

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Μελέτη της υπογεννητικότητας με εστίαση στην υπογονιμότητα
και τη στειρότητα»**



ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Χλιαουτάκης Ιωάννης

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
Μανιδάκη Άννα

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, 2007
ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1 Η γενική διάσταση του προβλήματος της υπογονιμότητας	12
1.1 Ορισμός.....	13
1.2 Η πρώτη επίσκεψη του ζευγαριού στον ειδικό.....	16
1.3 Τα διαγνωστικά βήματα.....	17
1.4 Ανεξήγητη υπογονιμότητα.....	19
1.5 Πιθανά αίτια της ανεξήγητης υπογονιμότητας.....	20

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

2.1 Ιατρικοί παράγοντες της γυναικείας υπογονιμότητας.....	22
2.1.1 Ενδομητρίωση.....	22
2.1.2 Σύνδρομο πολυκιστικών ωοθηκών.....	23
2.1.3 Καλοήγη ινομώματα της μήτρας.....	23
2.1.4 Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου.....	23
2.1.5 Προλακτιναιμία.....	24
2.1.6 Λοιμώξεις.....	24
2.1.7 Διαταραχές ωορρηξίας	24
2.1.8 Απόφραξη σαλπίγγων	25
2.1.9 Ανεπάρκεια ωχρού σωματίου.....	25
2.2 Ιατρικοί παράγοντες της ανδρικής υπογονιμότητας.....	26
2.2.1 Παθήσεις των όρχεων και των περιβλημάτων τους.....	27
2.2.2 Ενδοκρινικές παθήσεις.....	27
2.2.3 Χρωμοσωμικές ανωμαλίες.....	28
2.2.4 Ανοσολογικές διαταραχές.....	29
2.2.5 Ιδιοπαθής ανεπάρκεια σπερματικού επιθηλίου.....	29

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υπογονιμότητα.	31
3.1 Η επίδραση της ηλικίας στην γυναικεία υπογονιμότητα.....	31
3.2 Η επίδραση της ηλικίας στην ανδρική υπογονιμότητα.....	32

3.3 Η επίδραση του καπνίσματος στην γυναικεία υπογονιμότητα.....	34
3.4 Η επίδραση του καπνίσματος στην ανδρική υπογονιμότητα.....	36
3.5. Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και υπογονιμότητα.....	38
3.6 Κατανάλωση καφεΐνης και υπογονιμότητα.....	39
3.7 Ψυχολογικοί παράγοντες και υπογονιμότητα	41
3.8 Φαρμακευτικοί παράγοντες και υπογονιμότητα.....	42
3.9 Περιβαλλοντικοί παράγοντες και υπογονιμότητα	43

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Σκοπός της έρευνας	45
-----------------------------	----

1.1 Υποθέσεις εργασίας	45
------------------------------	----

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.Υλικό και μέθοδος.....	45
--------------------------	----

2.1 Πιλοτική μελέτη.....	45
--------------------------	----

2.2 Δειγματοληψία.....	46
------------------------	----

2.3 Διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.....	46
---	----

2.4 Ερωτηματολόγιο και μετρήσεις.....	47
---------------------------------------	----

2.4.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά	47
---	----

2.4.2 Η πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη.....	47
--	----

2.4.3 Ζωή και εργασία κατά το χρόνο έναρξης της πιο πρόσφατης εγκυμοσύνης/της απόφασης του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί.	48
---	----

2.4.4 Προβλήματα γονιμότητας στη γυναίκα.....	48
---	----

2.4.5. Προβλήματα γονιμότητας στο σύζυγο	49
--	----

2.4.6 Άλλοι παράγοντες υγείας. Εξέταση και θεραπεία.....	49
--	----

2.5 Στατιστική ανάλυση.....	50
-----------------------------	----

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά , αντισυλληπτική συμπεριφορά και έκβαση κύσεων γυναικών	51
---	----

3.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά γυναικών.....	51
--	----

3.1.2 Αντισυλληπτική συμπεριφορά.....	52
---------------------------------------	----

3.1.3 Εκτίμηση της συχνότητας της υπογονιμότητας.....	53
---	----

3.1.4 Ύπαρξη κύησης ή μη και έκβαση κύσεων.....	53
---	----

3.2 Η πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη.....	54
--------------------------------------	----

3.2.1 Έκβαση κύσεων, χρόνος αναμονής σύλληψης και ηλικία γυναικών.....	54
3.2.2 Αντισυλληπτική συμπεριφορά γυναικών στην πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη...	55
3.3 Ζωή και εργασία κατά το χρόνο έναρξης της πλέον πρόσφατης εγκυμοσύνης/ της απόφασης του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί.	56
3.3.1. Καπνιστική συμπεριφορά γυναικών, κατανάλωση καφεΐνης, τσαγιού, αναψυκτικών και οινοπνευματωδών ποτών	56
3.3.2. Σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά, επιλογή εγκυμοσύνης.....	58
3.3.3 Επαγγελματική απασχόληση.....	58
3.3.4 Καπνιστική συμπεριφορά, κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ και απασχόληση συζύγων.....	59
3.3.5 Προσλαμβανόμενη πίεση για απόκτηση παιδιού.....	61
3.4 Προβλήματα γονιμότητας στη γυναίκα.....	61
3.5 Προβλήματα γονιμότητας στο σύζυγο	62
3.6 Άλλοι παράγοντες υγείας. Εξέταση και θεραπεία.....	63
3.6.1 Ασθένειες που αντιμετώπισαν οι γυναίκες.....	63
3.6.2 Εξετάσεις/ θεραπείες, επίτευξη κύσεων μετά από αυτές, αποτελέσματα κύσεων και χρήση σπιράλ	64
3.6.3 Ιατρική βοήθεια για την απόκτηση παιδιού.....	66
3.6.4 Προσπάθεια υιοθεσίας παιδιού, διάρκεια και επιτυχία προσπάθειας.....	66
3.7 Αποτελέσματα ανάλυσης παλινδρομήσεων.....	67
3.7.1 Η σχέση κατανάλωσης ουσιών και άλλων μεταβλητών με την πιθανότητα σύλληψης. Αποτελέσματα Λογαριθμικής Παλινδρόμησης	67
3.7.2 Η σχέση κατανάλωσης ουσιών και άλλων μεταβλητών με τον χρόνο αναμονής σύλληψης. Αποτελέσματα Πολλαπλής Παλινδρόμησης.....	70
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
4.1 Συζήτηση	71
4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την γονιμότητα.....	74
4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνο αναμονής σύλληψης.....	77
4.4 Χρησιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Κοινωνική Εργασία.....	80
4.5 Αδυναμίες της μελέτης	81
4.6 Γενικό συμπέρασμα.....	81

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ευχαριστίες

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επόπτη-καθηγητή της πτυχιακής μου εργασίας για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε και τις ιδιαίτερα χρήσιμες κατευθύνσεις του καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους γονείς μου που με στηρίζουν, την κυρία Σίνα Νάκου για την πολύτιμη βοήθειά της, καθώς και όλους όσους στάθηκαν αρωγοί στην προσπάθειά μου αυτή.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλες τις γυναίκες που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να μοιραστούν μαζί μου προσωπικά δεδομένα, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που μπορεί να συμβάλουν στο πολύ σοβαρό πρόβλημα της υπογονιμότητας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία, η οποία έχει τίτλο «Μελέτη της υπογεννητικότητας με εστίαση στην υπογονιμότητα και τη στειρότητα» ασχολείται με το μείζον πρόβλημα της υπογονιμότητας και αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων που την επηρεάζουν.

Σκοπός της έρευνας :

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η συχνότητα της υπογονιμότητας και της στειρότητας ενός τυχαίου δείγματος γεωγραφικά περιγεγραμμένου πληθυσμού της περιοχής της πόλης του Ηρακλείου.

Αξιολογήθηκε επίσης, η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων (χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των γυναικών και των συζύγων τους όπως το κάπνισμα, η ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης, οινοπνευματωδών ποτών κ.ά., το ωράριο εργασίας του συζύγου, η συχνότητα σεξουαλικών επαφών και η λεκτική πίεση που ενδεχομένως ασκείται στη γυναίκα προκειμένου να τεκνοποιήσει) στην υπογονιμότητα του ζευγαριού λαμβάνοντας υπόψη την διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό & Μέθοδος:

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν 400 γυναίκες ηλικίας 21-45 ετών μιας γεωγραφικά προδιαγεγραμμένης περιοχής. Συγκεκριμένα, ως πεδίο της έρευνας ορίστηκε ο Δήμος Ηρακλείου και συγκεκριμένα οι περιοχές Πόρος-Πατέλλες-Χρυσοπηγή έπειτα από τυχαία κλήρωση.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου που αποτελείτο από 6 ενότητες που περιλάμβαναν ερωτήματα σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, την πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη, τον τρόπο ζωής και εργασίας κατά το χρόνο έναρξης της πιο πρόσφατης εγκυμοσύνης/ της απόφασης του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί καθώς και για πιθανά προβλήματα γονιμότητας του ζευγαριού.

Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και με την χρήση εξειδικευμένων στατιστικών μεθόδων {Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης (Multiple Regression) και ανάλυση Λογαριθμικής Παλινδρόμησης (Logistic Regression)}

Αποτελέσματα:

Από τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη, προέκυψε ότι η συχνότητα της υπογονιμότητας στο συγκεκριμένο πληθυσμιακό δείγμα ανέρχεται στο σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 19% και ότι η συχνότητα της στειρότητας στο συγκεκριμένο πληθυσμιακό δείγμα ανέρχεται στο ποσοστό της τάξεως του 7,5% για τις γυναίκες και στο ποσοστό του 3,5% για τους άντρες και οφείλεται σε ιατρικά αίτια.

Παρατηρήθηκε, ακόμη, ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι σύντροφοί τους δεν έκαναν κατάχρηση καπνού, καφεΐνης, τσαγιού ή οινοπνευματωδών ποτών (υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε οινόπνευμα).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε επίσης, ότι η γονιμότητα επηρεάζεται από την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από την πλευρά των γυναικών, την εβδομαδιαία κατανάλωση μπύρας από την πλευρά των γυναικών, την εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους συζύγους και την λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους τους για να τεκνοποιήσουν. Και ότι ο χρόνος αναμονής σύλληψης επηρεάζεται από την αυξημένη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από την πλευρά των γυναικών, την υψηλή εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (ρακί, ούζο) από την πλευρά των συζύγων, την λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους γονείς τους, προκειμένου να αποκτήσουν παιδί και την χαμηλή εβδομαδιαία κατανάλωση υψηλής περιεκτικότητας οινοπνευματωδών ποτών (ουίσκι, βότκα, κονιάκ, κτλ.) από τις γυναίκες.

Συμπεράσματα:

Συμπερασματικά, είδαμε ότι η γονιμότητα και ο χρόνος αναμονής σύλληψης επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από την πλευρά των γυναικών και των συζύγων τους, και η λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους τους και τους γονείς της, προκειμένου να αποκτήσουν παιδί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όσο καιρό ο άνδρας και η γυναίκα χορεύουν το χορό της αναπαραγωγής, τόσο καιρό υπάρχουν και ζευγάρια που υποφέρουν από προβλήματα γονιμότητας. Προβλήματα γονιμότητας αναφέρονται για πρώτη φορά στην Παλαιά Διαθήκη, όταν η Ραχήλ, μια όμορφη και επιθυμητή γυναίκα δεν μπορούσε να αποκτήσει παιδιά, σε αντίθεση με την αδελφή της, Λεχά, η οποία παρά την ασχήμια και την απλότητά της τεκνοποιούσε. Στον Μεσαίωνα πολλές γυναίκες κάηκαν στην πυρά όταν μετά από πολλές προσπάθειες παρέμεναν άτεκνες. Επίσης, ο Λουδοβίκος ο ΙΣΤ΄, βασιλιάς της Γαλλίας και σύζυγος της Μαρίας Αντουανέτας υπέφερε από γονιμότητα.

Στα τέλη του 20ου αιώνα η ιατρική επιστήμη έχει κάνει τεράστια βήματα για να κατανοήσει τα διάφορα στάδια της αναπαραγωγικής διαδικασίας, έτσι ώστε να αναγνωρίσει που βρίσκεται το πρόβλημα και να το διορθώσει, επιτυγχάνοντας την τεκνοποίηση στο 65% (Mohamed, 2004) των ζευγαριών που αναζητούν λύση της στειρότητας τους στους ειδικούς. Παρ'όλα αυτά το φαινόμενο της αναπαραγωγής παραμένει εξαιρετικά σύνθετο. Παρ'όλη τη δημόσια ανησυχία και συζήτηση, κυρίως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το μέγεθος του προβλήματος της υπογονιμότητας στο πέρασμα των χρόνων παραμένει ουσιαστικά στα ίδια ποσοστά.

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα στις σημερινές κοινωνίες. Τα μισά από τα ζευγάρια που προσπαθούν να αποκτήσουν παιδί καταφέρνουν να συλλάβουν μέσα στους 3 πρώτους μήνες και ένα ποσοστό της τάξεως του 85% τα καταφέρνει μέχρι το τέλος του πρώτου έτους προσπαθειών (Bonggarts, 1975). Ο χρόνος αναμονής σύλληψης ελεύθερων σεξουαλικών επαφών χωρίς επιτυχία άνω των 12 μηνών σημαίνει ότι υπάρχει πρόβλημα γονιμότητας και είναι συνήθως και η ένδειξη για να απευθυνθεί το ζευγάρι στον ειδικό και να διερευνήσει τα αίτια (Hull et al., 1985). Το 30% των υπογόνιμων ζευγαριών έχουν ανεξήγητη υπογονιμότητα (Templeton, 1995), ενώ 70% αυτών των περιπτώσεων ανεξήγητης υπογονιμότητας καταφέρνουν να συλλάβουν παιδί μέσα στους επόμενους 24 μήνες προσπαθειών χωρίς κάποια ιατρική παρέμβαση (Hull et al., 1992). Διαφορές στον τρόπο ζωής και στην ατομική περίπτωση του κάθε ζευγαριού παίζουν κάποιο ρόλο στα αίτια της υπογονιμότητας (Noord-Zaadstra et al., 1991; Kid et al, 2001; Howe et al., 1985; Feichtinger, 1991).

Παράγοντες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα είναι η υπερβολική κατανάλωση καπνού, καφεΐνης, οινοπνευματωδών ποτών, το έντονο στρες καθώς και κάποιοι επαγγελματικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Στο εξωτερικό έχουν πραγματοποιηθεί πολλές και αξιόλογες μελέτες για το συγκεκριμένο θέμα. Κρίθηκε σκόπιμο να αναφερθούν κάποιες από αυτές.

Μια από τις μελέτες είναι αυτή του Bolumar και των συνεργατών του (1996), όπου ερεύνησαν την αρνητική επίδραση που έχει το κάπνισμα των γυναικών και των συντρόφων τους στον χρόνο αναμονής της σύλληψης και στην πιθανότητα σύλληψης. Στην μελέτη συμμετείχαν περισσότερα από 4000 ζευγάρια 10 διαφορετικών ευρωπαϊκών χωρών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κάπνισμα των γυναικών είχε αρνητική επίδραση στην πιθανότητα κύησης αλλά και στον χρόνο αναμονής, σε αντίθεση με το κάπνισμα των συζύγων τους που έδειξε ότι δεν είχε κάποια συσχέτιση.

Σε μια άλλη μελέτη του Bolumar και των συνεργατών του ερευνήθηκε η συσχέτιση της κατανάλωσης καφεΐνης με τον αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης (1997). Στην μελέτη συμμετείχαν 3,187 γυναίκες 5 ευρωπαϊκών χωρών(Δανία, Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Ισπανία) ηλικίας 25-44 χρονών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν ημερησίως πάνω από 500 mg καφεΐνης είχαν αυξημένες πιθανότητες για μειωμένη γονιμότητα και η επίδραση ήταν περισσότερο αρνητική για τις καπνίστριες. Τέλος, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης καφεΐνης είναι ένας πιθανός παράγοντας μειωμένης γονιμότητας.

Μια ακόμη σημαντική έρευνα πραγματοποιήθηκε στον Καναδά από την Curtis και τους συνεργάτες της (1997), στην οποία μελετήθηκαν οι επιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ, καφεΐνης, τσαγιού και καπνού στην υπογονιμότητα σε 2607 περιπτώσεις προγραμματισμένης εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες που σχετίστηκαν με μειωμένη γονιμότητα ήταν το κάπνισμα από την πλευρά και των δυο συντρόφων, τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης καφεΐνης για τις γυναίκες, τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης τσαγιού από τους συζύγους, σε αντίθεση με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και για τους δυο συντρόφους που δεν σχετίστηκε με υπογονιμότητα.

Στην μελέτη του Mohamed και των συνεργατών του (2004), στην οποία συμμετείχαν 2.112 γυναίκες, μελετήθηκε η συσχέτιση που έχει ο αρνητικός τρόπος ζωής με την υπογονιμότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ημερήσια κατανάλωση >20 τσιγάρων, η εβδομαδιαία κατανάλωση >20 αλκοολούχων ποτών και η ημερήσια κατανάλωση >φλιτζάνια καφέ/ τσαγιού έχουν δυσμενή επίδραση στην γονιμότητα.

Στην μελέτη του Florack και των συνεργατών του (1994), το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην επίδραση που έχουν οι παράγοντες της κατανάλωσης καπνού, οινοπνευματωδών ποτών και καφεΐνης στην υπογονιμότητα. Μελετήθηκε ο τρόπος ζωής 259 ζευγαριών που σχεδίαζαν να κάνουν παιδί και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες που σχετίστηκαν με μειωμένη γονιμότητα ήταν το κάπνισμα των γυναικών και των συζύγων τους καθώς και τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης καφεΐνης από τις γυναίκες (400-700 mg/day) και τους συζύγους (> 700 mg/day). Τα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών των γυναικών δεν συνδέθηκαν με μειωμένα επίπεδα γονιμότητας, ενώ για τους άντρες βρέθηκε ότι η κατανάλωση 10 αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως είχε θετική επίδραση στην γονιμότητα, συγκρινόμενη με τους άντρες οι οποίοι κατανάλωναν λιγότερο από 10 ποτά την εβδομάδα. Βέβαια, αυτό έχει σχέση και από τα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και καφεΐνης από το δείγμα που συμμετέχει σε κάθε έρευνα. Επίσης, στην μελέτη του Olsen (1991) που πραγματοποιήθηκε σε δυο πόλεις της Δανίας μεταξύ του 1984 και του 1987 και συμμετείχαν 10,886 γυναίκες που σκόπευαν να κάνουν παιδί, μελετήθηκαν οι επιδράσεις που έχει το κάπνισμα, η κατανάλωση καφεΐνης και το τσάι στην υπογονιμότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τα παραπάνω αυτά που συνδέθηκαν με μειωμένη γονιμότητα και που είχαν μια σημαντική στατιστική σχέση ήταν ο συνδυασμός του καπνίσματος με καφεΐνης (πάνω από 8 φλιτζάνια) και τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης σε τσάι από τις γυναίκες που περίμεναν να συλλάβουν 12 μήνες ή περισσότερο.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το μείζον πρόβλημα της υπογονιμότητας και των παραγόντων που την επηρεάζουν και ειδικότερα με την σχέση της υπογονιμότητας με την καπνιστική συνήθεια των γυναικών και των συντρόφων τους, την κατανάλωση καφεΐνης, τσαγιού, αναψυκτικών, οινοπνευματωδών ποτών (χαμηλής ή υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ), την συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, την λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από το στενό περιβάλλον τους και καθώς και με πιθανά προβλήματα γονιμότητας που έχουν αντιμετωπίσει οι γυναίκες και οι σύζυγοί τους. Έπειτα από εκτεταμένη διερεύνηση παρατηρήθηκε ότι εν αντιθέσει με το εξωτερικό, στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια μελέτη. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε τον βασικότερο λόγο επιλογής του συγκεκριμένου θέματος.

Συγκεκριμένα, στόχοι της εργασίας ήταν η διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων της υπογονιμότητας και της επίπτωσή τους στην γονιμότητα. Έγινε παράλληλα μια προσπάθεια να δοθούν εύστοχες ερμηνείες στα ευρήματα που προέκυψαν, ενώ έγινε

και μια σύγκριση των ευρημάτων με αντίστοιχα ευρήματα άλλων χωρών, προκειμένου να καταδειχθούν ομοιότητες και διαφορές.

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής αυτής εργασίας αντιμετωπίστηκαν κάποιες δυσκολίες, οι οποίες αφορούσαν στην αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών κυρίως από Έλληνες ερευνητές, γεγονός το οποίο ξεπεράστηκε γρήγορα αφού διαπιστώθηκε ότι υπήρχε ξενόγλωσση βιβλιογραφία πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Εντούτοις, η διαδικασία της μετάφρασης της συγκεκριμένης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας αποδείχτηκε αρκετά χρονοβόρα με αποτέλεσμα να επέλθει μια σημαντική αργοπορία ως προς την εξέλιξη της εργασίας.

Μια επιπρόσθετη δυσκολία που αντιμετωπίστηκε αφορούσε στην συγκέντρωση του δείγματος αφού έπρεπε να αποτελείται μόνο από γυναίκες ηλικίας 18-45 ετών και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνονταν με κατ'οίκον επισκέψεις, με αποτέλεσμα να καταστεί δύσκολη η συμπλήρωση 400 ερωτηματολογίων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από δυο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος περιέχει τρία κεφάλαια, εκ των οποίων το πρώτο περιλαμβάνει μια γενική θεώρηση της υπογονιμότητας, ορισμούς της υπογονιμότητας και άλλων όρων, τα διαγνωστικά βήματα, την πρώτη επίσκεψη του ζευγαριού στον ειδικό και πληροφορίες για την ανεξήγητη υπογονιμότητα και τα πιθανά αίτιά της. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στους ιατρικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με τους εξωτερικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην υπογονιμότητα. Οι παράγοντες αυτοί είναι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, η κατανάλωση καφεΐνης, το κάπνισμα, η ηλικία του ζευγαριού, κάποιοι φαρμακευτικοί παράγοντες, κ.α.

Το Ερευνητικό Μέρος της εργασίας, αποτελείται από τέσσερα υποκεφάλαια. Τα κεφάλαια αυτά αναφέρουν τον σκοπό, την μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα που προέκυψαν μετά από την ανάλυση των ερωτηματολογίων καθώς και την συζήτηση των αποτελεσμάτων μετά από σύγκρισή τους με παρόμοιες έρευνες, κυρίως από τον χώρο του εξωτερικού, ώστε να προκύψουν κάποια συμπεράσματα, προκειμένου να διαπιστωθεί αν επαλήθευαν ή διέψευδαν τα πορίσματα, διερευνώντας παράλληλα και την χρησιμότητά τους στον χώρο της Κοινωνικής Εργασίας.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. Υπογονιμότητα, η γενική διάσταση του προβλήματος.

Το τέλος της 2^{ης} χιλιετηρίδας μ.Χ. συντελούνται παγκοσμίως μεγάλες δημογραφικές ανακατατάξεις, οι οποίες προσδιορίζουν την νέα παγκόσμια πληθυσμιακή φυσιογνωμία. Στη χώρα μας, σύμφωνα με εκτιμήσεις, φαίνεται πως αυξάνεται η υπογεννητικότητα του πληθυσμού και οι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης που ακολουθούνται είναι για το

- 1986 έως 2000: 0.26% και για το
- 2001 έως 2010: 0.22% (Μπαλούρδος, 1989)

σε όλη την Ελλάδα τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου, μετά το 1980 όμως άρχισαν να μειώνονται ραγδαία, φτάνοντας το 1991 να είναι μόλις 103.000, παρουσιάζοντας δηλαδή μείωση κατά 31% σε μια δεκαετία. Σήμερα σε κάθε ζευγάρι αντιστοιχούν 1 με 2 παιδιά, ενώ στις ευρωπαϊκές χώρες 2 με 4 και στην γειτονική Τουρκία 4 παιδιά σε ένα ζευγάρι (Μπαλούρδος, 1989). Συγκεκριμένα οι γεννήσεις παρέμεναν σχεδόν σταθερές σε απόλυτους αριθμούς

Εκτός από τις εκτρώσεις που ξεπερνούν τις 250.000 το χρόνο στη χώρα μας (Ματαλλιωτάκης κ.α, 2001, Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, Διάγνωση και Θεραπεία της Υπογονιμότητας, σελ.46) μια πολύ σημαντική παράμετρος που σχετίζεται με την υπογεννητικότητα, είναι η υπογονιμότητα την οποία αντιμετωπίζουν πολλά νέα ζευγάρια. Πολλοί είναι οι λόγοι της ανησυχητικής αύξησης της υπογονιμότητας στην εποχή μας και ένας από τους κυριότερους η καθυστέρηση απόκτησης πρώτου παιδιού. Σήμερα όλο και περισσότερες γυναίκες αναβάλλουν για λίγο αργότερα τη μητρότητα. Έτσι, ενώ παλαιότερα ο μέσος όρος ηλικίας απόκτησης πρώτου παιδιού ήταν τα 22 χρόνια σήμερα έχει σκαρφαλώσει στα 33 (Martin et al., 2001). Δεν είναι δηλαδή καθόλου τυχαίο ότι οι δείκτες γεννητικότητας -ειδικά στο δυτικό κόσμο των προνομίων- μέρα με τη μέρα κατακυλούν. Η πορεία αυτής της εξέλιξης των γεννήσεων, και κατ'επέκταση των ποσοστών γεννητικότητας και των ετησίων δεικτών γονιμότητας, στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας δημιούργησε έντονες ανησυχίες. Κοινωνικοί, πολιτικοί και επιστημονικοί φορείς προβληματίζονται για την μελλοντική πορεία της χώρας μας στο βαθμό που οι επιπτώσεις των εξελίξεων αυτών, θεωρείται ότι λαμβάνουν ιδιαίτερη βαρύτητα. Οι κοινωνικοί επιστήμονες είναι ουσιαστικά διχασμένοι για το

αν αντιμετωπίζουμε άμεσα πρόβλημα δημογραφικής κρίσης (Παπανικολάου, 1994, Μπαλούρδος, 1989).

Ανεξάρτητα από την όποια τοποθέτησή τους στο ζήτημα, όλοι θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η επαγρύπνηση των ειδικών και του πληθυσμού, καθώς επίσης και η διεπιστημονική εμβαθυμένη διερεύνηση των δεικτών υπογεννητικότητας και υπογονιμότητας και των παραγόντων εκείνων που σχετίζονται με την διαμόρφωσή τους.

Η υπογονιμότητα είναι ένα πρόβλημα που λανθασμένα έχει συνδεθεί με το ρόλο της γυναίκας. Τα στατιστικά δεδομένα, τουλάχιστον για το τον ελλαδικό χώρο, θεωρούν τους άνδρες υπεύθυνους για το 40% του συνόλου των περιπτώσεων (Ματαλλιωτάκης κ.α, 2001, Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, Διάγνωση και Θεραπεία της Υπογονιμότητας, σελ. 36). Τα ζευγάρια στη χώρα μας που δεν μπορούν να κάνουν παιδιά φυσιολογικά αντιστοιχούν στο 20% του συνολικού πληθυσμού, ενώ τα βασικότερα αίτια που προκαλούν την υπογονιμότητα, είναι γενετικά, ο τρόπος ζωής, οι διατροφικές συνήθειες, περιβαλλοντικοί παράγοντες και το στρες (Noord-Zaadstra et al., 1991; Kid et al, 2001; Howe et al., 1985; Feichtinger, 1991).

Τα προβλήματα γονιμότητας σήμερα είναι συχνότερα από παλιότερα και υπάρχουν δυο βασικοί λόγοι που μπορούν να εξηγήσουν το φαινόμενο αυτό. Ο πρώτος λόγος αναφέρεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής στις σημερινές κοινωνίες, όπου το κύριο χαρακτηριστικό είναι η καθυστέρηση και η μετάθεση της δημιουργίας οικογένειας στο μέλλον. Η καθυστέρηση αυτή σε συνδυασμό με την αρνητική επίδραση που έχει ο χρόνος στην αναπαραγωγική λειτουργία έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της γονιμότητας ενός ζευγαριού. Ο δεύτερος λόγος αναφέρεται στο γεγονός ότι το κοινό σήμερα είναι πιο ενημερωμένο και ευαισθητοποιημένο στα θέματα υπογονιμότητας συγκριτικά με παλαιότερα, με αποτέλεσμα να απευθύνεται σε ειδικούς πιο εύκολα και πιο σύντομα όταν εμφανίζονται προβλήματα γονιμότητας.

1.1 Ορισμός

Υπογονιμότητα είναι η αποτυχία επίτευξης σύλληψης σε ένα ζευγάρι, μετά από προσπάθεια τουλάχιστον ενός έτους, με συχνές σεξουαλικές επαφές, χωρίς τη χρήση κανενός μέσου αντισύλληψης (Pschyrembel, 1968)

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) η υπογονιμότητα διακρίνεται σε δυο κατηγορίες. Την πρωτοπαθή γονιμότητα και την δευτεροπαθή γονιμότητα (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001). Ως πρωτοπαθής χαρακτηρίζεται η

κατάσταση κατά την οποία δεν αναφέρεται ιστορικό σύλληψης παρά τις συχνές επαφές του ζευγαριού χωρίς αντισύλληψη, για διάστημα τουλάχιστον δυο ετών. Ως δευτεροπαθής ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία προηγήθηκε σύλληψη στο παρελθόν, αλλά δεν προέκυψε νέα κύηση παρά την από διαιτίας προσπάθεια του ζευγαριού (Pschyrembel, 1968).

Ως ανεξήγητη υπογονιμότητα ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία, δεν αναγνωρίζεται η αιτία, παρά την μεθοδική αναζήτησή της, που ευθύνεται για τη μη επίτευξη κύησης μετά από 12μηνη περίοδο ελεύθερων σχέσεων στο ζευγάρι (Seibel, 1994).

Η διαταραχή της γονιμότητας αποτελεί ένα καθημερινό πρόβλημα, για το οποίο ένα σημαντικό ποσοστό ζευγαριών ζητά ιατρική βοήθεια. Σε πολλά ζευγάρια η αιτία που ευθύνεται για την υπογονιμότητα δεν γίνεται γνωστή παρά τον έλεγχο που πραγματοποιείται. Η συχνότητα περιπτώσεων ζευγαριών με υπογονιμότητα που δεν αποκαλύπτεται κάποια αιτία, διαφέρει από μελέτη σε μελέτη και κυμαίνεται σε ποσοστό 15-30% (Ματαλλιωτάκης κ.α, 2001). Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι σε ποσοστό 10-15% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία αντιμετωπίζουν πρόβλημα γονιμότητας (Seibel, 1994).

Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι υπάρχουν 50-80 εκατομμύρια υπογόνιμα ζευγάρια, στα οποία προστίθενται περίπου 2 εκατομμύρια νέα ζευγάρια ετησίως, με τάση για αύξηση (Seibel, 1994). Σημειωτέον ότι ο καρκίνος προσβάλλει περίπου 6 εκατομμύρια άτομα ετησίως και η ελονοσία περίπου 100 εκατομμύρια: επομένως, η υπογονιμότητα, χωρίς να αποτελεί μείζονα διαταραχή της υγείας, δεν είναι διόλου αμελητέα, σε παγκόσμια κλίμακα.

Η συχνότητα της υπογονιμότητας μπορεί να ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή και από πληθυσμό σε πληθυσμό. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν υπάρχει ειδικό «προφίλ» του υπογόνιμου ζευγαριού. Η υπογονιμότητα είναι πολυσύνθετη και ρευστή κατάσταση: το ίδιο άτομο, ή ζευγάρι, μπορεί να διανύσει μεγάλες χρονικές περιόδους στις οποίες αδυνατεί να συλλάβει και η αδυναμία αυτή μπορεί να επέλθει, ή να λήξει, χωρίς προειδοποίηση. Τις περισσότερες φορές η υπογονιμότητα δεν έχει ειδικά συμπτώματα (π.χ. πόνο, πυρετό, δυσφορία...) κι έτσι δεν την αντιλαμβανόμαστε. Η τεκνοποίηση αποτελεί έναν εξαιρετικά σημαντικό σκοπό στη ζωή ενός ζευγαριού. Μοιραία λοιπόν, η υπογονιμότητα, δηλαδή η αδυναμία δύο συντρόφων να επιτύχουν σύλληψη ή ολοκληρωμένη κύηση, είναι μια

σοβαρή δοκιμασία που συχνά συνοδεύεται από άγχος και άλλα δυσάρεστα συναισθήματα

Για την υπογονιμότητα ενοχοποιούνται ποικίλα αίτια ή παράγοντες από την γυναίκα ή τον άνδρα, ενώ συχνά την ευθύνη έχουν συνδυασμοί των παραγόντων αυτών.

Το υπογόνιμο ζευγάρι θα πρέπει να εξετάζεται και να αντιμετωπίζεται ως ενιαία μονάδα.

Οι σπουδαιότεροι από τους λόγους αυτής της αντιμετώπισης του ζευγαριού συνίστανται στο ότι (Ματαλλιωτάκης κ.α, 2001, Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, Διάγνωση και Θεραπεία της Υπογονιμότητας, σελ.35).:

- i. Η καλύτερη θεραπεία για έναν υπογόνιμο άνδρα είναι τα υψηλά επίπεδα γονιμότητας της γυναίκας του.
- ii. Η ανεύρεση μιας αιτίας υπογονιμότητας στον άνδρα δεν αποκλείει κάποιο ανάλογο πρόβλημα στη γυναίκα. Είναι γνωστό ότι σε ποσοστό 7 έως 20% υπάρχει πρόβλημα υπογονιμότητας και στους δυο.
- iii. Οι λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος, που επηρεάζουν τη γονιμότητα, μεταδίδονται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Για τον λόγο αυτό η θεραπεία πρέπει να αφορά και τους δυο συζύγους.
- iv. Για ψυχολογικούς λόγους η αντιμετώπιση του ζευγαριού ως ενιαία μονάδα, συμβάλει θετικά στο να αντιμετωπίσει το υπεύθυνο μέλος ευκολότερα το αίσθημα ευθύνης ή ενοχής που ενδεχομένως αισθάνεται για το πρόβλημα γονιμότητας που αντιμετωπίζει.

Ένας άνδρας χαρακτηρίζεται γόνιμος μόνο στο πρώτο στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης της συζύγου του, ενώ όταν έχει αποκτήσει ένα ή περισσότερα παιδιά χαρακτηρίζεται ως πατέρας και όχι ως γόνιμος (Pschyrembel, 1968). Ένας άνδρας που δεν έχει παιδιά, χωρίς να έχει κάνει κάποια προσπάθεια για να αποκτήσει, είναι άγνωστης γονιμότητας. Ένας άνδρας που δεν έχει αποκτήσει παιδιά, ενώ έχει κάνει προσπάθειες τουλάχιστον για ένα έτος και η σύζυγός του δεν παρουσιάζει κάποιο αίτιο υπογονιμότητας, χαρακτηρίζεται υπογόνιμος, αλλά όχι στείρος.

1.2 Η πρώτη επίσκεψη του υπογόνιμου ζευγαριού στον ειδικό

Η πρώτη επίσκεψη του υπογόνιμου ζευγαριού στον γυναικολόγο αποτελεί για το ίδιο μια ιδιαίτερα στρεσογόνο και ιδιαίτερη εμπειρία (Seibel, 1982). Είναι λογικό, λοιπόν, να διακατέχεται από αισθήματα απογοήτευσης και αγωνίας. Απογοήτευση για τη μη επίτευξη εγκυμοσύνης μέχρι τη δεδομένη χρονική στιγμή και αγωνία για το αν τελικά θα επιτευχθεί το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Αποτελεί πραγματικότητα το γεγονός ότι το ζευγάρι μέχρι τη στιγμή της πρώτης επίσκεψης, έχει περάσει μια δύσκολη περίοδο αναμονής και απογοητεύσεων. Η περίοδος αυτή κάποιες φορές είναι αρκετοί μήνες έως και χρόνος και κατά βάθος θα επιθυμούσαν να είχαν επιτύχει εγκυμοσύνη πριν από αυτή την επίσκεψη (Seibel, 1994).

Κατά την διάρκεια της πρώτης επίσκεψης ο γιατρός θα πρέπει να διαθέσει χρόνο για να απαντήσει σε όλες τις απορίες του ζευγαριού, να γνωρίσει και τους δυο συζύγους και να μάθει τους αντικειμενικούς τους στόχους. Ακόμη, θα πρέπει να λάβει ολοκληρωμένο προσωπικό, ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό, στο οποίο θα συμπεριλαμβάνονται και ερωτήσεις για τις σεξουαλικές συνήθειες του ζευγαριού. Εκτός από τις πληροφορίες που λαμβάνονται από τη φυσική εξέταση, γίνονται ερωτήσεις προσωπικές και ιδιαίτερες στον καθένα, γεγονός που θα ήταν αδύνατο αν βρισκόντουσαν και οι δυο μαζί. Επίσης, λαμβάνεται ιστορικό το οποίο περιλαμβάνει, ιστορικό εξετάσεων, αφροδίσια νοσήματα, προηγηθείσες εγκυμοσύνες με άλλους συντρόφους, την ηλικία του ζευγαριού, το διάστημα που ζουν μαζί, προηγούμενες σεξουαλικές σχέσεις, το διάστημα που προσπαθούν να πετύχουν εγκυμοσύνη (η πληροφορία αυτή βοηθά στον καθορισμό του βαθμού του άγχους που αισθάνεται το ζευγάρι). Περιλαμβάνει, επίσης, ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, την έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες (όπως τα οιστρογόνα), το νιτρικό οξείδιο καθώς και άλλα διαλύματα που χρησιμοποιούν κατασκευαστές ημιαγωγών. Επίσης, θα πρέπει να διενεργήσει μια πλήρη φυσική εξέταση, να εξηγήσει στο ζευγάρι τις διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν και θα ακολουθήσουν καθώς και να ερμηνεύσει την αναγκαιότητα των διαγνωστικών βημάτων, προς αποφυγή κάθε φόβου ή παρεξήγησης (Seibel, 1990).

Η βασική γραμμή αξιολόγησης από την American Society for Reproductive Medicine (Seibel, 1990) που ακολουθείται από τους περισσότερους γιατρούς, περιλαμβάνει το ιστορικό και την εξέταση της γυναίκας, τον έλεγχο της ωοθηλακιορρηξίας, την εκτίμηση της τραχηλικής βλέννης, καθώς και την διερεύνηση

της βατότητας των σαλπίνγων. Επίσης περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού και την εξέταση του άνδρα, καθώς και των έλεγχο δύο δειγμάτων σπέρματος με μεσοδιάστημα έξι εβδομάδων. Η χρήση της υστεροσκόπησης χρησιμοποιείται και ειδικά στις περιπτώσεις με ανεξήγητη υπογονιμότητα, στις περιπτώσεις που προηγήθηκαν εκτρώσεις και σε εκείνες που έγινε χρήση ενδομήτριων σπειραμάτων. Η λαπαροσκόπηση αποτελεί την τελευταία διαγνωστική εξέταση της υπογόνιμης γυναίκας. Τυπικά η ελάχιστη αξιολόγηση πρέπει να ολοκληρωθεί σε 3 μήνες. Η διερεύνηση είναι η ίδια τόσο στην πρωτοπαθή όσο και στη δευτεροπαθή μορφή υπογονιμότητας (Pshyrembel, 1968).

Οι στόχοι της διερεύνησης της υπογονιμότητας αφορούν στην εδραίωση της αιτιολογίας και την πρόγνωση της μελλοντικής τεκνοποίησης. Η εδραίωση της αιτιολογίας της υπογονιμότητας είναι δυνατή περίπου στο 90% των υπογόνιμων ζευγαριών και εξαρτάται κυρίως από την εμπειρία του γιατρού, από την ύπαρξη σωστών εργαστηρίων και από τη συμμετοχή του ζευγαριού (Seibel, 1994). Η πρόγνωση μπορεί να επηρεαστεί από τρεις σημαντικούς παράγοντες. Πρώτον, την ηλικία της γυναίκας, διότι η γονιμότητα μειώνεται μετά την ηλικία των 30 και κυρίως των 35 ετών (Stovall et. al., 1991). Δεύτερον, την διάρκεια της υπογονιμότητας αφού όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα της υπογονιμότητας, τόσο πιο σημαντικό θεωρείται το αίτιό της. Τρίτον, τους ιατρικούς παράγοντες, επειδή η ιατρογενής υπογονιμότητα έχει μεγάλη επίδραση στην πρόγνωση.

1.3 Τα διαγνωστικά βήματα

Η δυνατότητα διερεύνησης της υπογονιμότητας προϋποθέτει τη γνώση των παραγόντων που εμπλέκονται στην ομαλή αλληλουχία των διεργασιών της γονιμοποίησης. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι (Ματαλλιωτάκης κ.α, 2001):

- i. Ο γυναικείος κόλπος, όπου το σπέρμα πρέπει να φτάνει στον τράχηλο.
- ii. Οι σάλπιγγες, οι οποίες πρέπει να είναι διαβατές για να επιτρέπουν την άνοδο των σπερματοζωαρίων και την κάθοδο του ωαρίου και να έχουν φυσιολογικούς κροσσούς, για την απρόσκοπτη πρόσληψη των ωαρίων.
- iii. Η ενδοτραχηλική βλέννα, η οποία πρέπει να είναι ευνοϊκή για την επιβίωση των σπερματοζωαρίων.
- iv. Οι ωοθήκες οι οποίες πρέπει να παράγουν φυσιολογικά ωάρια, τα οποία θα μπορούν να ελευθερωθούν και να γονιμοποιηθούν.

- v. Το ενδομήτριο, το οποίο να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα και να έχει τη δυνατότητα για τη φυσιολογική εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου και την ομαλή εμβρυϊκή ανάπτυξη.
- vi. Ο ανδρικός γεννητικός σωλήνας, ο οποίος πρέπει να βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα, χωρίς να παρουσιάζει ενδείξεις απόφραξης.
- vii. Οι όρχεις, οι οποίοι πρέπει να παράγουν ικανοποιητική ποιότητα και ποσότητα σπέρματος.

Τα διαγνωστικά βήματα πρέπει να γίνονται σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του κύκλου. Τα διαγνωστικά βήματα της διερεύνησης του υπογόνιμου ζευγαριού αποτελούνται από (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001):

- i. 1.το ιστορικό του ζευγαριού
- ii. 2. την κλινική εξέταση και των δυο συζύγων
- iii. 3. την λαπαροσκόπηση- υστεροσκόπηση
- iv. 4. τον έλεγχο του σπέρματος
- v. 5. τον έλεγχο της τραχηλικής βλέννης
- vi. 6. την ακτινολογική εξέταση της μήτρας και των σαλπίγγων
- vii. 7. την εκτίμηση της τραχηλικής βλέννας και την δοκιμασία μετά από σεξουαλική επαφή.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη γυναίκα, σε αντίθεση με τον άνδρα, οι περισσότερες εξετάσεις πρέπει να γίνονται σε συγκεκριμένη φάση του γεννητικού της κύκλου.

Με την ολοκλήρωση όλων των διαδικασιών και των εξετάσεων που υποβάλλεται το υπογόνιμο ζευγάρι ακολουθεί συνάντηση με τον γυναικολόγο του, προκειμένου να συζητήσουν για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και να καθορίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα προχωρήσουν. Γίνεται ανασκόπηση των εξετάσεων για να επιβεβαιωθεί ότι πραγματοποιήθηκαν τη σωστή χρονική στιγμή του κύκλου. Τα προβλήματα συζητούνται και εξηγούνται, λύνονται όλες οι απορίες του ζευγαριού από τον γιατρό και επιλέγεται ένα πλάνο θεραπείας (Sillo-Seidl, 1970).

1.4 Ανεξήγητη υπογονιμότητα

Η υπογονιμότητα αγνώστου αιτιολογίας αποτελεί μια διαταραχή της αναπαραγωγής που οφείλεται σε πολλούς παράγοντες. Η διαταραχή αυτή δεν πρέπει να θεωρείται ως μόνιμη και αμετάβλητη κατάσταση (Marrero,1991). Η ανεξήγητη υπογονιμότητα σαν όρος αναφέρεται σε ζευγάρια που δεν καταφέρνουν να επιτύχουν εγκυμοσύνη ύστερα από ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις δυο ετών περίπου και που η αιτία του προβλήματος δεν μπορεί να εντοπιστεί με τις σημερινές διαγνωστικές δοκιμασίες προσέγγισης του υπογόνιμου ζευγαριού (Lodo,1993). Αναφέρεται επίσης σε ζευγάρια, τα οποία δεν καταφέρνουν να επιτύχουν εγκυμοσύνη παρόλο που έχουν αντιμετωπίσει ουσιαστικά όλα τα αίτια που έχουν διαγνωσθεί. Αυτό έχει ως συνέπεια η διάγνωση της ανεξήγητης υπογονιμότητας να τίθεται με τη μέθοδο του αποκλεισμού.

Να σημειωθεί ότι τα ζευγάρια με ανεξήγητη υπογονιμότητα ενδέχεται να επιτύχουν αυτόματη εγκυμοσύνη σε ποσοστό που ανέρχεται στο 60% (Hull et al., 1985), ύστερα από διάστημα τριών ετών.

Πριν από το 1900, σχεδόν όλες οι περιπτώσεις υπογόνιμων ζευγαριών ήταν άγνωστης αιτιολογίας. Τις δεκαετίες μεταξύ 1900-1940, εξετάσεις όπως η εκτίμηση της βασικής θερμοκρασίας του σώματος, η κυμογραφική εμφύσηση και ο έλεγχος του σπέρματος ελάττωσαν σημαντικά το ποσοστό ανεξήγητης υπογονιμότητας (Crosignani,1993). Με τη χρήση πιο σύγχρονων μεθόδων, τα τελευταία χρόνια, πιστεύεται ότι το ποσοστό των ζευγαριών με ανεξήγητη υπογονιμότητα θα μειωθεί ακόμη περισσότερο.

Παρά την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων για το πρόβλημα της υπογονιμότητας, αποτελεί γεγονός ότι ένα στα πέντε υπογόνιμα ζευγάρια εντάσσεται στην ομάδα της ανεξήγητης υπογονιμότητας. Το ακριβές ποσοστό των ζευγαριών με ανεξήγητη υπογονιμότητα παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις και εξαρτάται από την μεθοδολογία έρευνας και από την εμπειρία του ερευνητή (Templeton, 1982).

Στα κριτήρια για τη διάγνωση της υπογονιμότητας περιλαμβάνονται οι παρακάτω παράμετροι (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001) :

1. επαρκής συχνότητα σεξουαλικών επαφών
2. υπογονιμότητα για τουλάχιστον δυο χρόνια
3. φυσιολογικό ιστορικό
4. η φυσιολογική κλινική εξέταση

5.φυσιολογικά επίπεδα γοναδοτροπινών, ανδρογόνων και προλακτίνης στην πρώιμη παραγωγική φάση του κύκλου

6.φυσιολογικά αποτελέσματα στις εξετάσεις της λαπαροσκόπησης και της υστεροσαλπογογραφίας

7.δυο με τρεις φυσιολογικές εξετάσεις σπέρματος

8.επαρκής τραχηλική βλέννη στην περιωοθυλακιορρηκτική φάση και φυσιολογική δοκιμασία έπειτα από επαφή.

Οι διαγνωστικές δοκιμασίες για τον έλεγχο της υπογονιμότητας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες (Pschyrembel, 1968):

1). Τα αποτελέσματα των εξετάσεων σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Όταν τα αποτελέσματα κάποιων εξετάσεων που έχουν πραγματοποιηθεί είναι παθολογικά σημαίνει ότι η γονιμότητα είναι χωρίς αμφιβολία ελαττωμένη χωρίς θεραπεία.

2). Τα αποτελέσματα των εξετάσεων δεν σχετίζονται άμεσα με την εγκυμοσύνη.

Όταν τα αποτελέσματα κάποιων εξετάσεων που έχουν πραγματοποιηθεί ανευρίσκονται παθολογικά, είναι δυνατό να επιτευχθεί εγκυμοσύνη χωρίς θεραπεία.

3). Τα αποτελέσματα των εξετάσεων δε φαίνεται να συνδέονται με την επιτυχία της εγκυμοσύνης. Για διαγνωστικές διαδικασίες όπως η εκτίμηση της φάσης του ενδομητρίου, η ανεύρεση χλαμυδίων,κ.α., είτε υπάρχουν δεδομένα που επιβεβαιώνουν την έλλειψη συσχέτισής τους με την εγκυμοσύνη είτε δεν υπάρχουν δεδομένα στα κριτήρια για τη διάγνωση της.

1.5 Πιθανά αίτια ανεξήγητης υπογονιμότητας

Έχουν προταθεί πολλές πιθανές αιτίες, καθόσον η ακριβής αιτιολογία της ανεξήγητης υπογονιμότητας είναι άγνωστη. Η ανεξήγητη υπογονιμότητα μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής συγκυρίας ή μη εξακριβωμένης διαταραχής της αναπαραγωγής. Πιθανόν οφείλεται στην συνύπαρξη περισσότερων του ενός αιτιών, που το καθένα χωριστά δεν ελαττώνει σημαντικά την πιθανότητα κύησης (Sillo-Seidl, 1971). Οι καθυστερήσεις που είναι τυχαίες στην επιτυχία της εγκυμοσύνης δεν ευθύνονται για αρκετές από τις περιπτώσεις υπογόνιμων ζευγαριών. Η νοσολογική οντότητα είναι συνέπεια υφιστάμενων αλλά μη ορατών διαταραχών στο αναπαραγωγικό σύστημα. Οι αιτίες της ανεξήγητης υπογονιμότητας είναι πολλές και είτε επηρεάζουν την επιτυχία της εγκυμοσύνης είτε εμπλέκονται στην εξέλιξη του ζυγωτή.

Αιτίες που επηρεάζουν την επιτυχία της εγκυμοσύνης στον άνδρα είναι (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001):

- i. Λανθάνουσα λοίμωξη
- ii. Αντισώματα σπερματοζωαρίων
- iii. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες των σπερματοζωαρίων
- iv. Δομικές ανωμαλίες των σπερματοζωαρίων που ανιχνεύονται με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (βλάβες ακροσώματος, βλάβες χρωματίνης, ανωμαλίες σχήματος στον σωλήνα)
- v. Διαταραχές σύνδεσης σπερματοζωαρίου-ωαρίου
- vi. Ψυχολογικό stress

Στην γυναίκα:

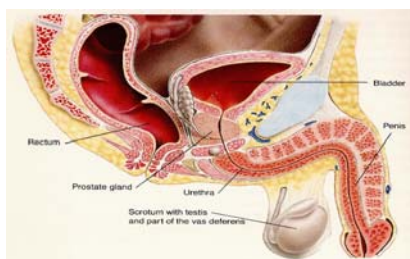
- i. Λανθάνουσα λοίμωξη
- ii. Λανθάνουσες ενδοκρinoπάθειες
- iii. Αντισώματα κατά των σπερματοζωαρίων στην τραχηλική βλέννη
- iv. Αντισώματα κατά της διαφανούς ζώνης του ωαρίου
- v. Σύνδρομο ωχρινοποιημένου άτρητου ωοθυλακίου
- vi. Χρωμοσωμικές ανωμαλίες των ωαρίων
- vii. Κακή ποιότητα του ωαρίου
- viii. Διαταραχές της λειτουργικότητας των σαλπίνγων
- ix. Διαταραχές της λειτουργικότητας του ενδομητρίου
- x. Ψυχολογικού stress

Πρέπει να τονιστεί ότι οι αιτίες αυτές δεν έχουν τεκμηριωθεί και τα δεδομένα που τις ενισχύουν είναι περιορισμένα. Ύστερα από την ολοκλήρωση του αρχικού ελέγχου του υπογόνιμου ζευγαριού, επιπλέον δοκιμασίες ενδέχεται να βοηθήσουν στη διαγνωστική προσέγγιση της ανεξήγητης υπογονιμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ιατρικοί παράγοντες της γυναικείας υπογονιμότητας

Η έκφραση η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας -και όχι μόνο-, οι οποίες θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η εξάμηνη επίσκεψη στο γυναικολόγο τους πρέπει να τους γίνει συνήθεια. Σε αρκετές περιπτώσεις κάποια ενοχλήματα που λανθασμένα θεωρούνται μικρής σημασίας, υποκρύπτουν ένα μεγάλο πρόβλημα. Υπάρχουν πολλές γυναίκες οι οποίες μπορεί να έχουν μία επαφή και να μείνουν κατευθείαν έγκυες, αυτές που λέμε ότι μένουν έγκυες "με τον αέρα", και από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλές οι οποίες μπορεί να προσπαθούν για χρόνια και να έχουν κάνει όλες τις εξετάσεις και παρόλα αυτά να μην μπορούν να μείνουν έγκυες. Για την γυναικεία υπογονιμότητα ενοχοποιούνται διάφοροι ιατρικοί παράγοντες. Στους ιατρικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την γυναικεία υπογονιμότητα συμπεριλαμβάνονται η ενδομητρίωση, διάφορες λοιμώξεις του αναπαραγωγικού συστήματος, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών καθώς και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι αναλύονται παρακάτω.



2.1.1 Ενδομητρίωση

Ενδομητρίωση είναι η ύπαρξη λειτουργικού ενδομητρίου εκτός της φυσιολογικής του θέσης που είναι η κοιλότητα της μήτρας. Υπάρχει δηλαδή έκτοπος ενδομήτριος ιστός στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες, την πύελο ακόμη και στο έντερο και σε άλλα απομακρυσμένα όργανα. Ο έκτοπος αυτός ιστός ακολουθεί τις φυσιολογικές αλλαγές του ενδομητρίου κατά τον έμμηνο κύκλο προκαλώντας με την αιμορραγία του πόνου κατά την περίοδο και δημιουργία ουλώδους ιστού στις σχετικές περιοχές. Το αποτέλεσμα είναι να εμποδίζεται η ωορρηξία ή η δίοδος του ωαρίου από τις σάλπιγγες ή ακόμη και η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα. Είναι μια νόσος που παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και

χαρακτηρίζεται από υπογονιμότητα και πυελικό άλγος. Παρά την υψηλή συχνότητα της νόσου στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, η παθογένειά της παραμένει αδιευκρίνιστη. Η επίπτωσή της υπολογίζεται σε ποσοστό μεταξύ 7-50% των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας (Bayer et al, 1986).

2.1.2 Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (Polycystic ovarian syndrome- PCO) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1935 από τους Stein και Leventhal. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από χρόνια ανοωθυλακιορρηξία και υπερανδρωναμία, καθώς και τυπικές μορφολογικές αλλοιώσεις των ωοθηκών. Στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών οι γυναίκες έχουν αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων από τις ωοθήκες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μη ωρίμανση των ωοθυλακίων, συνεπώς την αναστολή της ωορρηξίας και κατ'επέκταση την υπογονιμότητα. Οι γυναίκες με αυτό το σύνδρομο εξαιτίας της υπερανδρογοναιμίας συνήθως έχουν αραιομηνόρροια ή αμηνόρροια και συμπτώματα παχυσαρκίας, τριχοφυΐας και ακμής, αλλά όχι πάντα και στον ίδιο βαθμό (Laboureau et al., 2003).

2.1.3 Καλοήγη ινομώματα της μήτρας

Τα καλοήγη ινομώματα της μήτρας παρατηρούνται συχνά στα γυναίκες μεταξύ 30 και 40 ετών και μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα γονιμότητας με μηχανικό τρόπο εμποδίζοντας τη δίοδο του ωαρίου ή την εμφύτευσή του. Όταν βρίσκονται βαθιά στο τοίχωμα της μήτρας (ανάλογα με τη θέση τους δηλαδή), δημιουργούν προβλήματα στη σύλληψη (Sillo-Seidl, 1971).

2.1.4 Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου

Η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου είναι η κυριότερη αιτία υπογονιμότητας και στειρώσης παγκοσμίως και περιλαμβάνει μια ποικιλία λοιμώξεων που προκαλούνται από διάφορα μικρόβια και αφορούν τα όργανα του αναπαραγωγικού συστήματος, τη σκωληκοειδή απόφυση καθώς και το τμήμα του εντέρου που βρίσκεται στην πυελική χώρα. Συνήθως προβλήματα γονιμότητας προκύπτουν όταν η λοίμωξη αφορά τις σάλπιγγες, οπότε μιλάμε για σαλπινγίτιδα. Κύρια μικρόβια υπεύθυνα για πρόκληση σαλπινγίτιδας είναι κατά κύριο λόγο τα χλαμύδια και ακολουθεί ο γονόκοκος. Και οι δυο αυτοί παράγοντες μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή. Πιο σπάνια αίτια ΦΝΠ

είναι η φυματίωση της πύελου, οι αμβλώσεις και η ρήξη της σκωληκοειδούς απόφυσης (Pschyrembel, 1968).

2.1.5 Προλακτιναιμία

Η υπόφυση είναι ένας αδένας, ο οποίος εκκρίνει την ορμόνη προλακτίνη. Ο αδένας αυτός ενεργοποιείται μετά την εγκυμοσύνη και εκτός εγκυμοσύνης από ορισμένους όγκους. Η ορμόνη της προλακτίνης αναστέλλει την ωορρηξία και κατ'επέκταση προκαλεί στειρότητα στη γυναίκα (Sillo-Seidl, 1971).

2.1.6 Λοιμώξεις

Οι λοιμώξεις του αναπαραγωγικού συστήματος αποτελούν έναν ακόμη παράγοντα που σχετίζεται με την υπογονιμότητα. Οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να είναι παθογόνα μικρόβια, ιογενείς λοιμώξεις, λοιμώξεις σαλπιγγικής αιτιολογίας, βακτηριακές λοιμώξεις. Κάποιες από τις λοιμώξεις αυτές αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή ενώ κάποιες άλλες αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση (Pschyrembel, 1968).

2.1.7 Διαταραχές ωορρηξίας

Διαταραχές ωορρηξίας σημαίνει μη σταθερός κύκλος, δηλαδή να μην έρχεται η περίοδος κάθε 26-28 μέρες. Είναι ιδιαίτερα συνηθισμένη στην Ελλάδα και ευθύνεται για το 25% όλων των προβλημάτων (Sillo-Seidl, 1971). Ειδικά στις μεσογειακού τύπου γυναίκες εμφανίζεται πολύ συχνά, γιατί έχουν πολυκυστικές ωοθήκες που παράγουν αρκετά ανδρογόνα, έχουν πιο σκληρό τοίχωμα και δημιουργούν ακατάστατη ωορρηξία. Όσες γυναίκες έχουν σταθερό κύκλο έχουν και τακτική ωορρηξία, την οποία μπορούν να υπολογίσουν ξέροντας ότι γίνεται στη μέση του κύκλου τους (γύρω στη 14η μέρα). Εάν έχουν τακτική ωορρηξία και δεν μπορούν να συλλάβουν, το μόνο που μπορεί να συμβαίνει είναι να μην είναι το ωάριο καλής ποιότητας, κάτι που συνήθως οφείλεται στην ηλικία. Δηλαδή, μετά την ηλικία των 40-41 χρόνων, η ποιότητα των ωαρίων φθίνει και γι' αυτό είναι πολύ πιο δύσκολο να γονιμοποιηθούν έστω και από υγιές σπέρμα.

2.1.8 Απόφραξη σαλπίγγων

Η απόφραξη σαλπίγγων είναι ένας παράγοντας που ευθύνεται για το 35% όλων των προβλημάτων γονιμότητας (Pschyrembel, 1968). Ο κυριότερος λόγος βλάβης των σαλπίγγων στην Ελλάδα είναι οι επανειλημμένες εκτρώσεις που προκαλούν λοιμώξεις. Ένας άλλος λόγος μπορεί να είναι η επιλογή του γνωστού μας σπιράλ ως μεθόδου αντισύλληψης. Χωρίς αυτό να είναι απόλυτο, το σπιράλ ενδέχεται να βλάψει τις σάλπιγγες, γι' αυτό η χρήση του συνιστάται αφού γεννήσει η γυναίκα. Αν οι σάλπιγγες είναι εντελώς κατεστραμμένες, επιβάλλεται η εξωσωματική γονιμοποίηση.

2.1.9 Ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου

Η ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου χαρακτηρίζεται από την ανεπαρκή έκκριση προγεστερόνης και οδηγεί σε αποτυχία εμφύτευσης του εμβρύου σε πρόιμη έκτρωση. Η διαταραχή οφείλεται σε ορισμένες περιπτώσεις στην αυξημένη έκκριση προλακτίνης, στον υποθυρεοειδισμό, στον υπερθυρεοειδισμό, στο υπερβολικό σωματικό βάρος, στην μεγάλη απώλεια βάρους, ελαττωμένη έκκριση FSH στην παραγωγική φάση, που έχει ως συνέπεια την ελλιπή προετοιμασία του ενδομητρίου για την εκκριτική διαφοροποίηση και τη μειωμένη παραγωγή οιστραδιόλης και σε άλλα μη εμφανή αίτια. Να σημειωθεί ότι η επαρκής ανάπτυξη του εκκριτικού ενδομητρίου, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή εμφύτευση.

Το σύνδρομο του ωχρινοποιημένου άτρητου ωοθυλακίου-LUF- (luteinized unrupted follicle), χαρακτηρίζεται από ανοωθυλακιορρηξία με φυσιολογική διάρκεια κύκλου. Το σύνδρομο αυτό παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με ενδομητρίωση. Τα ώριμα ωοθυλάκια δεν υφίστανται ρήξη και τα ωάρια δεν ελευθερώνονται, αλλά επέρχεται ωχρινοποίηση των κοκκωδών κυττάρων και των κυττάρων της εσωτερικής θήκης.

Οι παθολογικές ανωμαλίες αφορούν κυρίως τρισωμίες, άρα και έλλειψη χρωμοσωμικής ακεραιότητας με την ηλικία. Κυτταρογενετικές μελέτες σε περιπτώσεις αποβολών έδειξαν ότι πάνω από το 50% των αποβληθέντων κυμημάτων είχαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Τα περισσότερα ήταν ανευπλοειδικά, το 17% ήταν τριπλοειδικά και κάποια άλλα είχαν δομικές ανωμαλίες, μωσαϊκά, τρισωμίες και αυτοσωματικές ανωμαλίες (Ματαλλιωτάκης κα, 2001).

2.2 Ιατρικοί παράγοντες ανδρικής υπογονιμότητας



Η υπογονιμότητα της ανδρικής αιτιολογίας έχει αναδυθεί στην επικαιρότητα μόλις τις τελευταίες δεκαετίες. Από παλιά υπήρχαν αρκετά στοιχεία για την γυναικεία υπογονιμότητα, σε αντίθεση με τα ελάχιστα στοιχεία για τα αίτια και την αντιμετώπιση των διαταραχών της γονιμότητας στον άνδρα. Η καθυστέρηση αυτή αποδίδεται σε διάφορες κοινωνικές, πολιτικές και θρησκευτικές συνθήκες, που διατήρησαν ένα κλίμα σχετικής προστασίας του άνδρα ως υπαίτιου υπογονιμότητας του ζευγαριού. Η μεγάλη αλλαγή των συνθηκών αυτών, κυρίως στις χώρες με βιομηχανική ανάπτυξη, σε συνδυασμό με την επιβάρυνση του περιβάλλοντος(αέρας, νερό, διατροφή) και την εξέλιξη της ανδρολογίας, τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, συνέβαλαν σε μια πιο αντικειμενική εκτίμηση των αιτιών υπογονιμότητας του ζευγαριού. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την αναθεώρηση της άποψης ότι η γυναίκα είναι η αιτία του κακού και την συμμετοχή του ανδρικού παράγοντα στα αίτια υπογονιμότητας του ζευγαριού.

Υπολογίζεται ότι από τους άνδρες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία ένα ποσοστό της τάξεως του 7,5-10% αντιμετωπίζουν πρόβλημα στειρότητας και σε πολλές περιπτώσεις το αγνοούν (Lamb et. al., 1994). Μάλιστα, πολλοί άνδρες θεωρώντας την έννοια της στειρότητας ταυτόσημη με αυτή της ανικανότητας, πιστεύουν ότι είναι αδύνατο να τους συμβαίνει εφόσον έχουν καλή σεξουαλική λειτουργία. Θα πρέπει όμως να τονιστεί ότι η καλή σεξουαλική λειτουργία δεν εξασφαλίζει σε καμία περίπτωση και την γονιμότητα.

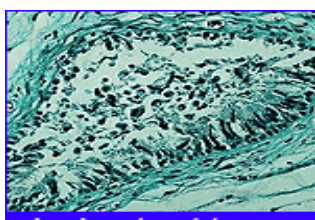
Η βασική διερεύνηση της ανδρικής υπογονιμότητας πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερές ιστορικό, προσεκτική κλινική εξέταση, έλεγχο του σπέρματος και αναλόγως την περίπτωση κάποιες πιο εξειδικευμένες εξετάσεις(ορμονικό έλεγχο, ακτινολογική διερεύνηση, βιοψία όρχεων,κτλ). Επίσης, κατά τη λήψη του ιστορικού θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε κάποια πολύ βασικά στοιχεία. Τα στοιχεία αυτά είναι ερωτήσεις που αφορούν επαγγελματικές και άλλες συνήθειες που σχετίζονται με έκθεση σε χημικές ουσίες, χρήση αλκοόλ και τσιγάρων, ατομικό

ιστορικό για εγχειρήσεις, για διάφορες παθήσεις, οικογενειακό ιστορικό, σεξουαλικό αναμνηστικό και προηγούμενες θεραπείες για υπογονιμότητα (Pschyrembel, 1968).

Διαταραχές της γονιμότητας μπορούν να οφείλονται σε παθολογία των όρχεων, των αποχετευτικών οδών του σπέρματος, σε διαταραχές του σπέρματος, σε δυσλειτουργία σε κεντρικό επίπεδο ή στα όργανα στόχος των ανδρογόνων.

Τα αίτια υπογονιμότητας στον άνδρα αναλύονται παρακάτω.

2.2.1 Παθήσεις των όρχεων και των περιβλημάτων τους



Ιστολογική τομή όρχεως όπου φαίνεται η παραγωγή σπερματοζωαρίων

Οι παθήσεις των όρχεων και των περιβλημάτων τους αποτελούν ένα από τα αίτια υπογονιμότητας στους άνδρες. Οι όρχεις είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι ενδοκρινικοί και εξωκρινικοί αδένες. Στο παρέγχυμά τους έχουν παρατηρηθεί πολύ μικρές κυτταρικές βλάβες, οι οποίες με την επίδραση διάφορων βλαπτικών παραγόντων μπορούν να επηρεάσουν τη σπερματογένεση. Οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στους όρχεις και επηρεάζονται από διάφορους τοξικούς παράγοντες είναι (Pschyrembel, 1968):

- i. φλεγμονές
- ii. εκφυλιστικές αλλοιώσεις
- iii. διαταραχές της αγγειακής κυκλοφορίας
- iv. τραυματισμοί
- v. όγκοι των όρχεων και του οσχέου
- vi. συγγενείς παθήσεις όρχεων(κρυπορχία)
- vii. κυστικοί σχηματισμοί(κίρσοκήλη, σπερματοκήλη).

2.2.2 Ενδοκρινικές παθήσεις

Είναι ευνόητο ότι οποιαδήποτε διαταραχή στο ορμονικό σύστημα που ρυθμίζει την γενετήσια λειτουργία και την σπερματογένεση μπορεί να βλάψει τη γονιμότητα.. Στις ενδοκρινικές παθήσεις περιλαμβάνονται (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001):

- i. *Ο υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός*: που οφείλεται σε ανεπαρκή έκκριση των γοναδοτροπινών, με συνέπεια την ανεπαρκή διέγερση των διάμεσων

- κυττάρων του Leydig και του σπερματικού επιθηλίου και με τελικό αποτέλεσμα τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης και την υπογονιμότητα.
- ii. *Ο υπεργοναδικός υπογοναδισμός:* που περιλαμβάνει την βλάβη ενδοκρινούς - εξωκρινούς λειτουργίας των όρχεων (ευνουχισμός, ανορχία, ατροφία όρχεων, βλάβες των γονάδων από ακτινοβολία και κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις) και β. την βλάβη εξωκρινούς λειτουργίας (βλάβες από χημικές ουσίες-υψηλή θερμοκρασία, Σύνδρομο Del Castillo ή μόνο κύτταρα Sertoli).
 - iii. *Η σωληναριακή ανεπάρκεια στα αγόρια:* η οποία παρατηρείται σε αγόρια νεαρής ηλικίας και οφείλεται σε ελαττωμένη έκκριση FSH. Αυτό περιλαμβάνει νόσους της υπόφυσης, υπερβολικές δόσεις ανδρογόνων, αυξημένες δόσεις γλυκοκορτικοστεροειδών και αιμοχρωμάτωση.
 - iv. *Οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδούς:* ο υποθυρεοειδισμός και ο υποθυρεοειδισμός προκαλούν διαταραχές στη σπερματογένεση. Οι διαταραχές αυτές προκαλούνται λόγω της έκκρισης της GnRH.
 - v. *Ο σακχαρώδης διαβήτης :* Στο νεανικό σακχαρώδη διαβήτη παρατηρείται ελάττωση της κινητικότητας και της εκατοστιαίας αναλογίας των σπερματοζωαρίων με φυσιολογική μορφολογία. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την υπογονιμότητα.
 - vi. *Η υπερπρολακτιναιμία:* Η υπερπρολακτιναιμία οφείλεται συνήθως σε πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό, σε διάφορα φάρμακα, σε βλάβες του υποθαλάμου και σε υποφυσιακά αδενώματα. Τα συμπτώματα που προκαλεί είναι η ελάττωση της libido, η γυναικομαστία, η αδυναμία στύσης και εκσπερμάτισης, η ελάττωση του μεγέθους του προστάτη, η γαλακτόρροια, κ.α

2.2.3 Χρωμοσωμικές ανωμαλίες

Στις χρωμοσωμικές ανωμαλίες περιλαμβάνονται (Sillo-Seidl, 1971):

A. *το σύνδρομο Klinefelter:* το οποίο αποτελεί την πιο συχνή από τις χρωμοσωματικές που συνοδεύεται από υπογονιμότητα και οφείλεται στην ύπαρξη ενός υπεράριθμου χρωμοσώματος X.

Οι τυπικές μορφές εκδήλωσης πριν από την εφηβεία είναι δυσανάλογα μακρά άκρα, διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς και σπάνια από πνευματική καθυστέρηση. Μετεφηβικά παρατηρείται ελάττωση της τρίχας στο σώμα, μικρό πέος, γυναικομαστία, μικρή μυϊκή ανάπτυξη και ευνουχοειδική εμφάνιση. Στους ενήλικες εκδηλώνεται με μικρούς και σκληρούς όρχεις, αζωοσπερμία, τείνουν να ψηλώνουν

πάνω από το κανονικό, έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν ήπιο σακχαρώδη διαβήτη, κισσούς, καρκίνο του μαστού και χρόνια πνευμονοπάθεια.

B. Το σύνδρομο Ψευδοκlinefelter: Οι ασθενείς με Ψευδοκlinefelter έχουν φυσιολογικό καρύοτυπο, ελαφρά αύξηση γοναδοτροπινών στον ορό και υαλινοποίηση των σπερματικών σωληναρίων. Η σεξουαλική δραστηριότητα και οι δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου είναι σχεδόν φυσιολογικά εν συγκρίσει με τους ασθενείς που εμφανίζουν το σύνδρομο Klinefelter.

Γ. Τρισωμία ΧΥΥ: Στην περίπτωση της Τρισωμίας ΧΥΥ το σπέρμα είναι φυσιολογικό ή παρουσιάζει αζωοσπερμία. Οι ασθενείς με Τρισωμία ΧΥΥ εμφανίζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, μεγάλο ύψος και φλυκταινώδη ακμή.

2.2.4 Ανοσολογικές διαταραχές

Μελέτες που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο έχουν δείξει ότι τα σπερματοζωάρια εμφανίζουν αντιγονικά στοιχεία τα οποία πυροδοτούν την παραγωγή αντισωμάτων, όταν έρθουν σε επαφή με το ανοσολογικό σύστημα (Pshyrembel, 1968).

Στους φυσιολογικούς άνδρες τα σπερματοζωάρια εξέρχονται από το γεννητικό σύστημα και δεν έρχονται σε επαφή με άνοσα κύτταρα, για το λόγο αυτό δεν υπάρχουν αντισώματα κατά των σπερματοζωαρίων. Σε περιπτώσεις όπως η φλεγμονή ή ο τραυματισμός του όρχεως, άλλες παθολογικές καταστάσεις, κ.α, υπάρχει το ενδεχόμενο της ενεργοποίησης ανοσολογικών μηχανισμών, με αποτέλεσμα την παραγωγή αντισωμάτων (αντισπερματικά αντισώματα, ετεροαντισώματα, ορχικά αντισώματα, κυτταροτοξικά αντισώματα) κατά των σπερματοζωαρίων. Τα αντισώματα αυτά εμποδίζουν, χωρίς να αποκλείουν τη δυνατότητα γονιμοποίησης.

2.2.5 Ιδιοπαθής ανεπάρκεια σπερματικού επιθηλίου

Η Ιδιοπαθής ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου είναι διάγνωση 'έξ αποκλεισμού. Αυτό σημαίνει ότι γίνεται αφού αποκλειστούν όλα τα γνωστά αίτια της ανδρικής υπογονιμότητας. τα πιθανά αίτια για την ιδιοπαθή ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου είναι:

1. ακτινοβολίες, υψηλή θερμοκρασία και τοξικές ουσίες.
2. κακή διατροφή, μακροχρόνια νηστεία και μακροχρόνια λήψη φαρμάκων.

3. μικροαγγειακές βλάβες του τύπου αρτηριοσκλήρυνσης στα ενδοορχικά αρτηριόλια και βαθμιαία ισχαιμική βλάβη του σπερματικού επιθηλίου, με την πάροδο της ηλικίας.

4. υποκλινικές μορφές ανεπαρκούς ορμονικής διέγερσης του σπερματικού επιθηλίου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αίτια ανδρικής υπογονιμότητας σε ποσοστό εμφάνισης τους (Ματαλλιωτάκης κα, 2001):

ΙΑΣΕ	32%
Κιρσοκήλη	17%
Ενδοκρινικά αίτια	9%
Λοιμώξεις	9%
Κρυσορχία	8%
Συστηματικά νοσήματα	5%
Αντισπερματικά αντισώματα	4%
Όγκοι όρχεων	2%
Απόφραξη	1%
Άλλες αιτίες	7%

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν αρνητική επίδραση στην γονιμότητα.

Η υπογονιμότητα είναι μια κατάσταση η οποία εκτός από τους ιατρικούς παράγοντες επηρεάζεται και από πολλούς άλλους εξωτερικούς παράγοντες. Οι εξωτερικοί παράγοντες που έχουν αρνητική επίδραση στην γονιμότητα μελετούνται τις τελευταίες δεκαετίες και κάποιοι από αυτούς παρόλο που θεωρούνται ότι επηρεάζουν την γονιμότητα, δεν είναι ευρέως αποδεκτοί. Στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται η ηλικία του ζευγαριού, η κατανάλωση καφεΐνης, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, το περιβάλλον, κάποια φάρμακα, κτλ.

3.1 Η επίδραση της ηλικίας στην γυναικεία υπογονιμότητα

Η γυναίκα στη σημερινή εποχή, λόγω καριέρας και επαγγελματικών υποχρεώσεων, ενδιαφέρεται να αποκτήσει παιδιά ύστερα από την ηλικία των 30 ετών. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η διερεύνηση των αιτιών της ελάττωσης της γονιμοποιητικής ικανότητας της γυναίκας σε σχέση με την ηλικία της, έτσι ώστε ο γιατρός να μπορεί να συμβουλεύει καλύτερα τις ασθενείς του. Η ηλικία της γυναίκας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επιτυχή έκβαση της εγκυμοσύνης.

Η ικανότητα της γυναίκας να γονιμοποιήσει ελαττώνεται προοδευτικά με το πέρασμα της ηλικίας. Η γονιμότητα μειώνεται ύστερα από την ηλικία των 30 και κυρίως των 35 ετών (Martin et al., 2001). Ύστερα από την ηλικία των 37 ετών παρατηρείται προοδευτική εξάντληση των ωοθυλακίων και συνεπώς της ωοθήκης. Μετά την ηλικία των 40-41 χρόνων, η ποιότητα των ωαρίων φθίνει και γι' αυτό είναι πολύ πιο δύσκολο να γονιμοποιηθούν έστω και από υγιές σπέρμα (Stovall et. Al., 1991).

Εκτός από την ικανότητα της γυναίκας να τεκνοποιήσει, με το πέρασμα της ηλικίας παρατηρούνται και άλλα προβλήματα. Όσο αυξάνεται η ηλικία της γυναίκας τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα γέννησης ενός παιδιού με κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία, όπως είναι το σύνδρομο Down (Erickson, 1978). Ακόμη, το ποσοστό αποβολών αυξάνεται με την ηλικία, με αποτέλεσμα τη μείωση του συνολικού δυναμικού γονιμότητας των μεγαλύτερων γυναικών. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε υγιείς πληθυσμούς έδειξαν ότι το ποσοστό των αυτόματων αποβολών σε γυναίκες άνω των 40 ετών ανέρχεται στο ποσοστό του 30% (Yeko, et al., 1991). Αυτό το ποσοστό είναι ίσως χαμηλότερο από το πραγματικό, επειδή, πολλές φορές οι πρώιμες αποβολές δεν αναγνωρίζονται. Αύξηση του ποσοστού

αποβολών σε μεγαλύτερη ηλικία έδειξαν και άλλες μελέτες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για γυναίκες 20-29 ετών τα ποσοστά αποβολών κυμαίνονται σε ποσοστό 7-15%, ενώ για γυναίκες άνω των 40 ετών τα ποσοστά ξεπερνούν το 40% (Yecko, et al., 1991).

Η αύξηση του ποσοστού αποβολών με το πέρασμα της ηλικίας παρατηρείται ακόμη και σε χρωμοσωμικά υγιή και σε χρωμοσωμικά παθολογικά κυήματα (Yecko, et al., 1991). Η προχωρημένη ηλικία αυξάνει την ανευλοειδία και τον αριθμό των εμβρύων με ανώμαλη εμφάνιση. Οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα υπό ή υπερπλοειδίες (Roman, 1982).

Είναι πολύ σημαντικό η διερεύνηση της υπογονιμότητας να ολοκληρώνεται σύντομα στις γυναίκες άνω των 30 ετών, ώστε να ξεκινάει γρηγορότερα η θεραπευτική προσέγγιση.

Στην αιτιολογία της γυναικείας υπογονιμότητας εμπλέκονται διάφοροι γενικοί παράγοντες. Καθοριστικό ρόλο παίζουν τα προβλήματα του τραχηλικού, του ενδοκρινικού και του σαλπιγγικού παράγοντα. Στα ποσοστά ευθύνης των παραγόντων αυτών ενοχοποιείται ο σαλπιγγικός παράγοντας σε ποσοστό που ανέρχεται σε 20-30%, σε ποσοστό 5% ο τραχηλικός παράγοντας, σε ποσοστό 15% τα προβλήματα ωοθυλακιορρηξίας και σε ποσοστό 10-20% οι μεταβολικοί παράγοντες, η μήτρα, ανοσολογικά ή άγνωστα προβλήματα (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001).

3.2 Η επίδραση της ηλικίας στην ανδρική υπογονιμότητα

Το ενδιαφέρον για την επίδραση της ηλικίας στην γονιμότητα του άνδρα παρουσιάζει αύξηση τα τελευταία χρόνια, καθώς ολοένα και περισσότεροι άνδρες επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά σε προχωρημένη ηλικία. Τα προβλήματα που συνδέονται με μια τέτοια απόφαση είναι πολλά. Η χρήση φαρμάκων και η νοσηρότητα που ασκούν επίδραση στη γονιμότητα είναι αυξημένες στην προχωρημένη ηλικία. Συχνά παρατηρούνται και διαταραχές της στύσης, οι οποίες επιδεινώνουν την κατάσταση. Επίσης, η ψυχολογική πλευρά των ανδρών αυτών που δημιουργείται από τον περιορισμό των ευκαιριών και των δυνατοτήτων της ζωής τους καθώς και το άγχος για την απόκτηση παιδιού επιδρούν αρνητικά στην γονιμότητα (Ducot et.al., 1988)

Αντίθετα με τα όσα πιστεύαμε μέχρι σήμερα, η ηλικία του πατέρα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την υγεία του παιδιού. Υπήρχε πάντα η πεποίθηση ότι οι ανωμαλίες που τυχόν παρουσιάζονται στο έμβρυο σχετίζονται με την ηλικία της

μητέρας. Παλαιότερα μάλιστα, η ηλικία του πατέρα δεν αναφερόταν καθόλου στο ιστορικό του εμβρύου. Είναι γεγονός ότι με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται έκπτωση της γοναδικής λειτουργίας στον άνδρα, η λειτουργία της οποίας είναι πολυπαραγοντική (Schwartz et.al., 1983).

Οι άνδρες ηλικίας 59 έως 74 ετών, βρέθηκαν να παρουσιάζουν περισσότερες ανωμαλίες του αριθμού και της δομής των χρωμοσωμάτων σε σύγκριση με άνδρες ηλικίας από 23 έως 39 ετών (Erickson,1978). Οι ανωμαλίες αυτές είναι σημαντικές διότι επηρεάζουν τη γονιμότητα. Η αύξηση της ηλικίας μπορεί να συντείνει και στην αύξηση των προβλημάτων στειρότητας που οφείλονται σε λόγους που προκαλούνται από τις ανωμαλίες των σπερματοζωαρίων.

Οι ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων των σπερματοζωαρίων σχετίζονται με προβλήματα σύλληψης, αποβολών και με εκ γενετής ανωμαλίες στα παιδιά (Munne et. al., 1995).

Σύμφωνα και με άλλες έρευνες οι ανωμαλίες των χρωμοσωμάτων των σπερματοζωαρίων των ανδρών, αρχίζουν να εμφανίζονται συχνότερα στους άνδρες από την ηλικία των 40 ετών (Schwartz et.al., 1983).

Έχουν αναφερθεί διαταραχές στο επίπεδο των όρχεων και στο επίπεδο του υποθαλάμου. Ακόμη, διαταραχές στους υπόλοιπους ενδοκρινείς αδένες και στην έκκριση ορμονών(αυξητική ορμόνη κ.α.) φαίνεται να επιτείνουν την παθολογική έκκριση ανδρογόνων και τη βιοδραστικότητά τους. Η ποιότητα του σπέρματος δεν παρουσιάζει μεγάλες αλλαγές στις προχωρημένες ηλικίες. Σύμφωνα με έρευνες βρέθηκε ελάττωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων ανά εκσπερμάτιση κατά 30% μόνο μετά την ηλικία των 70 ετών και μια επιπλέον μείωση κατά 20% στην ηλικία των 80 ετών (Ματαλλιωτάκης κ.α., 2001, Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, σελ.154). Παρατηρείται επίσης μείωση στην κινητικότητα και την μορφολογία των σπερματοζωαρίων στους άνδρες προχωρημένης ηλικίας. Οι τιμές αυτών όμως, παρότι μειωμένες, παραμένουν μέσα στα φυσιολογικά όρια γι' αυτό και δεν επηρεάζουν την γονιμότητα του ζευγαριού.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι ο άνδρας παραμένει γόνιμος και σε προχωρημένη ηλικία, καθώς βλέπουμε ότι ενώ η ηλικία επηρεάζει αρνητικά την μορφολογία και την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων, δεν επηρεάζει την πιθανότητα εγκυμοσύνης.

3.3 Η επίδραση του καπνίσματος στην γυναικεία υπογονιμότητα

Το κάπνισμα τσιγάρου περιέχει πάνω από 2500 χημικά συστατικά, συμπεριλαμβανομένου νικοτίνης, μονοξειδίου καθώς και αναγνωρισμένες καρκινογόνες ουσίες όπως το polonium 210 (Stillman et al., 1986). Τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό κάπνισμα οδηγούν στην απορρόφηση αυτών των ουσιών μέσω του κυκλοφοριακού συστήματος και των πνευμονικών αγγείων. Οι δυσμενείς καταλήξεις της αναπαραγωγής που σχετίζονται με το κάπνισμα τσιγάρου έχει μεγάλη σημασία για την υγεία και την κοινωνική πολιτική. Η διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα μπορούσε να αποτρέψει το 17%-26% των γεννήσεων βρεφών με χαμηλό σωματικό βάρος, το 7%-10% πρόωρων αποβολών και το 5%-6% θανάτων στη γέννα (Husten et al., 1996). Μέχρι και σήμερα η επίδραση που έχει το κάπνισμα στο αναπαραγωγικό σύστημα έχει μελετηθεί πολύ λιγότερο σε σχέση με τις επιδράσεις του καπνίσματος σε καρδιολογικά νοσήματα και σε διάφορες μορφές καρκίνου.

Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τις αρνητικές επιδράσεις του καπνίσματος στην γονιμότητα. Ο Laurent και οι συνεργάτες του σε μια αναδρομική μελέτη που πραγματοποίησαν εξέτασαν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείας υπογονιμότητας σε ένα δείγμα 2714 γυναικών (Laurent et al., 1992). Η υπογονιμότητα ορίστηκε ως το συνεχόμενο διάστημα 24 μηνών με ελεύθερες σεξουαλικές επαφές, χωρίς επιτυχία σύλληψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κάπνισμα ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα σχετίστηκε με αυξανόμενο ρίσκο πρόωρης υπογονιμότητας και παρατηρήθηκε μια συσχέτιση. Οι καπνίστριες είχαν χαμηλότερες πιθανότητες σύλληψης κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, με την μεγαλύτερη διαφορά να παρατηρείται μεταξύ των 4 και 9 μηνών. Μετά από μια δεκαετία, το άθροισμα των εγκυμοσύνων ήταν το ίδιο και για τις καπνίστριες και για τις μη καπνίστριες, δείχνοντας ότι το κάπνισμα καθυστερεί τον χρόνο σύλληψης.

Σε μια άλλη μελέτη ο Olsen και οι συνεργάτες του υπολόγισαν τον χρόνο σύλληψης σε 3623 γυναίκες που είχαν πρόσφατα γεννήσει με τοκετό (Olsen et al., 1983). Οι αναλύσεις των αποτελεσμάτων έδειξαν ότι το κάπνισμα σχετίζεται με μια καθυστέρηση στο χρόνο σύλληψης περισσότερη του ενός έτους. Η θεωρία της επιλεκτικής μνήμης ίσως θα πρέπει να ληφθεί υπόψη διότι, από τις γυναίκες ζητήθηκε να αναφέρουν τις συνήθειές τους σε σχέση με το κάπνισμα για τα τελευταία 1 έως 3 χρόνια.

Σε μια ακόμη μελέτη που πραγματοποίησε ο Joesoef και οι συνεργάτες του επικεντρώθηκαν στις επιδράσεις του καπνίσματος τσιγάρου στον χρόνο καθυστέρησης σύλληψης σε δείγμα 2817 γόνιμων γυναικών, οι οποίες είχαν γεννήσει ζωντανό παιδί και η εγκυμοσύνη τους ήταν προγραμματισμένη (Joesoef et al., 1993) . Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι ο μέσος χρόνος αναμονής του χρόνου σύλληψης ήταν 4.3 μήνες για τις γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ και 5.1 μήνες για τις γυναίκες που κάπνιζαν. Καμία καθυστέρηση στον χρόνο σύλληψης δεν βρέθηκε στις γυναίκες που ήταν καπνίστριες στο παρελθόν.

Ο Howe και οι συνεργάτες του στα πλαίσια της έρευνας που πραγματοποίησαν μελέτησαν για 5 χρόνια 17032 λευκές γυναίκες 25-39 ετών από 17 κλινικές Οικογενειακού Προγραμματισμού (Howe et al., 1985). Μετά από χρόνια παρατηρήθηκε ότι το κάπνισμα είναι ένας παράγοντας που σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα. 5 χρόνια μετά την διακοπή της χρήσης αντισυλληπτικών το 10.7% των γυναικών που κάπνιζαν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα απέτυχαν να έχουν μια πετυχημένη κύηση σε σύγκριση με το 5.4 των γυναικών που δεν κάπνιζαν. Μια επίδραση του καπνίσματος στην γονιμότητα ήταν φανερή στις γυναίκες που κάπνιζαν από 16 και πάνω τσιγάρα την ημέρα, ενώ τα επίπεδα γονιμότητας μεταξύ των γυναικών που είχαν σταματήσει το κάπνισμα και εκείνων που δεν είχαν καπνίσει ποτέ δεν είχαν κάποια σημαντική διαφορά. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην γενίκευση αυτών των αποτελεσμάτων, επειδή το δείγμα ήταν μια συγκεκριμένη ομάδα γυναικών (λευκές, παντρεμένες, συμμετείχαν εθελοντικά και συνεργάζονταν με κλινικές Οικογενειακού Προγραμματισμού).

Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που ξεκίνησαν το κάπνισμα σε αρκετά νεαρή ηλικία έχουν αυξημένες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν προβλήματα υπογονιμότητας (Laurent et al., 1992) .

Μια συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της καθυστέρησης στον χρόνο σύλληψης έχει επιβεβαιωθεί σε κάποιες άλλες μελέτες (Joesoef et al., 1993; Olsen et al., 1983; Sunio et al., 1990) . Ο Suono με την ομάδα του διεξήγαγε μια μελέτη κατά την οποία εξέτασαν 2198 γυναίκες κατά τη διάρκεια της 20^{ης} εβδομάδας της κύησής τους και συνέλεξαν δεδομένα για τις συνήθειές τους σχετικά με το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη και τον χρόνο σύλληψης, αφού είχαν διακόψει τη χρήση αντισυλληπτικών. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι το κάπνισμα του τσιγάρου έχει σχέση με μια σημαντική καθυστέρηση στο χρόνο σύλληψης.

Είναι όμως γεγονός ότι δεν έχουν καταλήξει όλες οι μελέτες στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα τσιγάρου έχει δυσμενείς συνέπειες στη γονιμότητα. Στην μελέτη που πραγματοποίησε ο Mouzon και οι συνεργάτες του μελέτησαν 1887 ζευγάρια που επιθυμούσαν να πετύχουν σύλληψη για διάστημα άνω των 12 μηνών (De Mouzon et al., 1988). Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν έδειξαν κάποιου είδους συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και του καπνίσματος. Σε μια άλλη μελέτη οι Harlap και Barras εξέτασαν 5880 γυναίκες που μόλις είχαν γεννήσει και που είχαν σταματήσει να χρησιμοποιούν αντισύλληψη για να συλλάβουν. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι το κάπνισμα δεν έχει καμία δυσμενή επίδραση στη γονιμότητα. Οι μελέτες των De Marzan και Harlap επικεντρώθηκαν σε δείγμα γυναικών που προγραμματίζαν να μείνουν έγκυες και θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το ενδεχόμενο να άλλαξε η συνήθεια των γυναικών αυτών, μειώνοντας ίσως το κάπνισμα, ενώ προσπαθούσαν να συλλάβουν παιδί (De Mouzon et al., 1988; Harlap et al., 1984).

Κάνοντας μια συλλογική ανασκόπηση στην υπάρχουσα βιβλιογραφία παρατηρούμε ότι πράγματι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος τσιγάρου και της υπογονιμότητας. Παρόλο που η συσχέτιση αυτή είναι μικρή, η σχέση η οποία παρατηρήθηκε σε πολλές μελέτες αποτελεί μια πειστική επιδημιολογική απόδειξη. Η συνέχεια αυτών των αποτελεσμάτων είναι ικανοποιητική παρόλο που δεν είναι εντελώς ομοιόμορφο. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η διακοπή του καπνίσματος επαναφέρει τις πιθανότητες σύλληψης στο επίπεδο ενός μη καπνιστή, υποδηλώνοντας ότι οι δυσμενείς επιδράσεις του καπνίσματος είναι εν δυνάμει αναστρέψιμες.

Το ενδεχόμενο ότι η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και μειωμένης γονιμότητας είναι αποτέλεσμα μη μετρήσιμων μεταβλητών θεωρείται πιθανό. Οι μεταβλητές που χρειάζονται περαιτέρω μελέτη και έρευνα είναι η χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση αλκοόλ και καφεΐνης και το ιστορικό σεξουαλικών σχέσεων. Η επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην γονιμότητα είναι ένας ακόμη παράγοντας που θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο.

3.4 Η επίδραση του καπνίσματος στην ανδρική υπογονιμότητα

Οι επιδράσεις του καπνίσματος στην ανδρική υπογονιμότητα έχει μελετηθεί ευρέως τα τελευταία χρόνια με μελέτες σε αναλύσεις σπέρματος. Στην έρευνα που πραγματοποίησε ο Stillman βρέθηκε ότι η ποσότητα σπέρματος στους καπνιστές ήταν 13%-17% χαμηλότερη, η ζωτικότητα του σπέρματος 20% χαμηλότερη και η

μορφολογία μειωμένη κατά 17%, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές (Stillman et al., 1986).

Στην μελέτη του Sofikits και της ομάδας του τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η λειτουργία και το ποσοστό των φυσιολογικών μορφολογικά σπερματοζωαρίων των καπνιστών ήταν σε σημαντικό βαθμό πιο μειωμένα από ότι στους μη καπνιστές (Sofikitis et al., 1995) . Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί πως με την διακοπή του καπνίσματος οι παραπάνω μειωμένοι παράγοντες σπέρματος αυξάνονται σημαντικά.

Όλοι οι άνδρες θα πρέπει να ενθαρρύνονται για να σταματήσουν το κάπνισμα. Αυτό είναι ίσως ιδιαίτερα σημαντικό στους άνδρες με όχι και τόσο καλή ποιότητα σπέρματος και σε ζευγάρια με ανεξήγητη υπογονιμότητα. Σε 4 μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για την επίδραση του καπνίσματος στην ανδρική υπογονιμότητα δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών παραμέτρων (Baird et al., 1985; De Mouzon et al., 1988; Joffe et al., 1994; Tokuhata, 1968). Σε μια μελέτη ενώ βρέθηκαν μειωμένα ποσοστά γονιμότητας τα ποσοστά εγκυμοσύνης ήταν ανεπηρέαστα (Hughes et al., 1994). Το κάπνισμα επηρεάζει το γενετικό υλικό, το DNA, των σπερματοζωαρίων.

Σε άνδρες που υποφέρουν από στειρότητα και τυγχάνουν θεραπευτικής αντιμετώπισης, οι πιθανότητες επιτυχίας των μεθόδων αντιμετώπισης της στειρότητας μειώνονται στους άνδρες οι οποίοι καπνίζουν. Γερμανοί γιατροί ανακοίνωσαν στο ετήσιο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας ότι ορισμένες μέθοδοι εξωσωματικής γονιμοποίησης που χρησιμοποίησαν, αποτυγχάνουν συχνότερα σε άνδρες που καπνίζουν παρά σε μη καπνιστές.

Το συμπέρασμά τους είναι ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία της γονιμοποίησης. Επίσης λόγω των ανωμαλιών που προκαλεί η κακή αυτή συνήθεια στο DNA του σπερματοζωαρίου, πιθανότατα έχει και αρνητικές επιδράσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου (Hughes et al., 1994).

Είναι σημαντικό να αντιληφθούν όλοι, αλλά και ιδιαίτερα τα ζευγάρια με πρόβλημα υπογονιμότητας, ότι το κάπνισμα δεν βοηθά αλλά εμποδίζει περισσότερο τις προσπάθειές τους για τεκνοποίηση. Και δεν πρέπει να ξεχνούν ότι οι αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος στο παιδί μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του τόσο κατά την εμβρυϊκή φάση όσο και μετά όταν θα γεννηθεί.



3.5 Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και υπογονιμότητα

Ο αλκοολισμός είναι μια χρόνια, εξελισσόμενη, θεραπεύσιμη ασθένεια. Όπως είναι γνωστό για τις περισσότερες χρόνιες ασθένειες, η επιτυχία στην θεραπεία αυξάνεται όσο πιο νωρίς γίνει η διάγνωσή της (Olsen et al., 1997). Το αλκοόλ, και ειδικότερα η χρόνια χρήση αλκοόλ θεωρείται ένας παράγοντας που ενοχοποιείται για την ανάπτυξη γυναικολογικών προβλημάτων (Wilsnack et al., 1986). Αρκετές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο ενδεχόμενο να κάποια υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της γονιμότητας. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες (Wilsnack et al., 1986; Olsen et al., 1997), οι οποίες μελετούσαν την συμπεριφορά γυναικών σχετικά με τη χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της ζωής τους, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που έκαναν κατάχρηση αλκοόλ βρίσκονταν κάποια στιγμή της ζωής τους αντιμέτωπες με προβλήματα γονιμότητας. Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποίησαν η Jensen και οι συνεργάτες της (Jensen et al., 1998), μελετήθηκαν οι επιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην πιθανότητα σύλληψης παιδιού, σε 430 ζευγάρια Δανών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα στις γυναίκες, ακόμη και αν η κατανάλωση είναι 5 ή λιγότερα ποτήρια εβδομαδιαίως.

Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποίησε ο Buck με τους συνεργάτες του, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας πιθανός παράγοντας που σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα (Buck et al., 1992). Τα αποτελέσματα μιας μεγάλης Ευρωπαϊκής μελέτης (Olsen et al., 1991) έδειξαν ότι γυναίκες που ήθελαν να κάνουν παιδί και κατανάλωναν πάνω από 14 αλκοολούχα ποτά την εβδομάδα καθυστέρησαν να συλλάβουν παιδί σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κατανάλωναν αλκοόλ. Συσχέτιση μεταξύ της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ και της υπογονιμότητας αναφέρονται και σε άλλες μελέτες (Hakim et al., 1998). Υπάρχουν και κάποιες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ δεν έχει αρνητικές επιδράσεις στην γονιμότητα. Στην μελέτη του Olsen και των συνεργατών του, οι οποίοι μελέτησαν ζευγάρια που υποβάλλονταν σε θεραπεία

για υπογονιμότητα δεν βρέθηκε καμία αρνητική επίδραση στην γονιμότητα σε σχέση με την μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (Olsen et al., 1983). Με το συμπέρασμα αυτό συμφωνούν και άλλοι ερευνητές (Joeseff et al., 1993; Curtis et al., 1997). Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποίησε ο Florack με τους συνεργάτες του σε 259 ζευγάρια που σχεδίαζαν να κάνουν παιδί επικεντρώθηκαν στην γενικότερη συμπεριφορά τους και τον τρόπο ζωής (καπνιστική συνήθεια, κατανάλωση αλκοόλ, κατανάλωση καφεΐνης) τελευταίους μήνες πριν τη σύλληψη. Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ των γυναικών δεν συνδέθηκαν με μειωμένα επίπεδα γονιμότητας, ενώ για τους άντρες βρέθηκε ότι η κατανάλωση 10 αλκοολούχων ποτών εβδομαδιαίως είχε θετική επίδραση στην γονιμότητα, συγκρινόμενη με τους άντρες οι οποίοι κατανάλωναν λιγότερο από 10 ποτά την (Florack et al., 1994).

Συμπερασματικά, παρατηρούμε πως οι επιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην υγεία των γυναικών και γενικότερα στο αναπαραγωγικό σύστημα μπορεί να είναι σημαντικές, γι'αυτό οι γυναίκες που σκοπεύουν να κάνουν παιδί θα πρέπει να αποφεύγουν το αλκοόλ και γενικότερα να ακολουθούν έναν υγιή τρόπο ζωής.



3.6 Κατανάλωση καφεΐνης και υπογονιμότητα

Το ερώτημα αν η κατανάλωση καφεΐνης έχει αρνητικές επιδράσεις στην γονιμότητα έχει απασχολήσει τους επιστήμονες και το πλατύ κοινό κατά τα τελευταία 20 χρόνια. Έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες έρευνες για το ερώτημα αυτό.

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που υποστηρίζουν ότι η υπογονιμότητα σχετίζεται με την κατανάλωση καφεΐνης (Olsen et al., 1991; Florack et al., 1994 ; Bolumar et al., 1997).

Στην έρευνα που πραγματοποίησε ο Bolumar (Bolumar et al., 1997) με τους συνεργάτες του μελετήθηκαν οι επιδράσεις της κατανάλωσης καφεΐνης στην υπογονιμότητα. Συλλέχθηκαν πληροφορίες από ένα δείγμα 3,187 γυναικών ηλικίας 24-44 ετών από 5 ευρωπαϊκές χώρες (Δανία, Γερμανία, Ιταλία, Πολωνία, Ισπανία) από τον Αύγουστο του 1991 μέχρι τον Φεβρουάριο του 1993. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα κατανάλωσης καφεΐνης έχουν αρνητική επίδραση στην γονιμότητα και αποτελούν έναν πιθανό αίτιο για την καθυστέρηση σύλληψης παιδιού.

Ειδικότερα, για τις γυναίκες που κατανάλωναν περισσότερα από 500 mg καφεΐνης ημερησίως τα ποσοστά υπογονιμότητας παρουσίασαν σημαντική αύξηση, ιδιαίτερα στις καπνίστριες σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες. Επίσης, για τις γυναίκες που κατανάλωναν τα υψηλότερα επίπεδα καφεΐνης ημερησίως βρέθηκε μια αύξηση της τάξεως του 11% στον χρόνο αναμονής της σύλληψης. Να σημειωθεί ότι αυτές οι συσχετίσεις παρατηρήθηκαν και στις 5 χώρες.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποίησε ο Olsen με τους συνεργάτες του (Olsen et al., 1991) συμμετείχαν 11,888 γυναίκες από δυο πόλεις της Δανίας κατά τα έτη 1984 και 1987. Το ενδιαφέρον της μελέτης επικεντρώθηκε στη συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και διαφόρων παραγόντων του τρόπου ζωής των γυναικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και της κατανάλωσης καφεΐνης. Συγκεκριμένα οι γυναίκες που κατανάλωναν τουλάχιστον 8 φλιτζάνια καφέ την ημέρα ή (μεγάλη ποσότητα τσαγιού) σε συνδυασμό με την κατανάλωση τσιγάρων είχαν καθυστέρηση στην σύλληψη παιδιού για διάστημα ενός χρόνου ή και περισσότερο. Για τις γυναίκες όμως που δεν κάπνιζαν δεν βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ υπογονιμότητας και κατανάλωσης καφεΐνης. Παρατηρούμε δηλαδή ότι η υπογονιμότητα συσχετίστηκε με την ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης (ή τσαγιού) σε συνδυασμό με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων.

Επίσης, στην έρευνα του Florack και των συνεργατών του (1994) όπου συμμετείχαν 259 γυναίκες μελετήθηκαν οι επιδράσεις του τρόπου ζωής (της κατανάλωσης καφεΐνης, οινοπνευματωδών ποτών, αναψυκτικών, η καπνιστική συνήθεια, κτλ.) και των δυο συζύγων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και της κατανάλωσης καφεΐνης. Συγκεκριμένα η ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης 400-700 mg από την πλευρά των γυναικών σχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα υπογονιμότητας σε σύγκριση με τα χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης. Επίσης τα υψηλά επίπεδα ημερήσιας κατανάλωσης καφεΐνης από την πλευρά των συζύγων (> 700 mg) συνδέθηκαν με υπογονιμότητα.

Στην έρευνα που πραγματοποίησε η Curtis με την ομάδα της (1997) το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στις πιθανές επιδράσεις του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και καφεΐνης στην υπογονιμότητα σε ένα δείγμα 2,607 γυναικών. Όσον αφορά στην συσχέτιση της κατανάλωσης καφεΐνης και υπογονιμότητας τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρατηρήθηκε μια συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και της κατανάλωσης καφεΐνης στους άνδρες και στις γυναίκες που κατανάλωναν υψηλές ποσότητες καφεΐνης ημερησίως.

Αυτό που παρατηρούμε στο σύνολο των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί είναι ότι η κατανάλωση καφεΐνης σχετίζεται με υπογονιμότητα όταν τα επίπεδα ημερήσιας κατανάλωσης καφεΐνης είναι υψηλά. Δεν έχει γίνει καμία αναφορά που να συνδέει την μέτρια κατανάλωση καφεΐνης με την υπογονιμότητα.

Γενικότερα, οι ερευνητές συμφωνούν στο ότι οι δυσμενείς επιδράσεις της κατανάλωσης καφεΐνης στην γονιμότητα είναι ένα θέμα που χρήζει περαιτέρω επιστημονικής διερεύνησης προκειμένου να αποσαφηνιστεί (Curtis et al., 1997; Florack et al., 1994; Olsen et al., 1991). Είναι γεγονός ότι τα πράγματα δεν έχουν ακόμη ξεκαθαρίσει. Για το λόγο αυτό μια λογική προσέγγιση ανάλογα με την εξατομικευμένη κατάσταση του κάθε ζευγαριού μπορεί να βοηθήσει.

3.7 Ψυχολογικοί παράγοντες και υπογονιμότητα

Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί για το υπογόνιμο ζευγάρι, επειδή υπάρχει η επιβάρυνση της κοινωνίας, η επιβάρυνση των διαπροσωπικών σχέσεων του ζευγαριού μέσα στον γάμο, η σχέση του με τους συγγενείς και άλλα άτομα, η πίεση της υπογονιμότητας σε κάθε ένα από αυτά τα δύο άτομα του ζευγαριού, καθώς και η ψυχολογική πίεση όταν το ζευγάρι αυτό βρίσκεται μέσα στην διαδικασία μίας προσπάθειας για υποβοηθούμενη τεχνητή γονιμοποίηση (Pschyrembel, 1968).

Υπάρχει, επίσης, η βιολογική ανάγκη της γυναίκας και του άντρα για ένα παιδί, καθώς και το στρες της στέρησης αυτής της ψυχολογικής ανάγκης. Σε όλα αυτά θα πρέπει να προστεθεί και η επιβάρυνση της εξάρτησης από το γιατρό που βοηθά το ζευγάρι επειδή πολλές φορές αυτοί νομίζουν ότι αυτός είναι ο μόνος που μπορεί να τους βοηθήσει, να τους καταλάβει και να τους προσφέρει κάποιες ελπίδες. Μπορεί να νιώθουν την υποχρέωση να είναι καλοί ασθενείς, και να ξοδεύουν αρκετή ενεργητικότητα στην προσπάθεια προς αυτήν την κατεύθυνση. Έτσι λοιπόν, θα πρέπει να υιοθετηθούν τρόποι βελτίωσης της ποιότητας ζωής και μεγιστοποίησης των δυνατοτήτων.

Η συνύπαρξη υπογονιμότητας και ψυχολογικού στρες υποστηρίζεται και από επιστημονικές αποδείξεις (Wright et al., 1989; Seibel et al., 1982).

Υπάρχει μια γενική συμφωνία ότι κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν αρνητική επίδραση στην γονιμότητα (Leuthardt, 1971).

Στην έρευνα του Niels Henrik και των συνεργατών του το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην επίδραση του ψυχολογικού άγχους στον χρόνο της πρώτης εγκυμοσύνης. Στην έρευνα συμμετείχαν 430 ζευγάρια Δανών που σχεδίαζαν να κάνουν παιδί για πρώτη

φορά και παρακολουθούνταν από γιατρούς δυο Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ψυχολογικό στρες είναι ένας πιθανός παράγοντας μειωμένης γονιμότητας (Henriks, et al., 1999).

Σε περιόδους αυξημένου στρες παρατηρείται η γυναίκα να έχει στον κύκλο της αλλαγές και δυσκολίες. Διάφορα ψυχολογικά προβλήματα, μεγάλο άγχος ή μια ζωή πολύ ακατάστατη ενδέχεται να την εμποδίσουν να έχει καλή συχνότητα ωορρηξίας Η ψυχολογία δηλαδή μπορεί να επηρεάσει την ωορρηξία (Leuthardt, 1963).

Υπάρχουν κάποιες απόψεις και θεωρίες (Leuthardt, 1963) που υποστηρίζουν ότι η γονιμότητα ενδέχεται να επηρεαστεί από την αμφιθυμία, με άλλα λόγια την αβεβαιότητα του ζευγαριού σχετικά με το αν πραγματικά θέλει ένα παιδί ή εξαιτίας κάποιας υποσυνείδητης εχθρότητας εκ μέρους ενός από τους δύο.

Σύμφωνα με κάποιες άλλες θεωρίες (Pschyrembel, 1968) αυτό αποτελεί το μεγαλύτερο μύθο αναφορικά με τα προβλήματα της υπογονιμότητας, κάτι που ισχύει και για άλλα ιατρικά προβλήματα ή δυσκολίες. Οι θεωρίες αυτές υποστηρίζουν ότι το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να επηρεάσουν τη γενική κατάσταση του οργανισμού μας, αλλά κανένα ιατρικό πρόβλημα δεν μπορεί να αποδοθεί στον ψυχολογικό παράγοντα σε μια σχέση αιτίας-αιτιατού. Είναι γεγονός ότι υπάρχουν γυναίκες που ζουν σε απίστευτα στρεσογόνες συνθήκες -ακόμη και σε περίοδο πολέμου- και πάλι δεν δυσκολεύονται να συλλάβουν.

Συμπερασματικά, βλέπουμε ότι το ψυχολογικό στρες είναι ένας παράγοντας που μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην γονιμότητα, το καλύτερο όμως θα ήταν να αντιμετωπίζεται η κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

3.8 Φαρμακευτικοί παράγοντες και υπογονιμότητα

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα προστίθενται και οι φαρμακευτικοί παράγοντες (Sillo-Seidl, 1971).

Υπάρχουν φάρμακα που κυκλοφορούν στο εμπόριο για διάφορες χρήσεις και επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα γονιμότητας (Pschyrembel, 1968)

Τα φάρμακα αυτά είναι τα ακόλουθα:

Ψυχομμητικά, ψυχοθεραπευτικά, διεγερτικά ΚΝΣ

Φάρμακα εκκρινόμενα στο σπερματικό πλάσμα (μεθαδόνη, σουλφασαλαζίνη)

Φάρμακα τροποποιούντα τη διαδικασία της εκσπερμάτισης (ρεζερπίνη)

Συνθετικά στεροειδή του φύλου(οιστρογόνα, προγεστερινοειδή, ανδρογόνα)

Παράγοντες που επηρεάζουν τη βιολογική δράση των ανδρογόνων(σπιρονολακτόνη, φλουταμίδη)

Αντιμιτωτικά-αντιμειωτικά(κολχικίνη, ακυλιούντες παράγοντες)

Χημειοθεραπευτικά-κυτταροστατικά (κυκλοφωσφαμίδη)

Ανταγωνιστές H2 υποδοχέα(σιμετιδίνη)

Αγωνιστές και ανταγωνιστές Gn-RH.

3.9 Περιβαλλοντικοί παράγοντες και υπογονιμότητα

Η επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία και την αναπαραγωγική λειτουργία του ανθρώπου, διερευνάται λεπτομερώς τα τελευταία χρόνια. Πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ασκούν βλαπτική επίδραση σε ένα ή περισσότερα επίπεδα της αναπαραγωγικής λειτουργίας, ιδιαίτερα στον άνδρα με συνέπεια την διαταραχή της σεξουαλικής δραστηριότητας, της αναπαραγωγικής ικανότητας ή και των δυο μαζί. Είναι σαφές ότι η ρύπανση της ατμόσφαιρας έχει πολλαπλές αρνητικές επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία. Η μόλυνση του περιβάλλοντος που προκαλείται από τα καυσαέρια που εκπέμπονται από τις εξατμίσεις των αυτοκινήτων, μπορεί να επηρεάζει τη γονιμότητα λόγω του ότι προκαλεί αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα του σπέρματος

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών (Fady et al., 1998) φαίνεται ότι από τις νοσηρές ουσίες που απελευθερώνονται στον ατμοσφαιρικό αέρα, εκείνες οι οποίες έχουν τις πλέον δηλητηριώδεις επιδράσεις πάνω στην ποιότητα του σπέρματος, είναι τα οξείδια του αζώτου και ο μόλυβδος. Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι η συνεχής έκθεση σε ψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης λόγω των καυσαερίων που εκπέμπονται από τα αυτοκίνητα, προκαλεί ανωμαλίες της λειτουργικότητας του σπέρματος που μπορεί να είναι αιτία στειρότητας. Οι σοβαρές ποσοτικές μειώσεις του σπέρματος όπως επίσης και ποιοτικές αλλαγές όπως οι ανώμαλες μορφές και η φτωχή κινητικότητα, επηρεάζουν τη γονιμότητα.

Οι επιβλαβείς περιβαλλοντικοί παράγοντες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες (Fady et al., 1998):

1. φυσικοί
2. χημικοί
3. διαιτητικοί

Φυσικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες που ασκούν αρνητική επίδραση στην αναπαραγωγική λειτουργία είναι η ακτινοβολία σε τρία επίπεδα. Σε επαγγελματικό

επίπεδο, όπως η ακτινοβολία που δέχονται οι γιατροί της ειδικότητας της ακτινολογίας, γι' αυτό και δικαιούνται ειδική άδεια κάποιες ημέρες του έτους. Σε θεραπευτικό επίπεδο, όπως η ακτινοβολία που δέχονται οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες ή οποιοσδήποτε άνθρωπος από μια ακτινογραφία. Σε επίπεδο ατυχήματος, όπου μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε άνθρωπο οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του.

Ο δεύτερος φυσικός παράγοντας είναι τα μικροκύματα. Μικροκύματα εκπέμπουν τα ραντάρ καθώς και αρκετές από τις οικιακές συσκευές που υπάρχουν σε κάθε σπίτι.

Ο τρίτος φυσικός παράγοντας είναι η υψηλή θερμοκρασία. Υψηλή θερμοκρασία δέχονται κάποιοι επαγγελματίες όπως οι οδηγοί, οι αρτοποιοί και οι ηλεκτροσυγκολλητές.

Ο τέταρτος επιβλαβής περιβαλλοντικός παράγοντας είναι οι τραυματισμοί.

Οι χημικοί επιβλαβής περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι:

A. τα μέταλλα

-Μόλυβδος (εκτεθειμένοι στον μόλυβδο είναι οι εργάτες μεταλλείων, συνεργείων αυτοκινήτων και εργοστασίων μπαταριών)

-Κάδμιο (εκτεθειμένοι σε αυτή την ουσία είναι οι εργάτες πλαστικών)

-Υδράργυρος (εκτεθειμένοι στον Υδράργυρο είναι οι εργάτες παραγωγής μπαταριών, λαμπτήρων, χρωμάτων και αγροτικών φαρμάκων)

B. τα ορυκτέλαια (εκτεθειμένοι σε αυτά είναι οι εργάτες διυλιστηρίων)

Γ. συνθετικά στεροειδή (εκτεθειμένοι σε αυτά είναι οι εργάτες παραγωγής οιστρογόνων και αντισυλληπτικών)

Δ. εντομοκτόνα, ζιζανιοκτόνα (οργανοφωσφορικοί εστέρες, οργανοχλωρίνες)

E. αναισθητικά αέρια

ΣΤ. νευροτοξίνες (εκτεθειμένοι στις ουσίες αυτές είναι οι εργάτες παραγωγής μαξιλαριών από πολυουρεθάνη)

Οι διαιτητικοί επιβλαβής παράγοντες είναι τα συντηρητικά τροφίμων και οι χρωστικές ουσίες.

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Περιγραφή της έρευνας

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί η συχνότητα της υπογονιμότητας και της στειρότητας ενός τυχαίου δείγματος γεωγραφικά περιγεγραμμένου πληθυσμού της περιοχής της πόλης του Ηρακλείου.

Αξιολογήθηκε επίσης η ενδεχόμενη επίδραση διαφόρων παραγόντων στην υπογονιμότητα του ζευγαριού λαμβάνοντας υπόψη την διεθνή βιβλιογραφία. Τέτοιοι παράγοντες ήταν χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής των γυναικών και των συζύγων τους όπως το κάπνισμα, η ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης, οινοπνευματωδών ποτών κ.ά., το ωράριο εργασίας του συζύγου, η συχνότητα σεξουαλικών επαφών και η λεκτική πίεση που ενδεχομένως ασκείται στη γυναίκα προκειμένου να τεκνοποιήσει.

1.2 Υποθέσεις εργασίας

Λαμβάνοντας υπόψη την διεθνή βιβλιογραφία και τον σκοπό της έρευνας διατυπώθηκαν και ελέγχθηκαν οι ακόλουθες κύριες υποθέσεις εργασίας:

1. Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού σχετίζεται με μειωμένες πιθανότητες κύησης
2. Η πίεση που ασκούν στις γυναίκες πρόσωπα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται με περιορισμένες δυνατότητες κύησης
3. Η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού σχετίζεται με αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης
4. Η πίεση που ασκούν στις γυναίκες πρόσωπα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται με αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης

2. Υλικό & Μέθοδος

2.1 Πιλοτική μελέτη

Έπειτα από διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιέχει ερωτήματα για τον τρόπο ζωής των ερωτώμενων γυναικών, για πιθανά προβλήματα γονιμότητας των ίδιων και των συντρόφων τους, καθώς και γενικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα.

Πραγματοποιήθηκαν συζητήσεις με ειδικούς (γυναικολόγους, μαίες, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς) σχετικά με το θέμα της υπογονιμότητας και τα θέματα που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια που θέλουν να αποκτήσουν παιδί και έχουν δυσκολίες. Αφού μελετήθηκε η διεθνής βιβλιογραφία και παρόμοιες έρευνες που έχουν γίνει για το συγκεκριμένο θέμα, τέθηκαν κάποια ερωτήματα στους ειδικούς και δημιουργήθηκε το πιλοτικό ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό δόθηκε σε ειδικούς ερευνητές (γυναικολόγο και κοινωνικό επιστήμονα) για να εξετάσουν την καταλληλότητά του ώστε, να μπορεί να δοκιμαστεί ως πιλοτικό. Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 20 γυναίκες με σκοπό τον βαθμό κατανόησης και ανταπόκρισης των γυναικών σε αυτό. Το πιλοτικό ερωτηματολόγιο δεν χρειάστηκε να τροποποιηθεί, διότι από τα σχόλια των γυναικών που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα φάνηκε ότι το ερωτηματολόγιο αυτό ανταποκρίνεται σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό στο δείγμα.

2.2 Δειγματοληψία

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν 400 γυναίκες ηλικίας 21-45 ετών μιας γεωγραφικά προδιαγεγραμμένης περιοχής. Ως πεδίο της έρευνας ορίστηκε ο Δήμος Ηρακλείου. Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν από τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας οι χάρτες με τις μονάδες επιφάνειας και τα οικοδομικά τετράγωνα που εμπεριέχονται σε αυτές. Εν συνέχεια, κληρώθηκε μια μονάδα επιφάνειας από το Δήμο Ηρακλείου, η οποία μονάδα επιφάνειας περιείχε όμορα οικοδομικά τετράγωνα. Η μονάδα επιφάνειας που επιλέχθηκε έπειτα από τυχαία κλήρωση αποτελείται από νοικοκυριά των περιοχών Πόρος-Πατέλλες-Χρυσοπηγή. Από αυτή τη μονάδα επιφάνειας ρωτήθηκαν όλες περίπου οι γυναίκες γόνιμης ηλικίας.

2.3 Διαδικασία συμπλήρωσης ερωτηματολογίων

Η προσέγγιση των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα γινόταν πρωινές (9-12) και απογευματινές ώρες (6-8). Οι λόγοι που επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες ώρες ήταν αφενός για να συμμετέχουν στην έρευνα και νοικοκυρές και εργαζόμενες γυναίκες και αφετέρου για να μην ενοχλούνται σε ώρες κοινής ησυχίας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 20 έως 30 λεπτά. Ο ρόλος της ερευνήτριας ως υπεύθυνη για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν να αναφέρει -κατά την διανομή των ερωτηματολογίων- το αντικείμενο της έρευνας, τους σκοπούς της έρευνας καθώς και την επιστημονική αναγκαιότητά της ώστε, να πεισθούν οι

ερωτώμενες ότι θα συμβάλλουν με τις ακριβείς απαντήσεις τους στην διεξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων. Παράλληλα, όταν χρειαζόταν, έδινε περαιτέρω διευκρινήσεις όσον αφορά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

2.4. Ερωτηματολόγιο και μετρήσεις

Το οριστικό ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε 6 ενότητες.

2.4.1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το πρώτο μέρος αναφερόταν στο γενικό προφίλ των ερωτώμενων και αφορούσε κλειστές ερωτήσεις σχετικά με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία , η ύπαρξη προηγούμενου γάμου, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, το επάγγελμα, την απόκτηση παιδιών, την ύπαρξη σταθερής σεξουαλικής σχέσης και την ημερομηνία γέννησης του συζύγου(συντρόφου).

Επίσης στο μέρος αυτό μετρήθηκε η αντισυλληπτική συμπεριφορά των γυναικών και των συντρόφων τους(π.χ. χρήση αντισυλληπτικού χαπιού, ανδρικού προφυλακτικού,κτλ.).

2.4.2. Η πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε κλειστές ερωτήσεις που εκτιμούσαν την πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη της ερωτώμενης. Εάν η ερωτώμενη έχει μόνο ένα παιδί τότε ως πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη θεωρείται αυτή η μοναδική εγκυμοσύνη. Στην πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη περιλαμβάνονται και οι περιπτώσεις που μια κύηση τερματίστηκε με αποβολή, με εξωμήτρια κύηση ή με τη γέννηση νεκρού παιδιού. Στην κατηγορία της πιο πρόσφατης εγκυμοσύνης δεν περιλαμβάνεται η περίπτωση της έκτρωσης.

Τα ερωτήματα του δεύτερου μέρους αφορούσαν τον τρόπο τερματισμού της εγκυμοσύνης (π.χ. γέννηση παιδιού, αποβολή, εξωμήτρια κύηση), την ηλικία της γυναίκας τότε, το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε για να συλλάβει παιδί, την αντισυλληπτική συμπεριφορά των γυναικών και των συντρόφων τους (π.χ. χρήση αντισυλληπτικού χαπιού, ανδρικού προφυλακτικού, κτλ.), το χρονικό διάστημα χρήσης των μεθόδων αυτών καθώς και την σωστή χρήση τους.

2.4.3. Ζωή και εργασία κατά το χρόνο έναρξης της πιο πρόσφατης εγκυμοσύνης/ της απόφασης του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί.

Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιείχε κλειστές ερωτήσεις που μετρούσαν τον τρόπο ζωής και την απασχόληση του ζευγαριού στη διάρκεια της πλέον πρόσφατης εγκυμοσύνης. Η πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη μπορεί να αφορά στο πρώτο παιδί ή σε οποιοδήποτε άλλο παιδί. Ο τρόπος ζωής εκτιμήθηκε δίνοντας έμφαση σε συμπεριφορές διακινδύνευσης ή υγείας όπως:

1. την τρέχουσα απασχόληση, το ακριβές είδος της απασχόλησης, τον εβδομαδιαίο μέσο όρο απασχόλησης και το ωράριο(πρωί, απόγευμα, νύχτα ή κυκλικό ωράριο)
2. τη μηνιαία συχνότητα των σεξουαλικών επαφών του ζευγαριού
3. τη χρήση χαπιού ως αντισυλληπτική μέθοδο 12 μήνες πριν από το χρόνο έναρξης
4. το χρονικό διάστημα που διεκόπη η χρήση του χαπιού πριν από τον χρόνο έναρξης
5. την ύπαρξη επιθυμίας του ζευγαριού για τη σύλληψη του παιδιού
6. την αίτηση ιατρικών συμβουλών για την επίτευξη της κύησης
7. τον χρόνο προσπάθειας για σύλληψη πριν την ιατρική συμβουλή
8. την ηλικία του συζύγου τότε
9. την καπνιστική συμπεριφορά του συζύγου & την ημερήσια κατανάλωση καπνού (σε αριθμό τσιγάρων)
- 10.την ημερήσια/ εβδομαδιαία κατανάλωση από τον σύζυγο καφεΐνης, αναψυκτικών, αλκοόλ υψηλής και χαμηλής περιεκτικότητας σε αριθμό ποτηριών
11. την ημερήσια/ εβδομαδιαία κατανάλωση από τον σύζυγο αλκοόλ υψηλής και χαμηλής περιεκτικότητας σε αριθμό ποτηριών
- 12.την τότε απασχόληση του συζύγου, το ακριβές είδος της απασχόλησης, τον εβδομαδιαίο μέσο όρο απασχόλησης και το ωράριο(πρωί, απόγευμα, νύχτα ή κυκλικό ωράριο)
13. την ψυχολογική πίεση που ασκούσε το περιβάλλον του ζευγαριού για απόκτηση παιδιού με χρήση κλίμακας από 0-4 (0=ποτέ, 1=σπάνια, 2=συχνά, 3=πολύ συχνά).

2.4.4 Προβλήματα γονιμότητας στη γυναίκα

Η τέταρτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιείχε ερωτήσεις που σχετίζονται με τα πιθανά προβλήματα γονιμότητας που αντιμετωπίζει η γυναίκα στην αναπαραγωγική της ηλικία. Τα προβλήματα γονιμότητας εκτιμήθηκαν από τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης με σκοπό τη στειρώσή της

2. έτος επέμβασης
3. είδος επέμβασης (αφαίρεση μήτρας, απολίνωση σαλπίνγων, άλλο)
4. ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης που καθιστά αδύνατο να συλλάβει ξανά παιδί
5. έτος επέμβασης
- 6 είδος επέμβασης (αφαίρεση μήτρας, αφαίρεση ωθηκών, και τα δυο, άλλο)
7. αίτιο
8. επιθυμία απόκτησης άλλου παιδιού
9. ύπαρξη ασθένειας ή κατάστασης που καθιστά δύσκολο να μείνει έγκυος ξανά
10. είδος ασθένειας ή κατάστασης (νόσος, δύσκολο ή αδύνατο να έχει σεξουαλικές σχέσεις, άλλο πρόβλημα)
11. αδυναμία/ δυσκολία απόκτησης άλλου παιδιού
12. έτος εμφάνισης ασθένειας ή κατάστασης

2.4.5 Προβλήματα γονιμότητας στο σύζυγο

Το πέμπτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε κλειστές ερωτήσεις που αφορούσαν προβλήματα γονιμότητας που αντιμετώπισε ο σύζυγος (σύντροφος) της ερωτώμενης. Οι ερωτήσεις ήταν οι εξής:

1. ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης με σκοπό τη στειρώσή του
2. έτος επέμβασης
3. ύπαρξη ασθένειας ή κατάστασης που καθιστά δύσκολο να γίνει πατέρας (ξανά)
4. είδος ασθένειας ή κατάστασης
5. αδυναμία/ δυσκολία απόκτησης άλλου παιδιού
6. έτος εμφάνισης ασθένειας ή κατάστασης
7. επιθυμία απόκτησης (άλλου) παιδιού

2.4.6 Άλλοι παράγοντες υγείας. Εξέταση και θεραπεία

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκαν επίσης κάποιοι άλλοι παράγοντες που έχουν σχέση με την υγεία της ερωτώμενης. Οι ερωτήσεις αφορούσαν την ύπαρξη κάποιας ασθένειας (σαλπινγίτιδα, ωθηκίτιδα, φλεγμονή ή μόλυνση πυέλου, διαβήτη, κτλ), την χρήση σπιράλ ως αντισυλληπτική μέθοδο, την διάρκεια χρήσης του σπιράλ, την προσπάθεια υιοθεσίας παιδιού, το αποτέλεσμα και τον χρόνο προσπάθειας υιοθεσίας,

την ύπαρξη κάποιας θεραπείας ή εξέτασης για προβλήματα γονιμότητας (έλεγχος σπέρματος, ορμονικές εξετάσεις, εξωσωματική γονιμοποίηση, κτλ), το αποτέλεσμα μετά από αυτές τις εξετάσεις/θεραπείες και από ποιόν έκανε αίτηση ιατρικών συμβουλών(γενικό γιατρό, ειδικό στη γυναικεία στειρότητα, ειδικό στην ανδρική στειρότητα, κτλ).

2.5. Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Σε ένα πρώτο μέρος παρουσιάζονται οι απλές κατανομές των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 10.0. Για την οργάνωση, συνοπτική απεικόνιση, παρουσίαση και αξιολόγηση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία υπολογίστηκαν για όλες τις μεταβλητές που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο.

Σε ένα δεύτερο μέρος τα δεδομένα αναλύθηκαν με την χρήση εξειδικευμένων στατιστικών μεθόδων προκειμένου να ελεγχθούν οι υποθέσεις εργασίας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν δύο μέθοδοι και κατασκευάστηκαν δύο αντίστοιχα υποδείγματα:

1. Η Ανάλυση Λογαριθμικής Παλινδρόμησης (Logistic Regression) προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση ανάμεσα σε σειρά ανεξάρτητων μεταβλητών -κάπνισμα, κατανάλωση χαμηλής και υψηλής περιεκτικότητας οινόπνευματος, καφέ, τσαγιού και αναψυκτικών, από τις γυναίκες και από τους συντρόφους τους, ωράριο απασχόλησης συντρόφου, συχνότητα σεξουαλικών επαφών και λεκτική πίεση από το περιβάλλον στις γυναίκες, με την εξαρτημένη μεταβλητή που ήταν διχότομη: 0=απουσία κύησης έναντι 1=ύπαρξη κύησης και
2. Η Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης (Multiple Regression) προκειμένου να ελέγξει την επίδραση διαφόρων ανεξάρτητων μεταβλητών -κάπνισμα, κατανάλωση χαμηλής και υψηλής περιεκτικότητας οινόπνευματος, καφέ, τσαγιού και αναψυκτικών, από τις γυναίκες και από τους συντρόφους τους, ωράριο απασχόλησης συντρόφου, και λεκτική πίεση από το περιβάλλον στις γυναίκες, στην εξαρτημένη μεταβλητή -χρόνος αναμονής σύλληψης.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Γενικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, αντισυλληπτική συμπεριφορά και έκβαση κήσεων ερωτηθέντων

3.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών

Ο μέσος χρόνος διάρκειας εκπαίδευσης ήταν τα 13,6 έτη και η μέση ηλικία των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν τα 33,7 έτη, μια αρκετά γόνιμη ηλικία (παραπομπή) για την γυναίκα, με μικρότερη ηλικία τα 21 και μεγαλύτερη τα 45 έτη. Η ηλικία των γυναικών κυμαινόταν από τα 21 έως τα 45 έτη, όπως είχε ήδη επιλεχθεί να είναι η ηλικία του δείγματος, προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα γυναίκες γόνιμης ηλικίας.

Από τις 400 γυναίκες 312 (78%) ανέφεραν ότι ήταν έγγαμες, 6 (1,5%) άγαμες, 82 (20,5%) διαζευγμένες, αρραβωνιασμένες ή χήρες. Παρατηρήσαμε πως ένα μικρό ποσοστό δήλωσαν άγαμες και αυτό δικαιολογείται, καθώς οι άγαμες μητέρες αποτελούν ένα θέμα ταμπού για την χώρα μας (παραπομπή) και ειδικότερα για την κλειστή κοινωνία του Ηρακλείου.

Από το συνολικό αριθμό των 400 γυναικών το 22% δήλωσαν ότι έχουν πραγματοποιήσει προηγούμενο γάμο. Αυτό σημαίνει ότι από το συνολικό αριθμό το 22% των γυναικών έχουν πάρει διαζύγιο, με κάποιες από τις γυναίκες αυτές να έχουν πραγματοποιήσει και δεύτερο γάμο. Το μεγάλο αυτό ποσοστό των διαζευγμένων γυναικών ανταποκρίνεται στα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας, όπου το ποσοστό των διαζυγίων δυστυχώς αυξάνεται χρόνο με το χρόνο(παραπομπή).

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 83% των ερωτηθέντων γυναικών δήλωσαν ότι έχουν μια σταθερή σεξουαλική σχέση, που σημαίνει ότι κατά την διάρκεια που πραγματοποιήθηκε η έρευνα από το συνολικό αριθμό των ερωτηθέντων γυναικών οι 332(83%) είχαν κάποιο σταθερό σεξουαλικό σύντροφο είτε ήταν έγγαμες είτε δεν ήταν (πίνακας 1).

Αναφορικά με την επαγγελματική απασχόληση 114 από τις 400 ερωτώμενες (28,5%) απάντησαν ότι ανήκαν στην κατηγορία των επιστημόνων-ελεύθερων επαγγελματιών, 60 γυναίκες (15%) ανέφεραν ότι ανήκαν στην κατηγορία των εμπόρων-εμπορικών υπαλλήλων, 30 γυναίκες (7,5%) ανέφεραν ότι ανήκαν στην κατηγορία της παροχής υπηρεσιών, 56 γυναίκες (14%) ανέφεραν ότι ανήκαν στην κατηγορία των υπάλλήλων γραφείου, 88 γυναίκες (22%) ανέφεραν ότι ασχολούνταν με οικιακά, 38 γυναίκες

(9,5%) ανέφεραν ότι ήταν άνεργες, 14 γυναίκες (3,5%) ανέφεραν ότι ήταν σπουδάστριες και τέλος 6 γυναίκες (1,5%) ανέφεραν ότι ανήκαν στην κατηγορία των εργατών- αγροτών, κλπ. (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κατανομή των γυναικών ως προς το κοινωνιολογικό τους προφίλ

<i>Μεταβλητές</i>	Μ.Τ.	Τ.Α.
Ηλικία	33,7	7,2
Έτη σπουδών	13,6	2,5
	n	%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμες	312	78
Άγαμες	6	1,5
Άλλο (διαζευγμένες, χήρες, αρραβωνιασμένη)	82	20,5
Απασχόληση		
Επιστήμονες, Ελεύθεροι επαγγελματίες	114	28,5
Έμποροι, εμπορικοί υπάλληλοι	60	15
Υπάλληλοι γραφείου	56	14
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών	30	7,5
Εργάτες, Τεχνίτες, αγρότες κ.ά.	6	1,5
Οικιακά	88	22
Φοιτήτριες	14	3,5
Άνεργες	38	9,5
Υπαρξη προηγούμενου γάμου		
Ναι	88	22
Όχι	328	78
Υπαρξη σταθερής σεξ. σχέσης την περίοδο της έρευνας		
Ναι	332	83
Όχι	68	17

3.1.2 Αντισυλληπτική συμπεριφορά

Σχετικά με την αντισυλληπτική συμπεριφορά των γυναικών 126 (31,5%) από τις 400 ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο και συγκεκριμένα από αυτό τον αριθμό των 126 γυναικών 54 (42,9%) επέλεξαν σπιράλ, 58 γυναίκες (46%) ανέφεραν ότι επέλεξαν αντισυλληπτικά χάπια, 25 (19,8%) γυναίκες ανέφεραν ότι επέλεξαν την μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας, 10 7,9% γυναίκες ανέφεραν ότι επέλεξαν διάφραγμα, 6 (4,8%) γυναίκες ανέφεραν ότι επέλεξαν ανδρικό προφυλακτικό και 10 (7,9%) γυναίκες ανέφεραν ότι επέλεξαν τις ασφαλείς ημέρες (πίνακας 2). Θα πρέπει να αναφερθεί ότι κάποιες περιπτώσεις γυναικών έκαναν χρήση παραπάνω από μια αντισυλληπτικών μεθόδων.

Χαρακτηριστικό είναι ότι οι μέθοδοι της στείρωσης (της γυναίκας ή του συντρόφου), της αντισυλληπτικής ένεσης και της αποχής από τις σεξουαλικές επαφές δεν προτιμώνται από καμία γυναίκα.

Πίνακας 2. Απλές κατανομές τρέχουσας χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου των γυναικών

Μεταβλητές	n	%
Ασφαλείς ημέρες	10	7,9
Διακεκομμένη συνουσία	25	19,8
Σπιράλ	54	42,9
Αντισυλληπτικά χάπια	58	46
Ανδρικό προφυλακτικό	6	4,8
Διάφραγμα	10	7,9
Σύνολο	126	100%

3.1.3 Εκτίμηση της συχνότητας της υπογονιμότητας

Από το σύνολο των 400 γυναικών 286 (71,5%) δήλωσαν ότι έχουν μείνει έγκυες μια ή περισσότερες φορές, 76 γυναίκες (19%) δήλωσαν ότι δεν έχουν μείνει ποτέ έγκυες και 38 γυναίκες (9,5%) δήλωσαν ότι διένυαν περίοδο κύησης την χρονική περίοδο της έρευνας. Αυτό σημαίνει ότι η συχνότητα της υπογονιμότητας στο συγκεκριμένο πληθυσμιακό δείγμα ανέρχεται στο σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 19%.

3.1.4 Ύπαρξη κύησης ή μη και έκβαση κύησης

Από τις 286 συμμετέχουσες που έχουν μείνει έγκυες και έχουν γεννήσει 274 (68,5%) ανέφεραν ότι έχουν κάνει 1 έως 4 παιδιά, 6 γυναίκες (2,6%) ανέφεραν διδύμη κύηση, 2 γυναίκες (0,8%) ανέφεραν νεκρό παιδί, 17 γυναίκες (6,4%) ανέφεραν ότι έχουν κάνει έκτρωση, 72 γυναίκες (29,8%) ανέφεραν μια ή περισσότερες αποβολές και 6 γυναίκες (2,5%) ανέφεραν εξωμήτρια κύηση (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Απλές κατανομές έκβασης κύησης/ κύσεων για το σύνολο των κύησης των ερωτώμενων γυναικών

Μεταβλητές	n	%
Αριθμός παιδιών		
1 παιδί	140	35
2 παιδιά	96	36,6
3 παιδιά	30	11,5
4+ παιδιά	8	3,1
Γέννηση διδύμων παιδιών	6	2,6
Γέννηση νεκρού παιδιού	2	0,8
Εξωμήτρια κύηση	6	2,5
Αποβολή		
1 φορά	58	24
2 φορές	14	5,8
Έκτρωση	17	6,4

3.2 Η πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη

3.2.1 Έκβαση κύησης, χρόνος αναμονής σύλληψης και ηλικία ερωτηθέντων

Στην κατηγορία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αφορούσε την πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη των ερωτώμενων ανήκει ο αριθμός των 324 (81%) γυναικών που έχουν μείνει έγκυες, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της έκβασης της εγκυμοσύνης. Εξαιρούνται μόνο οι περιπτώσεις των κύησης που τερματίστηκαν με έκτρωση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις 324 γυναίκες 236 (83,7%) ανέφεραν ότι είχαν επιτυχή έκβαση εγκυμοσύνης με την γέννηση ενός παιδιού, 4 γυναίκες (1,4%) ανέφεραν γέννηση διδύμων, 36 γυναίκες ανέφεραν (12,8%) αποβολή, 4 γυναίκες ανέφεραν (1,4%) εξωμήτρια κύηση και 2 γυναίκες (0,7%) ανέφεραν γέννηση νεκρού παιδιού.

Οι υπόλοιπες 38 γυναίκες (9,5%) δήλωσαν ότι βρίσκονταν σε κύηση την περίοδο της διεξαγωγής της έρευνας (πίνακας 4). Από το σύνολο των 324 γυναικών 282 (97,9%) δήλωσαν ότι είχαν κανονικά έμμηνο ρύση μετά την τελευταία περίοδο, ενώ 6 γυναίκες (2,1%) δήλωσαν ότι δεν είχαν.

Η μέση τιμή του χρόνου αναμονής για σύλληψη, δηλαδή, το χρονικό διάστημα που το ζευγάρι είχε ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις μέχρι την σύλληψη παιδιού, ήταν 6 μήνες και η μέση τιμή ηλικίας που οι ερωτώμενες συνέλαβαν παιδί ήταν τα 28 έτη (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Απλές κατανομές της έκβασης κύησης της πλέον πρόσφατης εγκυμοσύνης, μέση ηλικία και μέσος χρόνος σύλληψης

Μεταβλητές	n	%
Γέννηση παιδιού	236	83,7
Γέννηση διδύμων παιδιών	4	1,4
Γέννηση νεκρού παιδιού	2	0,7
Αποβολή	36	12,8
Εξωμήτρια κύηση	4	1,4
Σε κατάσταση εγκυμοσύνης	38	9,5
Σύνολο	324	100
	M.T.	T.A.
Ηλικία στην πλέον πρόσφατη εγκυμοσύνη	28	4,8
Χρόνος (σε μήνες) αναμονής για σύλληψη	6	7,7

3.2.2 Αντισυλληπτική συμπεριφορά των γυναικών στην πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη

Όσον αφορά στην ερώτηση για το αν η ερωτώμενη ή ο σύντροφός της χρησιμοποίησε κάποια αντισυλληπτική μέθοδο για να αποφύγει την συγκεκριμένη εγκυμοσύνη, θετικά απάντησαν 28 γυναίκες (8,8%) (πίνακας 5). Αυτό σημαίνει ότι αυτές οι 28 γυναίκες όχι μόνο δεν επέλεξαν την συγκεκριμένη εγκυμοσύνη αλλά προσπάθησαν να την αποφύγουν κάνοντας χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Η μέση τιμή του χρόνου χρήσης των μεθόδων αυτών ήταν 6,6 μήνες.

Πάντα, από το σύνολο των 28 αυτών γυναικών που χρησιμοποίησαν κάποια αντισυλληπτική μέθοδο 16 (57,1%) δήλωσαν ότι επέλεξαν την μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας, 8 γυναίκες δήλωσαν ότι (28,6%) επέλεξαν την μέθοδο του ανδρικού προφυλακτικού, 8 γυναίκες δήλωσαν ότι (28,6%) επέλεξαν αντισυλληπτικά χάπια, 2 γυναίκες (7,1%) δήλωσαν ότι επέλεξαν διάφραγμα και 14 γυναίκες (50%) δήλωσαν ότι επέλεξαν την μέθοδο των ασφαλών ημερών (πίνακας 5). Από τις 28 αυτές γυναίκες οι 20 (71,4%) αποδέχτηκαν ότι δεν χρησιμοποίησαν την συγκεκριμένη αντισυλληπτική μέθοδο κανονικά και με συνέπεια. Αυτό αποδεικνύεται και από το αποτέλεσμα που ήταν η μη επιθυμητή κύηση. Και από το υπόλοιπο ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι έκανα σωστή χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου δεν μπορούμε να το γνωρίζουμε με σιγουριά καθώς είναι αδύνατο να το επιβεβαιώσουμε και στηριζόμαστε στα όσα δηλώνουν.

Πίνακας 5. Απλές κατανομές χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου στη διάρκεια της πλέον πρόσφατης εγκυμοσύνης

Μεταβλητές	n	%
Χρήση αντισυλληπτικής μεθόδου για την αποφυγή της κύησης	28	9,5
Είδος αντισύλληψης*		
Ασφαλείς ημέρες	14	50
Διακεκομμένη συνουσία	16	57,1
Αντισυλληπτικά χάπια	8	28,6
Διάφραγμα	2	7,1
Συνεπής χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου		
Ναι	8	28,6
Όχι	20	71,4

* κάποιες γυναίκες δήλωσαν χρήση περισσότερων από μιας

3.3 Ζωή και εργασία κατά το χρόνο έναρξης της πλέον πρόσφατης εγκυμοσύνης/ της απόφασης του ζευγαριού να αποκτήσει παιδί.

3.3.1. Καπνιστική συμπεριφορά γυναικών, κατανάλωση καφεΐνης, τσαγιού, αναψυκτικών και οινοπνευματωδών ποτών (υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ)

Στην κατηγορία των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αφορούσε στην ζωή και την εργασία των ερωτώμενων (57,5%) (230) ανέφερε ότι καπνίζει. Από το ποσοστό αυτό ο μέσος όρος κατανάλωσης τσιγάρων την ημέρα ήταν 13, και το μεγαλύτερο ποσοστό (30,1%), εμφανίζεται στα 10 τσιγάρα ημερησίως (πίνακας 6). Παρατηρούμε πως οι ερωτώμενες δεν κάπνιζαν μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως.

Αναφορικά με την εβδομαδιαία κατανάλωση ποτών σύμφωνα με τα όσα ανέφεραν και οι 400 γυναίκες ήταν :

Εβδομαδιαία κατανάλωση καφεΐνης: 25 γυναίκες (6,3%) ανέφεραν ότι δεν έπιναν καφέ, 195 γυναίκες (48,8%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1 φλιτζάνι καφέ και 180 γυναίκες (44,5) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω φλιτζάνια καφέ.

Εβδομαδιαία κατανάλωση σε τσάι: 304 γυναίκες (76 %) ανέφεραν ότι δεν κατανάλωναν τσάι και 96 γυναίκες (24%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1 ή παραπάνω φλιτζάνια τσάι.

Εβδομαδιαία κατανάλωση αναψυκτικών: 138 γυναίκες (34,5 %) ανέφεραν ότι δεν κατανάλωναν αναψυκτικά , 190 γυναίκες (47,5%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1-2 μπουκάλια αναψυκτικά και 72 γυναίκες (5,5%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 3 ή παραπάνω μπουκάλια αναψυκτικά

Εβδομαδιαία κατανάλωση μύρας: 108 γυναίκες (27%) ανέφεραν ότι δεν κατανάλωναν μύρα, 141 γυναίκες (35,3%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1 μπουκάλι μύρα και 151 γυναίκες (11,8%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω μπουκάλια μύρα.

Εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού: 114 γυναίκες (28,5%) ανέφεραν ότι δεν κατανάλωναν κρασί, 78 γυναίκες (19,5%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1 ποτήρι κρασί και 208 γυναίκες (52%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω ποτήρια κρασί.

Εβδομαδιαία κατανάλωση τσικουδιάς, ρακί, ούζου : 380 γυναίκες (95%) ανέφεραν ότι δεν κατανάλωναν τσικουδιά κλπ, 18 γυναίκες (4,5%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1 ποτήρι και 2 γυναίκες (0,5%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω ποτήρια.

Εβδομαδιαία κατανάλωση άλλων οινοπν. ποτών : 330 γυναίκες (82,5%) ανέφεραν ότι δεν κατανάλωναν αλκοολούχα ποτά, 60 γυναίκες (15%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 1 ποτήρι και 10 γυναίκες (2,5%) ανέφεραν ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω ποτήρια.

Πίνακας 6. Απλές κατανομές της καπνιστικής συνήθειας, της κατανάλωσης καφεΐνης, οινοπν. ποτών των γυναικών

<i>Μεταβλητές</i>	n	%
Καπνιστική συνήθεια		
Καπνίζει	230	57,5
Δεν καπνίζει	170	42,5
Ημερ. κατανάλωση καφεΐνης (φλιτζάνι)		
0	25	6,3
1	195	48,8
2+	180	44,5
Ημερ. κατανάλωση τσαγιού (φλιτζάνι)		
0	304	76
1+	96	24
Εβδ. κατανάλωση αναψυκτικών (μπουκάλι)		
0	138	34,5
1-2	190	47,5
3+	72	5,5
Εβδ. κατανάλωση μύρας (ποτήρι)		
0	108	27
1	141	35,3
2+	151	11,8
Εβδ. κατανάλωση κρασιού		
0	114	28,5
1	78	19,5
2+	208	52
Εβδ. κατανάλωση τσικουδιάς, ούζου (ποτήρι)		
0	380	95
1	18	4,5
2+	2	0,5
Εβδ. κατανάλωση άλλων ποτών (ποτήρι)		
0	330	82,5
1	60	15
2+	10	2,5

3.3.2. Σεξουαλική και αντισυλληπτική συμπεριφορά, επιλογή κύησης

Ο μέσος όρος σεξουαλικών επαφών το μήνα ήταν 7,7 φορές. Από τις 400 γυναίκες 346 (86,5%) δήλωσαν ότι σχεδίαζαν να μείνουν έγκυες εκείνο το διάστημα, 38 (9,5%) από τις γυναίκες δήλωσαν ότι έκαναν χρήση αντισυλληπτικών χαπιών 12 μήνες πριν την συγκεκριμένη εγκυμοσύνη και ο μέσος όρος διακοπής της χρήσης των χαπιών πριν από το χρόνο έναρξης ήταν 6,3 μήνες .

Από τον συνολικό αριθμό των 400 γυναικών 112 (28%) ανέφεραν ότι ζήτησαν ιατρική συμβουλή προκειμένου να μείνουν έγκυες και ο μέσος όρος του χρόνου αναμονής πριν απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό ήταν 20 μήνες Αυτό σημαίνει πως οι γυναίκες και τα ζευγάρια γενικότερα δείχνουν να ευαισθητοποιούνται αρκετά νωρίς σχετικά με την καθυστέρηση σύλληψης παιδιού και απευθύνονται στους ειδικούς (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Απλές κατανομές της χρήσης αντισυλληπτικού χαπιού, της συνειδητής επιλογής της συγκεκριμένης κύησης & της αίτησης ιατρικών συμβουλών για την επίτευξή της

Μεταβλητές	n	%
Χρήση αντισυλληπτικού χαπιού (12 μήνες πριν το χρόνο έναρξης)		
Χρησιμοποίησαν	38	9,5
Δεν χρησιμοποίησαν	362	20,5
Συνειδητή επιλογή της συγκεκριμένης εγκυμοσύνης		
Ναι	346	86,5
Όχι	54	13,5
Αίτηση ιατρικών συμβουλών για την επίτευξη της εγκυμοσύνης		
Ναι	112	28
Όχι	288	72

3.3.3 Επαγγελματική απασχόληση

Αναφορικά με την επαγγελματική απασχόληση 214 (53,5%) από τις 400 γυναίκες δήλωσαν ότι είχαν την ίδια απασχόληση το διάστημα της πλέον πρόσφατης εγκυμοσύνης όπως και την περίοδο της έρευνας, 94 γυναίκες (46,5%) δήλωσαν ότι ασχολούνταν με οικιακά, 34 γυναίκες (23%) δήλωσαν ότι ήταν άνεργες, 16 γυναίκες (14,5%) δήλωσαν ότι ήταν σπουδάστριες, 34 γυναίκες (10,5%) δήλωσαν ότι εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα και τέλος 8 γυναίκες (2%) δήλωσαν ότι εργάζονταν στον δημόσιο τομέα. Ο εβδομαδιαίος μέσος όρος εργασίας ήταν 34,4 ώρες.

Όσον αφορά στο ωράριο εργασίας 20 γυναίκες (52,6%) ανέφεραν ότι είχαν κυκλικό/εναλλασσόμενο, 14 γυναίκες (36,8%) ανέφεραν ότι είχαν πρωινό ωράριο, 2 γυναίκες

(5,3%) ανέφεραν ότι είχαν απογευματινό ωράριο και 2 γυναίκες (5,3%) ανέφεραν ότι είχαν βραδινό ωράριο (πίνακας 8).

Πίνακας 8. Απλές κατανομές της απασχόλησης των γυναικών

<i>Μεταβλητές</i>	n	%
Απασχόληση ερωτώμενης		
Μισθωτή	8	2
Ιδιώτης	34	10,5
Σπουδάστρια	16	14,5
Άνεργη	34	23
Οικιακά	94	46,5
Ίδια όπως την τρέχουσα περίοδο	214	53,5
Ωράριο		
Πρωινό	14	36,8
Απογευματινό	2	5,3
Νυχτερινό	2	5,3
Κυκλικό ή εναλλασσόμενο	20	52,6
	M.T	T.A.
Εβδομαδ. μέσος όρος εργασίας	34,4	10,1

3.3.4 Καπνιστική συμπεριφορά, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και απασχόληση συζύγων

Όσον αφορά τους συζύγους σύμφωνα με τα όσα δήλωσαν οι ερωτώμενες, ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 33,8 έτη, το 77% ήταν καπνιστές, το 58% ανήκε στην κατηγορία των ιδιωτών και το 37% στην κατηγορία των υπαλλήλων. Αναφορικά με το ωράριο αναφέρθηκε ότι 232 (58%) σύζυγοι εργάζονταν πρωί, 114 σύζυγοι (28,5%) εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο, 50 σύζυγοι (12,5%)εργάζονταν σε βραδινό ωράριο, 2 σύζυγοι (0,5%) εργάζονταν σε απογευματινό ωράριο και για 2 συζύγους (0,5%) αναφέρθηκε από τις γυναίκες ότι δεν θυμούνταν το ωράριό τους. (πίνακας 9).

Αναφορικά με την εβδομαδιαία κατανάλωση ποτών σύμφωνα με τα όσα ανέφεραν οι γυναίκες για τους συζύγους τους ήταν

Εβδομαδιαία κατανάλωση μπίρας: 57 σύζυγοι (14,3%) αναφέρθηκε ότι δεν κατανάλωναν μπίρα, 102 σύζυγοι (25,5%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 1 μπουκάλι και 241 σύζυγοι (60,3%) 2 ή παραπάνω μπουκάλια

Εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού: 110 σύζυγοι (27,5%) αναφέρθηκε ότι δεν κατανάλωναν κρασί, 120 σύζυγοι (30%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 1 ποτήρι

κρασί και 170 σύζυγοι (42,5%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω ποτήρια κρασί.

Εβδομαδιαία κατανάλωση τσικουδιάς, ρακί, ούζου: 252 σύζυγοι (63%) αναφέρθηκε ότι δεν κατανάλωναν τσικουδιά κλπ, 104 σύζυγοι (26%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 1 ποτήρι και 44 σύζυγοι (11%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω ποτήρια.

Εβδομαδιαία κατανάλωση άλλων οινοπνευματωδών ποτών: 172 σύζυγοι (43%) αναφέρθηκε ότι δεν κατανάλωναν αλκοολούχα ποτά, 152 σύζυγοι (38%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 1 ποτήρι και 76 σύζυγοι (19%) αναφέρθηκε ότι κατανάλωναν 2 ή παραπάνω ποτήρια. (πίνακας 9).

Πίνακας 9. Απλές κατανομές της καπνιστικής συνήθειας, της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και της απασχόλησης των συζύγων

<i>Μεταβλητές</i>	n	%
Καπνιστική συνήθεια συζύγου		
Καπνίζει	308	77
Δεν καπνίζει	92	33
Εβδομ. κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (ποτήρι)		
Κατανάλωση μύρας		
0	57	14,3
1	102	25,5
2+	241	60,3
Κατανάλωση τσικουδιάς, ρακί, ούζου		
0	252	63
1	104	26
2+	44	11
Κατανάλωση άλλων οινοπνευματωδών ποτών		
0	172	43
1	152	38
2+	76	19
Απασχόληση συζύγου		
Υπάλληλος	148	37
Ιδιώτης	252	63
Ωράριο απασχόλησης συζύγου		
Πρωινό	232	58
Απογευματινό	2	0,5
Νυχτερινό	50	12,5
Κυκλικό/ εναλλασσόμενο	114	28,5
Δεν θυμάμαι	2	0,5

3.3.5 Προσλαμβανόμενη πίεση για απόκτηση παιδιού

Τέλος, σχετικά με την ψυχολογική πίεση που οι γυναίκες δήλωσαν ότι τούς ασκούσαν άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός τους για την απόκτηση παιδιού, ανέφεραν ότι την μεγαλύτερη πίεση ασκούσαν οι σύζυγοι, έπειτα οι μητέρες, οι πατέρες, τα παιδιά, ακολουθούν με μικρό ποσοστό τα αδέρφια και τέλος οι στενοί συγγενείς (πίνακας 10).

Πίνακας 10. Άσκηση ψυχολογικής πίεσης από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον

Βαθμός άσκησης ψυχολογικής πίεσης από τους	Ποτέ		Σπάνια		Συχνά		Πολύ συχνά	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Σύζυγο	56	14,1	114	28,6	196	42,2	32	8
Παιδιά	48	42,1	38	33,3	20	17,5	6	5,3
Πατέρα	108	27,3	112	29,8	128	34	28	7,4
Μητέρα	108	27,3	108	27,3	146	36,9	34	8,6
Αδέρφια	194	51,3	168	44,4	14	3,7	2	0,5
Συγγενείς	288	7,2	100	25	10	2,5	2	0,5

3.4 Προβλήματα γονιμότητας στη γυναίκα

Όσον αφορά στα προβλήματα γονιμότητας των γυναικών καμία ερωτώμενη δεν ανέφερε ότι υποβλήθηκε σε κάποια χειρουργική επέμβαση με σκοπό τη στειρώσή της.

Υποβλήθηκαν σε κάποια χειρουργική επέμβαση που καθιστά αδύνατο να μείνουν έγκυες ξανά 30 ερωτώμενες από τις 400 (7,5%). Αυτό σημαίνει ότι κάποιες από τις γυναίκες αυτές που έχουν ήδη παιδιά και κάποιες άλλες που δεν έχουν καταφέρει να αποκτήσουν και το ιατρικό πρόβλημα που αντιμετώπισαν τους στερεί για πάντα τη δυνατότητα να αποκτήσουν παιδί. Η συχνότητα, λοιπόν, της στειρότητας την γυναικών του δείγματος αντιστοιχεί στο ποσοστό του 7,5%.

Από τις 30 αυτές ερωτώμενες οι 24 (80%) δήλωσαν ότι υποβλήθηκαν σε αφαίρεση μήτρας και οι 6 (20%) σε αφαίρεση ωοθηκών.

Το νόσημα για το οποίο υποβλήθηκαν στην επέμβαση δήλωσαν ότι ήταν ο καρκίνος για τις 26 περιπτώσεις (92,9%) και κάποιο άλλο (δεν αναφέρεται) για 2 περιπτώσεις (7,1%) (πίνακας 11).

Σχετικά με την ερώτηση για το αν θα επιθυμούσαν να αποκτήσουν (περισσότερα) παιδιά μετά από την χειρουργική επέμβαση που υποβλήθηκαν 22 (73,3%) από τις 30 γυναίκες απάντησαν θετικά.

Πίνακας 11. Απλές κατανομές των προβλημάτων γονιμότητας που έχουν αντιμετωπίσει οι γυναίκες

Μεταβλητές	n	%
Χειρ. επέμβαση που αποκλείει κύηση	30	7,5
Είδος επέμβασης		
Αφαίρεση μήτρας	24	92,9
Αφαίρεση ωθηκών	6	7,1
Αίτιο επέμβασης		
Καρκίνος	26	92,9
Άλλο	2	7,1
Επιθυμία απόκτησης (άλλου) παιδιού μετά από αυτή την κατάσταση		
Ναι	22	73,3
Όχι	8	26,7

Από τις 400 ερωτώμενες, οι 44 (11%) ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν κάποια νόσο ή κατάσταση που καθιστά αδύνατο ή δύσκολο να μείνουν έγκυες ξανά. Ως αίτιο οι 42 (95,5%) ανέφεραν νόσο και 2 κάτι άλλο.

Από το σύνολο αυτών των 44 γυναικών 36 (81,8%) απάντησαν θετικά στην επιθυμία απόκτησης άλλου παιδιού μετά από αυτή την κατάσταση (πίνακας 12).

Πίνακας 12. Απλές κατανομές των προβλημάτων γονιμότητας που έχουν αντιμετωπίσει οι γυναίκες

Μεταβλητές	n	%
Ύπαρξη ασθενειών ή καταστάσεων που αποκλείουν (άλλη) εγκυμοσύνη	44	11
Είδος ασθένειας ή κατάστασης		
Νόσος	42	95,5
Άλλο	2	4,5
Επιθυμία απόκτησης (άλλου) παιδιού μετά από αυτή την κατάσταση		
Ναι	36	81,8
Όχι	8	18,2

3.5 Προβλήματα γονιμότητας στο σύζυγο (σύντροφο)

Όσον αφορά στα προβλήματα γονιμότητας των συζύγων παρατηρούμε ότι κανένας σύζυγος δεν ανέφερε ότι υποβλήθηκε σε κάποια χειρουργική επέμβαση με σκοπό τη στειρώσή του, ενώ 14 σύζυγοι (3,5%) ανέφεραν ότι είχαν κάποια ασθένεια, η οποία καθιστούσε αδύνατο να γίνουν πατέρες (ξανά). Η συχνότητα της στειρότητας των

συζύγων των γυναικών του δείγματος αντιστοιχεί στο ποσοστό του 7,5%. Οι ασθένειες αυτές δήλωσαν ότι ήταν ασθενοσπερμία (8 περιπτώσεις), μολύνσεις (4 περιπτώσεις) και κίρσοκήλη (2 περιπτώσεις). Οι 12 από τους 14 συζύγους (85,7%) ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να αποκτήσουν και άλλο παιδί, μετά από το διάστημα της ασθένειας (πίνακας 13).

Πίνακας 13. Απλές κατανομές των προβλημάτων γονιμότητας που έχουν αντιμετωπίσει οι σύζυγοι

Μεταβλητές	n	%
Υπαρξη ασθένειας ή κατάστασης που αποκλείει την πατρότητα	14	3,5
Είδος ασθένειας ή κατάστασης		
Κίρσοκήλη	2	
Ασθενοσπερμία	8	
Μόλυνση	4	
Επιθυμία απόκτησης (άλλου) παιδιού μετά από αυτή την κατάσταση		
Ναι	12	85,7
Όχι	2	14,3

3.6 Άλλοι παράγοντες υγείας. Εξέταση και θεραπεία

3.6.1 Ασθένειες που αντιμετώπισαν οι γυναίκες

Όσον αφορά στην ερώτηση για το αν είχαν οι γυναίκες είχαν κάποια από τις ασθένειες που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο από τις 400, 46 (11,5%) δήλωσαν ότι είχαν νόσημα του θυρεοειδούς, 12 (3%) δήλωσαν ότι είχαν διαβήτη, 6 (1,5%) δήλωσαν ότι είχαν φλεγμονή ή μόλυνση πυέλου, 28 (7%) δήλωσαν ότι είχαν σαλπινγίτιδα, 4 (1%) δήλωσαν ότι είχαν ωοθηκίτιδα, 8 (2%) δήλωσαν ότι είχαν ενδομητρίωση, 48 (12%) δήλωσαν ότι είχαν κύστη ωοθήκης, 6 (1,5%) δήλωσαν ότι είχαν μόλυνση από γλαμύδια, 6 (1,5%) δήλωσαν ότι είχαν γονόρροια, 78 (19,5%) δήλωσαν ότι είχαν κάποιο άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, 14 (3,5%) δήλωσαν ότι είχαν σκωληκοειδίτιδα και 2 (0,5%) δήλωσαν ότι είχαν σκωληκοειδίτιδα που διερράγη (πίνακας 14).

Πίνακας 14. Απλές κατανομές ασθενειών που έχουν αντιμετωπίσει οι ερωτώμενες

Μεταβλητές	n	%
Υπαρξη ασθένειας		
Φλεγμονή ή μόλυνση Πυέλου	6	1,5
Σαλπινγίτιδα	28	7
Ωοθηκίτιδα	4	1
Ενδομητρίωση	8	2
Κύστη ωοθήκης	48	12
Μόλυνση από χλαμύδια	6	1,5
Γονόρροια	6	1,5
Άλλο σεξ. μεταδιδόμενο νόσημα	78	19,5
Σκωληκοειδίτιδα που διερράγη	2	0,5
Σκωληκοειδίτιδα	14	3,5
Νόσημα του θυρεοειδούς	46	11,5
Διαβήτη	12	3

3.6.2 Εξετάσεις/ θεραπείες που έχουν κάνει οι γυναίκες, επίτευξη κήσεων μετά από αυτές, αποτελέσματα κήσεων και χρήση σπιράλ

Από τον αριθμό των 130 γυναικών που υποβλήθηκαν σε κάποια εξέταση ή θεραπεία για προβλήματα γονιμότητας 118 (95,2%) ανέφεραν ότι έκαναν εξέταση για έλεγχο σπέρματος, 114 (91,9%) γυναίκες ανέφεραν ότι έκαναν υπερηχογραφικό έλεγχο, 120 γυναίκες (96,8%) ανέφεραν ότι έκαναν ακτινολογικό έλεγχο μήτρας και σαλπίγγων, 122 γυναίκες (98,4%) ανέφεραν ότι έκαναν ορμονικές εξετάσεις, 118 γυναίκες (95,2%) ανέφεραν ότι έκαναν εξέταση μετά τη σεξουαλική επαφή, 114 γυναίκες (91,9%) ανέφεραν ότι έκαναν διάγραμμα θερμοκρασίας, 112 γυναίκες (90,3%) ανέφεραν ότι έκαναν λαπαροσκόπηση, 106 γυναίκες (85,5%) ανέφεραν ότι έκαναν ορμονική θεραπεία, 86 γυναίκες(69,4%) ανέφεραν ότι έκαναν έλεγχο σαλπίγγων, 34 γυναίκες (27,4%) ανέφεραν ότι έκαναν απόξυση, 20 γυναίκες (16,1%) ανέφεραν ότι έκαναν χειρουργική επέμβαση στη μήτρα/ στις σάλπιγγες, στις ωοθήκες και 10 γυναίκες (8,1%) ανέφεραν ότι έκαναν εξωσωματική γονιμοποίηση (πίνακας 15) .

Πίνακας 15 . Απλές κατανομές των εξετάσεων/ θεραπειών που έχουν υποβληθεί οι γυναίκες & οι σύζυγοί τους

Μεταβλητές	n	%
Έλεγχος σπέρματος	118	95,2
Υπερηχογραφικός έλεγχος	114	91,9
Ακτινολογικός έλεγχος μήτρας & σαλπίγγων	120	96,8
Ορμονικές εξετάσεις	122	98,4
Εξέταση της γυναίκας Μετά τη σεξ.επαφή	118	95,2
Διάγραμμα θερμοκρασίας	114	91,9
Λαπαροσκόπηση	112	90,3
Ορμονική θεραπεία	106	85,5
Εμφύσηση ωαγωγών, έλεγχος σαλπίγγων	86	69,4
Απόξυση	34	27,4
Χειρ.επέμβαση στη μήτρα, Σάλπιγγες& ωοθήκες	20	16,1
Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)	10	8,1

Από το συνολικό ποσοστό των ερωτώμενων που υποβλήθηκαν στις παραπάνω εξετάσεις/ θεραπείες ένα ποσοστό της τάξεως του 48,8% απάντησε θετικά στην επίτευξη εγκυμοσύνης έπειτα από αυτές. Τα αποτελέσματα των κήσεων αυτών δήλωσαν ότι ήταν εγκυμοσύνη με ζωντανό παιδί σε 32 περιπτώσεις (80%), 4 γυναίκες (10%) δήλωσαν ότι διένυαν περίοδο κύησης το χρονικό διάστημα της έρευνας και 4 γυναίκες (10%) δήλωσαν αποβολή (πίνακας 16) .

Πίνακας 16. Απλές κατανομές των αποτελεσμάτων των κήσεων έπειτα από τις εξετάσεις/ θεραπείες

Μεταβλητές	n	%
Αποτέλεσμα κήσης		
Εγκυμοσύνη την τρέχουσα περίοδο	4	10
Γέννηση παιδιού	32	80
Αποβολή	4	10

Τέλος, από τον αριθμό των 400 γυναικών 62 (15,5%) ανέφεραν ότι είχαν χρησιμοποιήσει σπιδάλ ως αντισυλληπτική μέθοδο, η μέση τιμή του χρόνου χρήσης ήταν 35 μήνες και οι λόγοι αφαίρεσης του σπιδάλ ήταν επιπλοκές (10%) και άλλοι λόγοι (90%).

3.6.3 Ιατρική βοήθεια για την απόκτηση παιδιού

Ιατρική βοήθεια για να καταφέρουν να αποκτήσουν παιδί, από τα 324 ζευγάρια που τελικά απέκτησαν παιδί/ παιδιά, δήλωσαν ότι ζήτησαν σε 50 περιπτώσεις 15,4 % και οι δυο σύζυγοι, σε 14 περιπτώσεις (4,3%) μόνο η σύζυγος και σε 2 περιπτώσεις μόνο ο σύζυγος (0,6%). Από αυτό τον αριθμό των 66 περιπτώσεων 64 (96,8%) δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν σε ειδικό στη γυναικεία στειρότητα και 2 (3,2 %) δήλωσαν ότι απευθύνθηκαν σε ειδικό στην ανδρική στειρότητα. Από τα 76 ζευγάρια που δεν κατάφεραν να αποκτήσουν παιδί 64 (84,2%) ανέφεραν ότι απευθύνθηκαν σε κάποιο ειδικό ενώ 12 (15,8%) ανέφεραν ότι δεν απευθύνθηκαν (πίνακας 17).

Πίνακας 17. Απλές κατανομές επαγγελματικής βοήθειας για την απόκτηση παιδιών

Μεταβλητές	n	%
Επαγγελματική συμβουλή (ζευγάρια με παιδιά)		
Όχι	258	79,6
Μόνο η σύζυγος	14	4,3
Μόνο ο σύζυγος	2	0,6
Και οι δυο	50	15,4
Σύνολο	324	100
Σε ποιόν απευθύνθηκαν		
Ειδικός στη γυναικεία στειρότητα	64	96,8
Ειδικός στην ανδρική στειρότητα	2	3,2
Σύνολο	66	100
Επαγγελματική συμβουλή (ζευγάρια άτεκνα)		
Ναι	64	84,2
Όχι	12	15,8
Σύνολο	76	100

3.6.4 Προσπάθεια υιοθεσίας παιδιού, διάρκεια και επιτυχία προσπάθειας.

Από το συνολικό αριθμό των 400 γυναικών, στην ερώτηση σχετικά με την προσπάθεια υιοθεσίας παιδιού θετικά απάντησαν 4 γυναίκες (1%) και ανέφεραν ότι η προσπάθεια για την επίτευξη της διαδικασίας αυτής είχε διάρκεια 18 μήνες στις 2 περιπτώσεις (50%) και 2 χρόνια στις άλλες 2 (50%)(πίνακας 18) , γεγονός που συμφωνεί με τα ελληνικά δεδομένα στο θέμα των υιοθεσιών, όπου η προσπάθεια υιοθεσίας παιδιού χαρακτηρίζεται ως αρκετά χρονοβόρα διαδικασία με γραφειοκρατικές καθυστερήσεις.

Πίνακας 18. Απλές κατανομές της προσπάθειας υιοθεσίας παιδιών

Μεταβλητές	n	%
Επιτυχής προσπάθεια υιοθεσίας	4	1
Χρόνος που διήρκεσε η διαδικασία		
18 μήνες	2	50
24 μήνες	2	50

3.7 Αποτελέσματα ανάλυσης παλινδρομήσεων

3.7.1 Η σχέση κατανάλωσης ουσιών και άλλων μεταβλητών με την πιθανότητα σύλληψης. Αποτελέσματα Λογαριθμικής Παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογαριθμικής παλινδρόμησης. Η κατηγορία αναφοράς της εξαρτημένης μεταβλητής -δηλαδή της ύπαρξης 1 τουλάχιστον εγκυμοσύνης - ως προς την οποία συγκρίνεται η άλλη κατηγορία είναι η απουσία εγκυμοσύνης (0 εγκυμοσύνες). Για κάθε κατηγορία της εξαρτημένης μεταβλητής «τρέχει» ένα υπόδειγμα δίτιμης λογαριθμικής παλινδρόμησης στο οποίο ελέγχεται η σχετική πιθανότητα της ύπαρξης εγκυμοσύνης που μπορεί να έχει μια γυναίκα σε σχέση με το ενδεχόμενο να μην έχει εγκυμοσύνη (0 εγκυμοσύνες). Δηλαδή, ένα υπόδειγμα όπου ελέγχεται το ενδεχόμενο της ύπαρξης μιας εγκυμοσύνης σε σχέση με την απουσία εγκυμοσύνης. Οι συντελεστές του υποδείγματος αντιλογαριθμισμένοι ορίζουν τις μεταβολές των αντίστοιχων σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio) για μεταβολή μιας μονάδας των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Έτσι στο υπόδειγμα που υιοθετήθηκε και αφορά στο ενδεχόμενο μίας τουλάχιστον εγκυμοσύνης έναντι της απουσίας εγκυμοσύνης, προκύπτει ότι σημαντικό ρόλο στη μεταβολή της αντίστοιχης σχετικής πιθανότητας, παίζει:

- η συχνότητα ημερησίας κατανάλωσης καπνού,
- η εβδομαδιαία κατανάλωση μπύρας από τις γυναίκες,
- η εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από πλευράς συζύγων των γυναικών καθώς και
- η άσκηση πίεσης από τους άνδρες συζύγους στις γυναίκες τους για να τεκνοποιήσουν.

Ειδικότερα, η συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης καπνού από τις γυναίκες μειώνει τη σχετική πιθανότητα να συλλάβουν κατά 6% (OR = ,941, 95% CI = 0,902 - 0,983) για κάθε τσιγάρο που καπνίζουν, ενώ για κάθε ποτήρι μπύρας που καταναλώνουν, η πιθανότητα σύλληψης μειώνεται κατά 39% (OR = 0,611, 95% CI = 0,425 - 0,877). Από το ίδιο υπόδειγμα προκύπτει ότι η πιθανότητα για εγκυμοσύνη μειώνεται κατά 35% (OR = 0,648, 95% CI = ,443 - 0,947) για κάθε ποτήρι υψηλής περιεκτικότητας οινοπνευματωδών που ο σύζυγος της γυναίκας καταναλώνει εβδομαδιαίως. Τέλος, όταν η λεκτική πίεση που ασκεί ο σύζυγος στη γυναίκα του προκειμένου αυτή να συλλάβει είναι έστω και σπάνια, συγκρινόμενη με την πολύ συχνή λεκτική πίεση που θα μπορούσε να ασκεί, μειώνει κατά πολύ (95%) την πιθανότητα σύλληψης (OR = 0,050, 95% CI = 0,007 - 0,357).

Πίνακας 19: Αποτελέσματα λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression) με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη ή μη εγκυμοσύνης. Κατηγορία αναφοράς στην εξαρτημένη μεταβλητή είναι η απουσία εγκυμοσύνης (0= εγκυμοσύνες)

	OR	95% CI	P value
<i>Κατανάλωση ουσιών από γυναίκες</i>			
Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων (ανά τσιγάρο)	0,941	,0902- 0,983	0,006
Ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης (ανά φλιτζάνι)	0,868	0,488- 1,545	0,630
Ημερήσια κατανάλωση τσάι (ανά φλιτζάνι)	0,967	0,433- 2,159	0,935
Εβδομαδιαία κατανάλωση αναψυκτικών (ανά ποτήρι)	1,091	0,790- 1,505	0,597
Εβδομαδιαία κατανάλωση μπύρας (ανά ποτήρι)	0,611	0,425- 0,877	0,008
Εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού (ανά ποτήρι)	1,176	0,897- 1,541	0,240
Εβδομαδιαία κατανάλωση ούζου (ανά ποτήρι)	0,453	0,115- 1,791	0,259
Εβδομ. κατανάλωση άλλων οιν.ποτών (ανά ποτήρι)	1,337	0,513- 3,482	0,552
<i>Κατανάλωση ουσιών από τους συζύγους</i>			
Κατανάλωση τσιγάρων από σύζυγο	0,772	0,328- 1,813	0,552
Εβδ. κατανάλωση μπύρας (ανά ποτήρι)	0,978	0,706- 1,354	0,893
Εβδ. κατανάλωση κρασιού (ανά ποτήρι)	1,090	0,743- 1,600	0,658
Εβδ. κατανάλωση ούζου (ανά ποτήρι)	0,970	0,577- 1,631	0,909
Εβδ. κατ. άλλων οιν.ποτών (ανά ποτήρι)	0,648	0,443- 0,947	0,025
<i>Ωράριο εργασίας των συζύγων</i>			
Συχνότητα σεξουαλικών επαφών	0,801	0,667-0,961	0,017
<i>Λεκτική πίεση από σύζυγο</i>			
Ποτέ	0,461	0,035- 6,049	0,556
Σπάνια	0,050	0,007- 0,357	0,003
Συχνά	0,284	0,056- 1,438	0,128
<i>Πολύ Συχνά (ομάδα αναφοράς)</i>			
			0,979
<i>Λεκτική πίεση από πατέρα</i>			
Ποτέ	1760,67777	0,000- 0,003	0,861
Σπάνια	0,021	0,000- 0,008	0,935
Συχνά	0,000	0,000- 0,001	0,807
<i>Πολύ Συχνά (ομάδα αναφοράς)</i>			
			0,988
<i>Λεκτική πίεση από μητέρα</i>			
Ποτέ	0,004	0,000- 0,001	0,896
Σπάνια	239,745	0,000- 0,004	0,908
Συχνά	29503,590	0,000- 0,004	0,810
<i>Πολύ Συχνά (ομάδα αναφοράς)</i>			

3.7.2 Η σχέση κατανάλωσης ουσιών και άλλων μεταβλητών με τον χρόνο αναμονής σύλληψης.

Αποτελέσματα Πολλαπλής Παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρόμησης.

Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι η αυξημένη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων σχετίστηκε με τον αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης (B=0,203, Sig.= 0,003)

Η χαμηλή εβδομαδιαία κατανάλωση υψηλής περιεκτικότητας οινόπνευματων ποτών (ουίσκι, κονιάκ, βότκα, κ.α.) συνεπάγεται περισσότερο χρόνο αναμονής σύλληψης.(B=-2,499, Sig.=0,033).

Αντιθέτως, η υψηλή εβδομαδιαία κατανάλωση οινόπνευματων ποτών (ρακί, ούζο) από πλευράς συζύγων σχετίστηκε με αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης (B=1,397, Sig.=0,040).

Τέλος, όση περισσότερη λεκτική πίεση ασκείται από τους γονείς προς τις γυναίκες για να μείνουν έγκυες, τόσο αυτές καθυστερούν να συλλάβουν (B=4,768, Sig.=0,218).

Πίνακας 20: Πίνακας πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον χρόνο αναμονής σύλληψης.

	<i>b</i>	Std. error	Sig.
Κατανάλωση ουσιών από γυναίκες			
Ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων (ανά δέκα)	0,203	0,67	0,003
Ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης (ανά φλιτζάνι)	0,671	0,731	0,359
Ημερήσια κατανάλωση τσάι (ανά φλιτζάνι)	-0,625	1,139	0,584
Εβδομαδιαία κατανάλωση αναψυκτικών (ανά ποτήρι)	-0,220	0,415	0,596
Εβδομαδιαία κατανάλωση μπύρας (ανά ποτήρι)	0,213	0,490	0,664
Εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού (ανά ποτήρι)	1,812E-02	0,343	0,958
Εβδομαδιαία κατανάλωση ούζου (ανά ποτήρι)	-2,628	2,220	0,237
Εβδομαδιαία κατανάλωση οιν.ποτών (ανά ποτήρι)	-2,499	1,164	0,033
Κατανάλωση ουσιών από τους συζύγους			
Κατανάλωση τσιγάρων από σύζυγο	1,510	1,012	0,137
Εβδ. κατανάλωση μπύρας (ανά ποτήρι)	0,159	0,376	0,674
Εβδ. κατανάλωση κρασιού (ανά ποτήρι)	-0,405	0,526	0,442
Εβδ. κατανάλωση ούζου (ανά ποτήρι)	1,397	0,676	0,040
Εβδ. καταν. άλλων οινόπ. ποτών (ανά ποτήρι)	-0,558	0,481	0,247
Ωράριο εργασίας των συζύγων	0,654	0,989	0,509
Σεξουαλικές επαφές/ μήνα	-,0303	0,231	0,190
Λεκτική πίεση από σύζυγο	1,142	0,777	0,143
Λεκτική πίεση από γονείς	4,768	1,547	0,002

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές προβλέπουν την εξαρτημένη μεταβλητή του υποδείγματος κατά 19%. R=0,244 adjR=0,195

ΚΕΦ. 4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1. Εισαγωγή

Το πρόβλημα της υπογονιμότητας στον ελλαδικό χώρο όσο και στον υπόλοιπο κόσμο θεωρείται αρκετά σημαντικό και αυτό επιβεβαιώνεται από πλήθος αξιόλογων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί κυρίως στο εξωτερικό (Bolumar et al., 1996; Bolumar et al., 1997 ; Florack et al., 1994 ; Laurent et al., 1992 ; Daling et al., 1986 ; Joesoef et al., 1993; Olsen et al., 1983; Suonio et al., 1990 ; Mette et al., 2001; Joesef et al., 1993; Curtis et al., 1997).

Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών έχουν καταλήξει σε συμπεράσματα που αφορούν στα αίτια της υπογονιμότητας και στους εξωτερικούς παράγοντες που την επηρεάζουν (τρόπος ζωής, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, καφεΐνης, κτλ.) τόσο από την πλευρά των γυναικών όσο και των συζύγων τους, καθώς και στους τρόπους αντιμετώπισής της.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες αναφορικά με το θέμα της υπογονιμότητας, οι οποίες έγκεινται κυρίως στα αίτια των ιατρικών παραγόντων που ευθύνονται για την υπογονιμότητα, στο θέμα της στειρότητας και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Ματαλλιωτάκης κ.α., 1988, Ματαλλιωτάκης κ.α., 1991, Ματαλλιωτάκης κ.α., 1995, Μακέδος, 1994, Πανίδης κ.α., 1980). Ωστόσο, δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια έρευνα μέχρι σήμερα που να μελετά την επίδραση εξωτερικών παραγόντων στην υπογονιμότητα.

Το θέμα που εξετάζουμε στην παρούσα μελέτη εντάσσεται στο ερευνητικό πεδίο του προβλήματος της υπογονιμότητας και συγκεκριμένα μελετά «τους παράγοντες που επηρεάζουν την υπογονιμότητα», ζήτημα το οποίο διερευνάται ευρέως τα τελευταία χρόνια. Γενικότερα, η μελέτη αυτή αποτελεί μια ακόμη προσπάθεια ανάδειξης των παραγόντων που επιδρούν στην υπογονιμότητα. Γίνεται παράλληλα μια προσπάθεια να δοθούν εύστοχες ερμηνείες στα ευρήματα που προκύπτουν, ενώ επιτυγχάνεται και μια σύγκριση των ευρημάτων με αντίστοιχα ευρήματα άλλων χωρών, προκειμένου να καταδειχθούν ομοιότητες και διαφορές.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι, όσον αφορά στον ελλαδικό χώρο, δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα, όπως προείπαμε, γεγονός το οποίο μας παρακίνησε όσον αφορά στη διεξαγωγή της παρούσας εργασίας προκειμένου να ερευνήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την υπογονιμότητα και εστιάζονται στον τρόπο ζωής, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση οίνοπνεύματος, και

καφεΐνης.

Έρευνες που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα έχουν διεξαχθεί κατά καιρούς σε χώρες του εξωτερικού και κυρίως στην Δυτική Ευρώπη και στην Αμερική, κάποιων από των οποίων τα αποτελέσματα αναφέρουμε στη συνέχεια. Αξιόλογες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί στην Δανία από το European Multicenter of Infertility and Subfecundity (Bolumar, 1996).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη, η συχνότητα της υπογονιμότητας στο συγκεκριμένο πληθυσμιακό δείγμα ανέρχεται στο σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 19%. Βλέπουμε, λοιπόν ότι η υπογονιμότητα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Η συχνότητα της στειρότητας στο συγκεκριμένο πληθυσμιακό δείγμα ανέρχεται στο ποσοστό της τάξεως του 7,5% για τις γυναίκες και στο ποσοστό του 3,5% για τους άντρες και οφείλεται σε ιατρικά αίτια.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η υπογονιμότητα οφείλεται σε ένα μικρό ποσοστό σε προβλήματα στειρότητας και σε ένα μεγάλο ποσοστό σε αδιευκρίνιστους παράγοντες. Τους παράγοντες αυτούς προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε και να δούμε σε τι ποσοστό επηρεάζουν τα επίπεδα γονιμότητας. Στους παράγοντες αυτούς συμπεριλαμβάνονται η ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης, η ημερήσια κατανάλωση καπνού, η εβδομαδιαία κατανάλωση τσαγιού, η εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε οινόπνευμα), το ωράριο συζύγου, η λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους και τους γονείς τους, κ.α.

Παρατηρήσαμε ότι ένα μικρό ποσοστό γυναικών δήλωσαν άγαμες και ένα μεγάλο ποσοστό διαζευγμένες. Το μικρό αυτό ποσοστό των γυναικών δικαιολογείται, καθώς οι άγαμες γυναίκες αποτελούν ένα θέμα ταμπού για τη χώρα μας και ειδικότερα για την κλειστή κοινωνία του Ηρακλείου. Επίσης, το μεγάλο αυτό ποσοστό των διαζευγμένων γυναικών ανταποκρίνεται στα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας, όπου το ποσοστό των διαζυγίων δυστυχώς αυξάνεται χρόνο με το χρόνο.

Είδαμε, ακόμη, ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι σύντροφοί τους δεν έκαναν κατάχρηση καπνού, καφεΐνης, τσαγιού ή οινοπνευματωδών ποτών (υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε οινόπνευμα).

Χαρακτηριστικό είναι ότι από τα ζευγάρια που ανέφεραν ότι ζήτησαν ιατρική συμβουλή προκειμένου να αποκτήσουν παιδί, ανεξαρτήτως του τελικού

αποτελέσματος, απευθύνθηκαν σε κάποιο ειδικό κατά μέσο όρο μέσα στους πρώτους 20 μήνες. Αυτό καταδεικνύει πως τα ζευγάρια, γενικότερα, δείχνουν να ευαισθητοποιούνται αρκετά νωρίς σχετικά με την καθυστέρηση σύλληψης παιδιού και απευθύνονται στους ειδικούς προκειμένου, να αντιμετωπίσουν τα πιθανά προβλήματα και να αποκτήσουν παιδί.

Γενικότερα, είδαμε ότι από τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις/ θεραπείες για προβλήματα γονιμότητας, η πλειοψηφία είχε ένα ολοκληρωμένο ιατρικό έλεγχο.

Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός πως από το συνολικό ποσοστό των γυναικών που υποβλήθηκαν στις παραπάνω εξετάσεις/ θεραπείες ένα ποσοστό της τάξεως του 48,8% κατάφερε να επιτύχει σύλληψη έπειτα από αυτές. Αυτό, επίσης, δείχνει την εξέλιξη του κλάδου της επιστήμης της γυναικολογίας και την αποτελεσματική και ουσιαστική συμβολή των ειδικών στο σημαντικό πρόβλημα της υπογονιμότητας.

Χαρακτηριστικό, επίσης, είναι το γεγονός ότι στην πιο πρόσφατη εγκυμοσύνη ένα ποσοστό γυναικών έμειναν έγκυες ενώ έκαναν χρήση κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου. Κάποιες από τις γυναίκες αυτές παραδέχτηκαν ότι δεν έκαναν σωστή χρήση. Αυτό σημαίνει ότι ίσως έδειξαν επιπολαιότητα ή ότι δεν είχαν σωστή ενημέρωση ως προς την ορθολογική χρήση της αντισυλληπτικής μεθόδου που χρησιμοποίησαν.

Χαρακτηριστικό είναι ακόμη πως αρκετές από τις γυναίκες δήλωσαν ότι είχαν κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής τους, γεγονός που δείχνει ελλιπή ενημέρωση και άγνοια ως προς τους κινδύνους των μεταδιδόμενων σεξουαλικών νοσημάτων.

Μια τελευταία παρατήρηση είναι ότι οι μέθοδοι της στείρωσης (της γυναίκας ή του συντρόφου), της αντισυλληπτικής ένεσης και της αποχής από τις σεξουαλικές επαφές δεν προτιμώνται από καμία γυναίκα. Αυτό μπορούμε να ισχυριστούμε ότι είναι δικαιολογημένο, καθώς η επιλογή της στείρωσης ως μέθοδος αντισύλληψης είναι κάτι πολύ ακραίο. Επίσης, η αντισυλληπτική ένεση ως μέθοδος αντισύλληψης δεν είναι τόσο διαδεδομένη στην Ελλάδα όσο στο εξωτερικό. Τέλος, η αποχή από τις σεξουαλικές σχέσεις ως μέθοδος αντισύλληψης είναι λογικό να μην προτιμάται.

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την γονιμότητα

Η πρώτη εξαρτημένη μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση και συγκεκριμένα για τα αποτελέσματα της Λογαριθμικής Παλινδρόμησης, ήταν η πιθανότητα σύλληψης. Ειδικότερα, εξετάστηκε η πιθανότητα σύλληψης σε σχέση με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, την ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης, την ημερήσια κατανάλωση τσαγιού, την εβδομαδιαία κατανάλωση αναψυκτικών, τη εβδομαδιαία κατανάλωση μύρας, την εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού, την εβδομαδιαία κατανάλωση ούζου, την εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, από τις γυναίκες και τους συντρόφους τους, το ωράριο εργασίας των συζύγων, την συχνότητα σεξουαλικών επαφών, και τη λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους και τους γονείς τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, βρήκαμε ότι η πιθανότητα σύλληψης επηρεάζεται δυσμενώς από 4 παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι

- η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από την πλευρά των γυναικών
- η εβδομαδιαία κατανάλωση μύρας από την πλευρά των γυναικών,
- η εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους συζύγους και
- η λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους τους για να τεκνοποιήσουν.

Όσον αφορά στην συσχέτιση του καπνίσματος με την γονιμότητα, βρήκαμε ότι το κάπνισμα από την πλευρά των γυναικών έχει αρνητικές επιδράσεις στην γονιμότητα, γεγονός που συμφωνεί και με άλλες μελέτες (Howe et al., 1985; Sunio et al., 1990; Alderete et al., 1995). Ειδικότερα στην μελέτη του Howe και των συνεργατών του, η οποία επικεντρώθηκε στις επιδράσεις του καπνίσματος, της ηλικίας και άλλων παραγόντων στην γονιμότητα και μελετήθηκαν για 5 χρόνια οι συνήθειες του τρόπου ζωής 17032 γυναικών 25-39 ετών από 17 κλινικές Οικογενειακού Προγραμματισμού, παρατηρήθηκε ότι το κάπνισμα είναι ένας παράγοντας που σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα.

Επίσης, στην μελέτη του Sunio και των συνεργατών του (Sunio et al., 1990), οι οποίοι εξέτασαν 2198 γυναίκες κατά τη διάρκεια της 20^{ης} εβδομάδας της κύησής τους και συνέλεξαν δεδομένα για τις συνήθειές τους σχετικά με το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη και τον χρόνο σύλληψης (αφού είχαν διακόψει τη χρήση αντισυλληπτικών), παρατηρήθηκε ότι το κάπνισμα του τσιγάρου έχει αρνητικές επιδράσεις στην γονιμότητα.

Ωστόσο, αν και υπάρχουν πολλοί ερευνητές που κατέληξαν σε αυτό το συμπέρασμα, θεωρούμε σημαντικό να αναφέρουμε ότι υπήρξαν και κάποιες άλλες έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα δεν έχει καμία δυσμενή επίδραση στη γονιμότητα (De Mouzon et al., 1988; Harlap et al., 1984)

Η ύπαρξη σύγχυσης μεταξύ των ερευνητών αναφορικά με τις δυσμενείς επιδράσεις του καπνίσματος στην γονιμότητα οδηγεί στην εκτίμηση ότι, πιθανότατα είναι ένα θέμα που χρήζει περαιτέρω επιστημονικής διερεύνησης προκειμένου να αποσαφηνιστεί.

Ο δεύτερος παράγοντας που σχετίζεται με την υπογονιμότητα στην μελέτη αυτή, είναι η εβδομαδιαία κατανάλωση μύρας από την πλευρά των γυναικών. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι όπως και σε άλλες έρευνες έτσι και εμείς (Henriks, 1999) συλλέξαμε πληροφορίες για την εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών τόσο των γυναικών όσο και των συζύγων τους, κατηγοριοποιώντας τα οινοπνευματώδη ποτά ανάλογα με την χαμηλή ή υψηλή περιεκτικότητά τους σε αλκοόλ (κρασί, μύρα ή οινοπνευματώδη ποτά υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ). Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην μελέτη μας σύμφωνα με τα όσα δήλωσαν δεν έκαναν υψηλή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της έρευνάς μας δεν είναι ακριβώς συγκρίσιμο με τα αποτελέσματα κάποιας άλλης παρόμοιας έρευνας, επομένως θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί ως πηγή μελέτης για επόμενες έρευνες.

Οι περισσότερες έρευνες στο ερωτηματολόγιό τους έχουν μια ενιαία κατηγορία για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, όπου περιλαμβάνεται και η κατανάλωση μύρας. Γενικότερα για την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, περιλαμβανομένης και της μύρας, από τις γυναίκες υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα γονιμότητας (Goldstein et al., 1994; Jensen et al., 1998 ; Hakim et al., 1998).

Ειδικότερα, στην μελέτη της Jensen και των συνεργατών της (Jensen et al., 1998), οι οποίοι επικεντρώθηκαν στις επιδράσεις που έχει η κατανάλωση αλκοόλ στην πιθανότητα σύλληψης παιδιού, σε 430 ζευγάρια Δανών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με μειωμένη γονιμότητα στις γυναίκες, ακόμη και αν η κατανάλωση είναι 5 ή λιγότερα ποτήρια εβδομαδιαίως.

Επίσης στην μελέτη του Goldstein (Goldstein et al., 1994), στην οποία συμμετείχαν 3833 γυναίκες και μελετήθηκε η συσχέτιση της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ με την

υπογονιμότητα βρέθηκε ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας πιθανός παράγοντας που συμβάλει στην υπογονιμότητα.

Υπάρχουν όμως και έρευνες που υποστηρίζουν ότι η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (όταν δηλ. δεν γίνεται κατάχρηση) δεν έχει δυσμενή επίδραση στην γονιμότητα (Mohamed A. et al., 2004; Zaadstra et al., 1994; Florack et al., 1994) Παρατηρούμε ότι υπάρχουν αντικρουόμενα ευρήματα μεταξύ των ερευνητών όσον αφορά τις δυσμενείς επιδράσεις του αλκοόλ στην γονιμότητα όπως συμβαίνει και με το κάπνισμα. Αυτό αποτελεί ένα ακόμη θέμα που χρήζει περαιτέρω επιστημονικής διερεύνησης προκειμένου να αποσαφηνιστεί.

Ο τρίτος παράγοντας που σχετίζεται με την υπογονιμότητα στην μελέτη αυτή είναι η εβδομαδιαία μέτρια κατανάλωση υψηλής περιεκτικότητας οιοπνευματωδών ποτών από τους συζύγους. Με το αποτέλεσμα αυτό συμφωνούν και άλλες μελέτες (Brzek, 1987; Goverde et al., 1995 ; Mendelson et al., 1977 ; Pajarinen et al., 1996). Ειδικότερα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης του [Pajarinen J](#) και των συνεργατών του (Pajarinen et al., 1996), η κατανάλωση μετρίων ποσοτήτων αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα του σπέρματος πολύ πιο συχνά από ότι θεωρούσαν παλιότερα

Υπάρχουν όμως και έρευνες που υποστηρίζουν ότι η μέτρια κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών από την πλευρά των συζύγων δεν σχετίζεται με υπογονιμότητα (Florack et al., 1994; Jensen et al., 1998 ; [Olsen et al.](#), 1997 ; Curtis et al., 1997).

Αρκετά άρθρα έχουν δημοσιευτεί σχετικά με τις επιδράσεις της κατανάλωσης αλκοόλ στην ανδρική γονιμότητα (Goverde et al., 1995; Dunphy et al., 1991; Vine et al., 1997).

Παρόλα αυτά , προς το παρόν, δεν υπάρχει μια γενική συμφωνία για τις επιδράσεις της κατανάλωσης οιοπνευματωδών ποτών στον άνδρα. Αυτή η ασυμφωνία στην υπάρχουσα βιβλιογραφία οφείλεται στο ότι στις περισσότερες μελέτες το δείγμα είναι μικρό, καθώς και στο ότι δεν υπάρχει μια ομοιομορφία στα πληθυσμιακά δείγματα (κάποιοι εθελοντές είναι υγιείς ενώ κάποιοι άλλοι, πιθανά, δεν είναι γόνιμοι και υποβάλλονται σε θεραπεία).

Τέλος, αναφορικά με την λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους τους βλέπουμε, ότι όταν η λεκτική πίεση που ασκεί ο σύζυγος στη γυναίκα του προκειμένου αυτή να συλλάβει είναι σπάνια, συγκρινόμενη με την πολύ συχνή λεκτική πίεση που θα μπορούσε να ασκεί, μειώνει κατά πολύ την πιθανότητα

σύλληψης. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερη λεκτική πίεση ασκεί ο σύζυγος στη γυναίκα του προκειμένου να κάνουν παιδί, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να συλλάβει. Αυτό ίσως να φαίνεται αντιφατικό κρίνοντάς το από μια πρώτη ματιά, εφόσον θα ισχυριζόταν κάποιος ότι το λογικό θα ήταν όσο πιέζεται λεκτικά η γυναίκα από τον σύζυγό της για να συλλάβει τόσο αγχώνεται. Το αποτέλεσμα όμως αυτό, κυμαίνεται στα πλαίσια του λογικού, όταν η λεκτική πίεση που ασκείται συχνά στην γυναίκα από τον σύζυγο για την σύλληψη παιδιού ερμηνευτεί ως το αποτέλεσμα μιας καλής και υγιούς σχέσης, όπου ο σύζυγος εκδηλώνει το ενδιαφέρον και την αγάπη του προς την σύζυγο με την επιθυμία απόκτησης παιδιού, ειδικότερα όταν αυτό συνδυάζεται και με την συχνή σεξουαλική επαφή. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της έρευνάς μας δεν μπόρεσε να επιβεβαιωθεί ή να διαψευστεί από κάποια άλλη παρόμοια έρευνα, επομένως θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί ως πηγή μελέτης για επόμενες έρευνες.

Όσον αφορά στην συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, το ωράριο εργασίας του συζύγου, την κατανάλωση τσαγιού, αναψυκτικών, κρασιού, ούζου, αλκοολούχων ποτών δεν βρήκαμε να σχετίζονται με την πιθανότητα σύλληψης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με άλλες έρευνες (Joesef et al., 1993; Curtis et al., 1997; Bisanti et al., 1996).

4.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το χρόνο αναμονής σύλληψης

Η δεύτερη εξαρτημένη μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση και συγκεκριμένα για τα αποτελέσματα της Πολλαπλής Παλινδρόμησης ήταν ο χρόνος αναμονής σύλληψης. Συγκεκριμένα εξετάστηκε η σχέση του χρόνου αναμονής με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων, την ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης, την ημερήσια κατανάλωση τσαγιού, την εβδομαδιαία κατανάλωση αναψυκτικών, τη εβδομαδιαία κατανάλωση μύρας, την εβδομαδιαία κατανάλωση κρασιού, την εβδομαδιαία κατανάλωση ούζου, την εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, από τις γυναίκες και τους συντρόφους τους, το ωράριο εργασίας των συζύγων, την συχνότητα σεξουαλικών επαφών, και τη λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους και τους γονείς τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη, βρήκαμε ότι ο χρόνος αναμονής σύλληψης επηρεάζεται αρνητικά από 4 παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι

- η αυξημένη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από την πλευρά των γυναικών,
- η υψηλή εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (ρακί, ούζο) από την πλευρά των συζύγων
- η λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους γονείς τους, προκειμένου να αποκτήσουν παιδιά και
- η χαμηλή εβδομαδιαία κατανάλωση υψηλής περιεκτικότητας οινοπνευματωδών ποτών (ουίσκι, βότκα, κονιάκ, κτλ.) από τις γυναίκες.

Σχετικά με το πρώτο εύρημα η αυξημένη ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων από τις γυναίκες συνδέεται με αυξημένο χρόνο αναμονής της σύλληψης. Αυτό σημαίνει ότι όταν οι γυναίκες καπνίζουν αρκετά τότε καθυστερούν να συλλάβουν παιδιά. Αυτό το εύρημα είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών (Joesoef et al., 1993; Laurent et al., 1992; Olsen et al., 1983; Sunio et al., 1990). Συγκεκριμένα στην μελέτη του Bolumar (Bolumar et al.,1996) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του αυξημένου χρόνου αναμονής σύλληψης. Όπως και στην μελέτη του Laurent και των συνεργατών του (Laurent et al., 1992) όπου εξέτασαν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και πρόωρης γυναικείας υπογονιμότητας σε ένα δείγμα 2714 γυναικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υπογονιμότητας και της ημερήσιας κατανάλωσης καπνού (1 πακέτου τσιγάρων ημερησίως). Οι καπνίστριες είχαν αυξημένο χρόνο σύλληψης και χαμηλότερες πιθανότητες σύλληψης κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, με την μεγαλύτερη διαφορά να παρατηρείται μεταξύ των 4 και 9 μηνών.

Όσον αφορά στο δεύτερο εύρημα, βλέπουμε ότι η χαμηλή εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών υψηλής περιεκτικότητας σε αλκοόλ (ουίσκι, βότκα, κονιάκ, κτλ.) από τις γυναίκες συνεπάγεται περισσότερο χρόνο αναμονής σύλληψης. Εννοώντας χαμηλή εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών με υψηλή περιεκτικότητα αλκοόλ στο δείγμα των γυναικών της έρευνας μας που σε γενικές γραμμές δεν πίνουν πολύ.

Έως και σήμερα δεν έχουν αναφερθεί σε καμία παρόμοια μελέτη αποτελέσματα τα οποία να βρίσκονται σε συμφωνία με το συγκεκριμένο εύρημα.

Ωστόσο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι στην μελέτη του Juul και των συνεργατών του (Juul et al., 2002) βρέθηκε ότι οι γυναίκες που δεν κατανάλωναν καθόλου αλκοόλ, περίμεναν περισσότερο για να συλλάβουν παιδιά, σε αντίθεση με τις γυναίκες που

κατανάλωναν μέτρια ποσότητα αλκοόλ και είχαν πιο σύντομο χρόνο αναμονής σύλληψης.

Δεν θα πρέπει να παραλείψουμε το γεγονός πως κάποιες άλλες μελέτες δεν βρίσκουν καμία συσχέτιση μεταξύ του χρόνου αναμονής σύλληψης και της κατανάλωσης αλκοόλ (Olsen et al., 1983; Joesoef, 1993; Florack et al., 1994; Zaadstra et al., 1994; Curtis et al., 1997).

Αναφορικά με τον τρίτο παράγοντα βρήκαμε ότι η υψηλή εβδομαδιαία κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από την πλευρά των συζύγων συνδέεται με αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης.

Έως και σήμερα δεν έχει διεξαχθεί καμία έρευνα που να μελετάει την συσχέτιση μεταξύ του χρόνου αναμονής σύλληψης και της υψηλής εβδομαδιαίας κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών από την πλευρά των συζύγων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερευνών που έχουν διεξαχθεί για να μελετήσουν την σχέση μεταξύ χρόνου αναμονής σύλληψης και αλκοόλ έχουν επικεντρωθεί στην εξέταση της μέτριας κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών (Juhl et al., 2001, Olsen et al., 1983; Jensen et al., 1998).

Επειδή το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της έρευνάς μας δεν έγινε δυνατόν να συγκριθούν με τα αποτελέσματα κάποιας άλλης παρόμοιας έρευνας, επομένως θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί ως πηγή μελέτης για επόμενες έρευνες.

Τέλος, σχετικά με το τελευταίο εύρημα αυτής της έρευνας βρήκαμε ότι η λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους γονείς τους, προκειμένου να αποκτήσουν παιδί βρήκαμε ότι αυξάνει τον χρόνο αναμονής της σύλληψης.

Έως και σήμερα δεν έχει διεξαχθεί καμία έρευνα που να μελετάει την σχέση μεταξύ του χρόνου αναμονής σύλληψης και της λεκτικής πίεσης που ασκείται στις γυναίκες (από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον).

Γενικότερα, όμως, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η συνύπαρξη ψυχοκοινωνικού στρες και υπογονιμότητας υποστηρίζεται από ισχυρές επιστημονικές αποδείξεις (Wright et al., 1989; Seibel et al., 1982). Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι το ψυχοκοινωνικό άγχος αποτελεί είναι ένας πιθανός παράγοντα που επηρεάζει το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα σε διάφορα επίπεδα: μέσω του *autonomic* νευρικού συστήματος, του ενδοκρινικού συστήματος και του ανοσοποιητικού συστήματος (Johnson et al., 1992; Meyerhoff et al., 1990; Seibel et al., 1982). Ειδικότερα, στην έρευνα του Niels Henrik και των συνεργατών του (Henrik et al., 1999) το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην επίδραση του ψυχολογικού στον χρόνο της πρώτης

εγκυμοσύνης. Στην έρευνα συμμετείχαν 430 ζευγάρια Δανών που σχεδίαζαν να κάνουν παιδί για πρώτη φορά και παρακολουθούνταν από γιατρούς δυο Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ψυχολογικό στρες είναι ένας πιθανός παράγοντας μειωμένης γονιμότητας σε γυναίκες with long menstrual cycles. Επίσης, στην έρευνα που διεξήγαγαν οι Sanders και Bruce επικεντρώθηκαν στην σχέση μεταξύ γονιμότητας και ψυχοκοινωνικού στρες και τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι το ψυχοκοινωνικό στρες επηρεάζει την γονιμότητα αλλά οι μηχανισμοί παραμένουν ακόμα άγνωστοι.(Sanders et al., 1997).

Επειδή το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της έρευνάς μας δεν έγινε δυνατόν να συγκριθεί με τα αποτελέσματα κάποιας άλλης παρόμοιας έρευνας, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πηγή μελέτης για επόμενες έρευνες.

Όσον αφορά στην συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, το ωράριο εργασίας του συζύγου, την κατανάλωση τσαγιού, αναψυκτικών, κρασιού, ούζου, αλκοολούχων ποτών δεν βρήκαμε να σχετίζονται με τον χρόνο αναμονής σύλληψης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με άλλες έρευνες (Bisanti et al., 1996; Juul et al., 2001; Joesef et al., 1993; Curtis et al., 1997).

4.4 Χρησιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Κοινωνική Εργασία

Την σημερινή εποχή όπου το πρόβλημα της υπογεννητικότητας λαμβάνει τόσο μεγάλες διαστάσεις στη χώρα μας, κρίναμε ότι θα ήταν πολύ χρήσιμη μια τέτοια μελέτη. Αυτό που επιδιώχθηκε μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν η συλλογή, η εκτίμηση και η ανάλυση των παραγόντων εκείνων που παίζουν ρόλο στην υπογονιμότητα. Διότι, μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνας θα επιτραπεί να αυξηθεί η επαγρύπνηση και να προειδοποιηθούν διάφορες ομάδες ατόμων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται στα κέντρα λήψης αποφάσεων, σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο για την συχνότητα της πρωτογενούς και της δευτερογενούς στειρότητας. Προέκυψαν, επίσης, ενδεικτικές πληροφορίες για το μέγεθος και κάποιες από τις αιτίες της υπογονιμότητας στο συγκεκριμένο πληθυσμιακό δείγμα.

Τα συμπεράσματα μπορούν να φανούν χρήσιμα σε γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και γενικότερα σε επαγγελματίες που εργάζονται σε νοσοκομεία, σε Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, σε Κέντρα Αγωγής Και

Προαγωγής Υγείας, οι οποίοι οφείλουν να προσεγγίσουν το θέμα αυτό μέσω της διεπιστημονικής συνεργασίας για την μελέτη και αντιμετώπισή του.

Ακόμη, μπορούν να αξιοποιηθούν και από ερευνητές- σχεδιαστές προγραμμάτων και πολιτικών υγείας ώστε να μπορέσουν να αναγνωρίσουν τα κενά πληροφόρησης και τις ύποπτες ζώνες, να επεξηγήσουν και να υποστηρίξουν την ανάγκη να αποτυπωθεί το πρόβλημα και να παρακολουθήσουν τις κατευθύνσεις ή να διεξάγουν διαχρονικές έρευνες με συγκεκριμένες υποθέσεις.

Τέλος, η προτεινόμενη έρευνα θα μπορούσε να προσφέρει βασικές πληροφορίες στις οποίες θα μπορούσαν να στηριχτούν οι προαναφερθέντες επαγγελματίες για να κτίσουν, αναπτύξουν και εφαρμόσουν δραστηριότητες ανάλογα με τις προτεραιότητές τους και να σχεδιάσουν για μελλοντικές πηγές και υπηρεσίες μέσω μιας προσεγμένης ανάλυσης των σχημάτων και των κατευθύνσεων της υπογονιμότητας και της στειρότητας .

4.5 Αδυναμίες της μελέτης

Καταρχήν, το δείγμα, ως προς το μέγεθός του (400 γυναίκες) μπορεί να θεωρείται ικανοποιητικό για επίπεδο πτυχιακής εργασίας, εντούτοις θα έπρεπε να είναι πολύ μεγαλύτερο επιδημιολογικά ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ανίχνευσης ομάδων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, π.χ. υπογόνιμες ομάδες, ομάδες με στειρώση, κτλ. Επίσης, προήλθε από συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδος και δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον ελληνικό πληθυσμό.

Τέλος, μια ακόμη αδυναμία εντοπίζεται στο γεγονός ότι τα ευρήματα βασίστηκαν αποκλειστικά σε μια πηγή πληροφόρησης, την γυναίκα, χωρίς να υπάρχει κατά αυτόν τον τρόπο δυνατότητα διασταύρωσης των τοποθετήσεων από τον αντίστοιχο σύντροφο.

4.6 Γενικό συμπέρασμα

Τα αποτελέσματα της έρευνας όπως αυτά μελετήθηκαν και αναλύθηκαν επιβεβαιώνουν τις υποθέσεις εργασίας που είχαμε θέσει ως αρχικό στόχο της παρούσας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη υπόθεση, η οποία μελετούσε την συσχέτιση της αυξημένης κατανάλωσης οινοπνεύματος και καπνού με τις μειωμένες πιθανότητες κύησης επαληθεύτηκε βάσει του ερευνητικού μας μέρους.

Επιπλέον, επιβεβαιώθηκε η δεύτερη υπόθεση εργασίας σχετικά με το ότι η πίεση που ασκούν στις γυναίκες πρόσωπα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται με περιορισμένες δυνατότητες κύησης βάσει του ερευνητικού μας μέρους.

Όσον αφορά στην τρίτη υπόθεση εργασίας το αν η αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού σχετίζεται με αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης βλέπουμε ότι επιβεβαιώθηκε και αυτή.

Τέλος, αποδείχθηκε και η τέταρτη υπόθεση εργασίας που είχαμε θέσει αρχικά με το αν η πίεση που ασκούν στις γυναίκες πρόσωπα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται με αυξημένο χρόνο αναμονής σύλληψης .

Συμπερασματικά, είδαμε ότι η γονιμότητα και ο χρόνος αναμονής σύλληψης επηρεάζονται από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από την πλευρά των γυναικών και των συζύγων τους, και η λεκτική πίεση που ασκείται στις γυναίκες από τους συζύγους τους και τους γονείς της , προκειμένου να αποκτήσουν παιδί.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:

Alderete E., Eskenazi B., And Sholtz. (1995). Effect of cigarette smoking and coffee drinking on time to conception. *Epidemiology*. 6:403-408

Martini Ana Carolina , Molina Rosa Ines, Estofan Daniel, Senestrari Daniel, Marta Fiol de Cuneo, Ruben Daniel Ruiz. (2004). Effects of alcohol and cigarette consumption on human seminal quality. *J of Fertility and Sterility*. 82: 374 –377

Apostoli P, Bellini A, Porru S, Bisanti L. (2000). The effect of lead on male fertility: a time to pregnancy (TTP) study. *Am J Ind Med* 38:310-315

Armstrong B, Mc Donald A, Sloan B. (1992). Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. *Am J Public Health* 82:85

Baird D, Wilcox A. (1985). Cigarette smoking associated with delayed conception. *JAMA* 253:2979

Baird D, Wilcox AJ, Weinberg CR. (1986). Use of time to pregnancy to study environmental exposures. *Am J Epidemiol*. 124:470-480

Baird D. (1988). Using time-to-pregnancy data to study occupational exposures: methodology. *Reprod Toxicol*. 2:205-207

Baird D, Strassman B. (2000). Women's fecundability and factors affecting it. *Women and Health*. 8: 126-137

Batista MC, Cartledge TP, Sellmer AW. (1995). Effects on menstrual cycle hormones and endometrial maturation. *Fertil Steril*. 64: 492

Barnea E.R., Holford T.R., Mc Innes D. (1985). Long-term prognosis of infertile couples with normal basic investigations: a life-table analysis. *Ostet. Gynecol*. 66:24–26.

Bayer SR, Seibel MM. (1986). Endometriosis: Clinical symptoms and infertility. Gonadotropin Down-Regulation in Gynecological Practice, *Ostet. Gynecol*.30:103

Bisanti L., Olsen J., Basso O., Thonneau P., Karmaus W. (1996). Shift Work and Subfecundity. *J.O.E.M.* 38: 352-358.

Bonde JP, Hjollund NH, Jensen TK, Ernst E, Kolstad H, Henriksen TB. (1998). A follow-up study of environmental and biologic determinants of fertility among 430 Danish first-pregnancy planners: design and methods. *Reprod Toxicol* 12:19-27

Bolumar F., Olsen J., Boldsen J. and the European Study Group on infertility Subfecundity (1996). Smoking Reduces Fecundity: A European Multicenter Study on Infertility and Subfecundity. *Am. J. of Epidem*. 6: 578-587

Bolumar F., Olsen J., Rebagliato M., Bisanti L and European Study Group on Infertility and Subfecundity (1997). Caffeine Intake and Delayed Conception: A European Multicenter Study on Infertility and Subfecundity. *Am. J. of Epidem.* 4:324-334

Brinton L., Lamb E., Kamran S., Moghisi D., Bert M., Michelle D., Jerome E. Mabie B., Carolyn L., Westhoff Ph. (2004). Ovarian cancer risk associated with varying causes of infertility. *Fertil Steril.* 82: 405-414

Brzek A. (1987). Alcohol and male fertility. *Andrologia* 19:32-36

Buck G, Sever L, Batt R. (1992).Life-style factors and female infertility. *Epidem.* 8:435-41

Carlsen E, Giwercman A, Keiding N, Skakkebaek NE. (1992). Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *Br Med J.* 305:609-613

Chandra A, Stephen EH. (1998). Impaired fecundity in the United States: 1982-1995. *Fam Plann Perspect.* 30:34-42

Colombo B, Masarotto G. (2000). Daily fecundability: first results from a new data base. *Demogr Res.* 3: 82-86

Crosignani PG, Collins J, Cooke ID, Diczfalusy E, Rubin B. (1993). Unexplained infertility. *Hum Reprod.* 8:977

Curtis K, Savitz D, Arbuckle T. (1997). Effects of cigarette smoking, caffeine consumption, and alcohol intake on fecundability. *Am J Epidemiol.* 146:32-41

De Mouzon J, Spira A, Schwartz D. (1988). A prospective study of the relation between smoking and fertility. *Int J Epidemiol.* 17:378

Ducot B, Spira A, Feneux D, Jouannet P. (1988). Male factors and likelihood of pregnancy in infertile couples: Study of clinical characteristics-Practical consequences. *Int J Androl.* 11:395

Dunphy B, Barratt C., Cooke I. (1991). Male alcohol consumption and fecundity in couples attending an infertility clinic. *Andrologia* 23: 219–221

Dunson D. (2001). Bayesian modeling of the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Biometrics* 57:1067-1073

Dunson D, Colombo B, Baird D. (2002). Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 17:1399-1403

Erickson JD. (1978). Down's syndrome, paternal age, maternal age and birth order. *Ann Hum Genet.* 41: 289

Fady I. Sharara, David B. Seifer, Jodi A. Flaws (1998). Environmental toxicants and female reproduction. *Fertil. Steril.* 70: 613-622

Florack E, Zielhuis A., Rolland R. (1994). Cigarette smoking, alcohol consumption, and caffeine intake and fecundability. *Prev Med.* 2:175-80

Gill, J. (1997). Women, alcohol and the menstrual cycle. *Alcohol and Alcoholism* 32: 435–441

Golding J. (1995). Reproduction and caffeine consumption- a literature review. *Early Hum. Dev.* 43:1-14

Gomathi C, Balasubraminian K, Bhanu NV, Srikanth V, Govindajuli P. (1993). The effect of chronic alcoholism on lipid profiles. *Int J Androl.* 31, 175–181

Goverde HJ, Dekker HS, Janssen HJ, Bastiaans BA, Rolland R, Zielhuis GA. (1995). Semen quality and frequency of smoking and alcohol consumption: an explorative study. *Int J Fertil Menopausal Stud.* 40:135–138

Gray R., Fuentes A. (1994). Infertility epidemiology: Current scene. *Contemp Ob Gyn* 5 : 70

Greil AL.(1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med.* 45:1679-704

Grodstein, F., Goldman, M. B. and Cramer, D. (1994). Infertility in women and moderate alcohol use. *Am. J. of Public Health.* 84:1429–1432

Hakim R, **Gray R**, **Zacur H.** (1998). Alcohol and caffeine consumption and decreased fertility. *Fertil Steril.* 70:632-7

Harlap S, Barras M. (1984). Conception-waits in fertile women after stopping oral contraceptives. *Int J Fertil.* 29:73

Henriks I Niels, Hjollund, Tina Kold Jensen , Jens Peter E. Bonde, Tine Brink Henriksen, Andersson Anna-Maria, Henrik A. Kolstad, Erik Ernst ., Aleksander Giwercman, , Niels Erik Skakkebæk, and Jørn Olsen. (1999). Distress and reduced fertility: a follow up study of first pregnancy planners. *Fertil.Steril.* 72: 47-53

Howe G., Westhoff C., Vessey M. (1985). Effects of age, cigarette smoking, and other factors on fertility: Findings in a large prospective study. *BMJ* 290:1697

Hughes E., Yeo J., Claman P., (1994). Cigarette smoking and the outcomes of in vitro fertilization: Measurement of effect size and level of action. *Fertil Steril.* 62:807

Hull M., Glazener C., Kelly N. (1985). Population study of causes , treatment and outcome of infertility. *Br. Med. J. Clin. Res.* 291:1693-7

Husten C., Chrismon J., Reddy M. (1996). Trends and effects of cigarette smoking among girls and women in the United States. *J Am Med Wom Assoc.* 11:106-113

Jensen T., Hjollund, N., Henriksen, T., Scheike T., Kolstad H., Giwercman A., Ernst E., Bonde J., Skakkebaek N. and Olsen J. (1998). Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow-up study among couples planning first pregnancy. *British Medical Journal.* 317: 505–510

Juul M. (2001). Moderate alcohol consumption and waiting time to pregnancy. *Human Repr.* 16 :2705-2709

Joesoef M., Berval V., Aral S. (1993). Fertility and use of cigarettes, alcohol, marijuana, and cocaine. *Ann Epidemiol.* 3:592

Joesoef M., Zhikin L. (1994). Male and female factors in fertility. *Am J Epidemiol.* 140:921

Joffe M., Villard L, Li Z, Plowman R, Vessey M. (1993). Long-term recall of time-to-pregnancy. *Fertil Steril.* 60:99-104

Joffe M., Li Z. (1994). Association of time to pregnancy and the outcome of pregnancy. *Fertil Steril* 62:71-75

Johnson E., Kamilaris T., Chrousos G., Gold P. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neurosci Biobehav Rev.* 16:115–130

Juul S., Keiding N, Tvede M. (2000). Retrospectively sampled time-to-pregnancy data may make age-decreasing fecundity look increasing. European Infertility and Subfecundity Study Group. *Epidemiology* 11:717-719

Kidd S., Eskenazi B., Wyrobek A. (2001). Effects of male age on semen quality and fertility: a review of the literature. *Fertil Steril.* 75:237-248

Laboureau S., Rodien P., Rachedi F., Rohmer V. (2003). New medical treatments for polycystic ovary syndrome. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 32:685-91

Laurent S., Thompson S., Addy C. (1992). An epidemiologic study of smoking and primary infertility in women. *Fertil Steril.* 57:565

Leuthardt Franz. Lehrbuch der Physiologischen Chemie, Vierte Auflage, 1963

Leridon H., Spira A. (1984). Problems in measuring the effectiveness of infertility therapy. *Fertil Steril.* 41:580

Linn S., Schoenbaum S., Monson R., Rosner B., Ryan K. (1982). Delay in conception for former 'pill' users. *JAMA* 247:629-632

- Lodo R.** (1993). Unexplained infertility. *J Reprod Med.* 38:241
- Mahowald M.** (1995). The fetus: Ethical and philosophical issues. *Enc.of Bioet.* 45:851
- Mendelson J.,** Mello N., Ellingboe J. (1977). Effect of acute alcohol intake on pituitary gonadal hormones in normal human males. *J Pharmacol Exp Ther.* 31:676–682
- Meldrum D.** (1990). Female reproductive aging: Ovarian and uterine factors. *Fertil Steril.* 59:124-128
- Meyerhoff J.,** Oleshansky M., Kalogeras K., Mougey E., Chrousos G., Granger L. (1990). Neuroendocrine responses to emotional stress: possible interactions between circulating factors and anterior pituitary hormone release. *Adv Exp Med Biol* 274: 91–111
- Miller W.** (1994). Reproductive decisions: how we make them and how they make us. *Adv Popul.* 2:1-27
- Mitchell A.** (2002). Infertility treatment--more risks and challenges. *N Engl J Med* 346:769- 770
- Mohamed A.** Hassan Killick. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertil. Steril.* 81: 384-392
- Munne S,** Alikani M, Tonkin G, Grifo J, Cohen J. (1995). Embryo morphology, developmental age are correlated with chromosome abnormalities. *Fertil Steril.* 64: 382
- O'Connell M.,** Rogers C. (1982). Differential fertility in the United States: 1976-1980. *Fam Plann Perspect.* 14:281-284
- Olsen J,** Rachootin P, Schiodt A. (1983). Tobacco use, alcohol consumption and infertility. *Int J Epidemiol.* 12:179
- Olsen J.** (1991). Cigarette smoking, tea and coffee drinking, and subfecundity. *Am J Epidemiol.* 133:734-9
- Olsen J.** (1992). Options of making use of pregnancy history in planning and analysing studies of reproductive failure. *J. of Epidim. and Com. Health* 48:171- 174
- Olsen J.,** Bolumar F., Boldsen J. and Bisanti, L. and the European Study Group of Infertility and Subfecundity. (1997). Does moderate alcohol intake reduce fecundability? A European multicentre study on infertility and subfecundity. *Alcoholism: Clinical and Experim.Res.* 21:206–212
- Pajarinene J,** Karhunen PJ, Savolainen V, Lalu K, Penttila A, Laippala P. (1996). Moderate alcohol consumption and disorders of human spermatogenesis. *Fertil. Steril.* 20: 332–337

- Parazzini F.**, Chalenoud, L., DiCintio, E., LaVecchia, C., Benzi, G. and Fedele, L. (1999). Alcohol consumption is not related to fertility in Italian women. *British Medical Journal* 318:397
- Peterson N.**, Trentham-Dietz A. (1994). Alcohol consumption and ovarian cancer risk in a population-based case-control study. *Am. J. of Public Health.* 84:1429-1432
- Pschyrembel W.**, *Praktische Gynakologie*, Vierte Auflage, Berlin, 1968
- Robert L. Barbieri M.** (2001). The initial fertility consultation: Recommendations concerning cigarette smoking, body mass index, and alcohol and caffeine consumption. *Am. J. of Obstet. and Gynecol.* 185:1168-1173
- Roman E.** (1982) Maternal age, pregnancy interval and spontaneous abortion and its relationship to various maternal and obstetric factors. London, University of London. Thesis.
- Rowlands D.**, Mc Dermott A., Hutt M. (1992). Smoking and decreased fertilization rates in vitro. *Lancet.* 340:1409
- Sanders K.**, Bruce N. (1997). A prospective study of psychosocial stress and fertility in women. *Hum Reprod.* 12:2324-9
- Satter M.**, Miles A. (1993). Evaluating the effects of age and the endometrial responsiveness to hormone replacement therapy: Histologic and tissue receptive analysis. *J Assist Reprod Genet.* 10: 47
- Sauvy, A.** *Fertility and Survival.* Chato and Windus , London.
- Seibel M.**, Taymor M. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril.* 37: 137
- Seibel M.** (1986). Infecion and infertility. *Reprod. Fail.* 36: 183
- Seibel M.** (1990). Workup of the infertile couple. *In. J. Infertil.* 76:81-89
- Seibel M.**, Kiessling AA, Bernstein J, Levin SR. (1994). Medical evaluation and treatment of the infertile couple. In: *Technology and infertility: Clinical, Psychological, Legal and Ethical Aspects.* Raven. 81:120-125
- Seibel M.** (1994). Psychological aspects of ovulatory dysfunction: Ovulation Induction. *Raven.*81:96-101
- Sillo-Seidl, Georg,** *Die Utersuchung und Behandlung des kinderlosen Ehepaares* Virte Auflage, 1971
- Simmons A.** (1956). Human infertility. *New England J Med.* 81:87-91

- Schwartz D.**, Mayoux M., Spira A. (1983). Semen characteristics as a function of age in 833 fertile men. *Fertil Steril.* 39: 530
- Sofikitis N.**, Miyagawa I., Dimitriadis D. (1995). Effects on smoking on testicular function, semen quality and sperm fertilizing capacity. *J Urol.* 154:1030
- Spira A.** (1986). Epidimiology of human reproduction . *Hum. Reprod.* 1:111-115
- Stanton K**, Gray R.(1996). Effects of caffeine consumption on delayed conseption. *Am J Epidemiol.* 144:799
- Stillman R.**, Rosenberg M., Sachs B. (1986). Smoking and reproduction. *Fertil Steril.* 46: 545
- Stovall D.**, Toma S., Hammound M., Talbert L. (1991). The effect of age on female fecundity. *Obstet Gynecol.* 77:33
- Sloss E.**, Frerichs R. (1983). Smoking and menstrual disorders. *Int J Epidemiol* 12:107
- Sunio S.**, Saarikoski S., Kauhanen O. (1990). Smoking does affect fecundity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 34:89
- Templeton A.**, Penney G. (1982). The incidance, characteristics, and prognosis of patients whose fertility is unexplained. *Fertil Steril.* 37:175
- The practice Comitee of The American Society for Reproductive Medicine.** (2004). Smoking and infertility . *Fertil. Steril.* 82:62-67
- Tietze C., Guttmacher A., Rubin S.** (1950). Time required for conception in 1727 planned pregnancies. *Fetril Steril.* 1:338
- Tokuhata G.** (1968). Smoking in relation to infertility and fetal loss. *Arch Environ Health.* 17:353
- Valerie B.**, Robert R., M. Riduan J., Sevgi A. (1994). Cramer, Primary infertility: characteristics of women in North America according to pathological findings. *J. of Epidim. and Com. Health.* 48:576-579
- Vine M.**, Setzer R., Everson R., Wyrobek A. (1997). Human sperm morphometry and smoking, caffeine, and alcohol consumption. *Reprod Toxicol.* 11:179–184
- Wilsnack R.**, Klassen A., Wilsnack S. (1986). Retrospective analysis of lifetime changes in women’s drinking behavior. *A. in Alcohol and Sub. Ab.* 5:9-28
- Wilcox A.**, Weinberg C., Baird D. (1990). Caffeinated beverages and decreased fertility. *Lancet.* 335: 792-793
- Windham G., Swan S., Fenster L.** (1992). Parental cigarette smoking and the risk of spontaneous abortion. *Am J Epidemiol.*135:1394

- Wise P.** (1983). Aging of the female reproductive system. *Rev Bio Re Aging*.1:1945
- Wright J.,** Allard M., Lecours A. and Sabourin S., (1989). Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. *Int J Fertil*. 34:126–142
- Yeh J.,** Barbieri R. (1989). Effects of smoking on steroid production, metabolism, and estrogenrelated disease. *Semin Reprod Endocrinol*. 7:326
- Yeko T.,** Handler A. (1991). Effect of aging on tubal function and ectopic pregnancy. *Semin Reprod Endocrinol* 9:215
- Zaadstra, B.,** Habbema J., Looman C., Karbaat J., Velde E.(1994). Moderate drinking: no impact on female fecundity. *Fertil. Steril*. 62:948–954

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Αραβαντινός Ι.** Διονύσιος (1989) *Μαιευτική*. Αθήνα : Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισινού
- Μακέδος Γ.** (1994) *Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή*. Θεσσαλονίκη: Ελληνικές.
- Ματαλλιωτάκης Ι,** Πανίδης Δ, Βλάσσης Γ, Μανίκας Ι. (1988). *Έλεγχος και αξιολόγηση παραμέτρων σπέρματος*. 4^η Πανελλήνια Μετεκπαιδευτική Συνάντηση της Ελληνικής Γυναικολογικής και Ενδοκρινολογικής Εταιρίας. Καμένα Βούρλα
- Ματαλλιωτάκης Ι,** Κουμαντάκης Ε., Πανίδης Δ, Βλάσης Γ, Καλογερόπουλος Α(1991). *Παράμετροι σπέρματος σε γόνιμους και υπογόνιμους άνδρες*. Πρακτικά 5^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιευτικής-Γυναικολογίας
- Ματαλλιωτάκης Ι,** Ζολινδάκη Α, Κουμαντάκης Ε. (1995). Η ιστορία της ανθρώπινης στειρότητας. *Θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας*. Θ, 1-3:203
- Ματαλλιωτάκης Ι,** Γούμενου Α, Τριβάλα Μ, Κουμαντάκης Ε. (2000). Ηθικοί προβληματισμοί στην υπογονιμότητα. *Θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας* 2: 137
- Ματαλλιωτάκης Ι,** Πανίδης Δ., Κουμαντάκης Ε. (2001). *Ενδοκρινολογία Αναπαραγωγής, Διάγνωση και Θεραπεία της Υπογονιμότητας*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
- Μπαλούρδος Δ.** (1988). Η γονιμότητα ως καταναλωτικό αγαθό: Μια μικροοικονομική προσέγγιση για την Ελλάδα (1960–1983), *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. 65:112 – 133
- Μπαλούρδος Δ.** (1989). Η αναπαραγωγική συμπεριφορά στο κατάφλι του 2000. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* 75: 121- 69 .

Παπανικολάου , Γυναικολογία , επιστημονικές εκδόσεις « Γρ. Παρισινός» , Μαρία Γρ. Παρισινού. Πρακτικά 8^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Περιγεννητικής Ιατρικής , Ελληνική Εταιρία Περιγεννητικής Ιατρικής , Πρακτικά, Αθήνα 16 και 17 Απριλίου 1994, Ξενοδοχείο Hilton

Πανίδης Δ, Κουκούλης Γ, Ικκος Δ. (1980). Ταξινόμηση 559 περιπτώσεων αμηνόρροιας με το σχήμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για προβλήματα γονιμότητας. *Materia Medica Greca*. 8:275

Τουμανίδη Παναγιώτη, καθηγήτη Τ.Ε.Ι. Γυναικολογίας και Μαιευτικής. (χ.χ.) *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Εκδοτικός Οίκος αδελφών Κυριακίδη α.ε.

Δικτυακοί τόποι:

<http://www.medlook.net>

<http://www.google.gr/>

<http://www.pubmed.com/>

<http://www.in.gr/>

<http://www.heal-link.gr/journals/alphasearch.jsp>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Α.Α.Ε. / ___ / ___ / ___ /

Α.Α.Σ. / ___ / ___ /

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Χλιαουτάκης Ιωάννης

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
Μανιδάκη Άννα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2006

A. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- a1. Πόσο χρονών είστε; _____
- a2. Έτη σπουδών: _____
- a3. Ποια είναι η παρούσα απασχόλησή σας;
- Μισθωτή _____ 1
- Ιδιώτης _____ 2
- Σπουδάστρια _____ 3 → a5
- Άνεργη _____ 4 → a5
- Οικιακά _____ 5 → a5
- a4. Ποιο είδος εργασίας κάνετε ακριβώς; _____
- a5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; Έγγαμη _____ 1 Άγαμη _____ 2 Άλλο _____ 3
- a6. Έχετε κάποια σταθερή σεξουαλική σχέση τώρα;
- Ναι _____ 1 Όχι _____ 2 → a11
- a7. Πότε αρχίσατε τη σταθερή σεξουαλική σχέση με τον παρόντα σύζυγο; _____
- a8. Πότε γεννήθηκε ο σύζυγός σας; _____
- a9. Κάνετε κάτι τώρα για να αποφύγετε να μείνετε έγκυος;
- Ναι _____ 1 Όχι _____ 2 → a11 Είμαι έγκυος τώρα _____ 3 → Τμήμα Β

	Ναι	Όχι	
a10a. Έχετε υποστεί στειρώση	A10a
a10b. Ο σύντροφός σας έχει υποστεί στειρώση	A10b
a10c. Ποτέ δεν είχατε σεξουαλική επαφή	A10c
a10d. Ασφαλείς ημέρες (μέθοδος ρυθμού)	A10d
a10e. Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)	A10e
a10f. Ενδομήτριο σπέραμα (σπιράλ)	A10f
a10g. Αντισυλληπτικά από το στόμα	A10g
a10h. Ανδρικό προφυλακτικό	A10h
a10i. Διάφραγμα	A10i
a10j. Αντισυλληπτική ένεση ή εμφύτευση	A10j
a10k. Τζελ, αλοιφή ή αφρός	A10k

- a11. Ήσασταν παντρεμένη ξανά; Ναι _____ 1 Όχι _____ 2
- a12. Έχετε μείνει ποτέ έγκυος; Ναι _____ 1 Όχι _____ 2 → Τμήμα C
- a13. Τώρα θα σας θέσω ορισμένες ερωτήσεις για την εγκυμοσύνη σας. Πόσες φορές;
- a. γεννήσατε ζωντανό παιδί. _____ 1
- b. γεννήσατε δίδυμα ή τρίδυμα. _____ 2
- c. γεννήσατε νεκρό παιδί. _____ 3
- d. είχατε εξωμήτρια κύηση. _____ 4
- e. αποβάλλατε. _____ 5
- f. κάνατε έκτρωση. _____ 6

B. Η ΠΛΕΟΝ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ (άλλη εκτός από εκτρώσεις)

Αριθμός εγκυμοσύνης {__}

Εάν η γυναίκα είναι έγκυος τώρα → b2

b1. Τώρα ας μιλήσουμε για την {__} εγκυμοσύνη σας, που τερματίστηκε

- {__} με το να γεννήσετε ένα παιδί 1
 - {__} με το να γεννήσετε δίδυμα 2
 - {__} με το να γεννήσετε νεκρό παιδί 3
 - {__} με μια αποβολή. 4
 - {__} σαν εξωμήτρια κύηση 5
- ΠΗΓΑΙΝΕ ΣΤΟ → b3

b2. Τώρα, ας μιλήσουμε για την παρούσα εγκυμοσύνη σας. Πόσων εβδομάδων έγκυος είστε τώρα; _____

b3. Είχε επανέλθει η περίοδος σας μετά την τελευταία εγκυμοσύνη, όταν μείνατε ξανά έγκυος; Ναι ___1 Όχι ___2

b4. Κάνατε τίποτε εσείς ή σύζυγός (σύντροφος) για να αποφύγετε την εγκυμοσύνη, το χρονικό διάστημα που μείνατε έγκυος; Ναι ___1 → b5 Όχι ___2 → b8

Τι κάνατε για να αποφύγετε την εγκυμοσύνη; (είναι δυνατές πολλαπλές απαντήσεις)

	Ναι 1	Όχι 2
b5a. Ασφαλείς ημέρες (μέθοδος ρυθμού)
b5b. Διακεκομμένη συνουσία (τράβηγμα)
b5c. Ενδομήτριο σπείραμα (σπιράλ)
b5d. Αντισυλληπτικά από το στόμα (χάπι)
b5e. Ανδρικό προφυλακτικό
b5f. Διάφραγμα
b5g. Αντισυλληπτική ένεση ή εμφύτευση
b5h. Τζελ, αλοιφή ή αφρός

b6. Χρησιμοποιούσατε την αντισυλληπτική μέθοδο κανονικά και με συνέπεια; Ναι ___1 Όχι ___2

b7. Για πόσους μήνες χρησιμοποιούσατε αυτή τη μέθοδο (αυτές τις μεθόδους) αντισύλληψης πριν μείνετε έγκυος; _____

b8. Πόσους μήνες σας πήρε για να μείνετε έγκυος; Δηλαδή πόσους μήνες είχατε σεξουαλικές επαφές χωρίς να κάνετε τίποτε για να αποφύγετε την εγκυμοσύνη; _____

b.9 Πόσο χρονών ήσασταν όταν μείνατε έγκυος; _____

C. ΖΩΗ ΚΑΙ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ‘ΧΡΟΝΟ ΕΝΑΡΞΗΣ’, ΤΗΣ ΠΛΕΟΝ ΠΡΟΣΦΑΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

c1. Καπνίζατε εκείνο το διάστημα; Ναι ___1 Όχι ___2 → c3

c2. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε την ημέρα; _____

Από το καθένα από τα παρακάτω ποτά, πόσο πίνετε;

c3 a. Καφές (φλιτζάνια την ημέρα) / ___/

c3 b. Τσάι (φλιτζάνια την ημέρα) / ___/

c3 c. Κόκα κόλα (μπουκάλια/ ποτήρια την εβδομάδα / ___/

c3 d. Μπύρα (ποτήρια την εβδομάδα) / ___/

c3 e. Κρασί (ποτήρια την εβδομάδα) / ___/

c3 f. Τσικουδιά ή ρακί ή ούζο (ποτήρια την εβδομάδα) / ___/

c3 g. Αλκοολούχα ποτά (ποτήρια την εβδομάδα) / ___/

c4. Ποια ήταν η εργασία σας εκείνο το χρονικό διάστημα;

Μισθωτής ___1

Ιδιώτης ___2

Σπουδάστρια ___3 → c 8

Άνεργη ___4 → c 8

Οικιακά ___5 → c8

Ίδια όπως και τώρα ___6 → c 8

c5. Τι είδους εργασία κάνατε ακριβώς; _____

c6. Κατά μέσο όρο πόσες ώρες την εβδομάδα εργαζόσασταν; _____

c7. Εργαζόσασταν το πρωί κυρίως, το απόγευμα ή τη νύχτα;

Πρωί ___1

Απόγευμα ___2

Νύχτα ___3

Εναλλασσόμενες ή κυκλικές βάρδιες ___4

c8. Πόσες φορές το μήνα είχατε σεξουαλικές επαφές; _____

c9. Χρησιμοποιήσατε καθόλου το χάπι ως αντισυλληπτική μέθοδο μέσα στους τελευταίους 12 μήνες πριν από αυτό το χρονικό διάστημα;

Ναι ___1 Όχι ___2 → c11

c10. Πόσους μήνες πριν το ‘χρόνο έναρξης’ σταματήσατε να παίρνετε το χάπι; _____

c11. Σχεδιάζατε να μείνετε έγκυος εκείνο το διάστημα; Ναι ___1 Όχι ___2 → c14

c12. Μήπως εσείς ή ο σύζυγός σας (σεξουαλικός σύντροφος) ζητήσατε ιατρική ή επαγγελματική συμβουλή για να σας βοηθήσει να μείνετε έγκυος σ' αυτή την εγκυμοσύνη; Ναι ___1 Όχι ___2→ c14

c13. Πόσο καιρό προσπαθούσατε να μείνετε έγκυος πριν ζητήσετε αυτή τη συμβουλή; _____

c14. Πόσο χρονών ήταν ο σύζυγός σας εκείνο το διάστημα; _____

c15. Κάπνιζε ο σύζυγός σας εκείνο το διάστημα; Ναι ___1 Όχι ___2

c16. Από το καθένα από τα παραπάνω ποτά πόσο έπινε;

a. Μπύρα (ποτήρια / μπουκάλια την εβδομάδα) _____

b. Κρασί (ποτήρια την εβδομάδα) _____

c. Τσικουδιά ή ρακί ή ούζο (ποτήρια την εβδομάδα) _____

d. Αλκοολούχα ποτά (ποτήρια την εβδομάδα) _____

c17. Ποια ήταν η εργασία του εκείνο το χρονικό διάστημα;

Υπάλληλος ___1

Ιδιώτης ___2

Σπουδαστής ___3

Άνεργος ___4

Ίδια όπως και στην πρώτη εγκυμοσύνη ___5

c18. . Εργαζόταν κυρίως πρωί, απόγευμα ή βράδυ;

Πρωί ___1

Απόγευμα ___2

Βράδυ ___3

Εναλλασσόμενες ή κυκλικές βάρδιες ___4

Δεν θυμάμαι ___5

c19 Πόσο συχνά ο καθένας από τα παρακάτω πρόσωπα σας ζητά επιμόνως να κάνετε παιδί;

	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά
Σύζυγος				
Παιδιά				
Πατέρας				
Μητέρα				
Αδέλφια				
Συγγενείς				

D. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: ΓΥΝΑΙΚΑ

- d1. Υποβληθήκατε σε κάποια χειρουργική επέμβαση με σκοπό τη στειρώσή σας (ανικανότητα να μείνετε έγκυος); Ναι ___1 Όχι ___2 → d4
- d2. Πότε ήταν αυτό; _____
- d3. Τι είδους χειρουργική επέμβαση ήταν αυτή;
Αφαίρεση μήτρας (υστερεκτομία) ___1
Απολίνωση σαλπίνγων (ωαγωγών) ___2
Άλλη ___3
- d4. Υποβληθήκατε σε κάποια χειρουργική επέμβαση που καθιστά αδύνατο να μείνετε έγκυος; Ναι ___1 Όχι ___2 → d9
- d5. Πότε ήταν; _____
- d6. Τι είδους χειρουργική επέμβαση ήταν αυτή;
Αφαίρεση μήτρας (υστερεκτομία) ___1
Αφαίρεση ωοθηκών ___2
Και τα δυο ___3
Άλλη ___4
- d7. Για ποιο νόσημα υποβληθήκατε στην επέμβαση; _____
- d8. Εάν ήταν δυνατό, θα επιθυμούσατε να αποκτήσετε (περισσότερα) παιδιά μετά από εκείνη τη χειρουργική επέμβαση; Ναι ___1 Όχι ___2
- d9. Είχατε καθόλου ασθένειες ή καταστάσεις που καθιστούν δύσκολο ή αδύνατο το να μείνετε έγκυος (ξανά;) → Ναι ___1 Όχι ___2 → e1
- d10. Τι είδους ασθένεια ή κατάσταση ήταν αυτή;
Νόσος ___1
Δύσκολο ή αδύνατο να έχω σεξουαλικές σχέσεις ___2
Άλλα προβλήματα (καθορίστε) _____ 3
- d11. Σας είπε γιατρός ότι είναι αδύνατο ή δύσκολο για σας να μείνετε έγκυος (ξανά) ;
Ναι ___1 Όχι ___2
- d12. Πότε σας είπαν ότι είναι αδύνατο (δύσκολο) για σας να αποκτήσετε άλλα παιδιά; _____
- d13. Πότε άρχισε το πρόβλημα; _____
- d14. Εάν ήταν δυνατό θα επιθυμούσατε να αποκτήσετε (άλλα) παιδιά μετά από εκείνο το διάστημα; Ναι ___1 Όχι ___2

E. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ: ΣΥΖΥΓΟΣ (σεξουαλικός σύντροφος)

- e1. Υποβλήθηκε σε καμία χειρουργική επέμβαση με σκοπό τη στειρώση (ανικανότητα να γίνει πατέρας); Ναι___1 Όχι___2 → e3
- e2. Πότε ήταν αυτό; _____
- e3. Είχε κάποια ασθένεια ή κατάσταση που καθίσταται δύσκολο ή αδύνατο να γίνει πατέρας (ξανά;); Ναι___1 Όχι___2 → f
- e4. Τι είδους ασθένεια ή κατάσταση ήταν; _____
- e5. Σας είπε ο γιατρός ότι ήταν αδύνατο ή μόνο δύσκολο γι' αυτόν να γίνει πατέρας (ξανά;); Ναι___1 Όχι___2 → f
- e6. Πότε του είπαν ότι ήταν αδύνατο/δύσκολο γι' αυτόν να γίνει πατέρας (ξανά;); _____
- e7. Πότε άρχισε το πρόβλημα; _____
- e8. Εάν ήταν δυνατό, θα επιθυμούσατε να αποκτήσετε (άλλα) παιδιά μετά από εκείνο το διάστημα;
Ναι___1 Όχι___2

F. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ . ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Σας είπε ποτέ γιατρός ότι έχετε μια από τις ασθένειες που θα σας αναφέρω τώρα;

	Ναι	Όχι
f1a. Φλεγμονή ή μόλυνση πύελου.....	1	2
f1b. Σαλπινγίτιδα.....	1	2
f1c. Ωοθηκίτιδα.....	1	2
f1d. Ενδομητρίωση.....	1	2
f1e. Κύστη ωοθήκης.....	1	2
f1f. Μόλυνση από χλαμύδια.....	1	2
f1g. Γονόρροια.....	1	2
f1h. Άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο (αφροδίσιο) νόσημα	1	2
f1i. Σκωληκοειδίτιδα που διερράγη.....	1	2
f1j. Σκωληκοειδίτιδα.....	1	2
f1k. Νόσημα του θυρεοειδούς.....	1	2
f1l. Διαβήτη.....	1	2

- f2. Χρησιμοποιήσατε ποτέ στη ζωή σας σπιράλ (IUD) ως αντισυλληπτική μέθοδο;
Ναι....1 Όχι....2-→ Οδηγία f1

f3. Για πόσο χρονικό διάστημα συνολικά χρησιμοποιήσατε το σπιδάλ; _____

f4. Πότε τοποθετήθηκε για πρώτη φορά; _____

f5. Πότε αφαιρέθηκε για τελευταία φορά; _____ 1 Ακόμα το χρησιμοποιώ _____ 2

f6. Γιατί αφαιρέθηκε την τελευταία φορά;

Λόγω επιπλοκών _____ 1

Ήθελα να μείνω έγκυος _____ 2

Άλλοι λόγοι _____ 3

Οδηγία 1: Εάν η γυναίκα δεν έχει μείνει ποτέ έγκυος: → f11

Αλλιώς: → f7

f7. Ζητήσατε ποτέ εσείς ή ο σεξουαλικός σας σύντροφος ιατρική βοήθεια λόγω προβλημάτων που αντιμετωπίζατε για να μείνετε έγκυος;

Όχι _____ 1 → f15

Ναι, και οι δυο _____ 2- → f8

Ναι, η γυναίκα _____ 3 → f8

Ναι, ο σεξουαλικός σύντροφος _____ 4 → f8

f8. Από πού ζητήσατε συμβουλή;

Γενικό γιατρό _____ 1

Ειδικό στη γυναικεία στειρότητα _____ 2

Ειδικό στην ανδρική στειρότητα _____ 3

Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου _____ 4

Εισαγωγή σε νοσοκομείο _____ 5

Δημοτικές υπηρεσίες υγείας, κλινική
οικογενειακού προγραμματισμού _____ 6

Μη ιατρικές υπηρεσίες (καθορίστε) _____ 7

f9. Πότε συμβουλευτήκατε κάποιον για πρώτη φορά; _____

f10. Και πότε ήταν η τελευταία φορά; _____

f11. Εσείς ή ο σύζυγός σας (σεξουαλικός σύντροφος) είχατε υποβληθεί σε κάποια εξέταση ή θεραπεία για προβλήματα γονιμότητας;

Όχι _____ 1 → f15

Ναι, και οι δύο _____ 2

Ναι, η γυναίκα _____ 3

Ναι, ο σύζυγος _____ 4

Τι είδους εξέταση ή θεραπεία;

	Ναι	Όχι
f12a. Έλεγχος σπέρματος	1	2
f12b. Υπερηχογραφικός έλεγχος	1	2
f12c. Ακτινολογικός έλεγχος μήτρας και σαλπίγγων (υστεροσαλπιγγογραφία).	1	2
f12d. Ορμονικές εξετάσεις.	1	2
f12e. Εξέταση της γυναίκας μετά τη σεξουαλική επαφή.	1	2
f12f. Διάγραμμα θερμοκρασίας.	1	2
f12g. Λαπαροσκόπηση.	1	2
f12h. Ορμονική θεραπεία.	1	2
f12i. Εμφύσηση ωαγωγών, έλεγχος σαλπίγγων.	1	2
f12j. Απόξυση.	1	2
f12k. Χειρουργική επέμβαση στη μήτρα, σάλπιγγες, ωοθήκες.	1	2
f12l. Τεχνητή γονιμοποίηση.	1	2
f12m. Εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF).	1	2

Εάν η γυναίκα δεν έχει μείνει ποτέ έγκυος: → f15

Αλλιώς: → f13

f13. Μείνατε έγκυος μετά από αυτές τις εξετάσεις/θεραπείες; Ναι __1__ Όχι __2__ → f15

f14. Ποιο ήταν το αποτέλεσμα;

- f14α. Έγκυος τώρα.....1
- f14β. Αριθμός εγκυμοσύνων με ζωντανό παιδί..... 2
- f14γ. Αριθμός εγκυμοσύνων με θνησιγενές παιδί..... 3
- f14δ. Αριθμός αποβολών.....4
- f14ε. Αριθμός εγκυμοσύνων έξω από τη μήτρα (εξωμήτριες).....5
- f14ζ. Αριθμός εκτρώσεων.....6

f15. Προσπαθήσατε ποτέ να υιοθετήσετε ένα παιδί; Ναι __1__ Όχι __2__ → ΤΕΛΟΣ

f16. Το πετύχατε; Ναι __1__ Όχι __2__

f17. Για πόσο καιρό προσπαθούσατε; _____

ΤΕΛΟΣ : Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία