

ΕΠΙΚΑΙΡΑ ΘΕΜΑΤΑ**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Ελένη Χ. Αλεξίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια αποτελεσματική διέξοδος για πολλά υπογόνιμα ζευγάρια. Η υποδειγματική λειτουργία των μονάδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής βοηθά στην επιτυχή έκβαση της προσπάθειας του ζευγαριού. Βασικές προϋποθέσεις είναι η ύπαρξη των απαραίτητων χώρων, ο άριτος αριθμός προσωπικού, οι σωστές διαδικασίες εργασιών στη μονάδα και η ύπαρξη και εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων ώστε να διασφαλίζεται η σωστή αντιμετώπιση του ζευγαριού.

Όλο το προσωπικό της μονάδας πρέπει να λειτουργεί με πνεύμα ομαδικό (ιατρός, μαία, εμβρυολόγος). Ο ρόλος της μαίας, στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής γενικά, είναι πολύπλευρος και σημαντικός. Εκτός από τη φροντίδα για την εύρυθμη λειτουργία της κλινικής είναι και ένας πολύτιμος συνεργάτης του γυναικολόγου. Ο σκοπός όμως της ομάδας της IVF δεν είναι μόνο η επιτυχής έκβαση της προσπάθειας του ζευγαριού, αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη αυτών καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας.

Οι συναισθηματικές εντάσεις, συναισθήματα γενικά που επιβαρύνουν ψυχολογικά το ζευγάρι, οι εναλλαγές της ελπίδας με την απόγνωση πρέπει να αντιμετωπίζονται από το προσωπικό της μονάδας με ιδιαίτερη προσοχή. Η συναισθηματική φροντίδα παράλληλα με τις εκάστοτε θεραπείες, η άρτια συνεργασία μεταξύ των στελεχών της μονάδας, όπως και μεταξύ των μελών και του ζευγαριού και η εύρυθμη λειτουργία της μονάδας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελούν τις θετικές παραμέτρους προς το προσδοκώμενο αποτέλεσμα.

Όροι ευρετηρίου: Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (IYA), μαία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χρόνο με το χρόνο όλο και περισσότερα ζευγάρια διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα, δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Ο πελαργός δεν φαίνεται να είναι συνεπής στις επισκέψεις του σε όσους τον αναμένουν εναγωνίως, αφού το πρόβλημα της υπογονιμότητας, δυστυχώς, χτυπά την πόρτα όλο και περισσότερων ζευγαριών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 60-80 εκατομμύρια ζευγάρια διεθνώς αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, αριθμός που αντιστοιχεί στο 10-12% των ζευγαριών της αναπαραγωγικής ηλικίας. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι ακόμη πιο αυξημένο και αφορά 1 στα 6 νέα ζευγάρια. Τα αίτια της υπογονιμότητας μπορεί να είναι οργανικά προβλήματα και αφορούν κατά 50% τη γυναίκα (π.χ. συμφύσεις ή απόφραξη σαλπίγγων, ορμονικές διαταραχές, ενδομητρίωση κ.λπ.) και κατά 50% τον άνδρα (διαταραχές στην ποσότητα και στην ποιότητα του σπέρματος). Ο σύγχρονος τρόπος ζωής σε συνδυασμό με την απόκτηση οικογένειας σε μεγαλύτερη ηλικία συμμετέχουν στην αύξηση του ποσοστού των υπογόνιμων ζευγαριών.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια αποτελεσματική διέξοδος. Το 1988, μία έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης πάνω στο θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ανέφερε ότι οι νέες αναπαραγωγικές τεχνολογίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνον όταν οι άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης της στειρότητας έχουν αποτύχει ή δεν είναι κατάλληλες στη συγκεκριμένη περίπτωση. Δεν θα πρέπει όμως να χρησιμοποιούνται ως εναλλακτικές μέθοδοι αναπαραγωγής. Η έκθεση αυτή εξέφραζε την αντίληψη της στειρότητας ως μίας μόνιμης λειτουργικής έκπτωσης ή ανικανότητας, η οποία απαιτεί ιατρική θεραπεία (Holmes 1996). Η στειρότητα, όμως, δεν είναι μια κατάσταση που δημιουργεί σωματικό, αλλά μάλλον ψυχικό και κοινωνικό πόνο. Άρα η αντιμετώπιση που παρέχεται δεν είναι θεραπευτική, καθώς οι περισσότερες μέθοδοι της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν εξαλείφουν τις αιτίες της στειρότητας και, κατά συνέπεια, δεν τη θεραπεύουν -μάλλον θεραπεύουν την ατεκνία.

Η εισαγωγή, όμως, αυτών καθαντών των τεχνικών της γονιμοποίησης in vitro, έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι παρόλο που δεν γίνεται ιατρική θεραπεία με την στενή έννοια, γίνεται δεκτή η χρήση άλλων μέσων (ιατρικών διαδικασιών) που υποβοηθούν στη σύλληψη ενός παιδιού. Η στείρωση αντιμετωπίζεται ως μία ανάγκη υγείας (αν και η παραδοχή αυτή δεν γίνεται αποδεκτή από όλους όσους τη βιώνουν), η οποία μπορεί να ικανοποιηθεί με τη βοήθεια ιατρικών τεχνικών (Evans 1990, Martin 1996).

ΝΕΕΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ

Η εμφάνιση των νέων αναπαραγωγικών τεχνολογιών (NAT) έχει αναγκάσει την κοινωνία να προχωρήσει στην επίλυση όλο και πιο περιπεπλεγμένων καταστάσεων και επιλογών. Οι νέες αυτές τεχνολογίες περιλαμβάνουν τρία διαφορετικά είδη διαδικασιών:

- Διαδικασίες που στοχεύουν στο να βοηθήσουν άτομα και ζευγάρια να συλλάβουν ένα παιδί (π.χ. τεχνητή σπερματέγχυση, γονιμοποίηση in vitro και υποκατάστατη κύηση)
- Διαδικασίες που στοχεύουν στην εκτίμηση και την προαγωγή της υγείας του εμβρύου μετά από τη σύλληψη (π.χ. προγεννητική διάγνωση, προεμφυτευτική διάγνωση, επιλογή φύλου, θεραπεία ή μικροχειρουργική εμβρύου)
- Διαδικασίες που αφορούν στη χρήση ανθρώπινων γαμετών ή εμβρύων στην έρευνα (π.χ. πειραματισμός στο έμβryo ή χρήση εμβρυϊκών ιστών για μεταμόσχευση, ως θεραπεία στη νόσο του Parkinson).

Έτσι, οι NAT περιλαμβάνουν διαδικασίες οι οποίες υποβοηθούν τη σύλληψη και γενικά προάγουν την υγεία του εμβρύου. Περιλαμβάνουν επίσης έρευνα η οποία αποβλέπει στην πρόληψη και τη θεραπεία της στειρότητας, καθώς και σε άλλους θεραπευτικούς στόχους.

Με την επιτυχημένη γονιμοποίηση τα έμβρυα μπορούν:

- Να εμφυτευτούν σε μια γυναίκα προκειμένου να επιτευχθεί μια εγκυμοσύνη
- Να εμφυτευτούν σε μια υποκατάστατη μητέρα η οποία κυοφορεί για λογαριασμό κάποιου ζευγαριού-εντολέα
- Να αποθηκευτούν μέσω κρυοσυντήρησης προκειμένου: α) να χρησιμοποιηθούν σε μια μελλοντική εμφύτευση σε αυτούς που έδωσαν τους γαμέτες, β) να δωριθούν σε κάποιο άλλο στείρο άτομο ή ζευγάρι, γ) να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς, δ) να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή αρχέγονων (βλαστικών) κυττάρων για θεραπεία ή έρευνα, ε) να ελεγχθούν γενετικά για την ποιότητα υγείας των εμβρύων, ή στ) να καταστραφούν (αν καμιά από τις παραπάνω επιλογές δεν είναι επιθυμητή)¹.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 1 δημόσια μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΙΥΑ), 7 μονάδες σε Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και περίπου 40 Ιδιωτικά Κέντρα. Σκοπός αυτών των μονάδων είναι η υποβοήθηση στη σύλληψη και η προαγωγή της υγείας του εμβρύου, μέσω των νέων αναπαραγωγικών τεχνολογιών (τεχνητή σπερματέγχυση, γονιμοποίηση in vitro, υποκατάστατη κύηση, προεμφυτευτική διάγνωση, επιλογή φύλου κ.λπ.). Ένα σύγχρονο κέντρο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σύμφωνα με το άρθρο 16 του Ν.3305, πρέπει να είναι απαραίτητα στελεχωμένο από εξειδικευμένο προσωπικό. Πρέπει να διαθέτει ιατρούς γυναικολόγους, εξειδικευμένους στις μεθόδους αυτές, επιστήμονες των βιοϊατρικών επιστημών με τουλάχιστον διετή πείρα στο γνωστικό αντικείμενο της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, μαίες με ανάλογη εμπειρία, αναισθησιολόγο και βοηθητικό προσωπικό το οποίο περιλαμβάνει βοηθούς νοσηλείας, βοηθούς θαλάμου και καθαρίστριες. Σε μια σύγχρονη μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής πρέπει να υπάρχουν οι δυνατότητες να διενεργούνται όλες οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ξεκινώντας από μια απλή ορμονική υποστήριξη και σπερματέγχυση έως ICSI, TESE κ.λπ. Επίσης η συνεργασία με κοινωνικούς λειτουργούς βοηθά ώστε να αντιμετωπιστούν πρακτικά προβλήματα, ιδιαίτερα για ασθενείς που δεν έχουν ασφάλιση, π.χ. προβλήματα διαμονής, και η συνεργασία με ψυχολόγο μπορεί να βοηθήσει στην ομαλή ένταξη του ζευγαριού στις διαδικασίες της εξωσωματικής, αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη του καθ' όλη την προσπάθεια.

Οι χώροι ενός σύγχρονου κέντρου, πρέπει να είναι λειτουργικοί, σχεδιασμένοι βάση ειδικών προδιαγραφών. Έτσι ένα σύγχρονο κέντρο πρέπει να διαθέτει:

- Ανάλογα με την δυναμική του, τουλάχιστον 2 θαλάμους ασθενών, κατάλληλα εξοπλισμένους με παροχή οξυγόνου, αναρρόφηση κ.λπ.
- Αίθουσα ωοληπιών - εμβρυομεταφορών. Οποσδήποτε ο σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός βοηθά στην καλύτερη επίτευξη του στόχου μας. Η ύπαρξη ενός υπερηχοτομογράφου υψηλής ευκρίνειας, ηλεκτρικού boom, μιας αξιόπιστης συσκευής αναρρόφησης, σύγχρονου αναισθησιολογικού μηχανήματος, είναι απαραίτητη σε κάθε σύγχρονο κέντρο IVF.

- Θάλαμο ανάνηψης ασθενών.
- Εργαστήριο αποτελούμενο από 2 χωριστά δωμάτια, ένα για την προετοιμασία του σπέρματος και ένα δεύτερο για τη γονιμοποίηση των ωαρίων και την καλλιέργεια των εμβρύων. Στο χώρο που γίνεται η προετοιμασία του σπέρματος μπορούν να εγκατασταθούν τα δοχεία υγρού αζώτου για την κρυοσυντήρηση των εμβρύων και του σπέρματος, αρκεί να υπάρχει η κατάλληλη υποδομή εξαερισμού ώστε ο χώρος να αερίζεται καλά.
- Εξεταστήριο, το οποίο να περιλαμβάνει 1 υπερηχοτομογράφο και 1 εξεταστικό κρεβάτι και όλο το απαραίτητο αναλώσιμο υλικό για την υπερηχογραφική και κλινική εξέταση της ασθενούς
- Γραφείο μαιών.
- Γραφεία ιατρών.
- Θάλαμο νοσηλείας.
- Χώρο λήψης σπέρματος.
- Αποθήκη υλικού.
- Υποδοχή.
- Σαλόني αναμονής.

Επίσης πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε σύνδεση με κέντρο τριτοβάθμιας φροντίδας, για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών.

Ο ρόλος της Μαιάς σε ένα σύγχρονο κέντρο IVF, είναι πολύπλευρος και σημαντικός. Πρωταρχικός της σκοπός είναι η εύρυθμη λειτουργία του κέντρου. Είναι υπεύθυνη για τα ακόλουθα καθήκοντα: α) σημειώνει τα καθημερινά ραντεβού του ιατροείου, ορίζοντας τα σε σωστούς χρόνους ώστε να αποφεύγεται η ταλαιπωρία ή η πολύωρη αναμονή των ζευγαριών, β) ενημερώνει και αναλύει το πρωτόκολλο στο οποίο έχει ενταχθεί η ασθενής, κάνει επίδειξη λήψης των φαρμάκων και ημερολογιακό προγραμματισμό της θεραπείας, γ) επιτηρεί τη σωστή λήψη των φαρμάκων και λύνει προβλήματα που άπτονται της σωστής λήψης της θεραπείας, δ) παρακολουθεί την ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας κάνοντας τις αιμοληψίες και τα υπερηχογραφήματα, ε) συμμετέχει στη διαδικασία της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς, στ) φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη του ζευγαριού, ζ) τηρεί αρχείο ασθενών, η) φροντίζει για την έγκυρη προμήθεια υλικών, είτε αφορά υγειονομικό υλικό είτε ιατροτεχνολογικό ή ξενοδοχειακό εξοπλισμό -και οπωσδήποτε φροντίζει για τη σωστή διατήρηση και καθαριότητα του χώρου, και θ) είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση και συνεργασία μεταξύ του προσωπικού μέσα από τακτικές συγκεντρώσεις (meetings).

Η Μαία με κατάλληλη εκπαίδευση είναι ένας πολύτιμος συνεργάτης του γυναικολόγου σε όλες τις διαδικασίες της IVF. Σε πρόσφατα άρθρα αναφέρεται ότι στις μονάδες του Ηνωμένου Βασιλείου και σε νοσοκομεία των Σκανδιναβικών χωρών αλλά και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, μαιές έχουν εκπαιδευτεί από τους γυναικολόγους και εκτελούν τις εμβρυομεταφορές με μεγάλη επιτυχία.

Μια υποδειγματική μονάδα ΙΥΑ βασίζεται στην καλή συνεργασία των μελών της και στις σωστές διαδικασίες των εργασιών της μονάδας. Αρχίζοντας από το εξωτερικό ιατρείο υπογονιμότητας, όλα τα ραντεβού προκαθορίζονται έπειτα από τηλεφωνική συνεννόηση με την προϊσταμένη του τμήματος. Σε όλα τα ραντεβού προσέρχονται και τα δύο μέλη του ζευγαριού, εκτός από ειδικές περιπτώσεις όπου αυτό μπορεί να γίνει ξεχωριστά. Η χρονική διάρκεια του πρώτου ραντεβού είναι περίπου 45', ενώ στον επανέλεγχο η διάρκεια είναι περίπου 15'. Ενημερωτικά φυλλάδια για τα περισσότερα θέματα σχετικά με την υπογονιμότητα και τις λειτουργίες της μονάδας πρέπει να είναι διαθέσιμα στους χώρους αναμονής της μονάδας.

Στην πρώτη επίσκεψη η εξέταση αφορά και τα δύο μέλη του ζευγαριού και περιλαμβάνει πλήρες ιστορικό (μαιευτικό – γυναικολογικό - χειρουργικό), έλεγχο των εργαστηριακών εξετάσεων, κλινική εξέταση και διακολπικό υπερηχογράφημα. Ο επανέλεγχος του ζευγαριού γίνεται εφόσον έχει ολοκληρωθεί ο αρχικός εργαστηριακός έλεγχος. Αφού ολοκληρωθεί ο έλεγχος, ο ιατρός της μονάδας θέτει τη διάγνωση, προγραμματίζει την κατάλληλη θεραπεία και παραπέμπει το ζευγάρι στη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για θεραπεία.

Στην μονάδα ακολουθούνται δύο πρωτόκολλα διέγερσης, το βραχύ και το μακρύ πρωτόκολλο. Πριν την έναρξη της θεραπείας οι ιατροί της μονάδας πρέπει να δουν το ζευγάρι μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σκοπός αυτής της συνάντησης είναι να αναπτυχθούν αναλυτικά όλα τα θέματα που περιλαμβάνονται στον κατάλογο του φύλλου παρακολούθησης θεραπείας. Σ' αυτήν τη συνάντηση υπογράφονται οι σχετικές φόρμες που άπτονται όλων των νομικών και ηθικών θεμάτων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι φόρμες υπογράφονται απαραίτητως και χωρίς εξαίρεση και απ' τα δύο μέλη του ζευγαριού, όπως και από τον ιατρό της μονάδας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα ενημερώσει το ζευγάρι για το πρωτόκολλο θεραπείας, θα υποδείξει τον τρόπο λήψης των φαρμάκων και θα προγραμματίσει τη θεραπεία. Στη συνάντηση αυτή πρέπει να δίδεται ενημέρωση είτε από το νοσηλευτικό είτε από το ιατρικό προσωπικό και για οικονομικής φύσης θέματα, που αφορούν το κόστος της θεραπείας. Ως εκ τούτου ιατροί και νοσηλεύτες πρέπει να είναι ενήμεροι για το κόστος της θεραπείας.

ας, τον τρόπο πληρωμής όπως και το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλιστικών ταμείων σ' αυτήν. Μετά από την ενημέρωση του ζευγαριού ακολουθεί η επεξήγηση της θεραπείας του.

Η μαία της μονάδας, επιτηρώντας τη σωστή λήψη των φαρμάκων, παρακολουθεί ταυτόχρονα την ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας κάνοντας τις αιμοληψίες και τα υπερηχογραφήματα. Τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων, όπως και τα υπερηχογραφικά ευρήματα, συζητούνται κάθε μεσημέρι με το ιατρικό προσωπικό, το οποίο και αποφασίζει για τυχόν αλλαγές που προκύπτουν. Προβλήματα σχετικά με την υπερηχογραφική εκτίμηση συζητούνται επί τόπου με τους ιατρούς της μονάδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας πρέπει να είναι εξοικειωμένο με τα πρωτόκολλα θεραπείας, τα οποία βρίσκονται αναρτημένα σε περίοπτες θέσεις. Το κριτήριο στην παρακολούθηση της ασθενούς πρέπει πάντα να είναι η βέλτιστη τελική έκβαση της προσπάθειας και η επιτυχία μιας εγκυμοσύνης. Ο ιατρός της μονάδας κρίνει τότε είναι ο κατάλληλος χρόνος για την ωοληψία, δίνοντας στο ζευγάρι τις κατάλληλες οδηγίες. Η ωοληψία γίνεται σε ειδικό χώρο της μονάδας με αυθημερόν εισαγωγή της ασθενούς. Κατά την ωοληψία, η ασθενής υποβάλλεται σε νάρκωση, απ' την οποία ανανήπτει πολύ σύντομα, και μετά από την πάροδο 2 ωρών αναχωρεί από την μονάδα.

Στη μονάδα μας τελευταία χρησιμοποιούμε το Monitoring Anesthesia Care (MAC) όπου μόνο με fentanyl -χωρίς άλλα αναισθητικά φάρμακα- η γυναίκα υποβάλλεται σε ωοληψία έχοντας επαφή με το περιβάλλον και η ανάνηψή της είναι ταχύτατη. Το πρωτόκολλο αυτό εφαρμόζεται μιας και -συγκρινόμενο με τις άλλες μεθόδους «νάρκωσης»- έχει ταχύτερη και ομαλότερη ανάνηψη, εξασφαλίζει πλήρως τη συνεργασία της ασθενούς και σύμφωνα με διεθνείς -αλλά και δικές μας- έρευνες εξασφαλίζει καλύτερο αποτέλεσμα στην IVF (καλύτερα έμβρυα).

Η διαδικασία της εμβρυομεταφοράς εκτελείται συνήθως μετά την πάροδο μιας ή 2 ημερών από την ωοληψία, ανάλογα με την εξέλιξη των γονιμοποιημένων ωαρίων. Μετά από 14 ημέρες γίνεται έλεγχος της β-χοριακής γοναδοτροπίνης για τη διαπίστωση ύπαρξης ή μη εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, το ζευγάρι παραπέμπεται στο θεράποντα γυναικολόγο, ο οποίος αναλαμβάνει πλέον την παρακολούθηση της κύησης. Σε περίπτωση αποτυχίας σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να βοηθούν πάλι το ζευγάρι και τα μέλη της ομάδας για να μελετήσουν και να συζητήσουν τις παραμέτρους της αποτυχίας, ώστε να καθορίσουν περαιτέρω βήματα με την προοπτική να πετύχουν σε μια επόμενη προσπάθεια.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ

Ο σκοπός όμως της ομάδας της IVF δεν είναι μόνο η επιτυχής έκβαση της προσπάθειας του ζευγαριού, αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη αυτών καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας.

Η ανακάλυψη της υπογονιμότητας ενός ζευγαριού είναι μια ψυχοφθόρα είδηση που το ζευγάρι καλείται να αντιμετωπίσει συναισθηματικά. Η απόφαση του ζευγαριού να ενταχθεί σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης προκαλεί έντονο άγχος στα αρχικά στάδια ένταξής του, που συνήθως αφορούν τόσο την επιλογή της μονάδας IVF που το ζευγάρι καλείται να εμπιστευθεί, όσο και την ιατρική διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης -μια διαδικασία άγνωστη και για τους δυο σύντροφους. Το ζευγάρι επιλέγοντας μία συγκεκριμένη μονάδα μειώνει το στρες, προϋποθέτοντας φυσικά ότι το ζευγάρι έχει λάβει από τον υπεύθυνο ιατρό μια λεπτομερή αξιολόγηση του παράγοντα της υπογονιμότητάς του και των τυχόν ιδιαιτεροτήτων του, καθώς επίσης και τις εναλλακτικές προτεινόμενες ιατρικές παρεμβάσεις.

Τα προβλήματα γονιμότητας επηρεάζουν πολλά πράγματα στη ζωή ενός ζευγαριού. Δημιουργούν ανησυχία, ανυπομονησία, ενοχές και ένταση και οδηγούν σε απομόνωση. Η ένταση των προαναφερθέντων συναισθημάτων, καθώς και οι αλλαγές που επιφέρουν στην καθημερινότητα του ατόμου, συνδέονται άμεσα με το κατά πόσον το ζευγάρι συναισθηματικά έχει αποδεχτεί την υπογονιμότητά του. Η ενίσχυση της αποδοχής -βασικός στόχος στη διαδικασία ψυχολογικής υποστήριξης- επιφέρει τελικά σημαντική συναισθηματική ανακούφιση στο ζευγάρι. Πολλά ζευγάρια χαρακτηρίζουν την περίοδο κατά την οποία συμμετέχουν σε πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης ως περίοδο «κρίσης». Η συναισθηματική ένταση μπορεί να αναστατώσει τη σχέση του ζευγαριού, ειδικότερα όταν οι δύο σύντροφοι βιώνουν συναισθηματικά με διαφορετικό τρόπο τη διαδικασία αυτή. Είναι, λοιπόν, σημαντικό το άτομο να μπορέσει να εκφράσει, να αναγνωρίσει και να αιτιολογήσει τα συναισθήματα εκείνα που του προκαλούν ένταση, καθώς επίσης, εξατομικευμένα, να ανακαλύψει τρόπους με στόχο να ελαχιστοποιηθεί η συναισθηματική του φόρτιση.

Για πολλά άτομα η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι «η τελευταία ευκαιρία» να αποκτήσουν ένα βιολογικά δικό τους παιδί και αυτό το οδηγεί σε συναισθηματική φόρτιση. Έτσι, βιώνουν έναν γενικότερο αποπροσανατολισμό από προηγούμενους σημαντικούς στόχους, ανάγοντας τώρα την απόκτηση παιδιού σε μοναδικό στόχο ζωής. Η πορεία αυτή συνήθως οδηγεί το ζευγάρι ή τον σύντροφο σε συναισθηματικό αδιέξοδο, αφού πλέον το άτομο περιορίζει τις προοπτικές του, αλλάζοντας πλέον δραστικά τον τρόπο και την ποιότητα ζωής του προς μία και μοναδική κατεύθυνση. Είναι, λοιπόν, σημαντικό να επανεξεταστεί η πορεία αυτή, ώστε το ζευγάρι να

είναι σε θέση να αποκτήσει ξανά έναν πολύπλευρο τρόπο ζωής².

Μία άλλη προοπτική που επιβαρύνει ψυχολογικά το ζευγάρι είναι η περίπτωση που για τη σύλληψη πρέπει να χρησιμοποιηθεί σπέρμα ή έμβρυο από δότη, περίπτωση περίπλοκη απ' την πλευρά του πατέρα. Συνήθως πρόκειται για πατέρα που αισθάνεται αμέτοχος και παραπονιέται ότι δεν είναι το δικό του παιδί, μια και ο ίδιος δεν είχε γενετική ανάμιξη σε αυτό. Τα συναισθήματα του πατέρα είναι ιδιαίτερα μπερδεμένα. Συνήθως ξεκινάει με άρνηση της ιδέας για γονιμοποίηση με δότη σπέρματος, στη συνέχεια έχει έντονες αμφιβολίες όταν το συζητάει με τη σύζυγό του και συχνά περνάει σε εκνευρισμό ή θυμό, με κυρίαρχη την αίσθηση ότι δεν ορίζει τη ζωή του και το σώμα του. Ο φόβος του επικεντρώνεται στο ότι το παιδί δεν θα είναι βιολογικά δικό του, αναρωτιέται αν θα το αγαπάει και βασανίζεται απ' τη αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να συμμετάσχει στην όλη διαδικασία. Για τη γυναίκα τα πράγματα είναι λίγο πιο ξεκάθαρα, με την έννοια ότι όταν επιθυμεί έντονα ένα μωρό είναι ευκολότερο να παραμερίσει τις βιολογικές αμφιβολίες και να αισθάνεται το μωρό δικό της, αφού θα το μεγαλώσει στην κοιλιά της.

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια είναι η μυστικότητα της όλης διαδικασίας. Το ζευγάρι δεν θέλει να ανακοινώσει το πρόβλημά του προς τα έξω, ώστε να μαθευτεί ευρύτερα. Σύμφωνα με την ψυχολόγο Fiona MacGallum, του City University του Λονδίνου, όταν το παιδί προέρχεται από δότη εμβρύου, επειδή η γυναίκα έχει κανονική εγκυμοσύνη, το περιβάλλον της βλέπει μια «φυσική κατάσταση» και όχι κάτι τεχνητό όπως είναι η υιοθεσία.

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας συνήθως σχετίζεται με συναισθήματα κατωτερότητας ή ανησυχίας για τον ανδρισμό του μέλλοντα πατέρα, ο οποίος πολλές φορές ανησυχεί για το «τι θα πει ο κόσμος» ή πως θα τον κρίνει ο περίγυρός του. Αν μάλιστα η μητέρα σχετίζεται βιολογικά με το παιδί, ενώ ο πατέρας όχι, είναι πιθανό αυτός να αισθανθεί παραγκωνισμένος ή να εκφράζει δυσαρέσκεια προς τη σύζυγό του³.

Είναι γεγονός ότι κατά τη διάρκεια του προγράμματος εξωσωματικής γονιμοποίησης ή, συνήθως, μετά το στάδιο της εμβρυομεταφοράς, η συχνή εναλλαγή της ελπίδας με την απόγνωση ταλαιπωρούν τη γυναίκα ή το ζευγάρι, που αγωνιά για το αν και πότε θα καταφέρει την επίτευξη κύησης που τόσο επιθυμεί. Η συναισθηματική ανάγκη των ζευγαριών για άμεση θετική έκβαση στη θεραπεία τους συχνά δημιουργεί δυσκολία στο να συνειδητοποιήσουν και να αποδεχθούν την πιθανή διάρκεια χρόνου που είναι πιθανόν να χρειαστεί να αφιερώσουν για ένα θετικό αποτέλεσμα. Άλλωστε πρωταρχική αιτία παραίτησης ενός ζευγαριού από το στόχο της απόκτησης ενός παιδιού μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης θεωρείται η εξάντληση ενέργειας συναισθηματικής αντοχής. Η ανάγκη ενίσχυσης της αποδοχής της πιθανής διάρκειας για μια θετική έκβαση της προσπάθειας του ζευγαριού δημιουργεί θετική επιρροή προς την επίτευξη του προσδοκώμενου αποτελέσματος. Η αποδοχή αυτή δημιουργεί στο ζευγάρι συναισθηματική ασφάλεια και η συνεργασία του με τον υπεύθυνο ιατρό της μονάδας, που σχεδιάζει την επόμενη εναλλακτική ιατρική παρέμβαση (σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος), γίνεται πιο αποτελεσματική. Αυτό σημαίνει ότι η αρνητική έκβαση μιας συγκεκριμένης προσπάθειας δεν ερμηνεύεται από το ζευγάρι ως καταστροφική ή καθοριστική για τη μελλοντική του πορεία. Έτσι και οι δύο σύντροφοι είναι σε θέση συναισθηματικά να εισπράξουν θετικά την επόμενη προτεινόμενη ιατρική παρέμβαση².

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η συναισθηματική φροντίδα παράλληλα με τις εκάστοτε θεραπείες γονιμότητας, η άρτια συνεργασία μεταξύ των στελεχών της μονάδας, όπως και μεταξύ των μελών του ζευγαριού, και η εύρυθμη λειτουργία της μονάδας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αποτελούν τις θετικές παραμέτρους προς το προσδοκώμενο αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. *Δίκαιο Υγείας - Βιοηθική* (2005-2006).
2. Κολοβάκη Μπέσσυ. *Ψυχική φόρτιση και στήριξη*. Άρθρο εφημερίδας «Τα Νέα» (Ιατρικά).
3. Βάρβογλη Λίζα (in.gr Health News).