



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ-ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Γνώσεις και αντιλήψεις αντιπροσωπευτικού πληθυσμού της
νήσου Κάσου, αναφορικά με την υπογονιμότητα και την
υποβοηθούμενη αναπαραγωγή»**

Κωνσταντίνος Αννούσης

Επιβλέπων Καθηγήτρια: Ιωάννα Τσιλιγιάννη

Συνεπιβλέποντες: Θωμάς Βρεκούσης, Δήμητρα Σηφάκη Πιστόλα



Νοέμβριος, 2019

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Γνώσεις και αντιλήψεις αντιπροσωπευτικού πληθυσμού της νήσου Κάσου, αναφορικά με την υπογονιμότητα και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Δημόσια Υγεία – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Υπηρεσίες Υγείας», της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ως την ελάχιστη δυνατή μνεία, οφείλω να ευχαριστήσω ειλικρινά και θερμά ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα και με την πολύτιμη συμβολή και συμπαράσταση τους συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες, καταρχάς, οφείλω στην επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας καθηγήτρια Ιωάννα Τσιλιγιάννη, για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές, παρατηρήσεις και υποδείξεις επί της οργάνωσης και της δομής της παρούσας εργασίας αλλά και για τον επιδέξιο τρόπο που επεσήμανε τα λάθη και τις παραλήψεις. Κυρίως την ευχαριστώ για την επιμονή, τη συμπαράσταση, τη συνεχή υποστήριξη και το αμείωτο ενδιαφέρον της από την αρχή μέχρι το τέλος της διπλωματικής.

Στη συνέχεια, θέλω να ευχαριστήσω την διδάκτορα Δήμητρα Σηφάκη Πιστόλα και τον καθηγητή Θωμά Βρεκούση που δέχτηκαν να είναι συνεπιβλέπωντες καθώς και για τις χρήσιμες και εύστοχες παρατηρήσεις τους στο σύνολο της εργασίας. Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στους υπόλοιπους καθηγητές του ΠΜΣ, οι οποίοι με τα πλούσια πνευματικά προσόντα και το ήθος τους βοήθησαν στην εμπλούτιση των γνώσεων μου και στη διαμόρφωση του χαρακτήρα μου. Ξεχωριστά θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή και συντονιστή των σπουδών κ. Χρήστο Λιονή, ο οποίος μου έδωσε τη δυνατότητα να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Επιπλέον, παράλειψη θα ήταν να μην ευχαριστήσω τους συναδέλφους μεταπτυχιακούς συμφοιτητές μου και φίλους μου που για ένα χρόνο μοιραστήκαμε

τις ίδιες ανησυχίες και γινόμασταν στήριγμα ο ένας για τον άλλον. Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους Ρόζα Γιαννάκη, Θεοδωρή Δέλλιο, Ρένια Κουρλετάκη, Αθηνά Μαρτιμιανάκη και Μαρία Τσίγκου για το ενδιαφέρον τους, που με στήριζαν και μου έδιναν κουράγιο σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου Εμμανουήλ και Ειρήνη, την αδελφή μου Άννα, την αδελφή μου Βασιλεία με το σύζυγό της Γεώργιο, και τα παιδιά τους: Νικόλαο και Εμμανουήλ, καθώς και τον πνευματικό μου πατέρα Α.Α. Μακάριο, που με υπομονή, κατανόηση και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Σε κάθε φάση της πορείας μου γίνονται αρωγός στην προσπάθεια μου, δίνουν την ώθηση και το κίνητρο στο να επιτυγχάνω κάθε στόχο μου. Στέκονται πάντοτε δίπλα μου τόσο στις επιτυχίες όσο και στις αποτυχίες, πιστεύουν σε εμένα ακόμη όταν κι εγώ ο ίδιος αμφιβάλλω για τον εαυτό μου, και μου δίνουν την ελπίδα και δύναμη να προσπαθώ για το καλύτερο.

Περίληψη

Οι αιτίες, που προκαλούν υπογονιμότητα και στειρότητα στον πληθυσμό, έχουν υποστεί ραγδαία αύξηση τόσο σε Ευρωπαϊκό, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο επιπολασμός των ζευγαριών, που δεν δύναται να τεκνοποιήσουν, αυξάνεται αντί να μειώνεται και σε αυτή την περίπτωση οι επιστήμες της ιατρικής έχουν συμβάλει αναφορικά με την πολυπόθητη απόκτηση ενός παιδιού. Οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι αρκετές και ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση επιλέγεται η κατάλληλη μέθοδος, προκειμένου τα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί. Οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διαχωρίζονται σε αυτές, που περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την επαναφορά της γονιμότητας, σε εκείνες που αντιμετωπίζουν χειρουργικά την υπογονιμότητα, στις τεχνητές μεθόδους αναπαραγωγής, όπου η γονιμοποίηση πραγματοποιείται με εξωτερικούς παράγοντες και τέλος, στις εναλλακτικές μεθόδους, όπως είναι η παρένθετη μητρότητα και η δωρεά γαμετών. Στη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει βρεθεί ότι, παίζει ιδιαίτερο ρόλο η επίγνωση και οι πληροφορίες που παρέχονται στο ζευγάρι, για τις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αυτό σημαίνει ότι η απόφαση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς, οικονομικούς, ψυχολογικούς, και προσωπικούς παράγοντες. Η γνώση και η παιδεία έρχονται να προστεθούν σε αυτούς, αφού η έλλειψη τους μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη πληροφοριών αναφορικά με το αντικείμενο και έτσι δε δύναται να παρθεί μια ολοκληρωμένη απόφαση γνωρίζοντας όλες τις παραμέτρους.

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι αντιλήψεις αναφορικά με την υπογονιμότητα και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στον πληθυσμό της Κάσου.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε πληθυσμός ηλικίας 18 έως 60 ετών στο νησί της Κάσου, όπου τους διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τη σύμπτηξη δύο ερωτηματολογίων, και αφορούσε την ποιότητα ζωής, τη γονιμότητα και τις γνώσεις αναφορικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$, ενώ η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSSv.22.

Συνολικά συμμετείχαν 150 άτομα. Δυο από τα πιο βασικά ζητήματα, που οι κάτοικοι χαρακτήρισαν ως «ταμπού», είναι τόσο η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, όσο και η αποτυχία τεκνοποίησης. Αξιοσημείωτο είναι πως επικρατεί η παραπάνω άποψη, ενώ ανιχνεύτηκε ότι σχεδόν το 30% των ατόμων αυτών είτε αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας οι ίδιοι, είτε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο. Συνολικά, η συντριπτική πλειοψηφία του 90% αποφάνθηκε ότι, οι μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι χρήσιμες και έχουν θετική άποψη γι' αυτές. Αναφορικά με τις γνώσεις του πληθυσμού της Κάσου για τις επιμέρους τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ικανοποιητικά, αφού μικρός αριθμός ατόμων δεν γνώριζε πληροφορίες σχετικά με αυτές. Η μελέτη μας έδειξε ότι, ο πληθυσμός της Κάσου έχει επαρκείς γνώσεις σχετικά την υπογονιμότητα και τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κάτι το οποίο προγράμματα αγωγής υγείας θα μπορούσαν να ενισχύσουν ακόμη περισσότερο στο μέλλον.

Abstract

The causes of infertility and sterility have been on a constant increase not only in Europe, but also worldwide. The prevalence of infertile couples is on raise and medical science has been developed in order to contribute to its decrease. The technologies of assisted reproduction (ART) are quite a few and the right choice depends on the special features of the couple. Technologies of assisted reproduction could be separated into three major categories. There are those techniques that require medication in order to restore fertility levels and those methods that include surgical intervention in order to heal and treat the problematic area in genitals on both men and women. Last but not least there are also those techniques that are more alternative in a sort way such as surrogate motherhood and sperm-egg donation, which are also a way to have a child. The first two categories include only genetic material from the couple in interest, whereas the last one includes those cases where the gametes of couple cannot be used. Education plays an important role on ART, due to the fact that it could shape the public perception on that matter. That means that the choice on assisted reproduction could be affected by social, economical, psychological and personal factors. Knowledge and education are being included into them since the lack of those two could lead into rushing decisions. Only when a person or a couple knows the full spectrum on a matter is able to take the right and integrated decision.

The main goal of this current study was to evaluate the knowledge and beliefs of the island Kasos population on infertility and ART matters.

The population age group was between 18 to 60 years old in the island Kasos, where the investigator asked them to answer a questionnaire. The questionnaire was a combination of two partial questionnaires. The first one was about the quality of life and fertility and the second one was about the current knowledge on ART. Every statistical control was performed with a 5% level of significance. SPSS v.22 was used for statistical analysis.

150 individuals agreed to participate in the study. The research of medical help for infertility on the actual ART treatment and the availability of having a child were characterized as taboo themes. However, it is remarkable that this opinion is still there even though a 30% of the population had experienced an infertility case once in their

lives either personally or as regarded their relatives. Even though this was a completely inconvenient topic to discuss, 90% of the population had a positive view on ART. Furthermore, the majority of population was well aware of each ART method. The results on the knowledge of ART could be easily characterized as adequate at this point. Surely, further enhancement by health education programs could be proved more efficient in the future.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract.....	6
Περιεχόμενα.....	8
1. Εισαγωγή	9
1.1 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	13
1.1.1 Αίτια και παράγοντες κινδύνου.....	13
1.1.2 Λύσεις του προβλήματος της υπογονιμότητας	14
1.1.3 Οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	155
1.1.4 Γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υπογονιμότητα και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	211
1.2 Αναγκαιότητα και ερευνητικά ερωτήματα	24
2. Σκοπός και επιμέρους στόχοι.....	26
3.Μεθοδολογία.....	27
3.1 Περιοχή και πληθυσμός μελέτης.....	27
3.2 Διαδικασίες και εργαλεία συλλογής δεδομένων	27
3.3 Στατιστική Ανάλυση	28
4. Αποτελέσματα.....	29
4.1 Δημογραφικά.....	29
4.2 Γνώσεις και αντιλήψεις για την υπογονιμότητα	31
4.3 Γνώσεις και αντιλήψεις για την ΙΥΑ	37
4.4 Διαφοροποιήσεις των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	48
5. Συζήτηση.....	64
6. Συμπεράσματα	74
7. Βιβλιογραφία.....	77
Παράρτημα.....	833
Πίνακας περιεχομένων πινάκων και διαγραμμάτων.....	98

1. Εισαγωγή

Η υπογονιμότητα χαρακτηρίζεται ως η αδυναμία σύλληψης ενός ατόμου, ανεξαρτήτως φύλου, κατά τη διάρκεια ενός συνεχόμενου έτους προσπαθειών γονιμοποίησης. Είναι μια κατάσταση, η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο το ανδρικό, όσο και το γυναικείο φύλο, ενώ για την εμφάνισή της οφείλονται περίπου οι ίδιοι παράγοντες. Μάλιστα, φαίνεται στη βιβλιογραφία και στα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα ότι, τα ποσοστά της υπογονιμότητας επηρεάζουν εξίσου το ίδιο τα δυο φύλα ορισμένες φορές, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ίδιες πιθανότητες και για τους δυο συντρόφους να εμφανίσουν υπογονιμότητα. Εκτιμάται, επίσης, πως ένα στα δέκα ζευγάρια θα αντιμετωπίσει μελλοντικά πρόβλημα τεκνοποίησης, το οποίο και θα οφείλεται στην υπογονιμότητα. Βέβαια, η υπογονιμότητα είναι ένα λεπτό ζήτημα, καθότι αφορά τη συνέχιση της ζωής και έχει συνδεθεί εδώ και έτη με βαθύτερα νοήματα. Συνεπώς, σαφώς, ο πρώτος τομέας που επηρεάζεται από αυτή την κατάσταση, είναι η ίδια η ποιότητα ζωής του ζευγαριού. (1,2)

Για την καλύτερη κατανόηση της υπογονιμότητας απαραίτητη είναι η αποσαφήνιση της παθοφυσιολογίας της κατάστασης. Η υπογονιμότητα είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια. Η ετερογένεια, που εμφανίζει, δεν είναι κάτι, που θα πρέπει να μας προκαλεί έκπληξη, αφού έχουμε δυο διαφορετικά αναπαραγωγικά συστήματα, τα οποία θα πρέπει να τεθούν σε λειτουργία και να συνδυαστούν με απόλυτη αρμονία, προκειμένου να επιτευχθεί ο τελικός στόχος, δηλαδή η δημιουργία ενός εμβρύου και εν τέλει η γέννησή του. Η ακρίβεια και ο συντονισμός, που απαιτείται από τη φύση, προκειμένου να πραγματοποιηθεί επιτυχώς η σύλληψη είναι εξαιρετική. Κατά συνέπεια, στην περίπτωση, όπου κάτι από όλα αυτά δεν λειτουργήσει ορθά, τότε υπάρχει και η ανάλογη εκκίνηση των προβληματικών καταστάσεων. (3)

Η επιστήμη γύρω από την υπογονιμότητα έχει εξελιχθεί με ραγδαίους ρυθμούς και συνεχίζει την ανοδική της πορεία, ακολουθώντας πάντα τις τελευταίες βιοτεχνολογικές εξελίξεις. Πολλές είναι εκείνες οι μελέτες, οι οποίες θέτουν ως στόχο τους την αποσαφήνιση του γενετικού υπόβαθρου της υπογονιμότητας. Έχουν διεξαχθεί μελέτες με την πάροδο των ετών τόσο σε πειραματόζωα, ποντίκια, όσο και στον ίδιο τον άνθρωπο για την εξέταση αυτής της σχέσης και της προσπάθειας

αναγνώρισης των ελαττωματικών πτυχών της υπογονιμότητας. Αυτό, που έχουν καταφέρει οι μελέτες αυτές, είναι να κάνουν γνωστά στην επιστημονική κοινότητα τα πιθανά μονοπάτια, τα οποία οδηγούν σε προβλήματα υπογονιμότητας στον άνθρωπο. Οι οδοί αυτές αφορούν τόσο τη γυναικεία, όσο και την ανδρική υπογονιμότητα και στειρότητα. (4)

Όπως κάθε πρόβλημα φέρει και τη λύση του, έτσι και στην υπογονιμότητα και στη στειρότητα δεν λείπουν οι διέξοδοι προς τη γονιμοποίηση. Έχει αναπτυχθεί μια πληθώρα διαφόρων τεχνικών και μεθόδων, οι οποίες έχουν ως στόχο τους την τελική δημιουργία ενός εμβρύου και την απόκτηση ενός υγιούς βρέφους για τους νέους γονείς. Στη δημιουργία των μεθόδων αυτών έχει συμβάλει η εξέλιξη της τεχνολογίας και των διαθέσιμων εργαλείων, ενώ παράλληλα οι τεχνικές αυτές ολοένα και εξελίσσονται, με αποτέλεσμα να υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες και ευκαιρίες να υπάρξει μια επιτυχής γονιμοποίηση. Το ζήτημα όμως τη γονιμότητας αποτέλεσε για πολλούς αιώνες ζήτημα ‘ταμπού’ για τους ανθρώπους. Οι κοινωνίες δε μιλούσαν ανοιχτά για το ζήτημα, ενώ μάλιστα δεν θεωρούταν κοινωνικά αποδεκτό να υφίσταται η στειρότητα ή η υπογονιμότητα για έναν άνδρα. Γεγονός, φυσικά, που εν μέσω του 21^{ου} αιώνα, όχι μόνο έχει αλλάξει, αλλά πλέον οι άνθρωποι έχουν περισσότερες ευκαιρίες να αποκτήσουν ένα παιδί και να προχωρήσουν στη ζωή τους. (5)

Το ερώτημα, που δημιουργείται όμως, έγκειται στην υπάρχουσα γνώση του πληθυσμού για την ίδια την κατάσταση της υπογονιμότητας και των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Για να μπορέσει να διαχειριστεί κάποιος μια κατάσταση, την οποιαδήποτε κατάσταση, θα πρέπει να διαθέτει ορισμένα μέσα. Στα μέσα αυτά συμπεριλαμβάνεται η γνώση, η παιδεία, η κριτική σκέψη και η διαλλακτικότητα. Είναι αδιανόητο στον 21^ο αιώνα να υφίσταται η γνώση ως προβληματικός παράγοντας στην επίλυση ενός ζητήματος, εφόσον υπάρχει αδιάκοπη ροή της πληροφορίας καθημερινά σε όλους τους ανθρώπους. Κατά συνέπεια, δημιουργούνται ερωτήσεις γύρω από την ενημέρωση των ανθρώπων για την υπογονιμότητα και τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Είναι σημαντικό να διερευνηθεί η έκταση της υπάρχουσας γνώσης αναφορικά με τα δυο αυτά ζητήματα, καθότι δεν αρκεί να υπάρχει διαθέσιμη τεχνολογία, εάν δεν μπορεί να αξιοποιηθεί επαρκώς και ορθά. Η αναγνώριση των προβληματικών πτυχών θα

μπορέσει να βοηθήσει στην ανάπτυξη της διαχείρισης ανάλογων περιστατικών, με σκοπό την υποβοήθηση του πληθυσμού αυτού μετέπειτα.

Το φαινόμενο της υπογονιμότητας εμφανίζεται σε ολόκληρο τον κόσμο, αν και διαφοροποιείται ο επιπολασμός του ανάλογα με το εκάστοτε γεωγραφικό πλάτος και το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού. Παγκοσμίως φαίνεται ότι το 8 με 12% των ζευγαριών, τα οποία βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, εμφανίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, ενώ μικρό ποσοστό αυτών φαίνεται να βρίσκουν λύση, ακόμη και στις μέρες μας. Συστηματική ανασκόπηση, που διεξήχθη κατά το τελευταίο έτος, έδειξε ότι το φύλο δεν παίζει ρόλο στην εμφάνιση της υπογονιμότητας και ότι το ποσοστό ευθύνης μοιράζεται εξίσου και στο ανδρικό, αλλά και στο γυναικείο φύλο. Πιο συγκεκριμένα, το ανδρικό φύλο φαίνεται ότι επηρεάζει το 20 με 30% των περιπτώσεων υπογονιμότητας, εξαιτίας κάποιας δυσλειτουργίας στο ανδρικό αναπαραγωγικό σύστημα. Παρόλα αυτά, στο σύνολο τους, η συνεισφορά των ανδρών στα περιστατικά υπογονιμότητας, που καταγράφονται, αγγίζει το 50% των περιπτώσεων, αφού φαίνεται ότι διαμεσολαβούν και άλλοι επιπρόσθετοι παράγοντες ανάμεσα στο ζευγάρι.

Παράλληλα, τρεις από τις κυριότερες αιτίες υπογονιμότητας, που πλέον συναντώνται αφορούν τη μειωμένη θέληση του ζευγαριού για ύπαρξη ενδεχόμενης κύησης τη δεδομένη στιγμή, το ηλικιακό πλαίσιο της γυναίκας, το οποίο ως επί το πλείστον εμφανίζεται αυξημένο και την υπογονιμότητα, η οποία όμως προέρχεται από κάποια ασθένεια. Αναφορικά με τη γυναικεία υπογονιμότητα, μελέτες έχουν δείξει ότι, από τα 25 έως και τα 30 έτη της γυναικείας ζωής αρχίζει η μείωση των επιπέδων γονιμότητας, ενώ η μείωση του ρυθμού της υπογονιμότητας συνεχίζεται έως και τα 40 της έτη ζωής. Αυτό προφανώς δικαιολογεί το γεγονός ότι, όσο αυξάνεται η ηλικία της γυναίκας, τόσο ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες ύπαρξης μιας εγκυμοσύνης, κάτι το οποίο έχει παρατηρηθεί και συγκεντρώνει μια πληθώρα ερευνητικών δεδομένων ήδη.

Τα τελευταία έτη έχει γίνει γνωστό το ζήτημα της υπογονιμότητας στην Ελλάδα. Στον τύπο της χώρας έχουν κυκλοφορήσει πολυάριθμα άρθρα, τα οποία υπογραμμίζουν έντονα το ζήτημα της υπογονιμότητας στα ελληνικά ζευγάρια, ενώ παράλληλα το συνδυάζουν με τη χαμηλή υπογεννητικότητα. Το ζήτημα της

υπογονιμότητας και του μειωμένου ρυθμού γεννήσεων δεν είναι κάτι καινούργιο στην Ελλάδα. Το 1980 η Ελλάδα αποτελούσε τη δεύτερη χώρα με τα υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων στην Ευρώπη. Αντίθετα, 20 χρόνια αργότερα, έως και το 2000, είχε πέσει πολύ χαμηλά σε αυτήν την κατάταξη, όπου εξακολουθεί και βρίσκεται έως και σήμερα. Αυτό, που υποδεικνύουν οι μελέτες της χώρας, είναι ότι το κοινωνικό, το οικονομικό και πολιτικό επίπεδο της Ελλάδας είναι αυτό, που φαίνεται να είναι κοινό σε πάρα πολλά ζευγάρια, τα οποία αντιμετωπίζουν έντονα ζητήματα υπογονιμότητας.(6)

Τα τελευταία χρόνια η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή έχει κάνει την εμφάνισή της σε μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και στην Ελλάδα. Εξαιτίας του ζητήματος της υπογονιμότητας πολλά είναι τα ζευγάρια εκείνα, όπου διαλέγουν να φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους, κυρίως μέσω της εξωσωματικής γονιμοποίησης και της ορμονοθεραπείας. Παρόλα αυτά, επειδή η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ανάλογα από την οπτική γωνία, που την παρατηρεί κάποιος, μπορεί να συνεπάγεται διάφορα κοινωνικά, ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα, ήταν απαραίτητο να ληφθούν ορισμένα μέτρα. Τη χρονιά του 2014, μάλιστα, θεσπίστηκε συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο, το οποίο αφορούσε την οριοθέτηση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στα ελληνικά ζευγάρια. Φάνηκε ότι, η ραγδαία εξέλιξη των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προκάλεσε ζητήματα νομικής φύσης και έτσι αποφασίστηκε ότι, πρέπει να συνταχθεί ειδικό νομοθετικό πλαίσιο για την προστασία των ζευγαριών. Αυτό, που ουσιαστικά έκαναν οι νόμοι, που συντάχθηκαν, είναι να θεσπίσουν συγκεκριμένους κανόνες και όρια, τόσο για τη διαχείριση του γενετικού υλικού των δυο φύλων, όσο και για τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων, όπου πραγματοποιείται η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.(7)

1.1 Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

1.1.1 Αίτια και παράγοντες κινδύνου

Η υπογονιμότητα εκτιμάται ότι επηρεάζει περίπου το 10% του ανδρικού πληθυσμού και το 13% του γυναικείου πληθυσμού αντίστοιχα. Τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου για το κάθε φύλο μπορεί να συμπίπτουν, αλλά μπορεί εξίσου και να διαφέρουν. Γενικά, η υγεία των σαλπίνγων, οι ανωμαλίες της ωορρηξίας και οι ανωμαλίες του σπέρματος είναι οι πιο κοινές αιτίες, που οδηγούν στη διάγνωση της υπογονιμότητας. (2)

Στις κυριότερες αιτίες υπογονιμότητας των γυναικών συγκαταλέγεται η ενδομητρίωση, η ανεξήγητη στειρότητα, η ανωορρηξία κι η μη καλή λειτουργία των σαλπίνγων και της πυέλου, εξαιτίας φλεγμονής και συμφύσεων. (11) Ενώ στους γενικούς παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την υπογονιμότητα ανήκει η αδυναμία εμφύτευσης του εμβρύου στη μήτρα της μητέρας, η αδυναμία παραγωγής υγιών γαμετών, η αδυναμία επαφής των γαμετών της μητέρας και του πατέρα, και η αδυναμία εκπλήρωσης ολόκληρης της κύησης.

Πέραν των ιατρικών ζητημάτων υγείας, τα οποία εμποδίζουν ή και μειώνουν την αναπαραγωγική ικανότητα τόσο των ανδρών, όσο και των γυναικών υπάρχουν ακόμη αρκετοί παράγοντες, στους οποίους πιθανά οφείλεται ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με προβλήματα υπογονιμότητας. Η κατάσταση της ψυχολογίας και ο τρόπος ζωής του ατόμου είναι δυο από τους κυριότερους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν το επίπεδο γονιμότητας, ενώ συνήθως το πρώτο πράγμα, που συστήνεται σε ζευγάρια με παρόμοια ζητήματα είναι αρχικά η αύξηση των γνώσεων τους, αναφορικά με την υπογονιμότητα και δευτερευόντως η προσαρμογή του τρόπου ζωής τους, με όποιες αλλαγές απαιτείται την εκάστοτε φορά. Το ζήτημα της υπογονιμότητας πρέπει να αντιμετωπίζεται σε κάθε περιστατικό εξειδικευμένα, αφού εμφανίζει ιδιαίτερη ποικιλομορφία και οι υπαιτιακοί παράγοντες μπορεί να ανήκουν σε ένα μεγάλο πλαίσιο αναφορών. Δεν είναι τυχαίο ότι, η υπογονιμότητα των ζευγαριών ποικίλει ανάλογα με τη γεωγραφική τοποθεσία και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού. Σχετικά πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση διερεύνησε 4 μεγάλες βάσεις δεδομένων, προκειμένου να καταφέρει να εντοπίσει τις αιτίες, που συμβάλουν στη δημιουργία και στην εκδήλωση της υπογονιμότητας σε πληθυσμό, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Αυτό, που παρατήρησαν από 25 συνολικά άρθρα, τα οποία είχαν

χρονολογία δημοσίευσης από το 2010 έως και το 2015, είναι ότι, οι παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο και την ποιότητα ζωής, όπως είναι η παχυσαρκία, τα διατροφικά πρότυπα, η χρήση καπνού και αλκοόλης, η χρήση του κινητού τηλεφώνου, το άγχος, και η σεξουαλική βία αποτελούν πράγματι παράγοντες, που είναι ικανοί να τροποποιήσουν την έκβαση μιας κύησης, δημιουργώντας μια πληθώρα προβλημάτων στο αναπαραγωγικό σύστημα ανδρών και γυναικών. (8)

Σαφώς, βέβαια, όλα τα παραπάνω αίτια δημιουργίας μειωμένης ικανότητας αναπαραγωγής στον άνθρωπο αφορούν καταστάσεις, οι οποίες εμπλέκονται στο σύγχρονο τρόπο ζωής των ατόμων και είναι εξαιρετικά δύσκολο να ανιχνευθούν χωρίς παρατήρηση και βελίωση της γνώσης των ατόμων επ' αυτού. Για παράδειγμα, η πλειοψηφία των ατόμων της σύγχρονης κοινωνίας βρίσκεται υπό διαρκή πίεση, εξαιτίας των οικονομικών και κοινωνικών υποχρεώσεων, γεγονός το οποίο δημιουργεί έντονο άγχος και στρες. Κατά συνέπεια, οι γρήγοροι ρυθμοί και ο μειωμένος ελεύθερος χρόνος συνδυαστικά μπορούν να λειτουργήσουν τελείως αρνητικά σε ότι αφορά τις επιλογές του τρόπου διατροφής μας, με αποτέλεσμα να επιλέγουμε τροφές υψηλά επεξεργασμένες, με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και κορεσμένα ή ακόμη και trans λιπαρά. Ταυτόχρονα, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η αυξημένη χρήση καπνού και αλκοόλ οδηγούν στη δημιουργία περισσεύματος ενεργειακού φορτίου και κατά συνέπεια στη δημιουργία παχυσαρκίας και των συνοδών της επιπλοκών. (9) Μελέτες υποδεικνύουν ότι, η αλλαγή του τρόπου ζωής, σε όποιον τομέα από τους παραπάνω το κάθε άτομο υστερεί, είναι ικανό να βελτιώσει την αναπαραγωγική ικανότητα και να ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες εμφάνισης υπογονιμότητας και στα δυο φύλα. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού προτύπου ζωής, οι τακτικές εξετάσεις και η διαρκής ενημέρωση από τους υπεύθυνους γιατρούς και η συντήρηση ενός υγιεινού σωματικού βάρους φαίνεται να είναι αρκετά, έτσι ώστε να προληφθεί επιτυχώς η υπογονιμότητα στο γενικό πληθυσμό. (10)

1.1.2 Λύσεις του προβλήματος της υπογονιμότητας

Η αρχική θεραπεία, που συστήνεται για την υπογονιμότητα, περιλαμβάνει ορισμένες μεθόδους, οι οποίες κινούνται με ιεραρχική σειρά. Αυτό σημαίνει ότι, στην ιατρική κοινότητα μια γυναίκα, η οποία ταλαιπωρείται από υπογονιμότητα, θα αντιμετωπιστεί αρχικά με τις λιγότερο επεμβατικές μεθόδους και στη συνέχεια με περισσότερο επεμβατικές τεχνικές, με τελικό στόχο τη γονιμοποίηση. (11) Στις κυριότερες

μεθόδους λύσης της υπογονιμότητας συμπεριλαμβάνεται η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, η σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση, η μικρογονιμοποίηση, η υποβοηθούμενη εκκόλαψη, η καλλιέργεια βλαστοκύστεων, η δωρεά σπέρματος και ωαρίων, η κρυοσυντήρηση ωαρίων, η κρυοσυντήρηση εμβρύων, η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγώτη, η μικροχειρουργική λήψη σπερματοζωαρίων, η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (PGD) κι η παρένθετη μητρότητα. (12,13,14) Κάθε μια από τις παραπάνω επεμβατικές μεθόδους θεραπείας της υπογονιμότητας εμφανίζει διαφορετικές όψεις και παρουσιάζει τόσο θετικές, όσο και αρνητικές παραμέτρους. Κάθε μια από τις παραπάνω θεραπείες θα συζητηθεί περαιτέρω σε επόμενο κεφάλαιο.

1.1.3 Οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί η ιατρικός υποβοηθούμενη αναπαραγωγή αφορά ένα ευρύ φάσμα διαδικασιών, το οποίο απαιτεί από το ζευγάρι αυξημένο ψυχικό σθένος, καθώς επίσης και οικονομική άνεση, καθότι είναι γνωστό ότι, οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλού κόστους. (15) Οι ήδη υπάρχουσες μέθοδοι, με τις οποίες δύναται ένα υπογόνιμο ζευγάρι να μπει στη διαδικασία τεκνοποίησης, μπορούν να διακριθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, στη φαρμακευτική αντιμετώπιση και ενίσχυση της γονιμότητας με φαρμακευτικά σκευάσματα ή αλλιώς ορμονοθεραπεία, στη χειρουργική παρέμβαση του ειδικού ιατρού, καθώς και στα εργαλεία τεχνολογίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η επιλογή ανάμεσα στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξαρτάται από το ιατρικό πρόβλημα, που προκαλεί τη μειωμένη γονιμότητα του ζεύγους, την ηλικία της μητέρας, και το περιθώριο, που είναι επιτρεπτό ως προς την προσπάθεια γονιμοποίησης, το κόστος, την κοινωνική και θρησκευτική επιρροή, τις παρενέργειες της θεραπείας, καθώς και από τα ποσοστά αποτελεσματικότητάς της σε προϋπάρχοντα περιστατικά. (16)

Η φαρμακευτική αγωγή, η οποία είναι πλέον διαθέσιμη για χρήση, για τη βελτίωση της γονιμότητας, αφορά το γυναικείο φύλο, ενώ τα φάρμακα μπορούν να χωριστούν σε δυο κατηγορίες. Υπάρχει η κατηγορία φαρμάκων, όπου υποβοηθούν και επάγουν την ωορρηξία και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα, καθώς επίσης, υπάρχουν και τα φάρμακα, που προάγουν την ωορρηξία και χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό και με κάποια άλλη μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τα φάρμακα της πρώτης κατηγορίας φαίνεται να χρησιμοποιούνται σε γυναίκες, οι

οποίες εμφανίζουν το φάσμα των διαταραχών της ωοθυλακιορρηξίας, όπως είναι για παράδειγμα η αμμηνόροια ή η μη φυσιολογική ωορρηξία. Η δεύτερη κατηγορία φαρμάκων αντίθετα, απευθύνεται στις γυναίκες εκείνες, όπου ο κύκλος της ωορρηξίας τους είναι φυσιολογικός, αλλά είναι επιθυμητό να αυξηθεί ο αριθμός παραγωγής ωοθυλακίων ανά κάθε έμμηνο κύκλο.

Κατά τη βιβλιογραφία, οι πιο βασικές φαρμακευτικές ουσίες, που χρησιμοποιούνται τη δεδομένη στιγμή στο γυναικείο πληθυσμό είναι τα αντι-οιστρογόνα, οι γοναδοτροπίνες, η ορμόνη απελευθέρωσης των γοναδοτροπινών, οι αγωνιστές της ντοπαμίνης. (17)

Τα αντι-οιστρογόνα είναι υπεύθυνα για την αύξηση των επιπέδων των γοναδοτροπινών: της θυλακιοτρόπου (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης. Οι FSH και LH είναι δυο ορμόνες ιδιαίτερα σημαντικές για τη διαδικασία της ωορρηξίας και κατά τη διάρκεια της κύησης, και κατ' επέκταση τα αυξημένα επίπεδά τους αποφαίνονται ευεργετικά. Τα αντι-οιστρογόνα είναι γνωστά για την εφαρμογή τους σε γυναίκες, οι οποίες αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας χωρίς προφανή λόγο, καθώς επίσης και στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών. Ακόμη, μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε γυναίκες, που βρίσκονται υπό κάποια τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αφού συμβάλει στη βελτίωση του ρυθμού ανάπτυξης των ωαρίων. (18) Τα αντι-οιστρογόνα χρησιμοποιούνται εξίσου και στους άνδρες, οι οποίοι διαγιγνώσκονται με υπογονιμότητα, κυρίως όταν η υπογονιμότητα είναι ιδιοπαθής χωρίς φανερά αίτια. (19, 20)

Απαραίτητη για την απελευθέρωση των γοναδοτροπινών είναι η ορμόνη απελευθέρωσης γοναδοτροπίνης (GnRH). Όταν η GnRH βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα στη γυναίκα, τότε εμφανίζονται προβλήματα στην απελευθέρωση των γοναδοτροπινών και κατ' επέκταση προβλήματα στη σύλληψη και την κύηση. Γι' αυτόν τον λόγο, πλέον, χορηγείται η GnRH στις γυναίκες με ειδική αντλία, όπου τοποθετείται διαδερμικά και εκκρίνει την ορμόνη απελευθέρωσης σε φυσιολογικό ρυθμό, επαναφέροντας τα φυσιολογικά επίπεδα των γοναδοτροπινών στον οργανισμό. (21) Τέλος, για την αύξηση των επιπέδων της GnRH χρησιμοποιούνται οι ανταγωνιστές ντοπαμίνης, όταν το αίτιο είναι η υπερπρολακτιναιμία. (22, 23)

Μια μεγάλη κατηγορία στη θεραπεία της υπογονιμότητας είναι η μη συντηρητική θεραπεία, όπου χρειάζεται χειρουργική παρέμβαση. Πολλές φορές και ανάλογα με το

πρόβλημα που δημιουργεί την υπογονιμότητα, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να λύσει το πρόβλημα, μέσω της αποκατάστασης του φυσιολογικού αναπαραγωγικού κύκλου. Η επιλογή του χειρουργείου έγκειται όταν υπάρχουν προβλήματα στη μήτρα, στις σάλπιγγες, και στις ωοθήκες της γυναίκας. Για παράδειγμα, ενδείκνυται στις πολυκυστικές ωοθήκες, στα ινομώματα μήτρας και στην ενδομητρίωση ή σε οποιαδήποτε άλλη διαταραχή ή ανωμαλία εντοπιστεί στον γυναικείο κόλπο. Η επιλογή μιας επεμβατικής θεραπείας δημιουργείται από την αξιολόγηση του θεράποντος ιατρού, εφόσον η ασθενής πληροί τα κριτήρια. (24,25)

Τρεις από τις πιο συχνές ανωμαλίες της μήτρας, που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία, είναι τα ινομώματα, το διάφραγμα της μήτρας και οι συμφύσεις του ενδομητρίου. Έχει βρεθεί από μελέτες ότι, γυναίκες με ινομώματα στη μήτρα εμφανίζουν πολύ συχνά υψηλά ποσοστά υπογονιμότητας και αποτυχημένων προσπαθειών εγκυμοσύνης. (26) Το διάφραγμα μήτρας πρόκειται για μια ανωμαλία του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, κατά την οποία η μήτρα διαχωρίζεται από έναν ιστό με τη μορφή τοιχώματος με συνέπεια την καθυστέρηση τη διαδικασία της φυσιολογικής σύλληψης. (27) Σε μικρότερο βαθμό φαίνεται να εμφανίζονται οι συμφύσεις της μήτρας στο γυναικείο πληθυσμό, ενώ είναι γνωστές ως επί το πλείστον ως το σύνδρομο Asherman. Η χειρουργική αντιμετώπιση στο σύνδρομο αυτό δεν εφαρμόζεται μόνο στην περίπτωση, όπου υπάρχει δυσκολία στη σύλληψη, αλλά και σε γυναίκες, οι οποίες υποφέρουν από έντονους πόνους κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου τους. (28)

Τέλος, μια ακόμη διαταραχή της μήτρας, η οποία εμφανίζει μια πληθώρα πληροφοριών στη βιβλιογραφία, είναι η ενδομητρίωση. Η ενδομητρίωση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης πάθηση, κατά την οποία δημιουργείται ενδομητριακός ιστός ακριβώς έξω από την μήτρα. Η ύπαρξη αυτού του ιστού προκαλεί δυσφορία, πυελικό πόνο και μείωση της γονιμότητας. Στη θεραπεία της η ενδομητρίωση μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε με καταστολή της ωορρηξίας, είτε με χειρουργική παρέμβαση. (29,30)

Μια γυναίκα μπορεί να υποστεί χειρουργική επέμβαση στις ωοθήκες, εξαιτίας διαφόρων ανωμαλιών, όπως η ενδομητρίωση ή οι πολυκυστικές ωοθήκες. Οι πολυκυστικές ωοθήκες είναι ένα σύνδρομο, κατά το οποίο εμφανίζονται και συσσωρεύονται στις ωοθήκες μικρές κύστες. Η συγκεκριμένη ορμονική διαταραχή

απασχολεί τη μεγαλύτερη μερίδα πληθυσμού των γυναικών, ενώ μπορεί να επιφέρει επιβλαβή συμπτώματα μεγάλου εύρους. Η χειρουργική επέμβαση στις ωοθήκες πραγματοποιείται λαπαροσκοπικά και αποσκοπεί στη διόρθωση των προϋπαρχόντων ανωμαλιών, με αποτέλεσμα να εξαφανίζονται τα συμπτώματα και να είναι σε θέση η γυναίκα να συλλάβει κανονικά. (31)

Στην κατηγορία των χειρουργικών επεμβάσεων στις σάλπιγγες μπορεί να ανιχνεύσει κανείς μια πληθώρα ανωμαλιών, τις οποίες η χειρουργική παρέμβαση έρχεται να διορθώσει. Φαίνεται ότι, η επιλογή του χειρουργείου είναι ενδεικτική σε καταστάσεις, όπως τα καρκινώματα των σαλπίγγων, στην αποκατάσταση της γονιμότητας των γυναικών που προηγουμένως έχουν ηγηθεί ενός χειρουργείου στειρότητας ως μέτρο αντισύλληψης, αλλά και άλλες παρόμοιες ανωμαλίες των σαλπίγγων, που προάγουν την υπογονιμότητα. (32, 33) Μια από τις μεθόδους, που χρησιμοποιούνται τόσο ως διάγνωση των ανωμαλιών στις σάλπιγγες, όσο και ως θεραπεία είναι η υστεροσαλπιγγογραφία. (34)

Οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή αλλιώς Artificial Reproductive Technology (ART), μέχρι και σήμερα έχουν αναπτυχθεί και έχουν αποφέρει, κατά τη βιβλιογραφία, μια ‘επανάσταση’ αναφορικά με την υπογονιμότητα και τη στειρότητα. Από την αρχή, που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται οι τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, έχουν συνολικά γεννηθεί πάνω από 3 εκατομμύρια βρέφη σε όλον τον κόσμο, τα οποία έχουν προέλθει από υπογόνιμα ή στείρα ζευγάρια. Το 1978 συστήθηκε για πρώτη φορά στον κόσμο η in vitro γονιμοποίηση (IVF), ενώ το 1992 αναπτύχθηκε μια καινούργια μέθοδος η ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση (ICSI). Εκτιμάται ότι, συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο, γεννήθηκαν σχεδόν 80.000 βρέφη τα τελευταία 40 χρόνια με αυτές τις δυο μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αργότερα αναπτύχθηκαν και οι υπόλοιπες τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως είναι η ενδομήτρια σπερματέγχυση και η ενδοσαλπιγγική μεταφορά γαμετών και ζυγωτών.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση ή αλλιώς in vitro fertilization είναι ίσως η πιο γνωστή μέθοδος στον πληθυσμό των ζευγαριών, που θέλουν να τεκνοποιήσουν και όχι καθώς βρίσκεται πολλές φορές στην πρώτη γραμμή λύσεων του ιατρού, εξαιτίας του ότι, επιφέρει υψηλά ποσοστά επιτυχημένων κύσεων, ακόμη και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση πραγματοποιείται τεχνητή γονιμοποίηση εκτός

του σώματος της γυναίκας, χρησιμοποιώντας τα ωάρια της μητέρας και τα σπερματοζωάρια του πατέρα. Σε ορισμένες, αν όχι σε όλες, τις περιπτώσεις η εξωσωματική γονιμοποίηση συνοδεύεται από παράλληλη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων (ορμονοθεραπεία), με σκοπό να διεγερθούν οι ωοθήκες και να παράξουν μεγαλύτερο αριθμό ωαρίων από το φυσιολογικό. Αυτά τα ωάρια απομακρύνονται από τη μητέρα με μια συγκεκριμένη διαδικασία και τοποθετούνται στο ίδιο μέρος με τα σπερματοζωάρια του πατέρα, όπου και αφήνονται στη διαδικασία της επώασης για λίγες ημέρες. Σκοπός της επώασης είναι τα ωάρια να γονιμοποιηθούν και να γίνουν ζυγωτά. Έπειτα τα γονιμοποιημένα ωάρια μεταφέρονται ξανά στη μήτρα της μητέρας, ενώ ο αριθμός τους δεν είναι μονός, εξαιτίας του ότι μερικά ίσως δεν προσκολληθούν στη μήτρα και κατ' επέκταση 'χαθούν'. Ο λόγος, που τοποθετούνται παραπάνω από ένα με δυο έμβρυα την κάθε φορά, είναι έτσι ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη επιτυχία κατά την διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και να πραγματοποιηθεί εν τέλει η κύηση. (38, 39)

Το ζευγάρι σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό μπορεί να ζητήσει κάποια από τα γονιμοποιημένα ωάρια να καταψυχθούν, έτσι ώστε να χρησιμοποιηθούν κάποια άλλη στιγμή, που θα ενδιαφερθεί να τεκνοποιήσει ξανά. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή και ως κρυοσυντήρηση. (40, 41) Ένα έμβρυο θεωρείται ότι, έχει επιβιώσει και έχει διατηρηθεί καλώς από τον αριθμό των βλαστοκυττάρων, που του έχουν απομείνει έως και την απόψυξη. Μόνο τα κρυοσυντηρημένα έμβρυα, τα οποία έχουν διατηρήσει τουλάχιστον το μισό αριθμό των αρχικών τους βλαστοκυττάρων, είναι σε θέση να λέγονται άρτια. (42,43) Η διαδικασία κατά την οποία μεταφέρονται τα κρυοσυντηρημένα έμβρυα στη μήτρα της μητέρας προς εμφύτευση ονομάζεται Frozen-Thawed Embryo Transfer (FET). (44)

Η ενδομήτρια σπερματέγχυση (intra uterine insemination – IUI) είναι ουσιαστικά ακριβώς αυτό που περιγράφει ο όρος, πρόκειται δηλαδή για τη διαδικασία, όπου απελευθερώνεται το σπέρμα εντός της μήτρας, προκειμένου να συναντηθεί με το ωάριο και να πραγματοποιηθεί η γονιμοποίηση. Ο χειριστής χρησιμοποιεί ένα λεπτό σωλήνα, τον οποίο διαπερνά εντός του τραχήλου και τοποθετεί τα σπερματοζωάρια στη σωστή θέση. Οι χρόνοι, όπου πραγματοποιείται η διαδικασία, είναι συγκεκριμένοι, καθότι η τοποθέτηση του σπέρματος, θα πρέπει να συμβαίνει ταυτόχρονα με την ωορρηξία, είτε αυτή είναι φυσική, είτε έχει επιτευχθεί με τεχνητό

τρόπο. Γι' αυτόν το λόγο η διαδικασία της ενδομήτριας σπερματέγχυσης απαιτεί χρονομέτρηση. (45, 46)

Εν αντιθέσει με την ενδομήτρια σπερματέγχυση, όπου απελευθερώνεται ένα πλήθος σπερματοζωαρίων εντός της μήτρας της γυναίκας, στην ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (intra cytoplasmic sperm injection) απελευθερώνεται ένα και μόνο σπέρμα εντός του κυτοπλάσματος του ωαρίου. Επιπλέον, πάλι σε αντίθεση με την ενδομήτρια σπερματέγχυση η διαδικασία πραγματοποιείται εκτός του αναπαραγωγικού συστήματος της γυναίκας και αφού πραγματοποιηθεί η έγχυση, τότε το ωάριο τοποθετείται και πάλι στο περιβάλλον της μήτρας. Το ωάριο αρχικά απομακρύνεται από τη μήτρα και κρατείται σταθερό με συγκεκριμένα εργαλεία έως ότου πραγματοποιηθεί η έγχυση με βελόνα του σπερματοζωαρίου στο κυτόπλασμα. Η ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος συστήνεται από τον θεράποντα ιατρό, όταν το σπέρμα του άντρα είναι αρκετά αδύναμο για να πραγματοποιήσει τη γονιμοποίηση του ωαρίου με φυσιολογικό τρόπο αφενός και αφετέρου όταν έχει υπάρξει ήδη μια αποτυχημένη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης. (47)

Η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγωτών είναι δυο διαφορετικές μέθοδοι, όπου έχουν όμως παρόμοια διαδικασία πραγματοποίησης. Η ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών (gamete intra fallopian transfer – GIFT) και η ενδοσαλπγγική μεταφορά ζυγωτών (zygote intra fallopian transfer – ZIFT) είναι δυο μέθοδοι, οι οποίες είναι περίπου όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση. Και οι δυο διαδικασίες μάλιστα αφορούν μια τροποποιημένη μορφή της IVF. Κατά τη μέθοδο GIFT απομακρύνονται ωάρια και σπερματοζωάρια από το ζευγάρι, αναμειγνύονται μεταξύ τους και τοποθετούνται κατευθείαν στις σάλπιγγες της γυναίκας λαπαροσκοπικά, είτε μέσω του τραχήλου, είτε μέσω της κοιλιακής χώρας. Αντίθετα, η μέθοδος ZIFT γονιμοποιεί τα ληφθέντα ωάρια και σπερματοζωάρια και με την ίδια ακριβώς διαδικασία, όπως η GIFT, τα τοποθετεί στις σάλπιγγες της γυναίκας, αφού έχουν γίνει ήδη έμβρυα ή γαμέτες. Ο χρόνος των δυο μεθόδων διαφέρει εξίσου, αφού η μέθοδος ZIFT απαιτεί ένα διάστημα μιας με δυο ημερών, ώστε να γίνει η γονιμοποίηση στο εργαστήριο, προτού μεταφερθούν τα έμβρυα ή οι ζυγώτες στις σάλπιγγες. (48)

Όλες οι προηγούμενες μέθοδοι αφορούν ως επί το πλείστον το ίδιο το ζευγάρι, το οποίο χρησιμοποιεί δικό του γενετικό υλικό και γίνεται προσπάθεια η γυναίκα να κυφορήσει το έμβρυο έως και τη γέννηση του. Υπάρχει όμως ακόμη μια εναλλακτική μέθοδος, η οποία κατατάσσεται στις μεθόδους υποβοηθούμενης

αναπαραγωγής και αυτή είναι η παρένθετη μητρότητα. Μια παρένθετη μητέρα μπορεί να γονιμοποιηθεί είτε από το ζυγωτό του άνδρα και της γυναίκας, που ενδιαφέρονται να γίνουν γονείς, είτε από το γενετικό υλικό ενός εκ των δυο σε συνδυασμό με την δωρεά γαμετών, είτε εξ ολοκλήρου με την δωρεά γαμετών και του θηλυκού και του αρσενικού, με κάποιον από τους παραπάνω τρόπους. Στη συνέχεια θα φιλοξενησει στη μήτρα της το ή τα γονιμοποιημένα ωάρια του ζευγαριού, μέχρι έως ότου γεννήσει και αυτόματα το βρέφος αποκτά νομικά τους φυσικούς του γονείς. Ως επί το πλείστον, η μέθοδος, που χρησιμοποιείται σε αυτήν την περίπτωση, είναι εκείνη της εξωσωματικής γονιμοποίησης, αλλά μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την τρέχουσα κατάσταση της παρένθετης μητέρας. (49)

Η δωρεά σπέρματος ή ωαρίων, δεν είναι καινούργιο φαινόμενο και υπάρχει εδώ και αρκετά χρόνια, από τότε περίπου που ξεκίνησαν οι τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να υφίστανται. Μια από τις πρώτες αναφορές στη βιβλιογραφία, όπου αναφέρουν τόσο τη δωρεά ωαρίων, όσο και σπερματοζωαρίων είναι ακριβώς 20 χρόνια πίσω, το 1999. (52) Η δωρεά γαμετών αποτελεί προσωπική επιλογή του ίδιου του δότη, διατηρείται ανωνυμία από την ιατρική πλευρά και τα παιδιά, που τεκνοποιούνται με δωρητή σπέρματος ή ωαρίου, δε συνδέονται νομικά με το δότη σε καμία περίπτωση. Η επιλογή ενός δωρητή γαμετών, μπορεί να προέλθει από την αδυναμία των γαμετών των γονέων, όπως για παράδειγμα όταν τα ωάρια ή σπερματοζωάρια δε δύναται να τεκνοποιήσουν λόγω βλάβης. Μπορεί ακόμη να προτιμηθεί σε περιπτώσεις, όπου ο άνδρας μεταφέρει κάποια κληρονομική πάθηση στο παιδί ή κάποια σοβαρή λοίμωξη. Η διαδικασία της δωρεάς γαμετών περιλαμβάνει την απομάκρυνση του γενετικού υλικού από το δότη, τον έλεγχο αυτών για ενδεχόμενες λοιμώξεις και εν τέλει την κρυοσυντήρηση του γενετικού υλικού. (53)

1.1.4 Γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υπογονιμότητα και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Η παραπάνω ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφορικά με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αλλά και των ζητημάτων, όπου μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια εφαρμογής τους, δημιουργεί πολύ συγκεκριμένα ερωτήματα, τα οποία η παρούσα μελέτη καλείται να απαντήσει. Μέσα σε αυτά τα ερωτήματα, όπως θα αναλυθεί αμέσως στο επόμενο κεφάλαιο, εμπίπτουν θέματα γνώσης τόσο για την ύπαρξη όλων των επιλογών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όσο και των παραγόντων, που εν τέλει αποτρέπουν τα ζευγάρια, ώστε να προβούν σε

μια από αυτές. Είναι απαραίτητο να καλυφθούν κενά στη βιβλιογραφία, όπως το εάν μια μεγάλη ή μια μικρή πόλη διαμονής, μια κλειστή απομωνομένη περιοχή, το περιβάλλον και οι κοινωνικές πεποιθήσεις δηλαδή, μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση του ζευγαριού στην τεχνητή γονιμοποίηση και πόσο. Ακόμη πιο σημαντικό είναι να εστιάσουμε στις γνώσεις και στις αντιλήψεις, που ακολουθούν τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σε μικρότερες πόλεις. Κατά αυτόν τον τρόπο, θα υπάρξει τέτοια παραγωγή γνώσης, όπου όλοι οι επιστήμονες της υγείας θα είναι σε θέση να διαχειριστούν με λεπτούς χειρισμούς ανάλογα περιστατικά, ενημερώνοντας και παρέχοντας τη σωστή στήριξη.

Το ζήτημα της γονιμότητας, τα αίτια και τα προβλήματα της υπογονιμότητας μπορούν να αντιπροσωπευθούν από αρκετές ειδικότητες και επαγγελματίες υγείας σε αυτόν τον χώρο. Πληροφορίες και γνώση μπορεί να παρέχει ο οποιοσδήποτε σχετίζεται με την εξέταση, τη διάγνωση και τις θεραπευτικές οδούς της υπογονιμότητας. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενοι επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με την παροχή γνώσης της υπογονιμότητας είναι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι, καθώς και οι ειδικοί αγωγής υγείας.

Η ψυχολογική υποστήριξη κι η ταυτόχρονη παροχή γνώσεων φαίνεται να επιδρά ευεργετικά στο στρες των υπογόνιμων ζευγαριών, αυξάνοντας τις πιθανότητες να πραγματοποιήσουν μια γονιμοποίηση κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Πρόσφατα, παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε σε υπογόνιμες γυναίκες, οι οποίες εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους και στρες, έδειξε ότι η συμπεριφορική προσέγγιση σε ομάδα μπορεί να μειώσει τα συναισθήματα αυτά και να προάγει την καλή συναισθηματική και ψυχική τους κατάσταση, παράγοντες οι οποίοι εμμέσως δημιουργούν τέτοιο έδαφος, ώστε η γυναίκα να ανοίξει τους ορίζοντές της και να μάθει για τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι, τα μειωμένα επίπεδα του στρες έχουν συσχετισθεί με αυξημένο αριθμό επιτυχημένων κυήσεων, άρα η ψυχολογική υποστήριξη με την παράλληλη ενημέρωση μπορεί να προάγει την γενική υγεία των γυναικών και του ζεύγους στο σύνολο. (54)

Προκειμένου να παραχθεί σωστή πληροφορία στο γυναικείο και ανδρικό πληθυσμό σχετικά με την υπογονιμότητα και τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, θα πρέπει και οι εμπλεκόμενες ειδικότητες να εκπαιδεύονται σωστά. Μια μελέτη, που

πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές και αφορούσε την υπογονιμότητα, η οποία προέρχεται από την ύπαρξη νεοπλασιών, ήταν σχεδιασμένη, έτσι ώστε να αυξήσει τις γνώσεις τους σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας, τις επιλογές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και την υγιή σεξουαλική υγεία σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες επιζώντες. Αυτό, που φάνηκε από τη μελέτη, είναι ότι, η επίδραση της γνώσης, των δεξιοτήτων επικοινωνίας, και των συμπεριφορικών πρακτικών, αποτελούν τρόπους προσέγγισης του υπογόνιμου πληθυσμού, με σκοπό την καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τις τεχνητές μεθόδους αναπαραγωγής. Στόχος των νοσηλευτών, που εργάζονται με τέτοιο πληθυσμό, είναι η αύξηση της συχνότητας των συζητήσεων, αναφορικά με την αναπαραγωγική υγεία, ώστε να προμηθεύουν το συνομιλητή τους με χρήσιμες πληροφορίες. (55)

Ακολούθως, μελέτη του 2019 επικεντρώθηκε σε ζευγάρια, τα οποία εμφάνιζαν υπογονιμότητα εξαιτίας των υψηλών επιπέδων στρες. Τα ζευγάρια αυτά εντάχθηκαν σε ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής κατάρτισης, όπου και ενημερώθηκαν για τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τους ενδεχόμενους κινδύνους, αλλά και τα αίτια της υπογονιμότητας. Σημαντικό είναι ότι, τα ζευγάρια, που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα, είχαν ήδη αποφασίσει την τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η παρέμβαση έλαβε χώρα σε αυτό το διάστημα. Μετά το πέρας της παρέμβασης φάνηκε ότι, η ομάδα, που είχε λάβει τη συμβουλευτική, μείωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες, καθώς επίσης αύξησε και τα επίπεδα της αυτό-αποτελεσματικότητας. Οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι, η νοσηλευτική συμβουλευτική είναι ευεργετική στα ζευγάρια, που προσπαθούν ήδη να τεκνοποιήσουν και ίσως αυξάνουν τις πιθανότητες μιας επιτυχημένης σύλληψης. (56)

Προκειμένου όμως να είναι αποδοτικές οι πληροφορίες, που παρέχονται από τους φορείς υγείας, είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται χαρτογράφηση του πληθυσμού και ανίχνευση των αδυναμιών και ικανοτήτων τους, προτού παρέμβει ο ειδικός και συμπληρώσει τη γνώση, που υπολείπεται. Μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στο Βόρειο Κουίνσλαντ, σε γυναίκες σχετικά με την αύξηση της αναπαραγωγικής ηλικίας ως παράγοντα κινδύνου για υπογονιμότητα, έδειξε ότι, οι συμμετέχουσες είχαν εξαιρετικό επίπεδο γνώσεων στα ερωτηματολόγια, που τους δόθηκαν και αφορούσαν τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αξιοσημείωτο είναι ότι, όταν οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με την πηγή πληροφόρησής τους, η πιο συχνή τους απάντηση ήταν ότι, μαθαίνουν πληροφορίες σχετικά με την

υπογονιμότητα και τις μεθόδους αναπαραγωγής από τους φίλους και την οικογένεια. Αυτό, που φαίνεται από την μελέτη στο Κουίνσλαντ, είναι ότι θα πρέπει να υπάρχει επαρκής αντίληψη των φυσικών τρόπων γονιμότητας, κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε υπογονιμότητα, καθώς επίσης και πλήρης κατανόηση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προκειμένου να μην πραγματοποιούνται αφελείς και βιαστικές κινήσεις στην τεκνοποίηση, που ενδέχεται να βλάψουν τόσο τη μητέρα, όσο και το βρέφος. Αυτό, που τονίζουν ιδιαίτερα οι συγγραφείς, είναι ότι, θα πρέπει να ευνοηθεί η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων ανά κάθε περιοχή, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού, σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο πληθυσμός είναι καλά ενημερωμένος και ενδυναμωμένος σε τέτοιες περιστάσεις. (57)

Μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε νεαρούς ενήλικες στο Ιράν, σχετικά με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις της υπογονιμότητας, έδειξε ότι, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, οι γνώσεις, και οι πεποιθήσεις σχετικά με την υπογονιμότητα σχετίζονται με το φύλο. Αν και οι γυναίκες απάντησαν σε περισσότερες απαντήσεις σωστά συγκριτικά με τους άνδρες, φάνηκε ότι οι λανθασμένες απαντήσεις των γυναικών έφεραν πολύ πιο σημαντικές πτυχές των παραγόντων κινδύνου για την υπογονιμότητα. Για παράδειγμα, υπήρχαν εξαιρετικά μεγάλα κενά στην αναπαραγωγική υγεία, στο πως λειτουργεί ο έμμηνος κύκλος, στην επίδραση της ηλικίας στη γονιμότητα, στις αρνητικές επιδράσεις των λοιμώξεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στη γονιμότητα, καθώς επίσης και στην άγνοια για την επίπτωση του ψυχολογικού στρες. Κατά συνέπεια, μπορεί φαινομενικά οι γυναίκες να έχουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων από τον ανδρικό πληθυσμό, οι ελλείψεις, που σημειώνουν όμως, είναι αρκετά μεγάλες και θα πρέπει να καλυφθούν μελλοντικά με εκπαιδευτικά προγράμματα. (58)

1.2 Αναγκαιότητα και ερευνητικά ερωτήματα

Μελέτες, όπου έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες, έχουν υποδείξει τη σημαντικότητα των γνώσεων και των αντιλήψεων, που επικρατούν ανά την εκάστοτε γεωγραφική περιοχή. Η κοινωνική γνώμη και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου ή του ζευγαριού είναι ικανά να επηρεάσουν μια απόφαση για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε αρκετά μεγάλο βαθμό είτε θετικά, είτε αρνητικά. Κατά συνέπεια, το γεγονός ότι, η επιλογή ενός ζευγαριού να ανατρέξει για ιατρική

βοήθεια για να τεκνοποιήσει είναι γνωστό. Το πιο σημαντικό σημείο όμως είναι ότι, ο κάθε πληθυσμός, ακόμη και εντός της ίδιας της χώρας, έχει διαφορετικές ανάγκες, καθότι πρόκειται για διαφορετικό περιβάλλον, με άλλες συνήθειες, παραδόσεις και ίσως σε κάποιες περιπτώσεις τρόπο ζωής. Επιθυμία του κάθε επιστήμονα υγείας είναι να βρίσκεται σε θέση να συμβάλλει στην αύξηση των γνώσεων και στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού αναφορικά με ζητήματα υγείας. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο όταν έχουν ανιχνευτεί οι ανάγκες του πληθυσμού και αυτό είναι το κενό, το οποίο δεν καλύπτεται από τη βιβλιογραφία. Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες μελέτες, ώστε να ανιχνευτούν οι αντιλήψεις σχετικά με διάφορες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όμως δεν υπάρχει γεωγραφική εστίαση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην γνωρίζουμε συγκεκριμένα τις ανάγκες του πληθυσμού της Κάσου, όπου πρόκειται για ένα νησί, όπου οι νοοτροπίες διαφέρουν ίσως κατά πολύ από άλλα μέρη της Ελλάδας. Αυτό το κενό της βιβλιογραφίας έρχεται να καλύψει η παρούσα διπλωματική εργασία, έτσι ώστε μελλοντικά το υλικό και οι πληροφορίες, να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την οργάνωση πλάνων αγωγής υγείας αναφορικά με το θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

2. Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των γνώσεων και των αντιλήψεων αναφορικά με την υπογονιμότητα και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στον ιδιαίτερης πολιτισμικής ταυτότητας πληθυσμό της Κάσου. Κυρίαρχος στόχος αυτής της εργασίας είναι να σκιαγραφηθεί η υφιστάμενη κατάσταση στην Κάσο σχετικά με την υπογονιμότητα, τις γνώσεις, και την επιθυμία εφαρμογής ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε περίπτωση που υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας.

Ειδικότερα θα εξεταστούν τα παρακάτω:

- Ποιες είναι οι γνώσεις και οι αντιλήψεις για την υπογονιμότητα στην Κάσο.
- Ποιες είναι οι γνώσεις και οι αντιλήψεις για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στην Κάσο.
- Ποιες είναι οι γνώσεις και οι αντιλήψεις περί υιοθεσίας και κατά πόσο επιλέγεται σε σχέση με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.
- Σε τι ποσοστό θα κατέφευγαν στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή πολίτες της Κάσου.
- Κατά πόσο η θρησκευτικότητα μπορεί να επηρεάσει σε ενδεχόμενη εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και γενικότερα τις στάσεις και τις απόψεις σχετικά με αυτή.
- Κατά πόσο οι απόψεις και οι στάσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, και τη θρησκευτικότητα.

3. Μεθοδολογία

3.1 Περιοχή και πληθυσμός μελέτης

Πρόκειται για μία περιγραφική μελέτη, η οποία απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό της Κάσου. Στην έρευνα συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες από το γενικό πληθυσμό που διαμένουν στην Κάσο με όριο ηλικίας από 18 έως 60 ετών. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας.

3.2 Διαδικασίες και εργαλεία συλλογής δεδομένων

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο εξετάζει αφενός μεν τις γνώσεις και αντιλήψεις για την υπογονιμότητα και το κατά πόσο τα ζευγάρια ή οι συγγενείς τους είναι έτοιμοι να διερευνήσουν ιατρικά τη δυσκολία αυτή, αφετέρου δε τις γνώσεις και αντιλήψεις για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και το κατά πόσο υπάρχει προθυμία για εφαρμογή των προσφερόμενων από την επιστήμη μεθόδων ή για χρήση υιοθεσίας.

Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τον ερευνητή και η διαμόρφωση του βασίστηκε:

- A. Σε ερωτηματολόγιο σχετικά με την ποιότητα ζωής και γονιμότητας, της European Society of Human Reproduction and Embryology and American Society of Reproductive Medicine και
- B. Σε ερωτηματολόγιο για την έρευνα της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής του Πανεπιστημίου Αιγαίου, Σχολής Κοινωνικών Επιστημών, του Τμήματος Κοινωνικής Ανθρωπολογίας και ιστορίας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη:

A Μέρος: Στο πρώτο μέρος (10 ερωτήσεις) οι ερωτηθέντες θα καλούνται να απαντήσουν ερωτήματα σχετικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις της υπογονιμότητας, όπως για παράδειγμα αν θα χρησιμοποιούσαν την ιατρική βοήθεια για τη διερεύνηση του προβλήματος, που αποδίδουν το πρόβλημα, αν για την αντιμετώπιση του προβλήματος δέχθηκαν συμπαράσταση από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, γιατί θέλουν να κάνουν παιδί, αν θα προσέφευγαν στην υιοθεσία λόγω της υπογονιμότητας κ.α.

B Μέρος: Στο δεύτερο μέρος (10 ερωτήσεις) οι συμμετέχοντες θα απαντήσουν ερωτήματα σχετικά με τις γνώσεις που έχουν για τις πρακτικές της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως με ποιο τρόπο και από ποιο πρόσωπο ή φορέα ενημερώθηκαν για τις πρακτικές αυτές, ποιες επί μέρους μεθόδους θα ήθελαν να εφαρμόσουν, εάν θα κοινοποιούσαν σε άλλα πρόσωπα από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον την εφαρμογή της ΙΥΑ, εάν θα ζητούσαν τη γνώμη της Εκκλησίας, ποιος αποφασίζει για την εφαρμογή των μεθόδων αυτών κ.α.

Γ Μέρος: Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου (10 ερωτήσεις) συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, κ.α.), καθώς και κάποιες ερωτήσεις αναφορικά με τα εμπόδια στην εφαρμογή μεθόδων ΙΥΑ και το αν θεωρούν ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την υπογονιμότητα και την ΙΥΑ.

Άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας καθώς και τη συλλογή των, δεδομένων πάρθηκε από τη 2^η Υγειονομική Υπηρεσία Υγείας που ανήκει η Κάσος, καθώς κι από τη Δημοτική αρχή του νησιού. Η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε στο Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο του νησιού σε πρόσωπα που το επισκέπτονταν, είτε για τακτικούς λόγους (π.χ. συνταγογράφηση), είτε για έκτακτα περιστατικά. Επίσης, πραγματοποιήθηκαν και κατ' οίκον επισκέψεις στα πέντε χωριά του νησιού. Οι συμμετέχοντες αφού ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης, έδιναν τη συγκατάθεση τους γραπτώς. Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε αρχικά σε 10 άτομα για την καλύτερη κατανόηση κι έγιναν οι απαραίτητες αλλαγές.

3.3 Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές με χρήση συχνοτήτων και ποσοστών, ενώ για τη γραφική αναπαράστασή τους χρησιμοποιούνται ραβδογράμματα (barplots).

Για τον έλεγχο ύπαρξης σχέσης μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 .

Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSSv.22.

4. Αποτελέσματα

4.1 Δημογραφικά

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συνολικά συμμετείχαν 150 άτομα, με το 59.3% να είναι γυναίκες, ενώ το ηλικιακό εύρος ήταν από 18 έως 59 έτη. Το 40.9% του δείγματος ήταν έγγαμος/ή με παιδιά, το 42.3% άγαμος/ή, το 12.1% έγγαμος/ή χωρίς παιδιά και το 4.7% διαζευγμένος/η.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, το 21.3% ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 33.3% πανεπιστημίου, το 24.7% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 13.3% απόφοιτοι τεχνικής σχολής. Το 8.8% του δείγματος ήταν άνεργοι, ενώ οι υπόλοιποι εργάζονταν.

Στην ερώτηση «Θα κουβεντιάζατε ελεύθερα με φίλους και γνωστούς την ενδεχόμενη δυσκολία σας να αποκτήσετε παιδιά;» το 59.7% απάντησε καταφατικά, ενώ ένα 29.5% απάντησε ότι δεν ξέρω/δεν απαντώ. Αναφορικά με το αν πιστεύουν πως η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας αποτελεί ταμπού ή κοινωνικό στίγμα, το 75.2% απάντησε αρνητικά, ενώ ένα 16.8% απάντησε καταφατικά. Τέλος, το 69.8% απάντησε πως δε θεωρεί ταμπού ή κοινωνικό στίγμα τη μη απόκτηση παιδιών, ενώ καταφατικά στην συγκεκριμένη ερώτηση απάντησε το 23.5%.

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία και βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	61	40.7
Γυναίκα	89	59.3
Ηλικία		
18-24	22	14.7
25-29	22	14.7
30-34	23	15.3
35-39	24	16.0
40-44	25	16.7
45-49	16	10.7
50-54	13	8.7

55-59	5	3.3
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος χωρίς παιδιά	18	12.1
Έγγαμος με παιδιά	61	40.9
Άγαμος	63	42.3
Διαζευγμένος	7	4.7
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό	2	1.3
Γυμνάσιο	5	3.3
Λύκειο	32	21.3
Τεχνική Σχολή	20	13.3
Πανεπιστήμιο	50	33.3
Μεταπτυχιακές Σπουδές	37	24.7
Διδακτορικές Σπουδές	3	2.0
Μεταδιδακτορικές Σπουδές	1	0.7
Επαγγελματική κατάσταση		
Άνεργος	13	8.8
Δημόσιος Υπάλληλος	33	22.3
Ιδιωτικός Υπάλληλος	66	44.6
Αγρότης	6	4.1
Επιχειρηματίας	15	10.1
Άλλο	15	10.1
Θα κουβεντιάζατε ελεύθερα με φίλους και γνωστούς την ενδεχόμενη δυσκολία σας να αποκτήσετε παιδιά;		
Όχι	16	10.7
Ναι	89	59.7
Δεν ξέρω	42	28.2
Δεν απαντώ	2	1.3
Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας;		
Όχι	112	75.2
Ναι	25	16.8
Δεν ξέρω	11	7.4
Δεν απαντώ	1	0.7
Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την μη απόκτηση παιδιών;		
Όχι	104	69.8
Ναι	35	23.5
Δεν ξέρω	9	6.0
Δεν απαντώ	1	0.7

4.2 Γνώσεις και αντιλήψεις για την υπογονιμότητα

Στους Πίνακες 2, 3 και 4 και στα Διαγράμματα 1, 2, 3 και 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αναφορικά με τις γνώσεις τους και τις αντιλήψεις τους σχετικά με την υπογονιμότητα. Το 28.9% του δείγματος δήλωσε πως έχει αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας ή ότι έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα κάποιο άτομο από το συγγενικό του περιβάλλον (Πίνακας 2).

Από τους 149 συμμετέχοντες που απάντησαν στην ερώτηση αναφορικά με το που πιστεύουν ότι οφείλεται η υπογονιμότητα, το 66.4% ανέφερε σε ψυχολογικούς παράγοντες, το 61.7% στο σύγχρονο τρόπο ζωής, το 61.1% στη βιολογία, το 26.2% στη διατροφή, το 6.7% στο Θεό και το 0.7 σε άλλους λόγους (Διάγραμμα 1).

Το 90% του δείγματος δήλωσε πως αν δεν αποκτούσε παιδιά θα κατέφευγε στην ιατρική επιστήμη για να εξετάσει ενδεχόμενο πρόβλημα υπογονιμότητας, ενώ το υπόλοιπο 10% δήλωσε πως δε θα το έκανε (Πίνακας 2). Ως σημαντικότεροι λόγοι απόκτησης παιδιού αναδείχθηκαν σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων (Διάγραμμα 2) οι εξής: «Πιστεύω ότι η μητρότητα/πατρότητα είναι ο φυσικός προορισμός του ανθρώπου» (34.7%), «Να χαρώ την παρουσία ενός παιδιού στο σπίτι μου» (28.7%), «Να ζήσω την εμπειρία της μητρότητας/πατρότητας» (28.0%) και «Να συνεχίσει να υπάρχει η οικογένειά μου» (11.3%).

Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως πιστεύει ότι υπάρχει πρόβλημα υπογεννητικότητας στην Ελλάδα (87.8%), οι τεχνικές ΙΥΑ βοηθούν σημαντικά στη λύση του προβλήματος της υπογεννητικότητας (72.1%), το κράτος θα πρέπει να παρέχει δωρεάν ΙΥΑ σε όσες-ους το επιθυμούν (82.7%), και το κράτος θα πρέπει να επιδοτεί κατά ένα μέρος την ΙΥΑ (87.6%). Αναφορικά με το αν η υπογονιμότητα αποτελεί πρόβλημα υγείας, καταφατικά απάντησε το 38%, αρνητικά το 48.9% και δεν γνωρίζω/δεν απαντώ απάντησε το 13.1%.

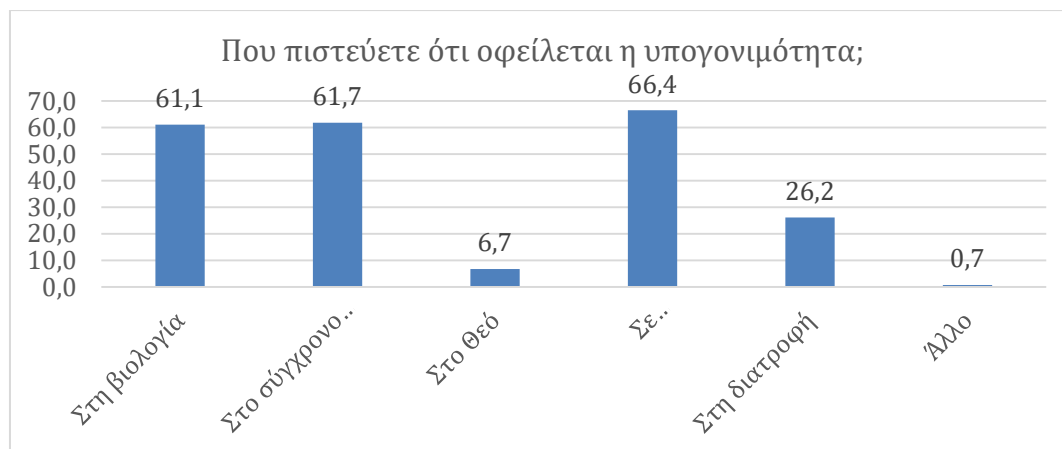
Πίνακας 2

Γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υπογονιμότητα

	N	%
Είχατε ποτέ εσείς ή κάποιος από το συγγενικό σας περιβάλλον αντιμετωπίσει πρόβλημα υπογονιμότητας;		
Ναι	43	28.9
Όχι	106	71.1
Αν δεν αποκτούσατε παιδιά θα καταφεύγατε στην ιατρική επιστήμη για να εξετάσετε ενδεχόμενο πρόβλημα υπογονιμότητας;		
Ναι	135	90%
Όχι	15	10%
Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόβλημα υπογεννητικότητας στην Ελλάδα;		
Ναι	130	87.8
Όχι	7	4.7
Δεν γνωρίζω	11	7.4
Πιστεύετε ότι οι τεχνικές ΙΥΑ βοηθούν σημαντικά στην λύση του προβλήματος της υπογεννητικότητας;		
Ναι	101	72.1
Όχι	20	14.3
Δεν γνωρίζω	19	13.6
Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να παρέχει δωρεάν ΙΥΑ σε όσες-ους το επιθυμούν;		
Ναι	115	82.7
Όχι	16	11.5
Δεν γνωρίζω	8	5.8
Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα υγείας;		
Ναι	52	38.0
Όχι	67	48.9
Δεν γνωρίζω	17	12.4
Δεν απαντώ	1	0.7
Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να επιδοτεί κατά ένα μέρος την ΙΥΑ;		
Ναι	120	87.6
Όχι	7	5.1
Δεν γνωρίζω	9	6.6
Δεν απαντώ	1	0.7

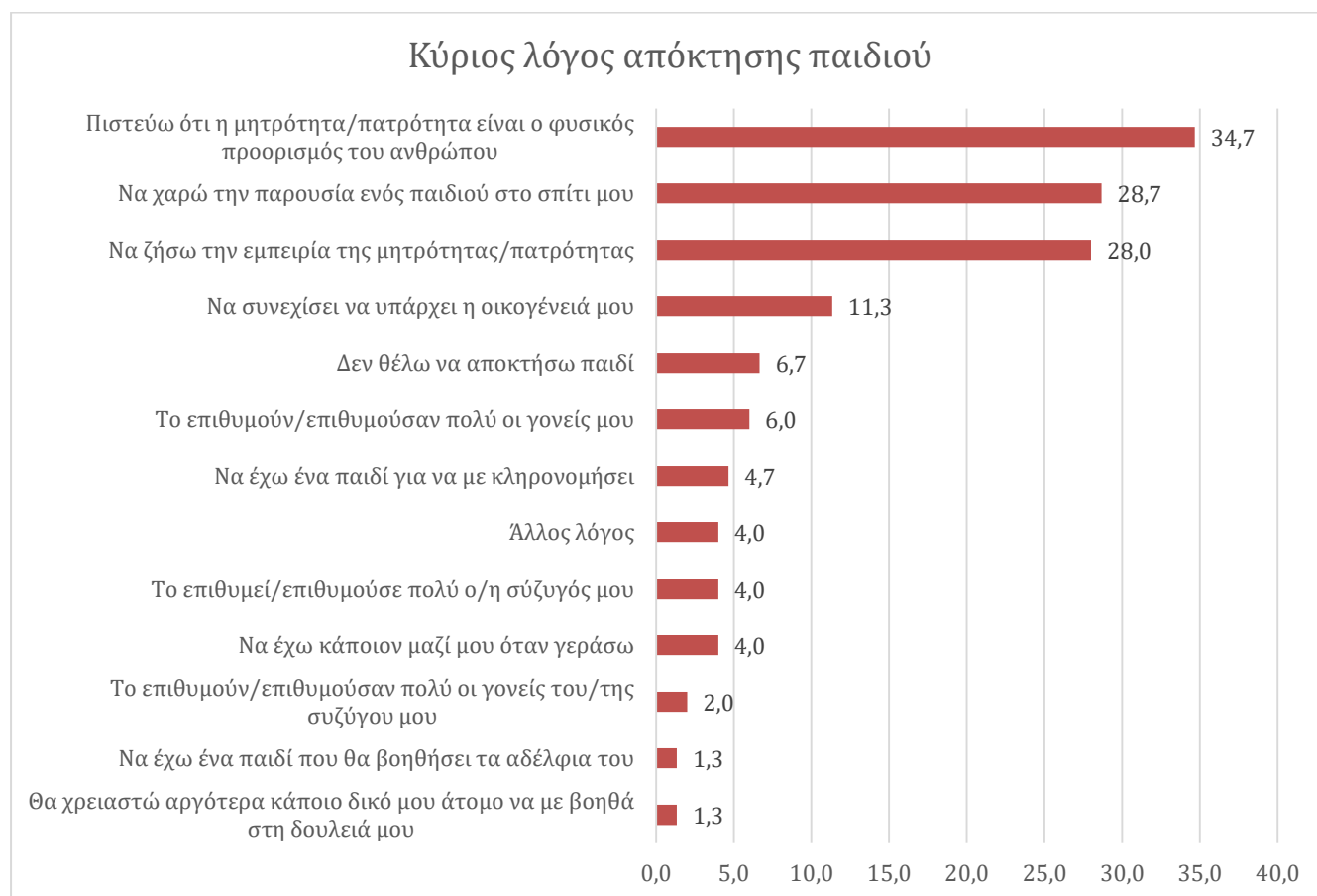
Διάγραμμα 1

Απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα αίτια της υπογονιμότητας (N=149)



Διάγραμμα 2

Απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το ποιος είναι ο κύριος λόγος απόκτησης παιδιού



Όσον αφορά τη συμπαράσταση από συγκεκριμένα άτομα στην προσπάθειά αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Ανάμεσα στους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είχαν συμπαράσταση από τον/την σύζυγο το 72.7% ανέφερε ότι είχε πολλή συμπαράσταση. Αντίστοιχα, το 58.8% ανέφερε πολλή συμπαράσταση από τον πατέρα, το 75% από την μητέρα, το 57.6% από τα αδέρφια, το 32.3% από την εκκλησία, το 22.6% από άλλους συγγενείς, το 46.9% από φίλους/φίλες, το 75.7% από τον γυναικολόγο, το 40% από γνωστούς που είχαν περάσει την ίδια διαδικασία και το 17.2% από συλλόγους/οργανώσεις.

Πίνακας 3

Συμπαράσταση από συγκεκριμένα άτομα στην προσπάθεια αντιμετώπισης της υπογονιμότητας

	Συμπαράσταση		
	Καθόλου	Λίγη	Πολλή
Από τον/την σύζυγο (N=44)	9 (20.5%)	3 (6.8%)	32 (72.7%)
Από τον πατέρα μου (N=34)	4 (11.8%)	10 (29.4%)	20 (58.8%)
Από τη μητέρα μου (N=36)	6 (16.7%)	3 (8.3%)	27 (75%)
Από τα αδέρφια (N=33)	6 (18.2%)	8 (24.2%)	19 (57.6%)
Από την Εκκλησία (N=31)	16 (51.6%)	5 (16.1%)	10 (32.3%)
Από άλλους συγγενείς (N=31)	12 (38.7%)	12 (38.7%)	7 (22.6%)
Από φίλους/φίλες (N=32)	6 (18.8%)	11 (34.4%)	15 (46.9%)
Από την/τον γυναικολόγο (N=37)	6 (16.2%)	3 (8.1%)	28 (75.7%)
Από γνωστούς και γνωστές που είχαν περάσει από την ίδια διαδικασία (N=35)	12 (34.3%)	9 (25.7%)	14 (40%)
Από συλλόγους/οργανώσεις (αναφέρετε παρακάτω ποιους) (N=29)	22 (75.9%)	2 (6.9%)	5 (17.2%)

Αναφορικά με το αν θα επέλεγαν την υιοθεσία έναντι της εφαρμογής της ΙΥΑ, το 74.5% δήλωσε πως θα επέλεγε την υιοθεσία (Πίνακας 4). Αντίστοιχα, το 88.6% δήλωσε πως δε θα απέκλειε την υιοθεσία εάν του έλεγαν ότι δεν είναι δυνατόν να αποκτήσει παιδί μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Πίνακας 4

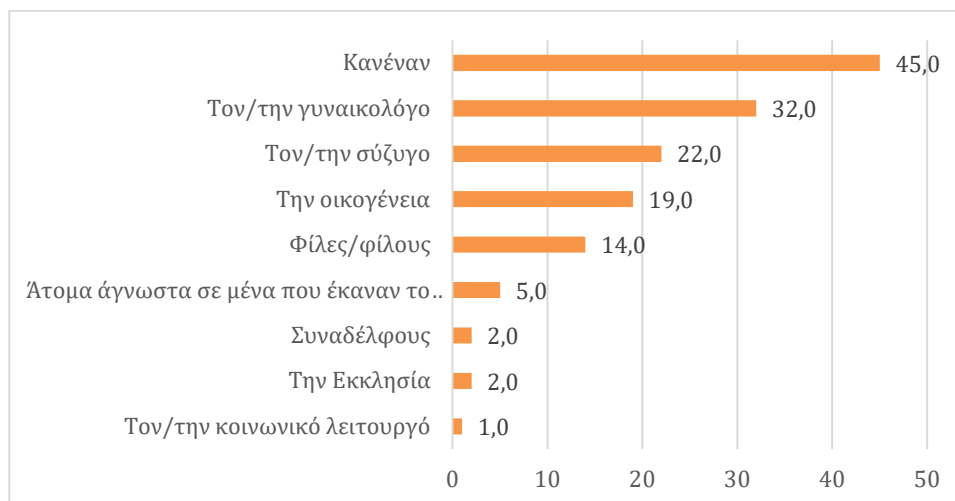
Γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υιοθεσία.

	N	%
Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ		
Ναι	108	74.5%
Όχι	31	21.4%
Ναι, αλλά δεν είχα αυτή τη δυνατότητα	6	4.1%
Θα υιοθετούσατε παιδί εάν σας έλεγαν ότι δεν είναι δυνατόν να αποκτήσετε παιδί μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;		
Το αποκλείω	12	8.1%
Δεν το αποκλείω	132	88.6%
Δεν έχω τη δυνατότητα να υιοθετήσω παιδί	5	3.4%

Σχετικά με τον ποιον συμβουλευτήκαν πριν προχωρήσουν σε τεχνικές ΙΥΑ, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων (N=100) παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 3. Το 45% ανέφερε ότι δε συμβουλευτήκε κανέναν. Το 32.0% ανέφερε το γυναικολόγο, το 22.0% τον/την σύζυγο, το 19.0% την οικογένεια, και το 14.0% φίλους/φίλες.

Διάγραμμα 3

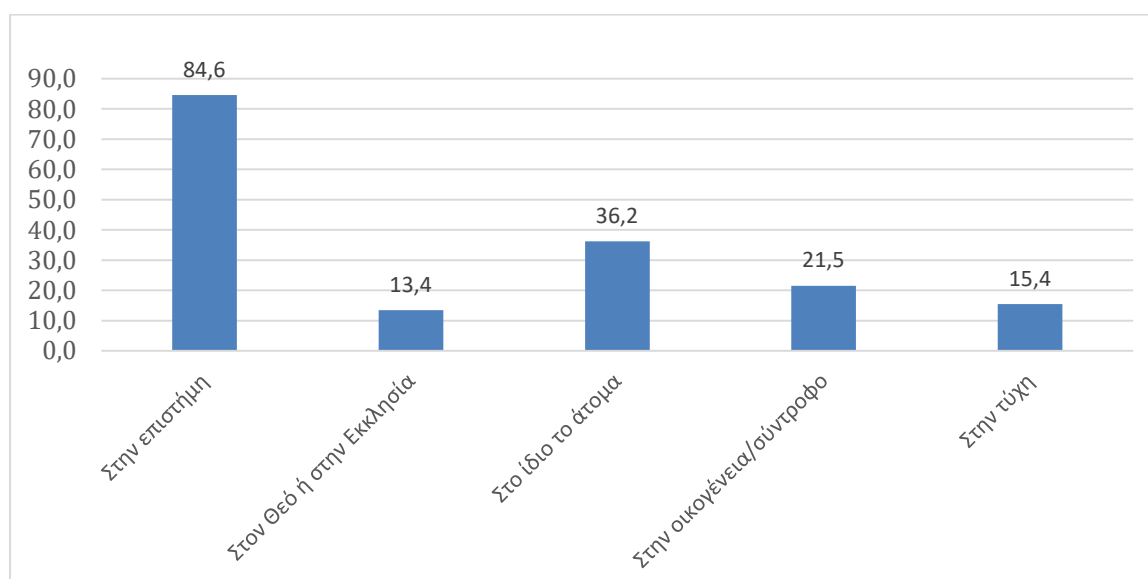
Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Έχετε ποτέ συμβουλευτεί κάποιον ώστε να προχωρήσετε σε τεχνικές ΙΥΑ όταν διαπιστώσατε ότι υπάρχει υπογονιμότητα;» (N=100).



Τέλος, αναφορικά με το που οφείλεται κυρίως η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4. Το 84.6% δήλωσε πως οφείλεται στην επιστήμη, το 36.2% στο ίδιο το άτομο, το 21.5% στην οικογένεια/σύντροφο, το 15.4% στην τύχη και τον 13.4% στο Θεό ή στην εκκλησία.

Διάγραμμα 4

Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της υπογονιμότητα οφείλετε κυρίως:» (N=149).

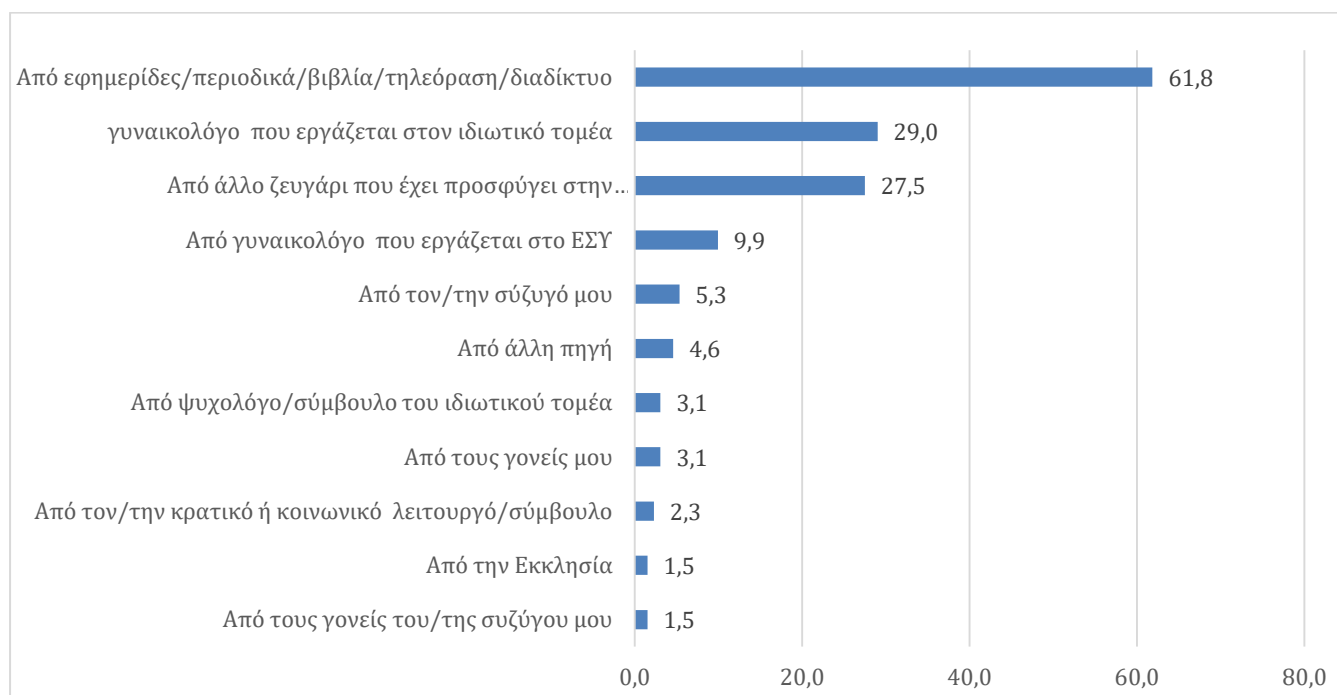


4.3 Γνώσεις και αντιλήψεις για την ΙΥΑ

Στους Πίνακες 5, 6, 7, 8, και 9 και στα Διαγράμματα 5, 6, 7, 8 και 9 παρουσιάζονται οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την ΙΥΑ. Αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης (Διάγραμμα 5), από τους 131 συμμετέχοντες που απάντησαν τη συγκεκριμένη ερώτηση, το 61.8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι ενημερώθηκε από εφημερίδες/ περιοδικά/ βιβλία/ τηλεόραση/ διαδίκτυο, το 29% από γυναικολόγο που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, το 27.5% από άλλο ζευγάρι που έχει προσφύγει στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και το 9.9% από γυναικολόγο που εργάζεται στο ΕΣΥ.

Διάγραμμα 5

Πηγές ενημέρωσης για τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (N=131).



Όσον αφορά στις γνώσεις σχετικά με τις μεθόδους ΙΥΑ (Πίνακας 5), το 50.9% ανέφερε ότι γνωρίζει την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, το 88.4% τη σπερματέγχυση, το 95.8% την εξωσωματική γονιμοποίηση, το 17% τη μικρογονιμοποίηση– ICSI, το 36.6% την υποβοηθούμενη εκκόλαψη, το 50.9% την καλλιέργεια βλαστοκύστεων, το 94.8% τη δωρεά σπέρματος, το 93.5% τη δωρεά ωαρίων, το 74.8% την κρυοσυντήρηση ωαρίων, το 44.0% την κρυοσυντήρηση εμβρύων - εμβρυομεταφορά αποψυχθέντων εμβρύων, το 21.1% τη GIFT, ZIFT, το 34.7% τη μικροχειρουργική

λήψη σπερματοζωαρίων, το 28.3% την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, και το 95.5% την παρένθετη μητρότητα.

Αναφορικά με το ποιες από τις μεθόδους αυτές θα χρησιμοποιούσαν οι ίδιοι (Πίνακας 6), η εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν η μέθοδος την οποία δήλωσε το υψηλότερο ποσοστό ότι θα χρησιμοποιούσε (90.2%), και ακολουθούν η κρυοσυντήρηση ωαρίων (76.7%), η σπερματέγχυση (76.7%), η δωρεά ωαρίων (61.3%), η δωρεά σπέρματος (58.4%), η καλλιέργεια βλαστοκύστεων (55.4%), και η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας (54.4%).

Πίνακας 5

Γνώσεις σχετικά με τις μεθόδους ΙΥΑ

	N	%
Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας		
Γνωστή	58	50.9
Άγνωστη	56	49.1
Σπερματέγχυση		
Γνωστή	114	88.4
Άγνωστη	15	11.6
Εξωσωματική γονιμοποίηση		
Γνωστή	136	95.8
Άγνωστη	6	4.2
Μικρογονιμοποίηση - ICSI		
Γνωστή	17	17.0
Άγνωστη	83	83.0
Υποβοηθούμενη εκκόλαψη		
Γνωστή	37	36.6
Άγνωστη	64	63.4
Καλλιέργεια βλαστοκύστεων		
Γνωστή	54	50.9
Άγνωστη	52	49.1
Δωρεά σπέρματος		
Γνωστή	128	94.8
Άγνωστη	7	5.2
Δωρεά ωαρίων		
Γνωστή	115	93.5
Άγνωστη	8	6.5
Κρυοσυντήρηση ωαρίων		
Γνωστή	86	74.8
Άγνωστη	29	25.2
Κρυοσυντήρηση εμβρύων - Εμβρυομεταφορά αποψυχθέντων εμβρύων		
Γνωστή	44	44.0
Άγνωστη	56	56.0
GIFT, ZIFT (Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή		

ζυγώτη)		
Γνωστή	20	21.1
Άγνωστη	75	78.9
Μικροχειρουργική λήψη σπερματοζωαρίων		
Γνωστή	34	34.7
Άγνωστη	64	65.3
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)		
Γνωστή	28	28.3
Άγνωστη	71	71.7
Παρένθετη μητρότητα		
Γνωστή	128	95.5
Άγνωστη	6	4.5

Πίνακας 6

Απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το ποιες μεθόδους ΙΥΑ θα δεχόντουσαν να χρησιμοποιήσουν.

	N	%
Πρόκληση		
ωοθυλακιορρηξίας		
Θα χρησιμοποιούσα	43	54.4
Δεν θα χρησιμοποιούσα	36	45.6
Σπερματέγχυση		
Θα χρησιμοποιούσα	72	76.6
Δεν θα χρησιμοποιούσα	22	23.4
Εξωσωματική γονιμοποίηση		
Θα χρησιμοποιούσα	110	90.2
Δεν θα χρησιμοποιούσα	12	9.8
Μικρογονιμοποίηση - ICSI		
Θα χρησιμοποιούσα	31	44.9
Δεν θα χρησιμοποιούσα	38	55.1
Υποβοηθούμενη εκκόλαψη		
Θα χρησιμοποιούσα	35	47.3
Δεν θα χρησιμοποιούσα	39	52.7
Καλλιέργεια βλαστοκύστεων		
Θα χρησιμοποιούσα	41	55.4
Δεν θα χρησιμοποιούσα	33	44.6
Δωρεά σπέρματος		
Θα χρησιμοποιούσα	45	58.4
Δεν θα χρησιμοποιούσα	32	41.6
Δωρεά ωαρίων		
Θα χρησιμοποιούσα	49	61.3
Δεν θα χρησιμοποιούσα	31	38.8
Κρυοσυντήρηση ωαρίων		

Θα χρησιμοποιούσα	66	76.7
Δεν θα χρησιμοποιούσα	20	23.3
Κρυοσυντήρηση εμβρύων - Εμβρυομεταφορά αποψυχθέντων εμβρύων		
Θα χρησιμοποιούσα	37	52.1
Δεν θα χρησιμοποιούσα	34	47.9
GIFT, ZIFT (Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγώτη)		
Δεν θα χρησιμοποιούσα	35	52.2
Μικροχειρουργική λήψη σπερματοζωαρίων		
Θα χρησιμοποιούσα	32	45.7
Δεν θα χρησιμοποιούσα	38	54.3
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)		
Θα χρησιμοποιούσα	36	50.7
Δεν θα χρησιμοποιούσα	35	49.3
Παρένθετη μητρότητα		
Θα χρησιμοποιούσα	38	48.1
Δεν θα χρησιμοποιούσα	41	51.9

Αναφορικά με τα άτομα τα οποία γνωρίζουν ή στα οποία οι συμμετέχοντες θα κοινοποιούσαν τη χρήση μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Πίνακας 7), δήλωσαν ότι γνωρίζει/θα κοινοποιούσαν την απόφασή τους στο σύζυγο σε ποσοστό 92.7%, στη μητέρα σε ποσοστό 87.5%, στον πατέρα σε ποσοστό 81.2%, στη μητέρα του συζύγου σε ποσοστό 75%, στον πατέρα του συζύγου σε ποσοστό 71.6%, στο παιδί/παιδιά σε ποσοστό 57.6%, στο παιδί/παιδιά του συντρόφου σε ποσοστό 50.6%, σε άλλους συγγενείς σε ποσοστό 41.2%, σε στενούς φίλους σε ποσοστό 75%, σε συναδέλφους σε ποσοστό 30% και σε ελάχιστα γνωστούς που έχουν περάσει την ίδια διαδικασία σε ποσοστό 50.0%.

Πίνακας 7

Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποια από τα παρακάτω πρόσωπα γνωρίζουν ότι έχετε χρησιμοποιήσει τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Ή αν εφαρμόζατε ΙΥΑ σε ποια από τα πρόσωπα αυτά θα το κοινοποιούσατε;»

	N	%
--	---	---

Σύζυγος (N=110)		
Γνωρίζει	42	38.2
Δεν γνωρίζει	6	5.5
Θα κοινοποιούσα	60	54.5
Δεν θα κοινοποιούσα	2	1.8
Μητέρα (N=104)		
Γνωρίζει	31	29.8
Δεν γνωρίζει	7	6.7
Θα κοινοποιούσα	60	57.7
Δεν θα κοινοποιούσα	6	5.8
Πατέρας (N=101)		
Γνωρίζει	30	29.7
Δεν γνωρίζει	9	8.9
Θα κοινοποιούσα	52	51.5
Δεν θα κοινοποιούσα	10	9.9
Μητέρα συζύγου (N=-92)		
Γνωρίζει	21	22.8
Δεν γνωρίζει	6	6.5
Θα κοινοποιούσα	48	52.2
Δεν θα κοινοποιούσα	17	18.5
Πατέρας συζύγου (N=95)		
Γνωρίζει	22	23.2
Δεν γνωρίζει	8	8.4
Θα κοινοποιούσα	46	48.4
Δεν θα κοινοποιούσα	19	20.0
Παιδί/παιδιά (N=85)		
Γνωρίζει	9	10.6
Δεν γνωρίζει	10	11.8
Θα κοινοποιούσα	40	47.1
Δεν θα κοινοποιούσα	26	30.6
Παιδί/παιδιά συντρόφου (N=81)		
Γνωρίζει	8	9.9
Δεν γνωρίζει	11	13.6
Θα κοινοποιούσα	33	40.7
Δεν θα κοινοποιούσα	29	35.8
Άλλοι συγγενείς (N=85)		
Γνωρίζει	9	10.6
Δεν γνωρίζει	13	15.3
Θα κοινοποιούσα	26	30.6
Δεν θα κοινοποιούσα	37	43.5
Στενοί φίλοι (N=96)		
Γνωρίζει	21	21.9
Δεν γνωρίζει	8	8.3
Θα κοινοποιούσα	51	53.1
Δεν θα κοινοποιούσα	16	16.7
Οι συνάδελφοι και συνεργάτες μου στη δουλειά (N=80)		
Γνωρίζει	6	7.5
Δεν γνωρίζει	13	16.3
Θα κοινοποιούσα	18	22.5

Δεν θα κοινοποιούσα	43	53.8
Ελάχιστα γνωστοί μου που πέρασαν την ίδια διαδικασία (N=82)		
Γνωρίζει	15	18.3
Δεν γνωρίζει	10	12.2
Θα κοινοποιούσα	26	31.7
Δεν θα κοινοποιούσα	31	37.8

Όσον αφορά τη θρησκευτικότητα και την επίδραση που έχει η εκκλησία στην άποψη και τις επιλογές των συμμετεχόντων σχετικά με την ΙΥΑ (Πίνακας 8), το 19.4% των συμμετεχόντων (N=28/144) ανέφερε ότι έχει απευθυνθεί ή θα απευθύνονταν στην Εκκλησία για να ζητήσει ενδεχόμενη άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ανάμεσα τους (N=26), 11 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η εκκλησία ήταν υπέρ της χρήσεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με συγκεκριμένες προϋποθέσεις (42.3%), οι 6 ότι ήταν υπέρ της χρήσεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (23.1%) και 1 ότι ήταν κατά της χρήσης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (3.8%). Αναφορικά με το πόσο επηρεάστηκαν από τη γνώμη της εκκλησίας, 10 συμμετέχοντες (38.5%) δήλωσαν ότι τους επηρέασε καθοριστικά και 4 (15.4%) ότι δεν τους επηρέασε.

Πίνακας 8

Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις σχετικά με την επίδραση που είχε η εκκλησία στις απόψεις τους/επιλογές σχετικά με την ΙΥΑ

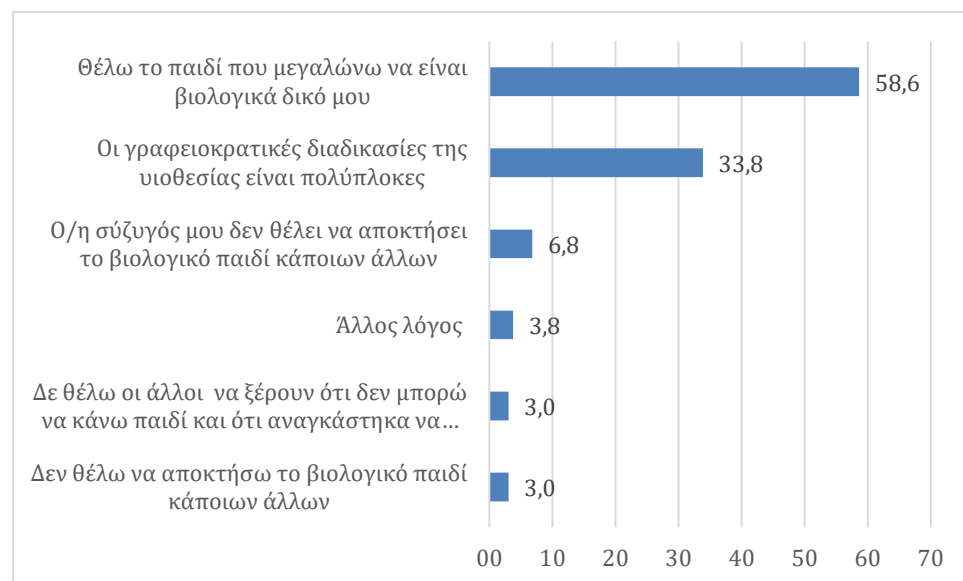
	N	%
Απευθυνθήκατε ή θα απευθυνόσασταν στην Εκκλησία για να ζητήσετε ενδεχόμενη άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή		
Ναι	28	19.4%
Όχι	116	80.6%
Ποια ήταν η άποψη της Εκκλησίας και κατά πόσο σας επηρέασε; (N=26)		
Υπέρ της χρήσεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	6	23.1
Υπέρ της χρήσεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με συγκεκριμένες προϋποθέσεις	11	42.3

Κατά της χρήσης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	1	3.8
Η άποψη της Εκκλησίας με επηρέασε καθοριστικά	10	38.5
Η άποψη της Εκκλησίας δεν με επηρέασε	4	15.4

Όσον αφορά τους βασικούς λόγους για τους οποίους θα επέλεγαν τεχνικές ΙΥΑ έναντι της υιοθεσίας (Διάγραμμα 6), ως σημαντικότερος λόγος αναδείχθηκε η επιθυμία των συμμετεχόντων το παιδί να είναι βιολογικά δικό τους (58.6%), ενώ το 33.8% των συμμετεχόντων ανέφερε ως λόγο το γεγονός ότι οι γραφειοκρατικές διαδικασίες της υιοθεσίας είναι πολύπλοκες.

Διάγραμμα 6

Κύριοι λόγοι επιλογής των τεχνικών ΙΥΑ έναντι της υιοθεσίας

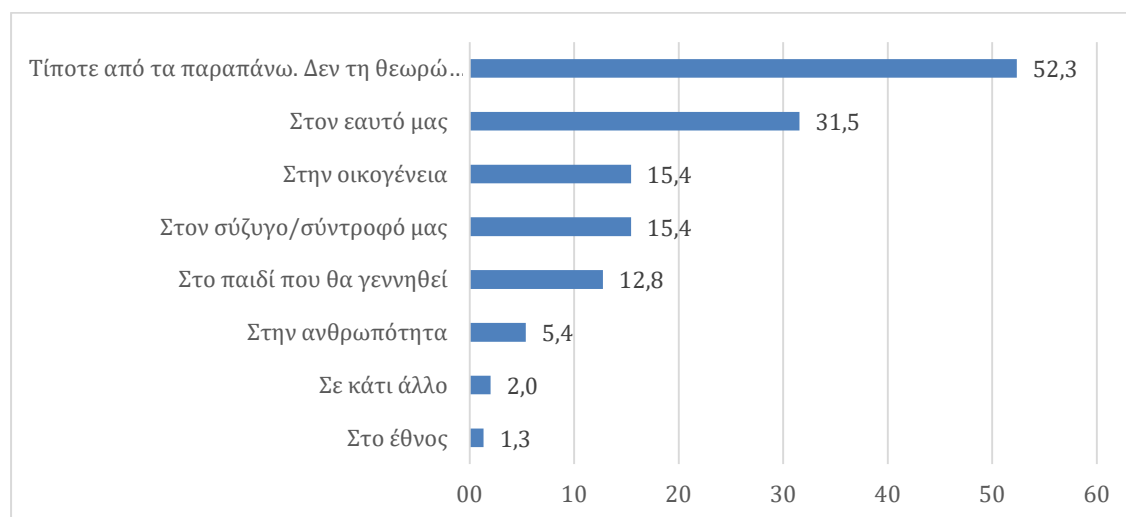


Στο Διάγραμμα 7, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η καταφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μια πράξη υποχρέωσης:». Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως δεν το θεωρεί υποχρέωση σε ποσοστό 52.3%. Το 31.5% ανέφερε πως είναι υποχρέωση προς τους ίδιους, ενώ από 15.4% των συμμετεχόντων ανέφερε αντίστοιχα πως είναι υποχρέωση στην οικογένεια και στον σύζυγο/σύντροφο.

Αναφορικά με το ποιος πρέπει να πάρει την απόφαση για χρήση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Διάγραμμα 8), το 89.9% ανέφερε ότι η απόφαση πρέπει να παίρνεται από το ζευγάρι, το 27.5% από το άτομο και το 22.8% από τους επιστήμονες

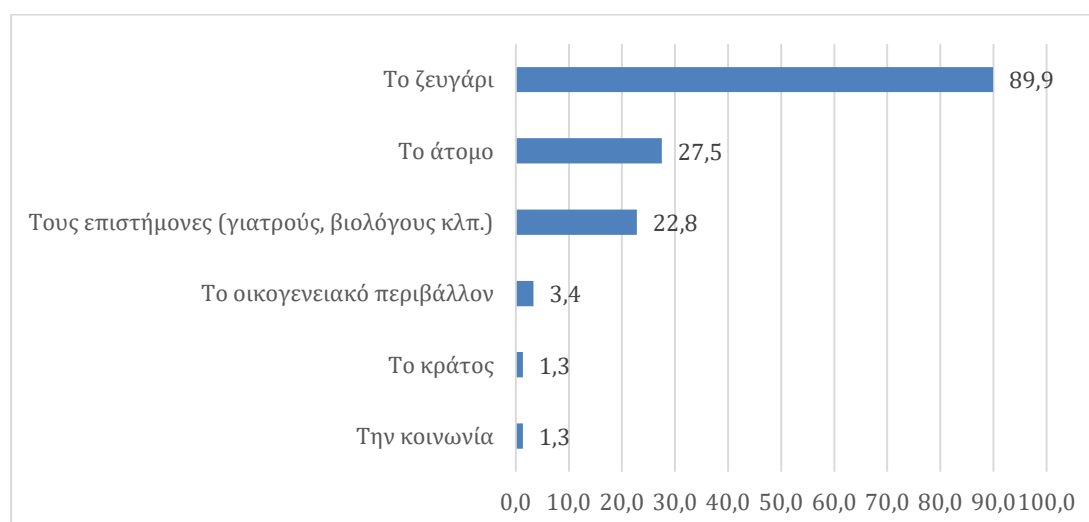
Διάγραμμα 7

Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η καταφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μια πράξη υποχρέωσης:»



Διάγραμμα 8

Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα πρέπει να αποφασίζεται από:»



Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν να πραγματοποιήσουν συγκεκριμένες μεθόδους

ΓΥΑ καθώς και με το αν θεωρούν ότι η προσφορά γενετικού υλικού στην Ελλάδα είναι/επιτρέπεται να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας. Αναφορικά με τη δωρεά ωαρίων, το 40.7% δήλωσε πως θα δέχονταν δωρεά ωαρίων, το 36.7% δήλωσε πως θα δέχονταν δωρεά από γυναίκα άλλης εθνότητας, το 27.3% από γυναίκα άλλης φυλής και το 45.7% από γυναίκα άλλου θρησκευματος.

Όσον αφορά την παρένθετη μητρότητα, το 38.3% δήλωσε πως θα δέχονταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας, το 32.8% δήλωσε πως θα δέχονταν από γυναίκα άλλης εθνότητας, το 34.1% από γυναίκα άλλης φυλής και το 39.8% από γυναίκα άλλου θρησκευματος. Δωρεά σπέρματος δήλωσε πως θα δέχονταν το 40.6%, ενώ δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας θα δέχονταν το 40.0%, από άνδρα άλλης φυλής το 30.7% και από άνδρα άλλου θρησκευματος το 45.6%.

Επιπλέον, το 54.7% του δείγματος δήλωσε πως δεν πρέπει να επιτρέπεται η προσφορά γενετικού υλικού να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας, ενώ το 50.4% δήλωσε πως σήμερα στην Ελλάδα η προσφορά γενετικού υλικού είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας.

Πίνακας 9

Απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν να πραγματοποιήσουν συγκεκριμένες μεθόδους ΓΥΑ καθώς και με το αν θεωρούν ότι η προσφορά γενετικού υλικού στην Ελλάδα είναι/επιτρέπεται να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας

	N	%
Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων; (N=145)		
Ναι	59	40.7
Όχι	47	32.4
Δεν γνωρίζω	32	22.1
Δεν απαντώ	7	4.8
Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης εθνότητας; (N=128)		
Ναι	47	36.7
Όχι	43	33.6
Δεν γνωρίζω	30	23.4
Δεν απαντώ	8	6.3
Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης φυλής; (N=128)		
Ναι	35	27.3
Όχι	51	39.8
Δεν γνωρίζω	33	25.8
Δεν απαντώ	9	7.0

Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλου θρησκευματος; (N=129)		
Ναι	59	45.7
Όχι	33	25.6
Δεν γνωρίζω	27	20.9
Δεν απαντώ	10	7.8
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας; (N=141)		
Ναι	54	38.3
Όχι	61	43.3
Δεν γνωρίζω	23	16.3
Δεν απαντώ	3	2.1
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας; (N=125)		
Ναι	41	32.8
Όχι	45	36.0
Δεν γνωρίζω	29	23.2
Δεν απαντώ	10	8.0
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής; (N=126)		
Ναι	43	34.1
Όχι	45	35.7
Δεν γνωρίζω	28	22.2
Δεν απαντώ	10	7.9
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλου θρησκευματος; (N=123)		
Ναι	49	39.8
Όχι	38	30.9
Δεν γνωρίζω	24	19.5
Δεν απαντώ	12	9.8
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος ; (N=138)		
Ναι	56	40.6
Όχι	49	35.5
Δεν γνωρίζω	26	18.8
Δεν απαντώ	7	5.1
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας; (N=125)		
Ναι	50	40.0
Όχι	43	34.4
Δεν γνωρίζω	23	18.4
Δεν απαντώ	9	7.2
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής; (N=127)		
Ναι	39	30.7
Όχι	51	40.2
Δεν γνωρίζω	27	21.3
Δεν απαντώ	10	7.9
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευματος; (N=125)		
Ναι	57	45.6
Όχι	34	27.2

Δεγνωρίζω	24	19.2
Δεν απαντώ	10	8.0

Πιστεύετε ότι πρέπει να επιτρέπεται η προσφορά γενετικού υλικού να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας; (N=139)

Ναι	36	25.9
Όχι	76	54.7
Δεγνωρίζω	20	14.4
Δεν απαντώ	7	5.0

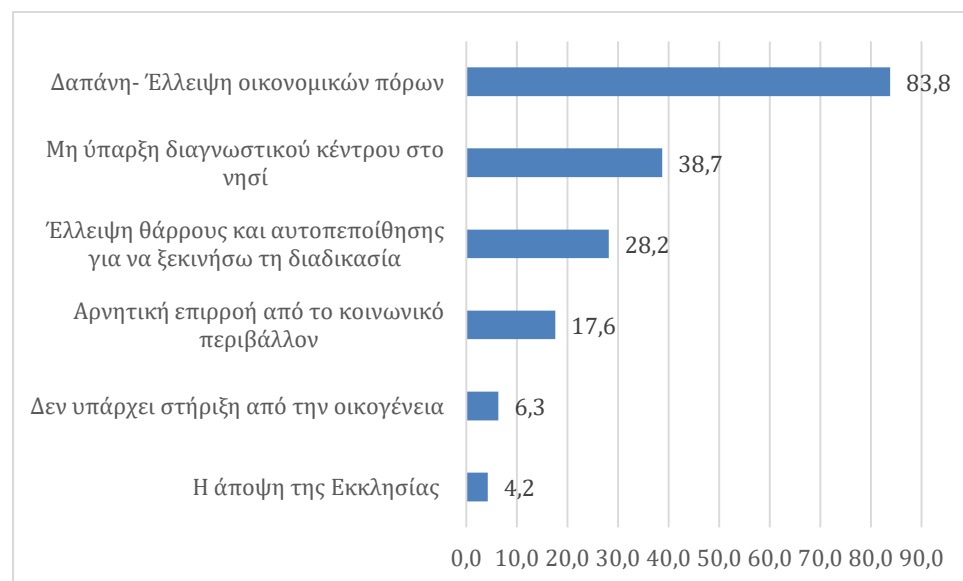
Πιστεύετε ότι σήμερα στην Ελλάδα η προσφορά γενετικού υλικού είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας; (N=137)

Ναι	69	50.4
Όχι	25	18.2
Δεγνωρίζω	38	27.7
Δεν απαντώ	5	3.6

Τέλος, στο Διάγραμμα 9 παρουσιάζονται τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια για την εφαρμογή μεθόδων ΙΥΑ. Ως βασικότερο εμπόδιο αναδείχθηκε η έλλειψη οικονομικών πόρων (83.8%) και ακολουθούν η μη ύπαρξη διαγνωστικού κέντρου στο νησί (38.7%), η έλλειψη θάρρους και αυτοπεποίθησης για να ξεκινήσει κάποιος τη διαδικασία (28.2%) και η αρνητική επιρροή από το κοινωνικό περιβάλλον (17.6%).

Διάγραμμα 9

Εμπόδια για την εφαρμογή μεθόδων ΙΥΑ.



4.4 Διαφοροποιήσεις των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια εξετάστηκε το κατά πόσον τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η ηλικία (18-39, 40+), η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, άγαμος/διαζευγμένος) και το επίπεδο εκπαίδευσης (≤ 12 έτη εκπαίδευσης, >12 έτη), καθώς και η θρησκευτικότητα των συμμετεχόντων (βάσει της απάντησης των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Απευθυνθήκατε ή θα απευθυνόσασταν στην Εκκλησία για να ζητήσετε ενδεχόμενη άποψη της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή»), αλλά και το αν έχουν αντιμετωπίσει οι ίδιοι ή άτομα στο συγγενικό τους περιβάλλον πρόβλημα υπογονικότητας σχετίζονται με τις απαντήσεις σε επιλεγμένες ερωτήσεις σχετικά με την υπογονιμότητα και την ΙΥΑ.

Ειδικότερα εξετάστηκαν οι εξής ερωτήσεις σχετικά με την υπογονιμότητα και την ΙΥΑ: «Αν δεν αποκτούσατε παιδιά θα καταφεύγατε στην ιατρική επιστήμη για να εξετάσετε ενδεχόμενο πρόβλημα υπογονικότητας;», «Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόβλημα υπογεννητικότητας στην Ελλάδα;», «Πιστεύετε ότι οι τεχνικές ΙΥΑ βοηθούν σημαντικά στη λύση του προβλήματος της υπογεννητικότητας;», «Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να παρέχει δωρεάν ΙΥΑ σε όσες-ους το επιθυμούν;», «Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα υγείας;», «Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να επιδοτεί κατά ένα μέρος την ΙΥΑ;», «Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ;», «Θα υιοθετούσατε παιδί εάν σας έλεγαν ότι δεν είναι δυνατόν να αποκτήσετε παιδί μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;», «Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων», «Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης εθνότητας», «Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης φυλής», «Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλου θρησκευματος», «Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας;», «Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας;», «Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής;», «Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλου θρησκευματος;», «Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος;», «Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας;», «Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής;», «Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευματος;», «Πιστεύετε ότι πρέπει να επιτρέπεται η προσφορά γενετικού υλικού να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας», «Πιστεύετε ότι

σήμερα στην Ελλάδα η προσφορά γενετικού υλικού είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας;», «Θα κουβεντιάζατε ελεύθερα με φίλους και γνωστούς την ενδεχόμενη δυσκολία σας να αποκτήσετε παιδιά», «Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας» και «Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την μη απόκτηση παιδιών;».

Τα αντίστοιχα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 10, 11, 12, 13 και 14.

Παρατηρούμε ότι η μόνη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (Πίνακας 10) εντοπίστηκε στην ερώτηση «Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ;». Οι γυναίκες απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες ότι θα ήθελαν να υιοθετήσουν (82.4% έναντι 63.3%, $p=0.033$).

Πίνακας 10

Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο.

		Φύλο			
			Άνδρας	Γυναίκα	p-value
Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ;	Nαι	N	38	70	0.033
		%	63.3%	82.4%	
	Όχι	N	18	13	
		%	30.0%	15.3%	
	Ναι, αλλά δεν είχα αυτή τη δυνατότητα	N	4	2	
		%	6.7%	2.4%	

Όσον αφορά στις διαφορές ανάμεσα σε νεότερους (18-39 ετών) και μεγαλύτερης ηλικίας (40+) συμμετέχοντες, τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 11. Παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες 18-39 ετών απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους συμμετέχοντες 40+ ετών ότι θα δεχόντουσαν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας (38.0% έναντι 23.9%), άλλης

φυλής (41.0% έναντι 22.9%) και άλλου θρησκευματος (44.7% έναντι 31.9%). Αντίστοιχα, οι νεότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι θα δέχονταν δωρεά σπέρματος (47.6% έναντι 30.4%) και δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής (37.2% έναντι 20.4%). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες 40+ δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι δε θα κουβέντιαζαν ελεύθερα με φίλους και γνωστούς την ενδεχόμενη δυσκολία να αποκτήσουν παιδιά (72.4% έναντι 51.6%). Τέλος, το 65.9% των συμμετεχόντων 18-39 ετών και το 89.7% των συμμετεχόντων 40+ απάντησαν καταφατικά στην ερώτηση «Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας».

Πίνακας 11

Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με την ηλικία.

		Ηλικία			
			18-39	40+	p-value
Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να επιδοτεί κατά ένα μέρος την ΙΥΑ;	Ναι	N	76	44	0.016
		%	89.4%	84.6%	
	Όχι	N	1	6	
		%	1.2%	11.5%	
	Δεν γνωρίζω/	N	8	2	
		%	9.4%	3.8%	
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας;	Ναι	N	30	11	0.016
		%	38.0%	23.9%	
	Όχι	N	21	24	
		%	26.6%	52.2%	

		Ηλικία			
		18-39	40+	p-value	
	Δεν γνωρίζω/	N	28	11	
	Δεν απαντώ	%	35.4%	23.9%	
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής;					
Ναι	N	32	11	0.009	
	%	41.0%	22.9%		
Όχι	N	20	25		
	%	25.6%	52.1%		
Δεν γνωρίζω/	N	26	12		
	Δεν απαντώ	%	33.3%	25.0%	
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλου θρησκευματος;					
Ναι	N	34	15	0.034	
	%	44.7%	31.9%		
Όχι	N	17	21		
	%	22.4%	44.7%		
Δεν γνωρίζω/	N	25	11		
	Δεν απαντώ				

		Ηλικία			
			18-39	40+	p-value
		%	32.9%	23.4%	
<hr/>					
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος;	Ναι	N	39	17	0.013
		%	47.6%	30.4%	
	Όχι	N	21	28	
		%	25.6%	50.0%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	22	11	
	%	26.8%	19.6%		
<hr/>					
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής;	Ναι	N	29	10	0.044
		%	37.2%	20.4%	
	Όχι	N	25	26	
		%	32.1%	53.1%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	24	13	
	%	30.8%	26.5%		
<hr/>					
Θα κουβεντιάζατε ελεύθερα με φίλους και γνωστούς την ενδεχόμενη δυσκολία σας να αποκτήσετε παιδιά;	Ναι	N	10	6	0.024

		Ηλικία		
		18-39	40+	p-value
	%	11.0%	10.3%	
Όχι	N	47	42	
	%	51.6%	72.4%	
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	34	10	
	%	37.4%	17.2%	
Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας;				
Ναι	N	60	52	0.004
	%	65.9%	89.7%	
Όχι	N	20	5	
	%	22.0%	8.6%	
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	11	1	
	%	12.1%	1.7%	

Στον Πίνακα 12, παρουσιάζονται οι διαφορές ανάμεσα σε συμμετέχοντες που είναι παντρεμένοι και σε συμμετέχοντες που είναι άγαμοι/διαζευγμένοι. Παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες που είναι παντρεμένοι δήλωσαν σε ποσοστό 96.2% ότι θα κατέφευγαν στην ιατρική επιστήμη για να εξετάσουν ενδεχόμενο πρόβλημα υπογονιμότητας έναντι 82.9% των συμμετεχόντων που δεν είναι παντρεμένοι.

Αναφορικά με το αν θα πρέπει το κράτος να παρέχει δωρεάν ΙΥΑ σε όσους το επιθυμούν, καταφατικά απάντησε το 88.9% των παντρεμένων, έναντι του 75.8% των μη παντρεμένων. Επιπλέον, στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα υγείας» καταφατικά απάντησε το 31.0% των παντρεμένων έναντι του 46.2% των άγαμων/διαζευγμένων. Τέλος, διαφορές παρατηρήθηκαν και στις ερωτήσεις «Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας;» και «Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής;» με τους μη παντρεμένους να απαντάνε θετικά σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους παντρεμένους (51.6% έναντι 29.0% και 41.3% έναντι 20.6%, αντίστοιχα).

Πίνακας 12

Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

		Οικογενειακή Κατάσταση			
		Παντρεμένο	Άγαμος/Διαζευγμ		
		ς	ένος		p-value
Αν δεν αποκτούσατε παιδιά θα καταφεύγατε στην ιατρική επιστήμη για να εξετάσετε ενδεχόμενο πρόβλημα υπογονικότητας;	Ναι	Ν	76	58	0.007
		%	96.2%	82.9%	
	Όχι	Ν	3	12	
		%	3.8%	17.1%	
Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να παρέχει δωρεάν ΙΥΑ σε όσες-ους το επιθυμούν;	Ναι	Ν	64	50	0.002
		%	88.9%	75.8%	
	Όχι	Ν	2	14	
		%	2.8%	21.2%	
	Δεν γνωρίζω	Ν	6	2	
		%	8.3%	3.0%	
Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα είναι	Ναι	Ν	22	30	0.034
		%	31.0%	46.2%	

πρόβλημα υγείας;	Όχι	Ν	35	31	
		%	49.3%	47.7%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	Ν	14	4	
		%	19.7%	6.2%	
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας;	Ναι	Ν	18	32	0.004
		%	29.0%	51.6%	
	Όχι	Ν	30	13	
		%	48.4%	21.0%	
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	Ν	14	17		
	%	22.6%	27.4%		
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής;	Ναι	Ν	13	26	0.012
		%	20.6%	41.3%	
	Όχι	Ν	33	18	
		%	52.4%	28.6%	
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	Ν	17	19		
	%	27.0%	30.2%		

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι συμμετέχοντες με >12 έτη εκπαίδευσης απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους συμμετέχοντες με ≤12 έτη εκπαίδευσης ότι θα δεχόντουσαν: δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης εθνότητας (40.0% έναντι 25.0%), δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης φυλής (30.6% έναντι 16.7%), υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας (36.7% έναντι 18.5%), υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής (38.1% έναντι 20.7%),

δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας (46.4% έναντι 17.9%), δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής (36.1% έναντι 13.3%), και δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευόμενου (51.0% έναντι 27.6%). Επιπλέον, στην ερώτηση «Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας;» καταφατικά απάντησε το 57.9% των συμμετεχόντων με ≤ 12 έτη εκπαίδευσης έναντι του 81.1% των συμμετεχόντων με >12 έτη εκπαίδευση.

Πίνακας 13

Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

		Εκπαίδευση			
			≤ 12 έτη	>12 έτη	p-value
Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ;	Ναι	N	29	79	0.035
		%	76.3%	73.8%	
	Όχι	N	5	26	
		%	13.2%	24.3%	
	Ναι, αλλά δεν είχα αυτή τη δυνατότητα	N	4	2	
		%	10.5%	1.9%	
Θα δεχόσασταν δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης εθνότητας;	Ναι	N	7	40	0.011
		%	25.0%	40.0%	
	Όχι	N	16	27	
		%	57.1%	27.0%	
	Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	N	5	33	
		%	17.9%	33.0%	
Θα δεχόσασταν	Ναι	N	5	30	0.011

		Εκπαίδευση			
			≤12 έτη	>12 έτη	p-value
δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης φυλής;		%	16.7%	30.6%	
	Όχι	N	19	32	
		%	63.3%	32.7%	
	Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	N	6	36	
		%	20.0%	36.7%	
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας;	Ναι	N	5	36	0.017
		%	18.5%	36.7%	
	Όχι	N	16	29	
		%	59.3%	29.6%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	6	33	
	%	22.2%	33.7%		
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής;	Ναι	N	6	37	0.013
		%	20.7%	38.1%	
	Όχι	N	17	28	
		%	58.6%	28.9%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	6	32	
	%	20.7%	33.0%		
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας;	Ναι	N	5	45	0.001
		%	17.9%	46.4%	
	Όχι	N	18	25	
		%	64.3%	25.8%	

		Εκπαίδευση			
			≤12 έτη	>12 έτη	p-value
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	5	27	
		%	17.9%	27.8%	
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής;	Ναι	N	4	35	0.020
		%	13.3%	36.1%	
	Όχι	N	18	33	
		%	60.0%	34.0%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	8	29	
		%	26.7%	29.9%	
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευματος;	Ναι	N	8	49	0.030
		%	27.6%	51.0%	
	Όχι	N	13	21	
		%	44.8%	21.9%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	8	26	
		%	27.6%	27.1%	
Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας;	Ναι	N	22	90	0.011
		%	57.9%	81.1%	
	Όχι	N	12	13	
		%	31.6%	11.7%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	4	8	
		%	10.5%	7.2%	

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διαφορές που παρατηρήθηκαν ανάλογα με τη θρησκευτικότητα. Οι συμμετέχοντες οι οποίοι δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν ή θα απευθυνόντουσαν στην εκκλησία για να ζητήσουν την άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους συμμετέχοντες που απάντησαν ότι δεν θα απευθύνοντουσαν ότι θα προτιμούσαν την υιοθεσία έναντι της ΙΥΑ (81.5% έναντι 73.2%). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι δε θα απευθύνοντουσαν στην Εκκλησία απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι θα δέχονταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας (41.4% έναντι 25.0%), ότι θα δέχονταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευματος (47.5% έναντι 30.0%), και ότι θεωρούν ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας (78.4% έναντι 63.0%).

Πίνακας 14

Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με τη θρησκευτικότητα.

		Απευθυνθήκατε ή θα απευθυνόσασταν στην Εκκλησία για να ζητήσετε ενδεχόμενη άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή;			
			Ναι	Όχι	p-value
Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ;	Ναι	N	22	82	0.035
		%	81.5%	73.2%	
	Όχι	N	2	27	
		%	7.4%	24.1%	
	Ναι, αλλά δεν είχα αυτή τη δυνατότητα	N	3	3	
		%	11.1%	2.7%	
Θα υιοθετούσατε παιδί εάν σας έλεγαν ότι δεν είναι δυνατόν να αποκτήσετε παιδί μέσω τεχνικών	Το αποκλείω	N	0	11	0.020
		%	0.0%	9.6%	
	Δεν το αποκλείω	N	25	102	

		Απευθυνθήκατε ή θα απευθυνόσασταν στην Εκκλησία για να ζητήσετε ενδεχόμενη άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή;			
			Ναι	Όχι	p-value
υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;		%	89.3%	88.7%	
	Δεν έχω τη δυνατότητα να υιοθετήσω παιδί	N	3	2	
		%	10.7%	1.7%	
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας;	Ναι	N	5	41	0.040
		%	25.0%	41.4%	
	Όχι	N	12	30	
		%	60.0%	30.3%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	3	28	
		%	15.0%	28.3%	
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευματος;	Ναι	N	6	47	0.011
		%	30.0%	47.5%	
	Όχι	N	11	22	
		%	55.5%	22.2%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	3	30	
		%	15.0%	30.3%	
Θεωρείτε ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την	Ναι	N	17	91	0.030
		%	63.0%	78.4%	
	Όχι	N	5	20	

		Απευθυνθήκατε ή θα απευθυνόσασταν στην Εκκλησία για να ζητήσετε ενδεχόμενη άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή;		
		Ναι	Όχι	p-value
αντιμετώπιση της υπογονιμότητας;	%	18.5%	17.2%	
	Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	N	5	5
	%	18.5%	4.3%	

Τέλος, διερευνήθηκε κατά πόσον οι γνώσεις των συμμετεχόντων για συγκεκριμένες μεθόδους αναπαραγωγής διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την εκπαίδευση. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους Πίνακες 15 και 16 για τις στατιστικώς σημαντικές διαφορές που εντοπίστηκαν όσον αφορά το φύλο και την ηλικία. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Όσον αφορά τις διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα (Πίνακας 15), οι γυναίκες γνώριζαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας (64.2% έναντι 31.9%), τη σπερματέγχυση (93.5% έναντι 80.8%), την καλλιέργεια βλαστοκύστεων (61.3% έναντι 36.4%), τη δωρεά ωαρίων (98.6% έναντι 86.3%) και την παρένθετη μητρότητα (100% έναντι 88.2%).

Τέλος, αναφορικά με τις διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα (Πίνακας 16), οι συμμετέχοντες 18-39 ετών δήλωσαν σε υψηλότερο ποσοστό ότι γνωρίζουν την εξωσωματική γονιμοποίηση (98.9% έναντι 90.9%) και τη δωρεά σπέρματος (97.7% έναντι 89.8%).

Πίνακας 15

Διαφορές στις γνώσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με συγκεκριμένες μεθόδους ΙΥΑ ανάλογα με το φύλο.

			Φύλο		p-value
			Άνδρας	Γυναίκα	
Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας	Γνωστή	N	15	43	0.001
		%	31.9%	64.2%	
	Άγνωστη	N	32	24	
		%	68.1%	35.8%	
Σπερματέγχυση	Γνωστή	N	42	72	0.027
		%	80.8%	93.5%	
	Άγνωστη	N	10	5	
		%	19.2%	6.5%	
Καλλιέργεια βλαστοκύστεων	Γνωστή	N	16	38	0.011
		%	36.4%	61.3%	
	Άγνωστη	N	28	24	
		%	63.6%	38.7%	
Δωρεάν ωαρίων	Γνωστή	N	44	71	0.006
		%	86.3%	98.6%	
	Άγνωστη	N	7	1	
		%	13.7%	1.4%	
Παρένθετη μητρότητα	Γνωστή	N	45	83	0.001
		%	88.2%	100.0%	
	Άγνωστη	N	6	0	
		%	11.8%	0.0%	

Πίνακας 16

Διαφορές στις γνώσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με συγκεκριμένες μεθόδους ΙΥΑ ανάλογα με την ηλικία.

			Ηλικία		p-value
			18-39	40+	
Εξωσωματική γονιμοποίηση	Γνωστή	N	86	50	0.022
		%	98.9%	90.9%	
	Άγνωστη	N	1	5	
		%	1.1%	9.1%	
Δωρεά σπέρματος	Γνωστή	N	84	44	0.047
		%	97.7%	89.8%	
	Άγνωστη	N	2	5	
		%	2.3%	10.2%	

5. Συζήτηση

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλούν οι απαντήσεις που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο σχετικά με την υπογονιμότητα και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Από την επί μέρους ανάπτυξη προκύπτει ότι κάποιες ταυτίζονται με τη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ κάποιες δείχνουν να αποτελούν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του πληθυσμού της Κάσου. Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 150 συμμετέχοντες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν μεταξύ 18 και 39 ετών και περίπου οι μισοί από αυτούς ήταν έγγαμοι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζονταν με εξαίρεση ένα μικρό ποσοστό που ήταν άνεργοι. Αρκετοί ήταν εκείνοι που δήλωσαν πως είχαν αντιμετώπισει πρόβλημα με την υπογονιμότητα είτε σε προσωπικό επίπεδο είτε στο οικογενειακό περιβάλλον.

Από τις απαντήσεις προκύπτει, επίσης, ότι ο περισσότερος πληθυσμός γνωρίζει για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και τις επί μέρους μεθόδους. Πιο συγκεκριμένα σχεδόν όλοι γνώριζαν για την εξωσωματική γονιμοποίηση, την παρένθετη μητρότητα, για τη δωρεά σπέρματος, και για τη δωρεά ωαρίων. Αρκετοί σπερματέγχυση και για την κρυοσυντήρηση ωαρίων. Ενώ λιγότεροι αναφορικά με την καλλιέργεια βλαστοκύστεων, την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας, την κρυοσυντήρηση εμβρύων και την εμβρυομεταφορά αποψυχθέντων εμβρύων, την υποβοηθούμενη εκκόλαψη, τη μικροχειρουργική λήψη σπερματοζωαρίων, την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, τη GIFT, ZIFT και τη μικρογονιμοποίηση. Η γνώση των ερωτηθέντων για τα ζημιά αυτά προέρχεται από τις εφημερίδες, τα περιοδικά, τα βιβλία, την τηλεόραση, και το διαδίκτυο, ενώ λίγοι ανέφεραν πως ενημερώθηκαν από γυναικολόγο του ιδιωτικού τομέα ή από άλλο ζευγάρι που έχει καταφύγει σε τεχνικές ΙΥΑ.

Στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι προκειμένου να παραχθεί σωστή πληροφορία στον γυναικείο και ανδρικό πληθυσμό σχετικά με την υπογονιμότητα και τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, θα πρέπει και οι εμπλεκόμενες ειδικότητες να εκπαιδεύονται σωστά. Μια μελέτη μάλιστα, που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύτριες και αφορούσε την υπογονιμότητα, η οποία προέρχεται από την ύπαρξη νεοπλασιών, ήταν σχεδιασμένη, έτσι ώστε να αυξήσει τις γνώσεις τους σχετικά με τους παράγοντες επικινδυνότητας, τις επιλογές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και την υγιή

σεξουαλική υγεία σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες επιζώντες. Αυτό, που φάνηκε από τη συγκεκριμένη μελέτη, είναι ότι, η επίδραση της γνώσης, των δεξιοτήτων επικοινωνίας και των συμπεριφορικών πρακτικών αποτελούν τρόπους προσέγγισης του υπογόνιμου πληθυσμού, με σκοπό την καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τις τεχνητές μεθόδους αναπαραγωγής. Στόχος των νοσηλευτών, που εργάζονται με τέτοιο πληθυσμό είναι η αύξηση της συχνότητας των συζητήσεων, αναφορικά με την αναπαραγωγική υγεία, ώστε να προμηθεύουν τον συνομιλητή τους με χρήσιμες πληροφορίες. (55) Αυτό είναι κάτι με το οποίο τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συνάδουν εξίσου. Το υψηλό επίπεδο των γνώσεων του πληθυσμού δρα υποστηρικτικά στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και στην υγιή εκτέλεση τους. Έτσι δεν είναι τυχαίο το ότι η πλειοψηφία δήλωσε πως πιστεύει ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της υπογονιμότητας οφείλεται κυρίως στην επιστήμη.

Βασικό επίσης, στοιχείο που προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι ότι θεωρείται «ταμπού» κατά ένα ποσοστό η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, καθώς κι η συζήτηση για τη μη απόκτηση παιδιών. Πέραν τούτου η ιδέα και μόνο της υπογονιμότητας σε ένα από τα δύο μέλη του ανδρoγύνου δημιουργεί πίεση και εσωτερικό άγχος, παράγοντες οι οποίοι επιβαρύνουν την επίτευξη του στόχου της τεκνοποιΐας. Πιο ειδικά, γυναίκες, οι οποίες είχαν διαγνωστεί με υπογονιμότητα ανέφεραν ότι, θεωρούσαν πως η υπογονιμότητα τους σχετίζεται με τα επίπεδα του στρες, του άγχους, της κατάθλιψης και της κοινωνικής απομόνωσης που υφίστανται. Σημαντικό κομμάτι είναι η αντίληψη των ατόμων αυτών, πως δηλαδή το κοινωνικό στίγμα δύναται να επηρεάσει τα επίπεδα γονιμότητας των ατόμων. Αυτό, που έχει βρεθεί επίσης είναι το γεγονός ότι, οι παράγοντες αυτοί έχουν συσχετισθεί σημαντικά με αρνητικές πεποιθήσεις απέναντι στην υπογονιμότητα. Αντίθετα, έχει μελετηθεί ότι η πεποίθηση πως ο προσωπικός έλεγχος της υπογονιμότητας σχετίζεται με μειωμένα τα επίπεδα στρες και άγχους. Αυτό ίσως έχει ως υπόβαθρο την προσωπική ενδυνάμωση του ατόμου απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό. Η πίστη στον εαυτό μας είναι για πολλούς μια κινητήριος δύναμη, με την οποία μπορούν να αντιμετωπίσουν όποια κατάσταση τους τύχει είτε είναι υγείας, είτε όχι. (64)

Από την άλλη πλευρά όμως, γι' αυτούς οι οποίοι τελικώς αποφασίζουν να μοιραστούν το πρόβλημά τους, είτε με κάποιους συγγενείς είτε με τον γιατρό, η

ψυχολογική υποστήριξη και η παροχή γνώσεων που λαμβάνουν φαίνεται να επιδρά καταλυτικά στην εξάλειψη του στρες, και έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες να πραγματοποιηθεί μια γονιμοποίηση. Πρόσφατη παρέμβαση, η οποία πραγματοποιήθηκε σε υπογόνιμες γυναίκες, οι οποίες εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους και στρες, έδειξε ότι η συμπεριφορική προσέγγιση σε ομάδα, μπορεί να μειώσει τα συναισθήματα αυτά και να προάγει την καλή συναισθηματική και ψυχική τους κατάσταση, παράγοντες οι οποίοι εμμέσως δημιουργούν τέτοιο έδαφος, ώστε η γυναίκα να ανοίξει τους ορίζοντές της και να μάθει για τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επιπλέον, δε θα πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι, τα μειωμένα επίπεδα του στρες έχουν συσχετισθεί με αυξημένο αριθμό επιτυχημένων κυήσεων, άρα η ψυχολογική υποστήριξη με την παράλληλη ενημέρωση μπορεί να προάγει την γενική υγεία των γυναικών. (54) Στην παρούσα μελέτη ο πληθυσμός, που μελετήθηκε, συγκέντρωσε ένα πολύ υψηλό ποσοστό, που εξίσου θεωρούσε και θεωρεί ότι, η υπογονιμότητα δεν είναι απλά και μόνο ένα πρόβλημα υγείας, αλλά έχει βαθύτερες ρίζες στην ψυχοσύνθεση του ανθρώπου. Γι' αυτό η πλειοψηφία του δείγματος φάνηκε ότι είχαν θετική στάση απέναντι στη χρήση της ιατρικής επιστήμης προκειμένου να εξεταστούν τυχόν προβλήματα υπογονιμότητας, ενώ θεωρήθηκε πως οι μέθοδοι ΙΥΑ μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση του προβλήματος.

Ακολούθως, μελέτη του 2019 επικεντρώθηκε σε ζευγάρια, τα οποία εμφάνιζαν υπογονιμότητα εξαιτίας των υψηλών επιπέδων στρες. Τα ζευγάρια αυτά εντάχθηκαν σε ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής κατάρτισης, όπου και ενημερώθηκαν για τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τους ενδεχόμενους κινδύνους, αλλά και τα αίτια της υπογονιμότητας. Σημαντικό είναι ότι, τα ζευγάρια, που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα, είχαν ήδη αποφασίσει την τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η παρέμβαση έλαβε χώρα σε αυτό το διάστημα. Μετά το πέρας της παρέμβασης φάνηκε ότι, η ομάδα, που είχε λάβει τη συμβουλευτική, μείωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα του αντιλαμβανόμενου στρες, καθώς επίσης αύξησε και τα επίπεδα της αυτό-αποτελεσματικότητας. Οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι, η νοσηλευτική συμβουλευτική είναι ευεργετική στα ζευγάρια, που προσπαθούν ήδη να τεκνοποιήσουν και ίσως αυξάνουν τις πιθανότητες μιας επιτυχημένης σύλληψης. (56) Προκειμένου όμως να είναι αποδοτικές οι πληροφορίες, που παρέχονται από τους φορείς υγείας, είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται χαρτογράφηση του πληθυσμού και ανίχνευση των αδυναμιών και ικανοτήτων τους, προτού παρέμβει ο ειδικός και

συμπληρώσει τη γνώση, που υπολείπεται. Μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στο Βόρειο Κουίνσλαντ, σε γυναίκες σχετικά με την αύξηση της αναπαραγωγικής ηλικίας ως παράγοντα κινδύνου για υπογονιμότητα, έδειξε ότι, οι συμμετέχουσες είχαν εξαιρετικό επίπεδο γνώσεων στα ερωτηματολόγια, που τους δόθηκαν και αφορούσαν τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αξιοσημείωτο είναι ότι, όταν οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με την πηγή πληροφόρησής τους, η πιο συχνή τους απάντηση ήταν ότι, μαθαίνουν πληροφορίες σχετικά με την υπογονιμότητα και τις μεθόδους αναπαραγωγής από τους φίλους και την οικογένεια. Παρόμοια αποτελέσματα με αυτή τη μελέτη εμφανίζει κι η παρούσα μελέτη με τη διαφορά πως το σύνολο των πληροφοριών εδώ προέρχεται από εφημερίδες, περιοδικά βιβλία, τηλεόραση και το διαδίκτυο, όπως σημειώθηκε παραπάνω. Αυτό, που φαίνεται από τη μελέτη στο Κουίνσλαντ και μπορούμε να πούμε και για τη μελέτη εδώ στο νησί της Κάσου, είναι ότι θα πρέπει να υπάρχει επαρκής αντίληψη των φυσικών τρόπων γονιμότητας, κατανόηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε υπογονιμότητα, καθώς επίσης και πλήρης κατανόηση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προκειμένου να μην πραγματοποιούνται αφελείς και βιαστικές κινήσεις στην τεκνοποίηση, που ενδέχεται να βλάψουν τόσο τη μητέρα, όσο και το βρέφος. Αυτό, που τονίζουν ιδιαίτερα οι συγγραφείς, είναι ότι, θα πρέπει να ευνοηθεί η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων ανά κάθε περιοχή, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού, σχετικά με την αναπαραγωγική υγεία, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο πληθυσμός είναι καλά ενημερωμένος και ενδυναμωμένος σε τέτοιες περιστάσεις. (57)

Επιπλέον μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε νεαρούς ενήλικες στο Ιράν, σχετικά με τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις της υπογονιμότητας, έδειξε ότι, οι στάσεις, οι αντιλήψεις, οι γνώσεις και οι πεποιθήσεις σχετικά με την υπογονιμότητα σχετίζονται με το φύλο. Αν και οι γυναίκες απάντησαν σε περισσότερες απαντήσεις σωστά συγκριτικά με τους άνδρες, φάνηκε ότι οι λανθασμένες απαντήσεις των γυναικών έφεραν πολύ πιο σημαντικές πτυχές των παραγόντων κινδύνου για την υπογονιμότητα. Για παράδειγμα, υπήρχαν εξαιρετικά μεγάλα κενά στην αναπαραγωγική υγεία, στο πως λειτουργεί ο έμμηνος κύκλος, στην επίδραση της ηλικίας στην γονιμότητα, στις αρνητικές επιδράσεις των λοιμώξεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην γονιμότητα, καθώς επίσης και στην άγνοια για την επίπτωση του ψυχολογικού στρες. Κατά συνέπεια, μπορεί

φαινομενικά οι γυναίκες να έχουν υψηλότερο επίπεδο γνώσεων από τον ανδρικό πληθυσμό, οι ελλείψεις, που σημειώνουν όμως, είναι αρκετά μεγάλες και θα πρέπει να καλυφθούν μελλοντικά με εκπαιδευτικά προγράμματα. (58) Τα ζητήματα, που θεωρούνται αμφιλεγόμενα, διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Ως κοινωνικό πρόβλημα θεωρήθηκε στον πληθυσμό της Κάσου γενικά η μη απόκτηση παιδιών και η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπισης της υπογονιμότητας ανεξαρτήτως φύλου. Αντίθετα, σε άλλες περιοχές φαίνεται ότι οι άνδρες αντιμετωπίζουν τα ζητήματα αυτά με πιο έντονη αβεβαιότητα συγκριτικά με τις γυναίκες. (59)

Συγκριτικά με άλλους λαούς και χώρες, φαίνεται ότι ο πληθυσμός της Κάσου γνωρίζει εκτενέστερα τις επιμέρους μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σημειώνοντας μάλιστα υψηλά ποσοστά. Σε άλλες χώρες το ποσοστό της γνώσης αναφορικά με την ύπαρξη των μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής αγγίζει το 30%, αντίθετα με τον πληθυσμό της Κάσου, που σημειώνει ποσοστά άνω του 95%. Αυτό συμβαίνει τόσο σε γενικό πλαίσιο σχετικά με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όσο και με τις επιμέρους τεχνολογίες. (60)

Ανάμεσα στην επιλογή της υιοθεσίας και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, φαίνεται ότι αυτό εξαρτάται πολύ από το γεγονός της δυνατότητας του ζευγαριού να τεκνοποιήσουν με ιατρική βοήθεια. Ο πληθυσμός της Κάσου βρέθηκε να έχει θετική στάση και στις δυο μεθόδους με τις γυναίκες να έχουν πιο θετική αντίληψη στην υιοθεσία από τους άνδρες. Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι η επιρροή αυτή προέρχεται καθαρά από την ανατροφή και τις πεποιθήσεις του κάθε ατόμου εξ ου και διαφέρει σημαντικά σε κάθε τόπο. (61) Πιο συγκεκριμένα στο ερώτημα αναφορικά με το αν θα επέλεγαν την υιοθεσία έναντι της εφαρμογής της ΙΥΑ, η πλειοψηφία δήλωσε πως θα επέλεγε την υιοθεσία. Αλλά, ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό, δήλωσε πως δε θα απέκλειε την υιοθεσία εάν του έλεγαν ότι δεν είναι δυνατόν να αποκτήσει παιδί μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Αντίθετα, συγκριτικά με τα ευρήματα του πληθυσμού της Κάσου, φαίνεται ότι η ηλικία παίζει ρόλο στην επιλογή ανάμεσα στην επιθυμία απόκτησης παιδιού μέσω υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και παρένθετης μητρότητας. Διαπιστώνεται ότι, άτομα νεότερα σε ηλικία στην Κάσο θα δέχονταν πιο εύκολα την παρένθετη

μητρότητα, ενώ όσο αυξανόταν η ηλικία αυτή η άποψη μεταβαλλόταν. Αυτό πιθανώς οφείλεται και στην πρόσβαση της πληροφορίας, που έχει πλέον ο νέος κόσμος συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία. Αυτό που παρατηρήθηκε είναι ότι οι συμμετέχοντες 18-39 ετών απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους συμμετέχοντες 40+ ετών ότι θα δεχόντουσαν: υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας, υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής, υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλου θρησκευματος, δωρεά σπέρματος, και δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής.

Σχετικός παράγοντες με την ηλικία είναι και το επίπεδο εκπαίδευσης το οποίο αποτελεί σημαντικό στοιχείο για το πως κάποιος μπορεί να εξετάσει την ΙΥΑ. Εξάλλου, αναφορικά με το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει το επίπεδο εκπαίδευσης, τα ευρήματα της Κάσου συμπίπτουν και με άλλες μελέτες. Έτσι παρατηρείται ότι όσο πιο αυξημένο είναι το επίπεδο στις γνώσεις του πληθυσμού, τόσο πιο δεκτικά χαρακτηριστικά εμφανίζουν τα άτομα για τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η δωρεά σπέρματος και η παρένθετη μητρότητα, αλλά και οι υπόλοιπες τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. (62) Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με >12 έτη εκπαίδευσης απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους συμμετέχοντες με ≤12 έτη εκπαίδευσης ότι θα δεχόντουσαν: δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης εθνότητας, δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης φυλής, υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας, υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής, δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας, δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής, και δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκευματος. Συνεπώς, φάνηκε πως η νεαρότερη ηλικία και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται με αυξημένη δεκτικότητα ως προς την αποδοχή των συγκεκριμένων τεχνικών ΙΥΑ, ξεπερνώντας μάλιστα ζητήματα που έχουν να κάνουν με διαφορές όπως η εθνότητα, η φυλή και το θρήσκευμα.

Αναφερόμενοι στον θρησκευτικό παράγοντα πρέπει να τονιστεί ότι όντως η Εκκλησία και η πίστη μπορεί να επηρεάσει πρόσωπα στο να δεχθούν ή όχι την παρέμβαση της ιατρικής προκειμένου να τεκνοποιήσουν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων στην Κάσο, δήλωσε ότι απευθύνθηκαν ή θα απευθυνόντουσαν στην Εκκλησία για να ζητήσουν την άποψή της σχετικά με την ιατρικώς

υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε αντιστοιχία με ένα ποσοστό 73.2% που δήλωσε ότι δε θα απευθύνονταν στην Εκκλησία αλλά ούτε και στην ΙΥΑ κι ότι θα προτιμούσαν την υιοθεσία έναντι της ΙΥΑ.

Σχετικά με τη μέθοδο της παρένθετης μητέρας έχουν δημιουργηθεί τόσο ηθικά, όσο και θεολογικά ζητήματα, αφού αμφισβητείται σε πολλά σημεία, και απαντήσεις ακόμη δεν έχουν δοθεί. Τα ηθικά ζητήματα, που παρουσιάζονται στην ύπαρξη της παρένθετης μητέρας έχουν να κάνουν κυρίως με τα κίνητρα των γονέων, που αποζητούν ένα παιδί. Επιπλέον, παύει το ζήτημα της τεκνοποίησης να είναι θέμα μόνο του ζευγαριού, αλλά γίνεται και της παρένθετης μητέρας και του ίδιου του παιδιού, όπου δεν είναι γνωστό κατά πόσο ηθικά ακολουθούνται οι κανόνες. Όπως για παράδειγμα, πιθανά μια παρένθετη μητέρα να θελήσει την άμβλωση ή οι φυσικοί γονείς του παιδιού να μην είναι ζευγάρι, το οποίο αποτελείται από άνδρα και γυναίκα, αλλά από έναν γονιό μόνο του ή από ένα ομόφυλο ζευγάρι. Σε αυτές τις περιπτώσεις παραβιάζονται βασικά ηθικά δικαιώματα, τα οποία αφαιρούνται από τους μετέχοντες. Αναφορικά με τις κατά καιρούς παρουσιαζόμενες εκκλησιαστικές ενστάσεις σχετικά με την παρένθετη μητρότητα αυτές δεν εστιάζονται μόνο στην παρέμβαση τρίτου προσώπου μέσα στην οικογένεια αλλά στο μεγάλο ηθικό δίλημμα της δημιουργίας των επιπλέον εμβρύων και της ενδεχόμενης καταστροφής τους. (50)

Η μέθοδος της παρένθετης μητρότητας έχει απασχολήσει και το ΕΔΑΔ (Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων), όπου έχει εξετάσει διάφορα παρόμοια περιστατικά. Το ΕΔΑΔ ως επί το πλείστον κρατά υπόψη του τους σκοπούς των γονέων και εξετάζει πάντα εάν το ζευγάρι έχει ήδη προσπαθήσει να τεκνοποιήσει με κάποια άλλη μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή εάν έχει προβεί στην αίτηση για υιοθεσία. Δυο από τους βασικότερους λόγους, όπου μια υπόθεση παρένθετης γέννησης καταλήγει στο ΕΔΑΔ, είναι επειδή η παρένθετη μητέρα ενδέχεται να αναπτύξει μια προσωπική, συναισθηματική σχέση με το βρέφος ή επειδή οι μελλοντικοί γονείς έχουν ήδη χωρίσει για παράδειγμα στο μεσοδιάστημα της κύησης. Γεγονότα, που είναι φυσικό επακόλουθο ότι μπορεί να λάβουν χώρα και που η Ελληνική νομοθεσία καλύπτει προς το παρόν, τοποθετώντας το συμφέρον του βρέφους στην πρώτη γραμμή. (51)

Από την άλλη πλευρά πάλι, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι, οι ασφαλείς και αποτελεσματικές μέθοδοι τεχνητής γονιμοποίησης είναι αυθαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου, καθότι τα προβλήματα υπογονιμότητας και η αδυναμία αναπαραγωγής μπορεί να προκαλέσει σοβαρά κοινωνικά και ψυχικά προβλήματα. Κατά συνέπεια, η επιλογή της παρένθετης μητρότητας μπορεί να είναι η λύση για ένα ζευγάρι, το οποίο επιθυμεί δικό του παιδί και είτε έχει ήδη καταμετρήσει αποτυχημένες προσπάθειες με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είτε δεν δύναται να καταφύγει στην υιοθεσία. Παρόλα αυτά, το ζήτημα χρίζει μεγάλης σημασίας, κυρίως εξαιτίας των ψυχολογικών επιπτώσεων και όλοι οι εμπλεκόμενοι θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλευτική, για την καλύτερη ψυχική και ψυχολογική υποστήριξή τους. (49)

Το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας φαίνεται ότι είναι γνωστό στους ερωτηθέντες της Κάσου, αφού σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες απάντησαν θετικά στο ερώτημα για την γνώση της προοπτικής δανεικής μητρότητας, και μάλιστα πολλοί μεταξύ της ηλικίας 18-39 ετών, είπαν πως ευχαρίστως θα δεχόταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας. Ένα ακόμη σημαντικό κομμάτι του ζητήματος υπογονιμότητας είναι το ηλικιακό επίπεδο του ατόμου. Γενικά, όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου τείνει να πλουτίζει τις γνώσεις του, προσθέτοντας συνεχώς νέα πληροφορία. Σε ένα ευαίσθητο θέμα, όπως είναι η υπογονιμότητα και η προσπάθεια απόκτησης ενός παιδιού η ηλικία δεν αποτελεί έναν σταθερό παράγοντα. Αυτό σημαίνει ότι, δεν είναι βέβαιο ότι, με την αύξηση της ηλικίας και την εμπειρία, οι απόψεις απέναντι στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα είναι και θετικές. Η αρνητική όψη του ηλικιακού ορίου είναι πως ένα νεαρό άτομο μπορεί να έχει πιο ανοιχτή στάση απέναντι σε καινοτόμες μεθόδους, ενώ τείνουν να δοκιμάζουν πιο εύκολα το καινούργιο. Αυτό σχετίζεται με την παρορμητικότητα, που διακατέχει τον νεαρό πληθυσμό, όπως επίσης και με την δεκτικότητα. Οι νέοι δεν προσκολλώνται εύκολα σε παραδόσεις και γεωγραφικές αντιλήψεις, αντίθετα με τους μεγαλύτερους σε ηλικία πληθυσμούς, οι οποίοι έχουν ήδη αναπτυχθεί και έχουν διαμορφώσει πολλαπλές πτυχές του χαρακτήρα τους και της προσωπικότητάς τους. Ένας νέος βρίσκεται ακόμη υπό διαμόρφωση, ενώ κάποιος μεγαλύτερης ηλικίας δύσκολα μεταβάλλει τις σκέψεις του. Η σκέψη του είναι περισσότερο παγιωμένη, με αποτέλεσμα να μην αλλάζει εύκολα.

Άλλες μελέτες υποδεικνύουν ότι, οι νέοι αντιλαμβάνονται την υπογονιμότητα ως την αποτυχημένη προσπάθεια μιας εγκυμοσύνης. Φαίνεται όμως, ότι είναι σε θέση να περιγράψουν την ανατομική και παθοφυσιολογική διαδικασία μέσα από την οποία η γονιμότητα δεν επιτυγχάνεται, ως προς τις δυσκολίες των ωαρίων και των σπερματοζωαρίων. Εξίσου καλές είναι οι γνώσεις των νέων αναφορικά με τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν υπογονιμότητα σε ένα ζευγάρι. Στους υπεύθυνους παράγοντες για την υπογονιμότητα αναφέρονται συχνά το στρες, οι αντισυλληπτικές μέθοδοι, οι ενδεχόμενοι τραυματισμοί, η ύπαρξη σωματικής και ψυχολογικής βίας, όπως επίσης και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ακόμη και με το νεαρό της ηλικίας, οι νέοι έχουν μια σχετικά καλή αντίληψη της υπογονιμότητας και είναι σε θέση να εκφράζουν τις απόψεις του σχετικά με τους ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου. Αυτό αποτελεί μια καίρια βάση, αφού μια νεολαία, η οποία είναι σε θέση να εκφραστεί ικανοποιητικά και κατέχει τις βασικές γνώσεις, είναι μια πολύ καλή ευκαιρία να εκπαιδευτεί τόσο ως προς την πρόληψη των παραγόντων κινδύνου υπογονιμότητας, όσο και αναφορικά με τις διαθέσιμες τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Αυτό, που θα πρέπει πάντα να προτείνεται, είναι ένας ειδικός προτού επέμβει σε ένα νέο, είτε για να του μεταδώσει γνώση, είτε για να θεραπεύσει, είναι να διερευνήσει το υπόβαθρό του σχετικά με τις γνώσεις του. Η διεθνής βιβλιογραφία συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, αφού οι γνώσεις των νέων σχετικά με την υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι σε αρκετά καλό επίπεδο, αφού φαίνεται ότι, κατανοούν τις αιτίες και τους παράγοντες κινδύνου. (63)

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη με >12 έτη εκπαίδευσης απάντησαν σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τους συμμετέχοντες με ≤12 έτη εκπαίδευσης ότι θα δεχόντουσαν: δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης εθνότητας, δωρεά ωαρίων από γυναίκα άλλης φυλής, υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνότητας, υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης φυλής, δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης εθνότητας, δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλης φυλής και δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκειώματος. Συνεπώς, φάνηκε πως η νεαρότερη ηλικία και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται με αυξημένη δεκτικότητα ως προς την αποδοχή των συγκεκριμένων τεχνικών ΙΥΑ, ξεπερνώντας μάλιστα ζητήματα που έχουν να κάνουν με διαφορές όπως η εθνότητα, η φυλή και το θρήσκευμα.

Τέλος, ένα κοινό σημείο, που ανιχνεύτηκε έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων της εργασίας είναι πως, οι παράγοντες και οι αντιλήψεις που επηρεάζουν τα επίπεδα γονιμότητας είναι πολιτισμικοί, εθνικοί και θρησκευτικοί. Ο πληθυσμός της Κάσου φαίνεται να συμφωνεί έως ένα μέρος με τα δεδομένα αυτά, αφού η θρησκεία και η κοινωνία της Κάσου επιδρά στις απόψεις των ατόμων σε μεγάλο βαθμό. Η αντίληψη του πληθυσμού σχετικά με τις επιδράσεις της διατροφής στο ζήτημα της υπογονιμότητας αποτέλεσε εξίσου κοινό σημείο μεταξύ του πληθυσμού της Κάσου και των υπόλοιπων πληθυσμών. Φαίνεται ότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων δίνει μεγάλη βαρύτητα στον τύπο της διατροφής και στην επίδραση, που μπορεί να έχει αυτή στην υπογονιμότητα. (65)

Τα ευρήματα της μελέτης τις δείχνουν να έρχονται σε μια συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των πληθυσμών αναμεταξύ τις. Φαίνεται πως, τα ίδια ζητήματα απασχολούν τον πληθυσμό ανεξαρτήτως χώρας σχετικά με την υπογονιμότητα και τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οποιοδήποτε στοιχείο δίνεται αναφορικά με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού σίγουρα είναι ένα βοηθητικό στοιχείο, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας στο μέλλον να μπορέσουν να διαμορφώσουν προγράμματα και στρατηγικές, προκειμένου να ενισχυθεί η ήδη υπάρχουσες γνώσεις των ατόμων.

6. Συμπεράσματα

Μετά από μελέτη αντιπροσωπευτικής βιβλιογραφίας σχετικά με την υπογονιμότητα και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και αντιστοίχως μετά από έρευνα που διεξήχθη σε αντιπροσωπευτικό πληθυσμό της νήσου Κάσου, μέσω ερωτηματολογίου, σχετικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις της υπογονιμότητας και της ιατρικής υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μπορούμε να καταλήξουμε στις εξής συμπερασματικές θέσεις:

1. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (95.8%) γνωρίζει για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και μερικές από τις επί μέρους εφαρμογές της, όπως την εξωσωματική γονιμοποίηση, την παρένθετη μητρότητα και την δωρεά σπέρματος και ωαρίων, ενώ μικρότερα φαίνεται να είναι τα ποσοστά γνώσεως σε ειδικά επί μέρους θέματα της ιατρικής υποβοήθησης, όπως είναι η καλλιέργεια βλαστοκύστεων, κρυοσυντήρηση σπέρματος και ωαρίων, μικρογονιμοποίηση και προεμφυτευτική γενετική διάγνωση. Πηγή γνώσεως απετέλεσαν ο έντυπος και ηλεκτρονικός τύπος, η τηλεόραση, σχετικά βιβλία και περιοδικά, η έρευνα στο διαδίκτυο και κατά ένα μικρό ποσοστό η ενημέρωση από τον ιατρό.

2. Ενώ το ζήτημα της υπογονιμότητας στις δυτικές κοινωνίες και στα σύγχρονα αναπτυσσόμενα κράτη είναι θέμα που μπορεί να συζητηθεί, πλέον, ελεύθερα και να διερευνηθεί προς αποκατάσταση από τους ενδιαφερομένους, στον πληθυσμό της Κάσου προκύπτει ότι η υπογονιμότητα θεωρείται ταμπού και κατά κάποιο τρόπο κοινωνικό στίγμα. Αυτό προκύπτει προφανώς λόγω της κλειστής κοινωνίας του νησιού και των πολύ έντονων τοπικών παραδόσεων. Ο συγκεκριμένος παράγοντας φαίνεται να δημιουργεί μια μορφή άγχους στα υποψήφια ζευγάρια, που όμως αρχίζει να γίνεται διαχειρίσιμο από τη στιγμή που αποφασίζουν να μοιραστούν το πρόβλημά τους είτε με κάποιους συγγενείς είτε με φίλους είτε με τον ιατρό τους. Είναι άξιο λόγου εξάλλου ότι ένα πολύ υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες, θεωρούσε και θεωρεί ότι, η υπογονιμότητα δεν είναι απλά και μόνο ένα πρόβλημα υγείας, αλλά έχει βαθύτερες ρίζες στην ψυχοσύνθεση του ανθρώπου.

3. Σχετικά με την επιλογή μεταξύ της υιοθεσίας και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ο πληθυσμός της Κάσου βρέθηκε να έχει θετική στάση και στις δυο

μεθόδους με τις γυναίκες να έχουν πιο φιλική αντίληψη για την υιοθεσία σε σχέση με τους άνδρες. Η συντριπτική πλειοψηφία πάντως δήλωσε πως δεν απορρίπτει την υιοθεσία αλλά θα προσέφευγε σε αυτήν όταν πλέον δεν θα μπορούσε να αποκτήσει παιδί μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Είναι σαφές επομένως ότι η πρώτη επιλογή θα ήταν η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

4. Στον πληθυσμό της Κάσου φαίνεται ότι η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο για την αναζήτηση ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Διαπιστώνεται ότι, άτομα νεότερα σε ηλικία θα δέχονταν πιο εύκολα την ιατρική υποβοήθηση και την παρένθετη μητρότητα, ενώ όσο αυξανόταν η ηλικία η άποψη αυτή μεταβαλλόταν. Αυτό οφείλεται αφενός μεν στην πρόσβαση της πληροφορίας, που έχει πλέον ο νέος κόσμος συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία αφετέρου δε στα επίπεδα γνώσεως και μορφώσεως των νεοτέρων. Όπως διαπιστώθηκε από την μελέτη των απαντήσεως όσο πιο αυξημένο ήταν το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, τόσο πιο δεκτικά χαρακτηριστικά παρουσίασαν τα άτομα για τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

5. Η παρένθετη μητρότητα παρουσιάζει στη γενική βιβλιογραφία κάποια ηθικά διλήμματα που σχετίζονται κυρίως με τα κίνητρα των γονέων, που επιθυμούν να αποκτήσουν ένα παιδί, με τις μετέπειτα παρεμβάσεις της κυοφορούσας ως τρίτου προσώπου μέσα στην οικογένεια και με άλλους ψυχολογικούς παράγοντες. Από τις απαντήσεις των μετεχόντων στην έρευνα προκύπτει ότι το ζήτημα της παρένθετης μητρότητας είναι γνωστό στους ανθρώπους της Κάσου, ενώ ένα μέτριο ποσοστό των ερωτηθέντων, (38%) ηλικίας 18-39 ετών, δήλωσε ότι θα δεχόταν υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας. Μάλιστα κάποιοι εξ αυτών ήταν διατεθειμένοι να δεχθούν και υπηρεσίες παρένθετης μητρότητας από γυναίκα άλλης εθνικότητας.

6. Τέλος να σημειωθεί ότι η Εκκλησία και η θρησκευτική πίστη μπορούν να επηρεάσουν τα πρόσωπα στο να δεχθούν ή όχι την παρέμβαση της ιατρικής προκειμένου να τεκνοποιήσουν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων στην Κάσο δήλωσε ότι απευθύνθηκαν ή θα απευθυνόντουσαν στην Εκκλησία για να ζητήσουν την άποψή της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε αντιστοιχία με ένα λιγότερο ποσοστό που δήλωσε ότι δε θα απευθύνονταν στην Εκκλησία αλλά ούτε και στην επιστήμη. Θα επέλεγαν την υιοθεσία. Είναι

χαρακτηριστικό πάντως ότι η πίστη διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις των ανθρώπων και κυρίως σε περιπτώσεις που αναφερόμαστε σε μικρές κοινωνίες όπως αυτή της Κάσου.

7. Βιβλιογραφία

1. Rajanahally, S., Raheem, O., Rogers, M., Brisbane, W., Ostrowski, K., Lendvay, T., and Walsh, T. The relationship between cannabis and male infertility, sexual health, and neoplasm: A systematic review. *Andrology*, 2019;7(2):139-147.
2. Boes, A. S., De Neubourg, D., Peeraer, K., Tomassetti, C., Meuleman, C., and D'Hooghe, T. Unexplained infertility. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology*, 2019;145-153.
3. Oud, M. S., Volozonoka, L., Smits, R. M., Vissers, L. E., Ramos, L., and Veltman, J. A. A systematic review and standardized clinical validity assessment of male infertility genes. *Human Reproduction*, 2019;34(5):932-941.
4. Kobori, Y. (2019). Home testing for male factor infertility: a review of current options. *Fertility and sterility*. 2019;111(5):864-870
5. Brandt, J. S., Cruz Ithier, M. A., Rosen, T., and Ashkinadze, E. Advanced paternal age, infertility, and reproductive risks: A review of the literature. *Prenatal diagnosis*, 2019;39(2): 81-87.
6. Roupa, Z., Polikandrioti, M., Sotiropoulou, P., Faros, E., Koulouri, A., Wozniak, G., and Gourni, M. Causes of infertility in women at reproductive age. *Health Science Journal*, 2009;3(2):80-87
7. Vander Borgh, M., and Wyns, C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*, 2018;6(2):2-10.
8. Deyhoul, N., Mohamaddoost, T., and Hosseini, M. Infertility-related risk factors: a systematic review. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 2017;5(1):24-29.
9. Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Rosner, B. A., and Willett, W. C. Diet and lifestyle in the prevention of ovulatory disorder infertility. *Obstetrics and Gynecology*, 2007;110(5):1050-1058.
10. Deyhoul, N., Mohamaddoost, T., and Hosseini, M. Infertility-related risk factors: a systematic review. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 2017;5(1):24-29.
11. Barbieri, R. L. Female infertility. In *Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology* 2019;8:556-581
12. Macer, M. L., and Taylor, H. S. Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 2012;39(4):535-549.

13. Rafieian-Kopaei, M., and Movahedi, M. Systematic review of premenstrual, postmenstrual and infertility disorders of *Vitex agnus castus*. *Electronic physician*, 2017;9(1):3685.
14. Daniilidis, A., Balaouras, D., Chitzios, D., Theodoridis, T., and Assimakopoulos, E. Hydrosalpinx: Tubal surgery or in vitro fertilisation? An everlasting dilemma nowadays; a narrative review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2017;37(5):550-556.
15. Simopoulou, M., Sfakianoudis, K., Tsioulou, P., Rapani, A., Pantos, K., and Koutsilieris, M. Dilemmas regarding the management of endometriosis-related infertility. *Annals of Research Hospitals*, 2019;3.
16. Costello, M., Garad, R., Hart, R., Homer, H., Johnson, L., Jordan, C., ... and Vanky, E. A Review of First Line Infertility Treatments and Supporting Evidence in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Medical Sciences*, 2019;7(9):95.
17. Vitale, S. G., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., and Lagana, A. S. Psychology of infertility and assisted reproductive treatment: the Italian situation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2017;38(1):1-3.
18. Fauser, B. C., Boivin, J., Barri, P. N., Tarlatzis, B. C., Schmidt, L., & Levy-Toledano, R. Beliefs, attitudes and funding of assisted reproductive technology: Public perception of over 6,000 respondents from 6 European countries. *PloS one*, 2019;14(1)
19. Allasia, S., Motta, G., Mirabelli, M., Tagliabue, M. P., and Lanfranco, F. A case of deep vein thrombosis in a young male treated with tamoxifen for idiopathic infertility. *Asian journal of andrology*, 2017;19(5):615.
20. Kohn, T. P., Louis, M. R., Pickett, S. M., Lindgren, M. C., Kohn, J. R., Pastuszak, A. W., and Lipshultz, L. I. Age and duration of testosterone therapy predict time to return of sperm count after human chorionic gonadotropin therapy. *Fertility and sterility*, 2017;107(2):351-357.
21. Christou, F., Pitteloud, N., and Gomez, F. The induction of ovulation by pulsatile administration of GnRH: an appropriate method in hypothalamic amenorrhea. *Gynecological Endocrinology*, 2017;33(8):598-601.
22. Maiter, D. Management of dopamine agonist-resistant prolactinoma. *Neuroendocrinology*, 2019;109(1):42-50.

23. Chauvigné, F., Ollé, J., González, W., Duncan, N., Giménez, I., and Cerdà, J. (2017). Toward developing recombinant gonadotropin-based hormone therapies for increasing fertility in the flatfish Senegalese sole. *PloS one*, 2017;12(3):e0174387.
24. Dueholm, M. Uterine adenomyosis and infertility, review of reproductive outcome after in vitro fertilization and surgery. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2017;96(6):715-726.
25. Tanbo, T., and Fedorcsak, P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2017;96(6):659-667.
26. Styer, A. K., Jin, S., Liu, D., Wang, B., Polotsky, A. J., Christianson, M. S., ... and Legro, R. S. Association of uterine fibroids and pregnancy outcomes after ovarian stimulation–intrauterine insemination for unexplained infertility. *Fertility and sterility*, 2017;107(3):756-762.
27. Wagner, D. N., Stephanson, R., and Pierson, R. A. Portrait of an Organ: A Cultural Analysis of Medical Images and Treatments of the Uterus. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 2019;6(2):59-70.
28. Dreisler, E., and Kjer, J. J. Asherman's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. *International journal of women's health*, 2019;11:191-198.
29. Devabhaktuni, P., Gogineni, S., Yalamanchi, S. D., and Katragadda, A. Management of Infertility in Endometriosis by Operative Laparoscopy and Medical Therapy—Practiced at 3 Different Centres, from September 2005 to October 2007. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019;9:775-788.
30. Chapron, C., Marcellin, L., Borghese, B., and Santulli, P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews Endocrinology*, 2019;15:666-682
31. Agarwal, S., and Trolice, M. P. Pregnancy rates after laparoscopic ovarian drilling in polycystic ovary syndrome patients following unsuccessful ovulation induction. *Fertility and Sterility*, 2019;112(3):e414.
32. Coleman, R. L., Liu, J., Matsuo, K., Thaker, P. H., Westin, S. N., and Sood, A. K. Carcinoma of the Ovaries and Fallopian Tubes. In *Abeloff's Clinical Oncology*, 2020;1525-1543
33. Zhu, J. L., Basso, O., Obel, C., Bille, C., & Olsen, J. Infertility, infertility treatment, and congenital malformations: Danish national birth cohort. *Bmj*, 2006;333(7570):679

34. Setton, R., Medvedeva, P., Chan, C., and Elias, R. Hysterosalpingography may not be Reliable in the Diagnosis of Hydrosalpinx in Infertile Patients. *Fertility and Sterility*, 2019;111(4):e48.
35. Joy, J., McClure, N., and Cooke, I. E. A comparison of spontaneously conceived twins and twins conceived by artificial reproductive technologies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008;28(6):580-585.
36. Hellwig, K., andCorreale, J. Artificial reproductive techniques in multiple sclerosis. *ClinicalImmunology*, 2013;149(2):219-224.
37. Χατζηιωαννίδου, Ε. Γ *Το βίωμα της εγκυμοσύνης όταν απουσιάζει η γενετική συγγένεια μητέρας-εμβρύου: μια φαινομενολογική ανάλυση*, Βιβλιοθήκη Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσ/κης, Διδακτορική Διατριβή, 2018
38. Jain, T., Grainger, D. A., Ball, G. D., Gibbons, W. E., Rebar, R. W., Robins, J. C., and Leach, R. E. 30 years of data: impact of the United States in vitro fertilization data registry on advancing fertility care. *Fertility and sterility*. 2019;111(3):477-488
39. Ho, V. N., Braam, S. C., Pham, T. D., Mol, B. W., andVuong, L. N. The effectiveness and safety of in vitro maturation of oocytes versus in vitro fertilization in women with a high antral follicle count. *Human Reproduction*, 2019;34(6):1055-1064.
40. Rall, W. F., and Fahy, G. M. Ice-free cryopreservation of mouse embryos at- 196 C by vitrification. *Nature*, 1985;313(6003):573.
41. Cohen, J., Inge, K. L., Suzman, M., Wiker, S. R., and Wright, G. Videocinematography of fresh and cryopreserved embryos: a retrospective analysis of embryonic morphology and implantation. *Fertility and Sterility*, 1989;51(5):820-827.
42. Van den Abbeel, E., Camus, M., Van Waesberghe, L., Devroey, P., and Van Steirteghem, A. C. Viability of partially damaged human embryos after cryopreservation. *Human reproduction (Oxford, England)*, 1997;12(9):2006-2010.
43. Avella, M. A., Milne, K. A., Dawood, S., Dawood, A., and Tucker, M. J. Assisted Hatching of Human Embryos for Successful Implantation. In *In Vitro Fertilization*. 2019;567-579.
44. Prokai, D., andBukulmez, O. Frozen Embryo Transfer Preparation. In *Diminished Ovarian Reserve and Assisted Reproductive Technologies*, 2020;251-272.
45. Depuydt, C. E., Donders, G. G. G., Verstraete, L., Broeck, D. V., Beert, J. F. A., Salembier, G., ... andOmbelet, W. Infectious human papillomavirus virions in semen

- reduce clinical pregnancy rates in women undergoing intrauterine insemination. *Fertility and sterility*, 2019;111(6):1135-1144.
46. Bahadur, G., and Homburg, R. Prognostic factors in IUI. *JBRA assistedreproduction*, 2019;23(1):79.
47. Elenkov, A., Al-Jebari, Y., Giwercman, Y. L., andGiwercman, A. More prevalent prescription of testosterone in men from couples undergoing intracytoplasmic sperm injection (ICSI). *European Urology Supplements*, 2019;18(1):e326.
48. Julavijitphong, S., Makemahan, O., Sutewan, T., andVichaidith, P. Higher Pregnancy Rate with Intrafallopian Tubal Gamete or Zygote Transfer (GIFT or ZIFT) than Intrauterine Embryo Transfer (IVF-ET). *Siriraj Medical Journal*, 2017;51(6):333-338.
49. Φοβάκη, Π. Παρένθετη μητρότητα. Βιβλιοθήκη TEI Πελ/νησου, 2015.
50. Λαδάς, Ι. Ν. Παρένθετη μητρότητα: ηθικά και θεολογικά ζητήματα. In *Proceedings of the XXIII World Congress of Philosophy* 2018;3:183-189.
51. Μίτλεττον, Χ. ΕΔΔΑ και παρένθετη μητρότητα. *Επίκαιρα νομικά θέματα και αναλύσεις*, 2017;1(7):8.
52. Golombok, S., Murray, C., Brinsden, P., and Abdalla, H. Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1999;40(4):519-527.
53. Nordqvist, P. Un/familiar connections: on the relevance of a sociology of personal life for exploring egg and sperm donation. *Sociology of health and illness*, 2019;41(3):601-615.
54. Karaca, A., Yavuzcan, A., Batmaz, S., Cangür, Ş., andÇalışkan, A. The Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy on Infertility Stress, General Health, and Negative Cognitions: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 2019;37(4)1-20.
55. Quinn, G. P., Bowman Curci, M., Reich, R. R., Gwede, C. K., Meade, C. D., ENRICH/ECHO Working Group, andVadaparampil, S. T. Impact of a web-based reproductive health training program: ENRICH (Educating Nurses about Reproductive Issues in Cancer Healthcare). *Psycho-oncology*, 2019;28(5):1096-1101.
56. Zaidouni, A., Ouasmani, F., Benbella, A., Kasouati, J., andBezad, R. The effect of nursing consultation based on orem's theory of self-care and Bandura's concept on infertility stress. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 2019;12(3):247.

57. Cheung, N. K., Coffey, A., Woods, C., and de Costa, C. Natural fertility, infertility and the role of medically assisted reproduction: The knowledge amongst women of reproductive age in North Queensland. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2019;59(1):140-146.
58. Alaei, S., Yousefian, E., Talaiekhosravi, A., Ziaee, G. R., and Homayoon, H. Infertility Knowledge, Attitudes, and Beliefs among Iranian College Students. *Journal of Environmental Treatment Techniques*, 2019;7(2):183-186.
59. Thorn, P. Understanding infertility: psychological and social considerations from a counselling perspective. *Int J Fertil Steril*, 2009;3(2).
60. Omokanye, L. O., Olatinwo, A. O., Durowade, K. A., Raji, S. T., Biliaminu, S. A., & Salaudeen, G. A. Assisted reproduction technology: Perceptions among infertile couples in Ilorin, Nigeria. *Saudi Journal for Health Sciences*, 2017;6(1):14.
61. Karpel, L., Frydman, N., Hesters, L., Fanchin, R., Frydman, R., & Flis-Trèves, M. Talking about adoption during IVF. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 2007;35(3):232-239.
62. Fauser, B. C., Boivin, J., Barri, P. N., Tarlatzis, B. C., Schmidt, L., & Levy-Toledano, R. Beliefs, attitudes and funding of assisted reproductive technology: Public perception of over 6,000 respondents from 6 European countries. *PloSone*, 2019;14(1):e0211150.
63. Wimberly, Y. H., Kahn, J. A., Kollar, L. M., & Slap, G. B. Adolescent beliefs about infertility. *Contraception*, 2003;68(5):385-391.
64. Naab, F., Brown, R., & Heidrich, S. Psychosocial health of infertile Ghanaian women and their infertility beliefs. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013;45(2):132-140.
65. Bokaie, M., Simbar, M., Ardekani, S. M. Y., & Majd, H. A. Women's beliefs about infertility and sexual behaviors: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 2016;21(4):379.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

UNIVERSITY OF CRETE
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE



Παράρτημα

Προγραμμα Μεταπτυχιακων Σπουδων

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ερωτηματολόγιο

Για την εκπόνηση έρευνας Μεταπτυχιακής Εργασίας υπό τον τίτλο:

**Γνώσεις και αντιλήψεις
αντιπροσωπευτικού πληθυσμού της νήσου Κάσου
αναφορικά με την υπογονιμότητα
και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή**

Ηράκλειο 2019

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Είναι δεδομένο πλέον ότι η «Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή» ή «Παρεμβατική Γονιμοποίηση» αποτελεί μια από τις πρωταρχικές επιλογές των ενδιαφερομένων για την αντιμετώπιση της στειρότητας και της υπογονιμότητας. Ο συνδυασμός μάλιστα των θεραπευτικών τεχνικών και παρεμβάσεων, σε συνάρτηση με τη δυνατότητα εργαστηριακής επεξεργασίας και κρυοσυντήρησης ωαρίων και σπερματοζωαρίων, ενδομήτριας μεταφοράς ή και αποθήκευσης εμβρύων και, τέλος, παρένθετης μητρότητας δίδουν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας για την απόκτηση παιδιών. Παρά ταύτα οι γνώσεις για την υπογονιμότητα και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και η ενδεχόμενη εφαρμογή των σχετικών θεραπευτικών μεθόδων φαίνεται να είναι ένα αγαθό, μη προσιτό σε όλους. Δημιουργείται, επομένως, επιστημονικό ζήτημα προς διερεύνηση, να μελετηθεί δηλαδή, κατά πόσο σε μια μικρή και απομονωμένη κοινωνία οι μέθοδοι παρεμβατικής γονιμοποίησης έχουν ανταπόκριση.

Υπ' αυτό το πνεύμα στην παρούσα μεταπτυχιακή εργασία εξετάζονται οι γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υπογονιμότητα και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού της νήσου Κάσου. Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στη διερεύνηση των στοιχείων αυτών σε συνάρτηση με τα κοινωνικά δεδομένα του νησιού, τις παραδόσεις και τα θρησκευτικά πιστεύω. Παράλληλα αναδεικνύεται η θετική ή η αρνητική διάθεση προς την υιοθεσία ή, αντίστοιχα, την χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, το τι υπερισχύει, τελικώς, μεταξύ των δύο επιλογών και, τέλος, διερευνώνται τα κίνητρα που οδηγούν ένα ζευγάρι στην ιατρική βοήθεια προκειμένου να τεκνοποιήσει.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί θα βοηθήσει καθοριστικά στην διεξαγόμενη μελέτη. Εάν αφιερώσετε λίγο χρόνο για την συμπλήρωσή του θα συμβάλλεται και εσείς καθοριστικά στην προαγωγή της έρευνας και στην διεξαγωγή των συμπερασμάτων. Θεωρείται αυτονόητο ότι έχουν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα για την διασφάλιση της ανωνυμίας σας, γι' αυτό μη διστάσετε να απαντήσετε ελεύθερα και αντικειμενικά.

Η μελέτη αυτή διεξάγεται στο πλαίσιο της ολοκλήρωσης του Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την κ. Τσιλιγάννη Ιωάννα.

Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου για οποιαδήποτε διευκρίνιση θέλετε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: kon.e.annousis@icloud.com ή στον τηλεφωνικό αριθμό: 6984131302.

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας και την διάθεσή σας να βοηθήσετε.

Κωνσταντίνος Αννούσης
Ειδικευόμενος Ιατρός

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Παρακαλούμε ακολουθήστε τις οδηγίες συμπλήρωσης που υπάρχουν σε κάθε ερώτηση.

A.1. Είχατε ποτέ εσείς ή κάποιος από το συγγενικό σας περιβάλλον αντιμετωπίσει πρόβλημα υπογονιμότητας;

Ναι	
Όχι	

A.2. Θεωρείτε ότι η υπογονιμότητα είναι κάτι που οφείλεται:

(Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα τετραγωνάκια)

Στη βιολογία	
Στο σύγχρονο τρόπο ζωής	
Στο Θεό	
Σε ψυχολογικούς παράγοντες	
Στη διατροφή	
Άλλο (αναφέρετε παρακάτω)	

A.3. Αν δεν αποκτούσατε παιδιά θα καταφεύγατε στην ιατρική επιστήμη για να εξετάσετε ενδεχόμενο πρόβλημα υπογονιμότητας;

(Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι)

Ναι	
Όχι	

A.4. Ποιος είναι ο κύριος λόγος που θα θέλατε να αποκτήσετε παιδί:

(Βάλτε μόνο ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι)

Να έχω κάποιον μαζί μου όταν γεράσω	
Να συνεχίσει να υπάρχει η οικογένειά μου	
Να χαρώ την παρουσία ενός παιδιού στο σπίτι μου	
Θα χρειαστώ αργότερα κάποιο δικό μου άτομο να με βοηθά στη δουλειά μου	

Να έχω ένα παιδί για να με κληρονομήσει	
Να έχω ένα παιδί που θα βοηθήσει τα αδέρφια του	
Να ζήσω την εμπειρία της μητρότητας/πατρότητας	
Το επιθυμεί/επιθυμούσε πολύ ο/η σύζυγός μου	
Το επιθυμούν/επιθυμούσαν πολύ οι γονείς μου	
Το επιθυμούν/επιθυμούσαν πολύ οι γονείς του/της συζύγου μου	
Πιστεύω ότι η μητρότητα/πατρότητα είναι ο φυσικός προορισμός του ανθρώπου	
Άλλος λόγος (διευκρινίστε παρακάτω)	
Δεν θέλω να αποκτήσω παιδί	

A.5. Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με ένα ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι:

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ
Πιστεύετε ότι υπάρχει πρόβλημα υπογεννητικότητας στην Ελλάδα;				
Πιστεύετε ότι οι τεχνικές ΙΥΑ βοηθούν σημαντικά στην λύση του προβλήματος της υπογεννητικότητας;				
Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να παρέχει δωρεάν ΙΥΑ σε όσες-ους το επιθυμούν;				
Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα είναι πρόβλημα υγείας;				
Πιστεύετε ότι το κράτος θα πρέπει να επιδοτεί κατά ένα μέρος την ΙΥΑ;				

A.6. Αξιολογήστε τη συμπαράσταση που είχατε από τα παρακάτω άτομα στην προσπάθειά σας να αντιμετωπίσετε την υπογονιμότητα.

	Συμπαράσταση		
	Καθόλου	Λίγη	Πολλή
Από τον/την σύζυγο			
Από τον πατέρα μου			
Από τη μητέρα μου			
Από τα αδέρφια			
Από την Εκκλησία			

Από άλλους συγγενείς			
Από φίλους/φίλες			
Από την/τον γυναικολόγο			
Από γνωστούς και γνωστές που είχαν περάσει από την ίδια διαδικασία			
Από συλλόγους/οργανώσεις (αναφέρετε παρακάτω ποιους)			

A.7. Θα θέλατε να υιοθετήσετε παιδί αν θα είχατε πρόβλημα υπογονιμότητας ή θα προτιμούσατε την εφαρμογή της ΙΥΑ;
(*Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι*)

Ναι	
Όχι	
Ναι, αλλά δεν είχα αυτή τη δυνατότητα	

A.8. Θα υιοθετούσατε παιδί εάν σας έλεγαν ότι δεν είναι δυνατόν να αποκτήσετε παιδί μέσω τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;
(*Βάλτε ένα ✓ στα αντίστοιχο τετραγωνάκι*)

Το αποκλείω	
Δεν το αποκλείω	
Δεν έχω τη δυνατότητα να υιοθετήσω παιδί	

A.9. Έχετε ποτέ συμβουλευτεί κάποιον ώστε να προχωρήσετε σε τεχνικές ΙΥΑ όταν διεπιστώσατε ότι υπάρχει υπογονιμότητα;
(*Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα τετραγωνάκια*)

Τον/την σύζυγο	
Την οικογένεια	
Τον/την γυναικολόγο	
Τον/την κοινωνικό λειτουργό	
Την Εκκλησία	
Φίλες/φίλους	
Συναδέλφους	
Κανένα	
Άτομα άγνωστα σε μένα που έκαναν το ίδιο (μέσω ίντερνετ κλπ)	
Άλλο πρόσωπο (Προσδιορίστε παρακάτω)	

--

A.10. Θεωρείτε ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της υπογονιμότητας οφείλεται κυρίως:
(Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα τετραγωνάκια)

Στην επιστήμη	
Στο Θεό ή στην Εκκλησία	
Στο ίδιο το άτομο	
Στην οικογένεια/σύντροφο	
Στην τύχη	
Σε άλλο παράγοντα (αναφέρετε παρακάτω)	

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

B.1. Από ποιες πηγές έχετε πληροφορηθήκατε για τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής;
(Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Μπορείτε να σημειώστε περισσότερα του ενός τετραγωνάκια)

Από τον/την σύζυγό μου	
Από τους γονείς μου	
Από τους γονείς του/της συζύγου μου	
Από άλλους συγγενείς ή φίλους	
Από την Εκκλησία	

Από άλλο ζευγάρι που έχει προσφύγει στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	
Από εφημερίδες/περιοδικά/βιβλία/τηλεόραση/διαδίκτυο	
Από γυναικολόγο που εργάζεται στο ΕΣΥ	
Από γυναικολόγο που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα	
Από τον/την κρατικό ή κοινωνικό λειτουργό/σύμβουλο	
Από ψυχολόγο/σύμβουλο του ιδιωτικού τομέα	
Από άλλη πηγή (διευκρινίστε)	

B.2. Ποιο από τα παρακάτω ιατρικά δεδομένα σας είναι γνωστό;

Τύπος υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνικής	Γνωστό	Άγνωστο
Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας		
Σπερματέγχυση		
Εξωσωματική γονιμοποίηση		
Μικρογονιμοποίηση - ICSI		
Υποβοηθούμενη εκκόλαψη		
Καλλιέργεια βλαστοκύστεων		
Δωρεά σπέρματος		
Δωρεά ωαρίων		
Κρυοσυντήρηση ωαρίων		
Κρυοσυντήρηση εμβρύων - Εμβρυομεταφορά αποψυχθέντων εμβρύων		
GIFT, ZIFT (Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγώτη)		
Μικροχειρουργική λήψη σπερματοζωαρίων		
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)		
Παρένθετη μητρότητα		

B.3. Ποιο από τα παρακάτω ιατρικά δεδομένα θα δεχόσασταν να εφαρμόσετε;

Τύπος υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής τεχνικής	Θα χρησιμοποιούσα	Δεν θα χρησιμοποιούσα
Πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας		
Σπερματέγχυση		
Εξωσωματική γονιμοποίηση		
Μικρογονιμοποίηση - ICSI		
Υποβοηθούμενη εκκόλαψη		
Καλλιέργεια βλαστοκύστεων		
Δωρεά σπέρματος		
Δωρεά ωαρίων		
Κρυοσυντήρηση ωαρίων		
Κρυοσυντήρηση εμβρύων - Εμβρυομεταφορά αποψυχθέντων εμβρύων		
GIFT, ZIFT (Ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγώτη)		
Μικροχειρουργική λήψη σπερματοζωαρίων		
Προεμφυτευτική Γενετική Διάγνωση (PGD)		
Παρένθετη μητρότητα		

B.4. Ποια από τα παρακάτω πρόσωπα γνωρίζουν ότι έχετε χρησιμοποιήσει τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Ή αν εφαρμόζατε ΙΥΑ σε ποια από τα πρόσωπα αυτά θα το κοινοποιούσατε;
(*Βάλτε ένα ✓ στα αντίστοιχο τετραγωνάκι*)

Πρόσωπο	Γνωρίζε ι	Δεν γνωρίζε ι	Θα κοινοποιούσ α	Δεν θα κοινοποιούσ α
Σύζυγος				
Μητέρα				
Πατέρας				

Μητέρα συζύγου				
Πατέρας συζύγου				
Παιδί/παιδιά				
Παιδί/παιδιά συντρόφου				
Άλλοι συγγενείς				
Στενοί φίλοι				
Οι συνάδελφοι και συνεργάτες μου στη δουλειά				
Ελάχιστα γνωστοί μου που πέρασαν την ίδια διαδικασία				

B.5. Απευθυνθήκατε ή θα απευθυνόσασταν στην Εκκλησία για να ζητήσετε ενδεχόμενη άποψη της σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή; (Βάλτε ένα ✓ στα αντίστοιχο τετραγωνάκι)

Ναι Όχι

B.6. (Απαντήστε μόνο αν η προηγούμενη απάντηση ήταν θετική). Ποια ήταν η άποψη της Εκκλησίας και κατά πόσο σας επηρέασε;

Υπέρ της χρήσεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	
Υπέρ της χρήσεως της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με συγκεκριμένες προϋποθέσεις	
Κατά της χρήσης υποβοηθούμενης αναπαραγωγής	
Η άποψη της Εκκλησίας με επηρέασε καθοριστικά	
Η άποψη της Εκκλησίας δεν με επηρέασε	

B.7. Ο κύριος λόγος που θα επιλέγατε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έναντι της υιοθεσίας είναι: (Βάλτε μόνο ένα ✓ στα αντίστοιχο τετραγωνάκι)

Θέλω το παιδί που μεγαλώνω να είναι βιολογικά δικό μου	
Δεν θέλω να αποκτήσω το βιολογικό παιδί κάποιων άλλων	
Ο/η σύζυγός μου δεν θέλει να αποκτήσει το βιολογικό παιδί κάποιων άλλων	
Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες της υιοθεσίας είναι πολύπλοκες	
Δε θέλω οι άλλοι να ξέρουν ότι δεν μπορώ να κάνω παιδί και ότι αναγκάστηκα να υιοθετήσω	
Άλλος λόγος (διευκρινίστε παρακάτω)	

--

B.8. Θεωρείτε ότι η καταφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μια πράξη υποχρέωσης:
(Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα τετραγωνάκια)

Στον εαυτό μας	
Στο παιδί που θα γεννηθεί	
Στον σύζυγο/σύντροφό μας	
Στην οικογένεια	
Στο Θεό	
Στο έθνος	
Στην ανθρωπότητα	
Σε κάτι άλλο (γράψτε παρακάτω)	
Τίποτε από τα παραπάνω. Δεν τη θεωρώ υποχρέωση.	

B.9. Θεωρείτε ότι η χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα πρέπει να αποφασίζεται από:
(Βάλτε ένα ✓ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι. Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα τετραγωνάκια)

Το άτομο	
Το ζευγάρι	
Το οικογενειακό περιβάλλον	
Την κοινωνία	
Το κράτος	
Τους επιστήμονες (γιατρούς, βιολόγους κλπ.)	
Άλλο (αναφέρετε παρακάτω)	

B.10. Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με ένα ✓ στο κατάλληλο τετραγωνάκι:

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Δεν απαντώ
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά ωαρίων</u> ;				
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά ωαρίων</u> από γυναίκα άλλης εθνικότητας;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποια/ποιές εθνότητες θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά ωαρίων</u> από γυναίκα άλλης φυλής;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποια/ποιές φυλές θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά ωαρίων</u> από γυναίκα άλλου θρησκειύματος;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποιο/ποια θρησκειύματα θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες <u>παρένθετης μητρότητας</u> ;				
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες <u>παρένθετης μητρότητας</u> από γυναίκα άλλης εθνότητας;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποια/ποιες εθνότητες θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες <u>παρένθετης μητρότητας</u> από γυναίκα άλλης φυλής;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση ποια/ποιές φυλές θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν υπηρεσίες <u>παρένθετης μητρότητας</u> από γυναίκα άλλου θρησκειύματος;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποιο/ποια θρησκειύματα θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά σπέρματος</u> ;				
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά σπέρματος</u> από άνδρα άλλης εθνότητας;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποια/ποιες εθνότητες θα απορρίπτατε; <i>Γράψτε δίπλα</i>				
Θα δεχόσασταν <u>δωρεά σπέρματος</u> από άνδρα άλλης φυλής;				

Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποια/ποιες φυλές θα απορρίπτατε; <u>Γράψτε δίπλα</u>				
Θα δεχόσασταν δωρεά σπέρματος από άνδρα άλλου θρησκειύματος;				
Αν ΟΧΙ στην παραπάνω ερώτηση, ποιο/ποια θρησκειύματα θα απορρίπτατε; <u>Γράψτε δίπλα</u>				
Πιστεύετε ότι πρέπει να επιτρέπεται η προσφορά γενετικού υλικού να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας;				
Πιστεύετε ότι σήμερα στην Ελλάδα η προσφορά γενετικού υλικού είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας;				

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΜΕΡΙΚΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Γ.1. Φύλο

Άρρεν	
Θήλυ	

Γ.2. Ηλικία

18-25	
25-30	
30-35	
35-40	
40-45	
45-50	

50-55	
55-60	

Γ.3. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος χωρίς παιδιά	
Έγγαμος με παιδιά	
Άγαμος	
Διαζευγμένος	

Γ.4. Μορφωτικό επίπεδο

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Λύκειο	
Τεχνική Σχολή	
Πανεπιστήμιο	
Μεταπτυχιακές Σπουδές	
Διδακτορικές Σπουδές	
Μεταδιδακτορικές Σπουδές	

Γ.5. Επαγγελματική κατάσταση

Άνεργος	
Δημόσιος Υπάλληλος	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	
Αγρότης	
Επιχειρηματίας	
Άλλο	

Γ.6. Ποιό ή ποιά από τα παρακάτω θεωρείτε εμπόδιο για την εφαρμογή μεθόδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής;

Δαπάνη- Έλλειψη οικονομικών πόρων	
Μη ύπαρξη διαγνωστικού κέντρου στο νησί	

Έλειψη θάρρους και αυτοπεποίθησης για να ξεκινήσω τη διαδικασία	
Δεν υπάρχει στήριξη από την οικογένεια	
Η άποψη της Εκκλησίας	
Αρνητική επιροή από το κοινωνικό περιβάλλον	

Γ.7. Θα κουβεντιάζατε ελεύθερα με φίλους και γνωστούς την ενδεχόμενη δυσκολία σας να αποκτήσετε παιδιά;

Όχι	
Ναι	
Δεν ξέρω	
Δεν απαντώ	

Γ.8. Θεωρείται ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας;

Όχι	
Ναι	
Δεν ξέρω	
Δεν απαντώ	

Γ.9. Θεωρείται ταμπού ή κοινωνικό στίγμα την μη απόκτηση παιδιών;

Όχι	
Ναι	
Δεν ξέρω	
Δεν απαντώ	

Γ.10. Στις γραμμές που ακολουθούν γράψτε εάν θέλετε κάποια παρατήρηση ή κάποιο σχολιασμό, που πιστεύετε ότι θα βοηθήσει την έρευνα.

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.

Πίνακας περιεχομένων πινάκων και διαγραμμάτων

- Πίνακας 17: Δημογραφικά στοιχεία και βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος
- Πίνακας 18: Γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υπογονιμότητα
- Πίνακας 19: Συμπαράσταση από συγκεκριμένα άτομα στην προσπάθεια αντιμετώπισης της υπογονιμότητας
- Πίνακας 20: Γνώσεις και αντιλήψεις σχετικά με την υιοθεσία.
- Πίνακας 21: Γνώσεις σχετικά με τις μεθόδους ΙΥΑ
- Πίνακας 22: Απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το ποιες μεθόδους ΙΥΑ θα δεχόντουσαν να χρησιμοποιήσουν.
- Πίνακας 23: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Ποια από τα παρακάτω πρόσωπα γνωρίζουν ότι έχετε χρησιμοποιήσει τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Ή αν εφαρμόζατε ΙΥΑ σε ποια από τα πρόσωπα αυτά θα το κοινοποιούσατε;»
- Πίνακας 24: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις σχετικά με την επίδραση που είχε η εκκλησία στις απόψεις τους/επιλογές σχετικά με την ΙΥΑ
- Πίνακας 25: Απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με το αν θα δεχόντουσαν να πραγματοποιήσουν συγκεκριμένες μεθόδους ΙΥΑ καθώς και με το αν θεωρούν ότι η προσφορά γενετικού υλικού στην Ελλάδα είναι/επιτρέπεται να είναι αντικείμενο αγοραπωλησίας
- Πίνακας 26: Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο.
- Πίνακας 27: Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με την ηλικία.
- Πίνακας 28: Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση
- Πίνακας 29: Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.
- Πίνακας 30: Διαφορές στις στάσεις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα με τη θρησκευτικότητα.
- Πίνακας 31: Διαφορές στις γνώσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με συγκεκριμένες μεθόδους ΙΥΑ ανάλογα με το φύλο.
- Πίνακας 32: Διαφορές στις γνώσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με συγκεκριμένες μεθόδους ΙΥΑ ανάλογα με την ηλικία.

Διάγραμμα 10: Απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα αίτια της υπογονιμότητας (N=149)

Διάγραμμα 11: Απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το ποιος είναι ο κύριος λόγος απόκτησης παιδιού

Διάγραμμα 12: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Έχετε ποτέ συμβουλευτεί κάποιον ώστε να προχωρήσετε σε τεχνικές ΙΥΑ όταν διαπιστώσατε ότι υπάρχει υπογονιμότητα;» (N=100).

Διάγραμμα 13: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η επιτυχής αντιμετώπιση της υπογονιμότητας οφείλετε κυρίως:» (N=149).

Διάγραμμα 14: Πηγές ενημέρωσης για τις τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (N=131).

Διάγραμμα 15: Κύριοι λόγοι επιλογής των τεχνικών ΙΥΑ έναντι της υιοθεσίας

Διάγραμμα 16: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η καταφυγή σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μια πράξη υποχρέωσης:»

Διάγραμμα 17: Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση «Θεωρείτε ότι η χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής θα πρέπει να αποφασίζεται από:»

Διάγραμμα 18: Εμπόδια για την εφαρμογή μεθόδων ΙΥΑ.