth decade of life: Obstetrical Outcomes in Women of Advanced reproductive age”
23. Mammyland.com (2007). *Η Εξωσωματική Γονιμοποίηση*, [online] διαθέσιμο από: <http://www.mammyland.com/egkvmosyni/syllipsi/exosomatiki> [accessed 17 Μαρτίου 2007]
24. Manuel, F.Facy, M.Choquet, H. Grandjean, T.C. Cgyba, (1990). “*Les risques psychologiques de la conception par insemination avec donneur pour l'enfant*”. *Neurophychiatrie de l'enfance* 38(12): 642-658
25. Middleton, H., (2007). *Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε γυναίκες «μεγάλης αναπαραγωγικής ηλικίας»*, Ιατωρ, [online] διαθέσιμο από: <http://www.iator.gr/midletton/ypovoithoumeni.html> [accessed 22 Αυγούστου 2007]
26. Onisenko, K., (2007). *Εξωσωματική γονιμοποίηση: Πρόσδος και κέρδη*, [online] διαθέσιμο από: http://portal.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_mc7_1_18/10/2007_185605 [accessed 24 Μαρτίου 2007]

27. pedieos. (2007). *Μεθόδοι Τεχνητής Γονιμοποίησης*, , [online] διαθέσιμο από: <http://www.pedieosivf.com.cy/pedieosgreek/services - greek.htm> [accessed 2 Ιουνίου 2007]
28. sansimera.gr, 2007, *Η ιστορία της εξωσωματικής γονιμοποίησης*. [online] διαθέσιμο από: http://www.sansimera.gr/archive/articles/show.php?id=58&feature=vitro_fertilization_history [accessed 6 Σεπτεμβρίου 2007]
29. skai.gr, 2007, *Νέα τεχνική εξωσωματικής*, [online] διαθέσιμο από: http://www.skai.gr/master_story.php?id=60710 [accessed 6 Ιουνίου 2007]
30. Van Der Akker, 2000, *The Importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK*. Hum Reprod, 15: 1849-55
31. Wikipedia, 2007, [online] διαθέσιμο από: http://en.wikipedia.org/wiki/In_vitro_fertilization#History [accessed 7 Σεπτεμβρίου 2007]