



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εξωσωματική γονιμοποίηση και ψυχολογικές επιπτώσεις

Στυλιανή Μουρτζίλα
Μαία

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Οδυσσέας Μουζάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Π. Θεσσαλίας ... Επιβλέπων Καθηγητής
Κωνσταντίνος Μπονώτης, Λέκτορας Ψυχιατρικής Π. Θεσσαλίας ... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Ιωάννα Τσιούρη, Ψυχολόγος Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2013



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



In vitro fertilization and psychological effects

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
SUMMARY	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1.1 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	14
1.2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	14
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	17
2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	17
2.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	17
2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡ.ΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	19
2.4 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	19
2.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	21
2.5.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ.....	21
2.5.2. ΟΜΑΔΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	28
2.5.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	32
2.5.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	37
2.5.5 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	38
2.5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	41
2.6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	44
3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα στον ιατρικό και ψυχολογικό χώρο. Τις τελευταίες δεκαετίες νέες και αποτελεσματικές τεχνικές συμβάλλουν στην επίλυση αυτού του προβλήματος. Μια σειρά από μελέτες έχουν ερευνήσει τις ψυχολογικές διαστάσεις της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης στα υπογόνιμα ζευγάρια.

ΣΚΟΠΟΣ της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ψυχολογικής κατάστασης των ζευγαριών πριν την θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, η οποία σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα δημογραφικά στοιχεία και τη γενική υγεία των ατόμων. Επίσης, στόχο έχει τον προσδιορισμό της πιθανότητας εμφάνισης ψυχοπαθολογίας των ατόμων που ακολουθούν αυτή την θεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην έρευνα συμμετείχαν 26 γυναίκες και 24 άντρες που ακολούθησαν τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης και βασίστηκε στην συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων, τα οποία στη συνέχεια αναλύθηκαν στατιστικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άντρες στα σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης (1,12% έναντι 0,42%) και στα συναισθήματα κατάθλιψης (0,85% έναντι 0,08%). Η πιθανότητα ψυχοπαθολογίας είναι ανεξάρτητη από το φύλο και σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση και τη μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης του ατόμου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης για τα περισσότερα άτομα αποτελεί μια μεταβαλλόμενη εμπειρία χαρακτηριζόμενη από έντονες πιέσεις και ψυχολογική δυσφορία, η οποία δέχεται επιρροές από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, δημογραφικούς παράγοντες. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχολογική συμβουλευτική και η υποστηρικτική ψυχοπαθολογία συμβάλλουν θετικά στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Άγχος

Υπογονιμότητα

Ψυχολογική δυσφορία

Ψυχοπαθολογία

Εξωσωματική γονιμοποίηση

SUMMARY

Infertility is a serious problem in medical and psychological space. In recent decades, new and effective techniques contribute to solving this problem. A number of studies have investigated the psychological aspects of in vitro fertilization (IVF) treatment to infertile couples.

PURPOSE of this research is to investigate the psychological status of couples before IVF treatment, associated with personality traits, demographics and general health of people. It also aims to determine the likelihood of psychopathology in people undergoing this treatment.

METHOD: In research participated 26 women and 24 men who followed the method of IVF and it was based on the completion of two questionnaires, which were thereafter analyzed statistically.

RESULTS: Women had a higher mean than men in physical symptoms of depression (1.12% versus 0.42%) and feelings of depression (0.85% versus 0.08%). The likelihood of psychopathology is independent of gender and related to the economic situation and the average duration of individual marital relationship.

CONCLUSIONS: The method of IVF for most people is a changing experience characterized by intense pressure and psychological distress, which receives influences from social, psychological, demographic factors. Studies have shown that psychological counseling and supportive psychopathology contribute positively to the outcome of IVF.

KEYWORDS

Stress

Infertility

Psychological distress

Psychopathology

In vitro fertilization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα σοβαρό θέμα για τον ιατρικό και ερευνητικό χώρο και γίνεται αντιληπτή ως πρόβλημα σε όλους τους πολιτισμούς και τις κοινωνίες. Οι κοινωνικές επιπτώσεις και η ψυχολογική δυσφορία των ατόμων αποτελούν τις συνέπειες της υπογονιμότητας. Η ευρεία χρήση των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση, έχει επιτρέψει σε πολλά ζευγάρια να αποκτήσουν παιδί. Τις τελευταίες δεκαετίες η πλειοψηφία των ερευνών έχουν δείξει ότι, η διαδικασία της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα ως προς τον στρεσογόνο παράγοντα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των υπογόνιμων ζευγαριών. Μια σειρά από κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές δημιουργούν μια σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης στις διαφορετικές ψυχολογικές επιπτώσεις των δύο φύλων.

Πολλές μελέτες προσέγγισαν το θέμα των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αναφέρουν ότι οι θεραπείες της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχουν βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αρνητική επίδραση στα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας των υπογόνιμων ζευγαριών.

Η θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης από μόνη της αποτελεί ένα παράγοντα που επιδρά καταλυτικά στην ψυχολογική υγεία και τη γενικότερη ψυχολογική ευεξία των ζευγαριών και είναι μια δαπανηρή, χρονοβόρα και συναισθηματικά αγχωτική θεραπεία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις και ο τρόπος αντιμετώπισης είναι διαφορετικές στα δύο φύλα, με αποτέλεσμα η συναισθηματική προσαρμογή του ζευγαριού να παρουσιάζει διακυμάνσεις και να απαιτεί ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα έρευνας που εξέτασε τις συναισθηματικές αντιδράσεις των υπογόνιμων ζευγαριών σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία από τους άντρες και καθοριστικός παράγοντας ήταν η έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι άντρες ένιωθαν λιγότερο καταθλιπτικοί, είχαν λιγότερο άγχος και καλύτερο αυτοέλεγχο. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων όσον αφορά στη γενική υγεία τους και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Holter, 2006).

Επίσης, έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικού στρες, άγχους και κατάθλιψης καθώς και οικογενειακές δυσκολίες, κατά την διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης (Ragni, 2005).

Η εξωσωματική γονιμοποίηση είναι μια δύσκολη περίοδος για πολλούς ασθενείς, η οποία συχνά οδηγεί σε αύξηση της κατάθλιψης και του άγχους, ειδικά για την γυναίκα, μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια θεραπείας (Verhaak et all, 2007). Οι άντρες δεν παρουσιάζουν σημαντικές συναισθηματικές αντιδράσεις για την θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ανεξάρτητα από την έκβασή της (Verhaak et all, 2005). Με αυτά τα αποτελέσματα συμφωνεί και ο Mereri (Mereri et all, 2002).

Οι Podolska και Bidzan εξέτασαν τα διλλήματα που παρουσιάζονται κατά τη θεραπεία υπογονιμότητας και σχετίζονται με ψυχολογικούς προβληματισμούς, ενώ παράλληλα προσδιόρισαν και την ανάγκη για ψυχολογική και θεραπευτική υποστήριξη. Η κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών των υπογόνιμων ζευγαριών μπορεί να συμβάλλει στην διάγνωση των αιτιών του προβλήματος.

Συνοψίζοντας, διαπιστώνουμε ότι η διαδικασία της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης αποτελεί μια αγχωτική κατάσταση και επηρεάζει όλες τις ψυχολογικές πτυχές των ατόμων και μέσα από τον ερευνητικό χώρο πρέπει να υπογραμμιστεί η σημασία της ρύθμισης των συναισθηματικών διαδικασιών και της κατανόησης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την υπογονιμότητα, σε ένα θεραπευτικό και υποστηρικτικό πλαίσιο.

Οι ερευνητές και οι κλινικοί γιατροί υποστηρίζουν ότι είναι εξαιρετικά σημαντικό να κατανοήσουμε το μέγεθος της κλίμακας του στρες, της κατάθλιψης και των προσωπικών πόρων αντιμετώπισης των υπογόνιμων ζευγαριών. Υπάρχει σαφής ανάγκη για περαιτέρω μακροχρόνιες μελέτες με κύριο στόχο την προγνωστική προσαρμογή των ζευγαριών στο πρόβλημα της υπογονιμότητας. Τα άτομα έχουν ανάγκη για πληροφορίες σχετικά με τις συναισθηματικές πτυχές των προβλημάτων υπογονιμότητας. Η ψυχολογική υποστήριξή τους και οι σωστές στρατηγικές συμπεριφοράς, με στόχο τη μείωση του άγχους, βελτιώνουν σε μεγάλο βαθμό τη θετική έκβαση της θεραπείας.

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η υπογονιμότητα στον ιατρικό και ερευνητικό χώρο αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα, που στις μέρες μας αντιμετωπίζουν πολλά ζευγάρια και γίνεται αντιληπτό σχεδόν σε όλους τους πολιτισμούς και τις κοινωνίες. Τα προβλήματα υπογονιμότητας φαίνεται να αυξάνονται στις δυτικές χώρες (Skakkebaek et all, 2006). Υπάρχουν 5-6 εκατομμύρια υπογόνιμες γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες και υπολογίζεται ότι ο αριθμός τους θα αυξηθεί μέχρι το 2025 σε 5,4-7,8 εκατομμύρια (Grainger and Tjaden, 2000).

Υπολογίζεται ότι το 12% των ζευγαριών είναι υπογόνιμα και στην προσπάθεια τους να τεκνοποιήσουν καταφεύγουν σε διάφορες μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως για παράδειγμα η εξωσωματική γονιμοποίηση (ivf), η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη και συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας σε όλο τον αναπτυγμένο κόσμο. Ανεξάρτητα από την αιτία της υπογονιμότητας, η θεραπεία που οδηγεί στο υψηλότερο ποσοστό εγκυμοσύνης είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση.

Η υπόψη μέθοδος είναι εξαιρετικά επιτυχής στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, αλλά είναι μία δαπανηρή, χρονοβόρα και συναισθηματικά αγχωτική θεραπεία. Σε χώρες με ασφαλιστική κάλυψη των εξόδων της θεραπείας, μελέτες έχουν δείξει ότι πολλοί ασθενείς δεν χρησιμοποιούν το σύνολο των κύκλων διότι το ψυχολογικό άγχος είναι ένας από τους πιο συχνά αναφερόμενους λόγους εγκατάλειψης της θεραπείας (Verberg et all, 2008).

Υπογονιμότητα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζεται ως η αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη ή να τεκνοποιήσει μετά από ένα χρόνο τακτικών σεξουαλικών επαφών, χωρίς προφυλάξεις. Οι τρέχουσες εκτιμήσεις δείχνουν ότι μία στις 80-100 γεννήσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι αποτέλεσμα της εξωσωματικής γονιμοποίησης (Skiadas, 2011).

Τα προβλήματα υπογονιμότητας αυξάνονται στις δυτικές χώρες (Nyboe Andersen et all, 2008) και παρατηρείται ότι τις τελευταίες δεκαετίες νέες και πιο αποτελεσματικές τεχνικές συμβάλλουν στην επίλυση των προβλημάτων της υπογονιμότητας και είναι διαθέσιμες σε όλο τον αναπτυγμένο κόσμο. Τα ζευγάρια με προβλήματα γονιμότητας αυξάνονται διαρκώς και η επιτυχία των προσπαθειών υπολογίζεται στο 13,9% των προσπαθειών (Hammerli et all, 2009) και συχνά στρέφονται προς την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ο αριθμός θεραπειών ξεκίνησε με την βοήθεια τεχνολογικής αναπαραγωγής (assisted reproduction technology, art), που εφαρμόζεται σε δημόσιες και ιδιωτικές κλινικές (Nyboe Andersen et all, 2008). Η εξωσωματική γονιμοποίηση (in vitro fertilization, IVF) αποτελεί την πλέον εξελιγμένη μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κατά την οποία η γονιμοποίηση και τα πρώτα στάδια ανάπτυξης του γονιμοποιημένου ωαρίου πραγματοποιούνται εκτός του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, στο

εμβρυολογικό εργαστήριο. Σύμφωνα με έρευνα το 17,6% των γυναικών ηλικίας 20-54 ετών έχουν βιώσει μία περίοδο ακούσιας υπογονιμότητας σε κάποιο χρονικό διάστημα της ζωής τους (Repokari et all, 2007).

Οι θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) έχουν αρνητική βραχυπρόθεσμη επίδραση στα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας των υπογόνιμων ζευγαριών. Σε αρκετές μελέτες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπείες ανέφεραν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, άγχους και αγωνίας. Η εξωσωματική γονιμοποίηση, όπως αναφέρουν πολλοί κλινικοί γιατροί και ερευνητές, είναι μία εξαιρετικά αγχωτική περίοδος για πολλά ζευγάρια (Volgsten, 2008) και συχνά οδηγεί σε αύξηση της κατάθλιψης και του στρες, ειδικά στην γυναίκα, μετά από μία ανεπιτυχή προσπάθεια θεραπείας (Tuil, 2008).

Για τους περισσότερους άνδρες και γυναίκες η υπογονιμότητα είναι ένα στάδιο ζωής, μια μεταβαλλόμενη εμπειρία που χαρακτηρίζεται συχνά από απροσδόκητες πιέσεις. Τα ζευγάρια βιώνουν τις αλλαγές αυτές στις οικογενειακές σχέσεις, και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Τα ζευγάρια αναφέρουν επιπλέον άγχος που υποβάλλονται σε αυτή τη θεραπεία, καθώς είναι οικονομικά και συναισθηματικά δαπανηρή (Peterson et all, 2006).

Έχει αναφερθεί ότι η αδυναμία σύλληψης παιδιών βιώνεται από τα ζευγάρια ως μία οδυνηρή κατάθλιψη (Btoeck, 2010) και οι ασθενείς παρουσιάζουν διάφορους μηχανισμούς αντιμετώπισης, οι οποίοι έχουν άμεση σχέση με το φύλο.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σημαντική αύξηση των ερευνητικών προσπαθειών για την συναισθηματική προσαρμογή των ζευγαριών που ακολουθούν τη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η ίδια η θεραπεία αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα άγχους, έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και είναι πιο πιθανό να προκαλέσει άγχος. Η απρόβλεπτη έκβαση της θεραπείας αποτελεί μια άλλη σημαντική πρόκληση άγχους και συναισθημάτων κατάθλιψης. Επίσης, η κοινωνική στήριξη, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η δεξιότητα των ατόμων με προβλήματα υπογονιμότητας θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες της συναισθηματικής αντίδρασης της θεραπείας του προβλήματος (Verhaak et all, 2006).

Στην Ελλάδα μία έρευνα που έγινε στην πρώτη Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, σε συνεργασία με το τμήμα Μαιευτικής-Γυναικολογίας στην Θεσσαλονίκη, διερεύνησε τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας σε ζευγάρια που υποβάλλονται σε διαφορετικές διαδικασίες θεραπείας. Το άγχος εντοπίστηκε και στα δύο φύλα και οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλό αμυντικό άγχος και πολλά ψυχοσωματικά συμπτώματα, καθώς και μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής στην κοινωνία, ειδικά εκείνες που προέρχονταν από αγροτικές περιοχές (Tarlantzis, 1992).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κλινική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη Σουηδία και οι συμμετέχοντες ήταν 1090 άνδρες και γυναίκες. Αναφέρθηκε ότι η

κατάθλιψη είναι η πιο κοινή διαταραχή της διάθεσης των ζευγαριών και η αγχώδης διαταραχή όπου επικρατεί σε ποσοστό 10,9% των γυναικών-5,1% των ανδρών και 14,8% των γυναικών-4,9% των ανδρών αντίστοιχα. Σύμφωνα με γενικό ερωτηματολόγιο ψυχικής υγείας, τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρέθηκαν σε ποσοστό 33% στις γυναίκες πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση και μετά την θεραπεία αυξήθηκε σε ποσοστό 43%. Η ηλικία της γυναίκας, η διάρκεια της υπογονιμότητας, οι αριθμοί προηγούμενων θεραπειών εξωσωματικής γονιμοποίησης, δεν σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών, ενώ τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι πιθανόν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Στην έναρξη της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχει υπολογιστεί ότι το 19,4% των υπογόνιμων γυναικών έπασχαν από μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ενώ το 54% είχαν ήπια κατάθλιψη (Volgsten, 2008).

Σύμφωνα με τον Eugster η ψυχολογική αγωνία, το άγχος και τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν υψηλότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες σε προβλήματα ψυχικής υγείας και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Dhillon et al, 2000). Παράγοντες όπως κοινωνικοί, ψυχολογικοί, ιατρικοί και το φύλο ακόμη είναι σημαντικοί για τον προσδιορισμό των επιπτώσεων της υπογονιμότητας στο ζευγάρι (Repokari, 2007). Στο πλαίσιο της προετοιμασίας για την εξωσωματική γονιμοποίηση, οι γυναίκες κατατάσσονται σε υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία από τους άνδρες. Επίσης, υπάρχουν πολλές μελέτες που αναφέρουν ότι οι γυναίκες βίωσαν υψηλά επίπεδα ψυχολογικού στρες, άγχους, κατάθλιψης κατά την διάρκεια εξωσωματικής γονιμοποίησης (Wang, 2007).

Οι αντιδράσεις κατά την διάρκεια μιας κρίσης καθορίζονται από παράγοντες όπως, η προσωπικότητα του ατόμου, η φύση του προβλήματος, η πολιτιστική καθώς και η κοινωνική υποστηρικτική του ζευγαριού. Η προσωπικότητα θεωρείται καθοριστικός παράγοντας και οι γυναίκες με νευρωτική προσωπικότητα μπορεί να είναι πιο ευάλωτες να εμφανίσουν κατάθλιψη, ειδικά μετά από μία ανεπιτυχή θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ή η δυσσυνεχία από την στήριξη οδηγεί σε μεγαλύτερη θλίψη, κατάθλιψη στις γυναίκες (Volgsten, 2010).

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να κατανοήσουμε το μέγεθος του στρες και των προσωπικών τρόπων αντιμετώπισης των υπογόνιμων ζευγαριών που σχετίζονται με την θεραπεία της υπογονιμότητας. Μια σειρά από δημογραφικές και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές μπορούν να επηρεάσουν το άγχος που σχετίζεται με τη θεραπεία της υπογονιμότητας. Μεταβλητές, όπως είναι η δεξιότητα της αντιμετώπισης και η κοινωνική τάξη των ατόμων, είναι δυνατόν να θεωρηθούν από τους καθοριστικούς παράγοντες συναισθηματικού στρες και να εξηγήσουν τις ατομικές διαφορές στη συναισθηματική πίεση (Lykeridou, 2011).

Είναι ενδιαφέρον ότι ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η θετική επανεκτίμηση, είναι αποτελεσματικές στη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας,

ενώ άλλοι τρόποι αντιμετώπισης, όπως η διαφυγή και η εγκατάλειψη των προσπαθειών, αυξάνουν τον ψυχολογικό κίνδυνο των ατόμων. Έρευνα έχει δείξει ότι οι δύο τύποι των στρατηγικών αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται από τα άτομα στις περισσότερες στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής ποικίλουν ανάλογα με τους κοινωνικούς πόρους και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Lykeridou, 2011). Οι άνδρες και οι γυναίκες βίωσαν την κοινωνική απομόνωση, την αίσθηση αποκλεισμού χωρίς την κατανόηση από το κοινωνικό τους πλαίσιο. Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης οδηγεί σε μεγάλη θλίψη, κατάθλιψη στα ζευγάρια (Lechner, 2006).

Σύμφωνα με μελέτες η χαμηλή κοινωνική τάξη, η οποία μπορεί να είναι ισοδύναμη με περιορισμένους πόρους, είναι πιθανό να σχετίζεται με την υπογονιμότητα και το περισσότερο άγχος. Οι πόροι είναι βασικά εργαλεία για την άμυνα κατά των στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή. Τα άτομα με περισσότερους πόρους έχουν ισχυρότερη άμυνα και είναι σε ευνοϊκότερη θέση να αντέξουν τις επιπτώσεις του άγχους από εκείνα με λιγότερους πόρους. Διαπιστώθηκε ότι η συνεχής ενεργοποίηση της ορμόνης του στρες (κορτιζόλη) είναι υψηλή σε άτομα που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Έτσι, οι υπογόνιμες γυναίκες των κατώτερων κοινωνικών τάξεων βιώνουν υψηλότερο επίπεδο άγχους, επειδή δεν διαθέτουν «εφεδρείες» κατά του ψυχοσωματικού στρες. Μερικές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη σχέση μεταξύ κοινωνικής θέσης και στρατηγικής αντιμετώπισης του προβλήματος. Οι γυναίκες των κατώτερων κοινωνικών τάξεων μπορεί να έχουν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και μεγαλύτερη μοιρολατρία σε σύγκριση με τις γυναίκες των υψηλών κοινωνικών τάξεων και εκπαιδευτικών επιπέδων (Lykeridou, 2011).

Οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της ψυχολογικής δυσφορίας των υπογόνιμων ζευγαριών είναι τα γενικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά και εμπερικλείουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το άγχος, την ενεργητική και παθητική αντιμετώπιση του προβλήματος (Connolly et al., 1992).

Έτσι, μια διερεύνηση των παραγόντων πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση θα μπορούσε να αποδειχθεί πολύτιμη για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα προσδιορίσουν τους ασθενείς με μεγαλύτερη ανάγκη στήριξης και θα τους κατευθύνουν σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, με σκοπό να συμβάλλουν στην γρηγορότερη ψυχολογική προσαρμογή του προβλήματος τους.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, όπως η υπογονιμότητα, ερμηνεύονται μετά από δύο κρίσιμες διαδικασίες, δηλαδή την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια εκτίμηση. Πρωτοβάθμια ή γνωστική εκτίμηση είναι η αξιολόγηση ενός ατόμου για τη σημασία του άγχους γι' αυτόν. Δευτεροβάθμια αξιολόγηση είναι η αξιολόγηση της αντιμετώπισης των πόρων του ατόμου και των επιλογών για την αντιμετώπιση του άγχους π.χ υπογονιμία ζευγάρια αναζητούν θεραπεία, συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης και εκφράζουν τα συναισθήματα τους. Η μεγαλύτερη απειλή για ένα άτομο είναι να έχει

προβλήματα υπογονιμότητας με αυξημένη την κλίμακα άγχους (πρωτοβάθμια εκτίμηση) και η χρήση πόρων να είναι αναποτελεσματική για την αντιμετώπιση τέτοιου άγχους (δευτεροβάθμια εκτίμηση) (Van den Broeck, 2010).

Ο στρεσογόνος παράγοντας των προβλημάτων γονιμότητας περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία όπως η απειλή της ατεκνίας, η αβεβαιότητα της έκβασης της θεραπείας και η απώλεια της ελπίδας της εγκυμοσύνης (Dunkel-Schetter et al, 1991).

Εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ φύλων στον τρόπο αντιμετώπισης της υπογονιμότητας και πως αυτά σχετίζονται με το άγχος του προβλήματος. Οι γυναίκες βίωσαν περισσότερο άγχος και περιγράφουν το πρόβλημα ως την πιο αγχωτική περίοδο της ζωής τους και ένιωθαν μεγαλύτερη ψυχολογική πίεση σε σχέση με τους άνδρες (Petersen, 2006).

Η υπογονιμότητα θεωρείται ως μία σοβαρή κρίση στη ζωή, η οποία προκαλεί συναισθηματικές αντιδράσεις που έχουν ταξινομηθεί σε τρεις κύριες φάσεις:

- Την αρχική φάση (σοκ, έκπληξη, άρνηση)
- Την αντιδραστική φάση (απογοήτευση θυμός, οργή, ενοχή, θλίψη, απομόνωση)
- Την προσαρμοστική φάση (αποδοχή και προγραμματισμός για μελλοντικές λύσεις του προβλήματος).

Τα προβλήματα γονιμότητας αποτελούνται από δύο πτυχές την ιατρική και την συναισθηματική. Για τα περισσότερα ζευγάρια μια αποτυχημένη προσπάθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης σημαίνει το τέλος της δυνατότητας της ιατρικής παρέμβασης. Αυτό όμως δεν σηματοδοτεί και το τέλος του συναισθηματικού πόνου. Έτσι, είναι σημαντική η συναισθηματική προσαρμογή σε όλα τα στάδια της θεραπείας και η μελέτη των παραγόντων που συμβάλλουν στην πορεία της συναισθηματικής προσαρμογής (Verhaak CM, 2005).

Μελέτες έχουν ερευνήσει την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης (Klonoff-cohon, 2005) και αρκετές απέδειξαν τον συσχετισμό άγχους και κατάθλιψης με μικρότερα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας υπογονιμότητας. Μικρές αλλά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ άγχους και αγωνίας και μειωμένες πιθανότητες εγκυμοσύνης με την εξωσωματική γονιμοποίηση (Matthiesen et al ,2011).

Η έρευνα είναι απαραίτητη για να εδραιώσει περαιτέρω την αποτελεσματικότητα των έγκαιρων παρεμβάσεων για την ελαχιστοποίηση του στρες, που προκαλείται από αρνητικές αλλαγές στη γονιμότητα (Campagne, 2006).

Σήμερα υπάρχει μια διεθνής συναίνεση ότι τα κέντρα υπογονιμότητας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά θέματα των ζευγαριών και σε ορισμένες χώρες όπως

η Ελβετία είναι υποχρεωτικό να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία, σύμφωνα με το νόμο (Emery et al, 2003).

Τα ζευγάρια που λαμβάνουν καθημερινή ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη κατά την διάρκεια της θεραπείας μείωσαν το άγχος τους και την κλίμακα κατάθλιψης (Terzioğlu, 2001).

Σε έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική υποστήριξη κατά την ωχρινική φάση, όπου το ψυχολογικό άγχος ήταν αυξημένο, ήταν ωφέλιμη κατά 65,9% στην ομάδα παρέμβασης και μη ωφέλιμη σε ποσοστό 21,4% στην ομάδα ελέγχου (Christine, 2011). Εάν τα συμπτώματα κατάθλιψης εντοπίζονται και αντιμετωπίζονται επαρκώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα οι άνδρες και οι γυναίκες να συνεχίσουν τη θεραπεία και να αυξήσουν το ποσοστό επιτυχούς έκβασης της θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης (Verberg, 2008).

Έρευνες αποδεικνύουν ότι τα προβλήματα γονιμότητας, ο προβληματισμός και η ιατρική βοήθεια που παρέχεται, μπορούν να επηρεάσουν διάφορες πτυχές της ψυχολογικής λειτουργίας των ζευγαριών (Lowyck, 2008). Έχει αποδειχθεί ότι πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι χρήσιμη για τα ζευγάρια να εντοπισθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους. Ωστόσο, προηγούμενες μελέτες έχουν αποδείξει αυξημένο επιπολασμό του κινδύνου, καθώς ο αριθμός των κύκλων της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης έχουν αυξηθεί (Domar, 1992).

Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ήσυχoi, ήρεμοι γνωρίζοντας ότι στην περίπτωση επιδείνωσης των ψυχολογικών συμπτωμάτων, στο πλαίσιο της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι διαθέσιμη ψυχολογική και ψυχιατρική παρακολούθηση, υποστήριξη από ειδικά εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με στενή συνεργασία ειδικού φορέα ψυχικής υγείας με την ομάδα προβλημάτων υπογονιμότητας (Wichman, 2011). Παρ' όλα αυτά τα περισσότερα υπογόνιμα ζευγάρια που αναζητούν την θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης φαίνεται να έχουν προσαρμοστεί ψυχολογικά (Anderheim et al, 2005).

Η μείζων κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη ψυχιατρική διαταραχή στις γυναίκες και στους άνδρες. Η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι αδιάγνωστες και χωρίς θεραπεία (Lepine et al, 1997). Μια αιτία για το ότι η κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται στο περιβάλλον των υπογόνιμων ζευγαριών είναι ότι τα άτομα διστάζουν να αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα στην ομάδα της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Τα περισσότερα ζευγάρια εμφανίζονται προσαρμοσμένα στο πρόβλημα, προφανώς επειδή φοβούνται ότι η θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης θα πρέπει να αναβληθεί εάν τα ψυχιατρικά προβλήματα αποκαλυφθούν (Williams, 2006). Επιπλέον, τα ζευγάρια τείνουν να έχουν μη ρεαλιστικές υψηλές προσδοκίες για την επιτυχή έκβαση μετά την πρώτη θεραπεία και η θετική στάση τους πριν την έναρξη της πρώτης θεραπείας μπορεί να συγκαλύψει μια συνεχή κατάθλιψη (Hammarberg et al, 2001).

1.1 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Οι συνηθέστερες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η σπερματέγχυση (IUI) και η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) με ή χωρίς μικρογονιμοποίηση (ICSI). Η σπερματέγχυση είναι μια σχετικά απλή μέθοδος υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κατά την οποία επεξεργάζεται το σπέρμα, για να επιτευχθεί η βελτίωση των χαρακτηριστικών του και στην συνέχεια γίνεται η έγχυση μέσα στην κοιλότητα της μήτρας, με έναν λεπτό καθετήρα (Burns & Covington, 2002). Δεν είναι πανάκεια, αλλά προσφέρει σημαντικά αυξημένα ποσοστά επιτυχίας σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή.

Ενώ η εξωσωματική γονιμοποίηση δημιουργήθηκε αρχικά για να ξεπεραστούν μη αναστρέψιμες διαταραχές των σαλίγγων, στην ουσία έχει πια εξελιχθεί σε κατάλληλη αντιμετώπιση σχεδόν όλων των μορφών υπογονιμότητας. Η εξωσωματική γονιμοποίηση περιλαμβάνει αρκετά στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι η ενεργοποίηση των ωοθηκών, ώστε να παραγάγουν πολλαπλά ωάρια ή ωοθυλάκια (Burns & Covington, 2002). Μόλις τα ωάρια φτάσουν τον κατάλληλο βαθμό ωριμότητας, συλλέγονται με βελόνα, η οποία εισάγεται στην πύελο από τον κόλπο και καθοδηγείται μέσω υπερήχου. Όταν συλλεχθούν τα ωάρια, στέλλονται σε ένα εμβρυολογικό εργαστήριο, όπου αναμειγνύονται με μεγάλο αριθμό σπερματοζωαρίων σε ένα μικρό εργαστηριακό τριβλίο. Μέσα στις επόμενες 24 ώρες μπορεί να παρακολουθηθεί η γονιμοποίηση μέσω μικροσκοπίου. Η μεταφορά των εμβρύων γίνεται κατά τη διάρκεια μιας πνευλικής εξέτασης, με τη χρήση ενός λεπτού, μαλακού καθετήρα. Τα έμβρυα τοποθετούνται στην άκρη του καθετήρα και ο καθετήρας περνάει ανώδυνα, από τον τράχηλο, μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Αφού μείνει για λίγο ήρεμη, η γυναίκα επιστρέφει στο σπίτι της, όπου πρέπει να παραμείνει σχετικά αδρανής για μία ή δυο μέρες.

Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές της τεχνητής γονιμοποίησης, που για επιλεγμένα ζευγάρια είναι απαραίτητες ή ωφέλιμες, όπως ενδοσαλπγγική μεταφορά γαμετών ή ζυγωτών, ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση, υποβοηθούμενη εκκόλαψη.

1.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΕΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ενώ τα ποσοστά υπογονιμότητας έχουν παραμείνει τα ίδια εδώ και έναν αιώνα (10-13%) (Mosher & Pratt, 1990), η χρήση και η διαθεσιμότητα θεραπειών για την υπογονιμότητα έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά, κυρίως τα τελευταία 25 χρόνια. Επίσης, έχει αυξηθεί η δημοσιοποίηση και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα υπογονιμότητας και θεραπειών υψηλής τεχνολογίας, όπως η τεχνητή γονιμοποίηση. Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι υπάρχουν 50-80 εκατομμύρια υπογόνιμα ζευγάρια, στα οποία προστίθενται περίπου 2 εκατομμύρια νέα ζευγάρια ετησίως, με τάση για αύξηση. 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.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ακόμη πλήρεις επιδημιολογικές μελέτες της υπογονιμότητας, αλλά εκτιμάται ότι περίπου 300.000 ζευγάρια δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά. Επιπλέον, παρόλο που οι άνδρες κατά τους τρεις τελευταίους αιώνες στην Αμερική αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας το ίδιο συχνά με τις γυναίκες, οι γυναίκες ήταν αυτές που, σε μεγαλύτερο ποσοστό, έφεραν το ιατρικό, κοινωνικό και πολιτισμικό βάρος της αποτυχίας ενός ζευγαριού να συλλάβει (Marsh & Ronner, 1996).

Η πρώτη γραπτή αναφορά στην υπογονιμότητα γίνεται από τους Αιγυπτίους στον πάπυρο Kahoun περί τα 2200-1950 Π.Χ. (Shamma & De Cherney, 1995). Μετά το 16ο αιώνα, άρχισαν πλέον οι γνώσεις μας πάνω στη γονιμότητα και στην υπογονιμότητα να βασίζονται περισσότερο στην επιστημονική έρευνα. Σήμερα είναι παραδεκτό ότι, η συχνότητα της υπογονιμότητας είναι σχεδόν η ίδια στους άνδρες και τις γυναίκες. Μετά τον ενδελεχή διαγνωστικό έλεγχο, η υπογονιμότητα παραμένει ανεξήγητη μόνο στην μειονότητα των ζευγαριών. Σε πολύ αδρές γραμμές, η υπογονιμότητα οφείλεται είτε σε φλεγμονές του γεννητικού συστήματος, είτε σε ορμονικές διαταραχές. Στις βασικές αιτίες υπογονιμότητας συμπεριλαμβάνονται:

- Η αδυναμία ωορρηξίας
- Η ανικανότητα παροχής του απαραίτητου αριθμού υγιών σπερματοζωαρίων στις σάλπιγγες
- Η απόφραξη των σαλπίγγων
- Η ενδομητρίωση ή συμφύσεις στην πύελο της γυναίκας, οι οποίες εμποδίζουν τη σύλληψη των ωαρίων μέσω των σαλπίγγων
- Η ακατάλληλη χρονική περίοδος ή λάθος τρόπος σεξουαλικής επαφής
- Οι μολύνσεις της αναπαραγωγικής διόδου ή ανοσολογικά προβλήματα που εμποδίζουν τη γονιμοποίηση ή την εμφύτευση και
- Οι ανωμαλίες στο ενδομήτριο, οι οποίες μπορεί να εμποδίζουν την εμφύτευση του εμβρύου (Taylor & Collins, 1992).

Η μέση φυσιολογική πιθανότητα επιτυχίας κύησης από ένα γόνιμο ζευγάρι με κανονική σεξουαλική ζωή, δεν υπερβαίνει το 20% ανά έμμηνο κύκλο. Με βάση τις στατιστικές τα ζευγάρια πρέπει να αρχίσουν να σκέφτονται να ζητήσουν ιατρική βοήθεια, εάν δεν έχουν συλλάβει έπειτα από 12 μήνες ελεύθερων σεξουαλικών σχέσεων. Ωστόσο, κάποια ζευγάρια μπορεί να επωφεληθούν από πρόωπη ιατρική παρέμβαση. Εκτός από την κλινική εξέταση και την λεπτομερή λήψη του ιατρικού ιστορικού του ζευγαριού, ο διαγνωστικός έλεγχος μπορεί να συμπεριλάβει:

- Μικροβιολογικές εξετάσεις (συνήθως καλλιέργεια σπέρματος και κολπικού υγρού)
- Εργαστηριακές αναλύσεις αίματος, σπέρματος και τραχηλικής βλέννης
- Ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας ή οσχέου, υστεροσαλπιογραφία, αξονική ή μαγνητική τομογραφία)

- Κολποσκόπηση, πεοσκόπηση
- Χειρουργικές επεμβάσεις (υστεροσκόπηση, λαπαροσκόπηση)
- Ειδικές εξετάσεις και αναλύσεις (ανοσολογικές, σπέρματος) (Klempner, 1992).

Ανάλογα με την διάγνωση, προσφέρονται διαφορετικές επιλογές θεραπείας. Οι απλούστερες είναι:

- Φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμηση λοιμώξεων
- Φαρμακευτική αγωγή για την ρύθμιση ή την διέγερση της λειτουργίας των ωοθηκών ή των όρχεων
- Χειρουργική επέμβαση για την θεραπεία ανατομικών προβλημάτων του αναπαραγωγικού συστήματος ή ενδομητρίωσης
- Συνδυασμός φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.

Παρόλο που η μακρά περίοδος θεραπείας της υπογονιμότητας ενισχύει τη διαδικασία προσδιορισμού των κινήτρων για την απόκτηση παιδιού, τα περισσότερα ζευγάρια δεν εγκαταλείπουν την επιθυμία τους να δημιουργήσουν οικογένεια (Van Balen, & Trimbos-Kemper, 1995). Η ψυχολογική φροντίδα του υπογόνιμου ατόμου ή ζευγαριού, συμπεριλαμβανομένης και της αξιολόγησης και θεραπείας, πραγματοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και συνθηκών, όπως η αυτοπαραπομπή για ψυχοθεραπεία ή η υποχρεωτική εκπαιδευτική συμβουλευτική. Οι στόχοι της ψυχολογικής αξιολόγησης είναι :

- Να προετοιμάσει τους ασθενείς για τη θεραπεία στην οποία πρόκειται να υποβληθούν.
- Να τεθούν ζητήματα που οι ασθενείς μπορεί να μην είχαν σκεφθεί μέχρι τότε και αυτά να συζητηθούν πριν από τη θεραπεία.
- Να εντοπιστούν οι ασθενείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν από ψυχολογική θεραπεία είτε πριν είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας.
- Να εξεταστούν οι ασθενείς για τυχόν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή κοινωνική δυσλειτουργία που θα μπορούσε να δυσκολέψει ή να επηρεάσει τη θεραπεία της υπογονιμότητας (Burns & Covington, 2002).

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Η έρευνα θα επικεντρωθεί στη μελέτη περιπτώσεων ζευγαριών που έλαβαν την απόφαση να τεκνοποιήσουν με μία μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (εξωσωματική γονιμοποίηση) και θα διερευνήσει την ψυχολογική τους κατάσταση πριν την θεραπεία, η οποία έχει άμεση σχέση με την εξέταση διάφορων μεταβλητών. Οι μεταβλητές αυτές αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και την γενική υγεία του άνδρα και της γυναίκας.

Επομένως οι στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Να εντοπισθούν οι διαφορές στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά μεταξύ των φύλων με διαταραχές στην γονιμότητά τους με σκοπό την περιγραφή τους και την σύγκριση.
- Να συγκριθούν πολλαπλά μέτρα της ψυχολογικής δυσφορίας μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά την προετοιμασία της θεραπείας της υπογονιμότητας.
- Να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των υπογόνιμων ζευγαριών και των ψυχολογικών διεργασιών που συνδέονται άμεσα με την ψυχοπαθολογία τους.
- Να συσχετίσει τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την ψυχική υγεία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των υπογόνιμων ζευγαριών με το ψυχολογικό άγχος και τον τρόπο αντιμετώπισης των ζευγαριών που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθεί το πώς διάφορες πτυχές και διαστάσεις της προσωπικότητας των ατόμων επηρεάζουν την ψυχολογική τους ευημερία.
- Να εκτιμήσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ανδρών και των γυναικών που καταφεύγουν στη μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, την εξωσωματική γονιμοποίηση.

2.2 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα θα διεξαχθεί στο τμήμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου από Φεβρουάριο 2012 - Ιούνιο 2012 και απευθύνεται σε άνδρες, γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας και ακολουθούν τη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Η έρευνα θα βασιστεί σε ερωτηματολόγια που θα δοθούν στα συγκεκριμένα ζευγάρια και θα ακολουθήσει η στατιστική ανάλυσή τους. Στη διαδικασία της συλλογής πληροφοριών θα τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο.

Τα ερωτηματολόγια-εργαλεία έρευνας που θα χρησιμοποιηθούν είναι τα εξής:

- **Το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ-28)**, που χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα για την ανίχνευση και αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας των ατόμων. Είναι ένα αξιόπιστο, έγκυρο ερωτηματολόγιο και χρησιμοποιείται σε αυτοάνοσα και άγνωστης αιτιολογίας σωματικά νοσήματα. Εξετάζει τέσσερις παράγοντες όπως είναι τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, του άγχους και απνίας, την κοινωνική δυσλειτουργία και τα συναισθήματα της κατάθλιψης.

- **Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Ενηλίκων (EPQ)**, το οποίο αποτελείται από 84 ερωτήσεις. Από αυτές, οι 24 ερωτήσεις προσδιορίζουν την κλίμακα ψυχωτισμού, οι 22 την κλίμακα νευρωτισμού, οι 19 την κλίμακα εξωστρέφειας και οι 19 την κλίμακα ψευδούς. Οι ασθενείς απαντούν σε κάθε ερώτηση με «ναι» ή «όχι».

Ο ψυχωτισμός αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που υπάρχει σε διαφορετικό βαθμό σε όλα τα άτομα, αλλά η ύπαρξη του σε μεγάλο βαθμό προδιαθέτει ένα άτομο στο να αναπτύξει ψυχωτικές διαταραχές. Τα άτομα με υψηλές τιμές ψυχωτισμού είναι ψυχρά, μοναχικά, απρόσωπα, εχθρικά και επιθετικά και γενικότερα χαρακτηρίζονται από έλλειψη ανθρωπισμού και συναισθημάτων.

Ο νευρωτισμός αποτελεί ένα άλλο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αναφέρεται στη γενική συναισθηματική αστάθεια και στην τάση του ατόμου να αναπτύσσει νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες. Τα άτομα με υψηλές τιμές νευρωτισμού είναι αγχώδη και στεναχωριούνται εύκολα, ενώ παρουσιάζουν συχνά και ψυχοσωματικές διαταραχές.

Η εξωστρέφεια αφορά το στοιχείο εκείνο της προσωπικότητας που κάνει ένα άτομο ανοιχτό, κοινωνικό, αισιόδοξο, δραστήριο, παρορμητικό και με τάση για αλλαγές και για κίνδυνο. Το αντίθετο χαρακτηριστικό (χαμηλές τιμές εξωστρέφειας), δηλαδή η εσωστρέφεια, χαρακτηρίζουν ένα άτομο συγκρατημένο ως προς τις συναισθηματικές του αντιδράσεις και τις κοινωνικές του επαφές.

Τέλος, το ψεύδος, αναφέρεται στην τάση ενός ατόμου να ψεύδεται, υποδηλώνοντας κάποια μορφή κοινωνικής αφέλειας ή συμμόρφωσης

Η έρευνα θα ολοκληρωθεί με τη συμπλήρωση ενός εντύπου που περιλαμβάνει τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική δραστηριότητα, οικονομική κατάσταση, διάρκεια συζυγικής σχέσης, οικογενειακή κατάσταση, υποστηρικτικό περιβάλλον και ιατρικά στοιχεία (διάρκεια υπογονιμότητας, αριθμός προσπαθειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, λόγος υπογονιμότητας, λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων). Επίσης, θα εξεταστεί εάν τα άτομα έχουν επισκεφθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο και εάν επιθυμούν να περιλαμβάνεται και η ψυχολογική τους υποστήριξη από ειδικό, στα πλαίσια της θεραπείας τους της υπογονιμότητας.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το SPSS 14.0. Μια τιμή p -value < 0.05 θεωρήθηκε σημαντική. Οι αναλύσεις πραγματοποιούνται χωριστά για τους άνδρες και τις γυναίκες.

2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνουν μεταβλητές που αφορούν την ηλικία, τα χρόνια γάμου, την επαγγελματική και κοινωνική θέση και το μορφωτικό επίπεδο. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το μεσαίου επιπέδου στη δευτεροβάθμια και το υψηλό επίπεδο στην πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Οι ιατρικές πληροφορίες περιλαμβάνουν στοιχεία σχετικά με τη διάρκεια της υπογονιμότητας και τη διάγνωσή της.

Η μέση ηλικία των υπογόνιμων ζευγαριών είναι τα 37 έτη και μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης είναι τα 5,26 έτη. Το 42% του δείγματος εμφανίζει πρόβλημα υπογονιμότητας λόγω προβλήματος της γυναίκας, το 36% λόγω αντρικού προβλήματος, ενώ το 16% δεν γνωρίζει το λόγο υπογονιμότητας. Η μέση διάρκεια της υπογονιμότητας είναι τα 4 έτη. Η πλειοψηφία του δείγματος είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι υπόλοιποι είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Το 30,6% του δείγματος δήλωσαν ότι έχουν κάνει δύο αποτυχημένες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης, ενώ συνολικά το 67,35% έχει κάνει από 1-3 αποτυχημένες προσπάθειες. Το 20,4% των ατόμων ανέφερε ότι δεν έχει κάνει καμία αποτυχημένη προσπάθεια, ενώ το 12,24% έχει κάνει από 4 και πάνω προσπάθειες.

2.4 ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Είναι γνωστό ότι η αδυναμία σύλληψης των ζευγαριών βιώνεται ως μία αγχωτική κατάσταση και οι συνέπειες είναι τόσο κοινωνικές όσο και ψυχολογικές και μπορεί να επηρεάσουν σχεδόν όλες τις πτυχές της ζωής τους.

Για πολλά ζευγάρια η κρίση της υπογονιμότητας μπορεί να θεωρηθεί ως ένα «συσσωρευτικό τραύμα» και ο επιπολασμός της ψυχολογικής δυσφορίας που εμφανίζουν τα υπογόνιμα ζευγάρια κυμαίνεται από 48% έως 96%, γεγονός που δηλώνει ότι αυτά τα ζευγάρια έχουν έντονη την ανάγκη παροχής συμβουλών. Ο εντοπισμός των ζευγαριών με έντονη ψυχολογική δυσφορία και συναισθηματικές διαταραχές πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι καθοριστικός και προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα, η οποία με τη σειρά της μπορεί να συμβάλλει στη θετική έκβαση της θεραπείας.

Τα ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης χαρακτηρίζονται από έντονη συναισθηματική και ψυχολογική επιβάρυνση και γι' αυτό όταν καταφεύγουν σε αυτή τη θεραπεία θα πρέπει να είναι ψυχολογικά προσαρμοσμένα. Επομένως, η έρευνα αυτή θα υπογραμμίσει τη σημασία της ρύθμισης των συναισθηματικών διαδικασιών και την κατανόηση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την υπογονιμότητα, σε ένα θεραπευτικό, υποστηρικτικό πλαίσιο.

Τα υπογόνιμα ζευγάρια έχουν ανάγκη για πληροφορίες, γνώσεις σχετικά με τις συναισθηματικές πτυχές του προβλήματος τους και επομένως η ψυχοκοινωνική εκπαίδευση των ζευγαριών αποτελεί πρωτοβάθμια φροντίδα και προληπτική θεραπεία, με κύριο στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικής προσαρμογής σε στρεσογόνους παράγοντες και την ελαχιστοποίηση των επιπέδων του άγχους.

Η έρευνα της ψυχοκοινωνικής επίδρασης των αναπαραγωγικών τεχνολογιών είναι πολύ σημαντική διότι μας βοηθά να κατανοήσουμε την ψυχολογική αντίδραση των υπογόνιμων ζευγαριών στην θεραπεία της υπογονιμότητας. Η ψυχολογική υποστήριξη των ζευγαριών με την βοήθεια προληπτικών και εξατομικευμένων μέτρων, οι σωστές στρατηγικές συμπεριφοράς, με στόχο τη μείωση του άγχους, βελτιώνουν σε μεγάλο ποσοστό τη σύλληψη.

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται η ανάγκη για περαιτέρω μελέτες με κύριο στόχο την αξιολόγηση των ψυχικών διαταραχών της υπογονιμότητας και την πρωτοβάθμια ψυχολογική θεραπεία για την αντιμετώπιση του άγχους.

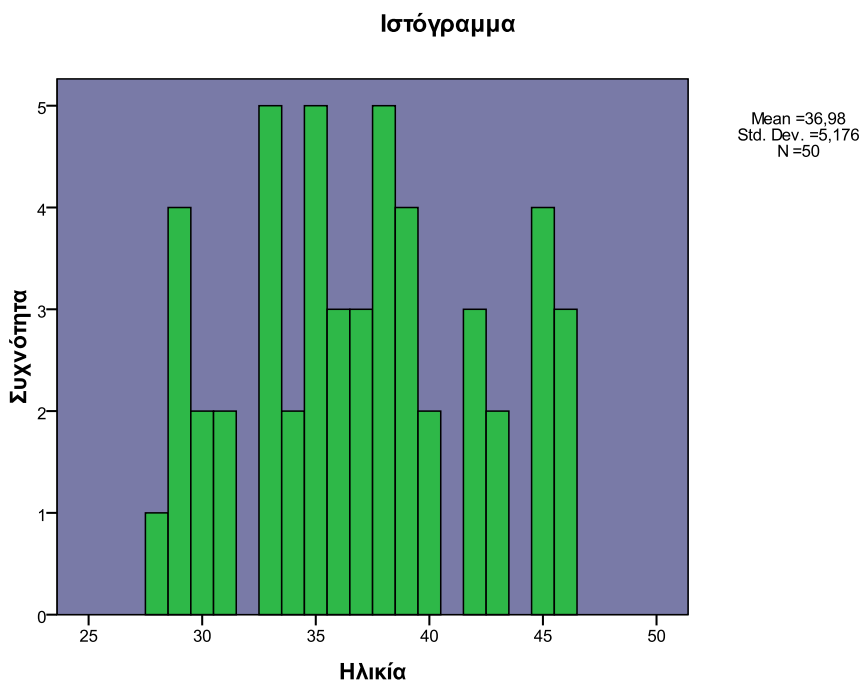
2.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

2.5.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ

Στο τμήμα αυτό παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των υπογόνιμων ζευγαριών (δείγμα).

Αρχικά, στο διάγραμμα 1 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα συχνοτήτων των τιμών της ηλικίας για τα άτομα της έρευνας.

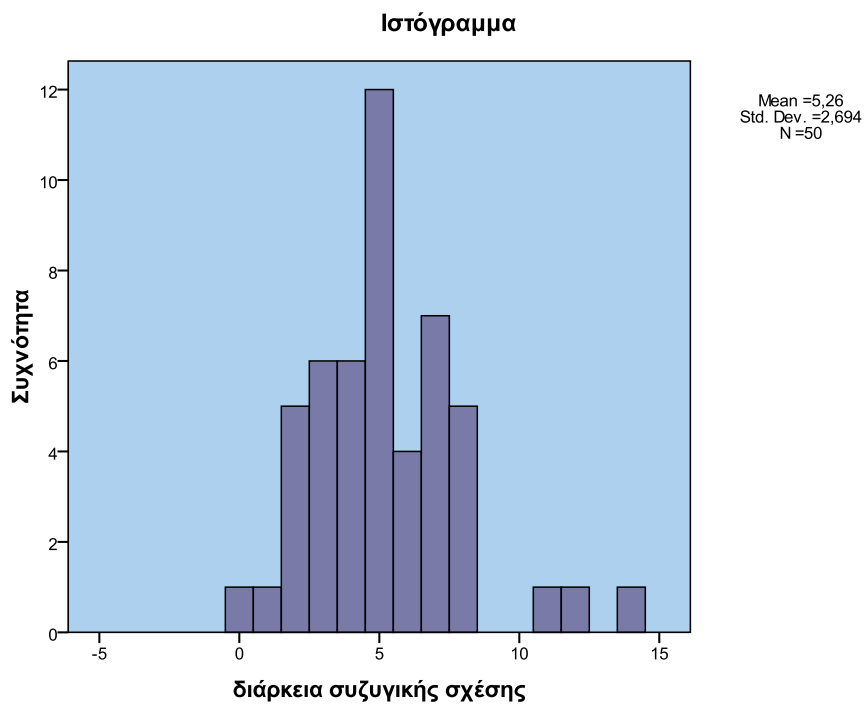
Διάγραμμα 1: Ηλικία ερωτηθέντων



Από το διάγραμμα 1 φαίνεται πως η κατανομή παρουσιάζει πολλές κορυφές, με μέση ηλικία τα 37 περίπου χρόνια.

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται το ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη διάρκεια της συζυγικής σχέσης.

Διάγραμμα 2: Διάρκεια συζυγικής σχέσης

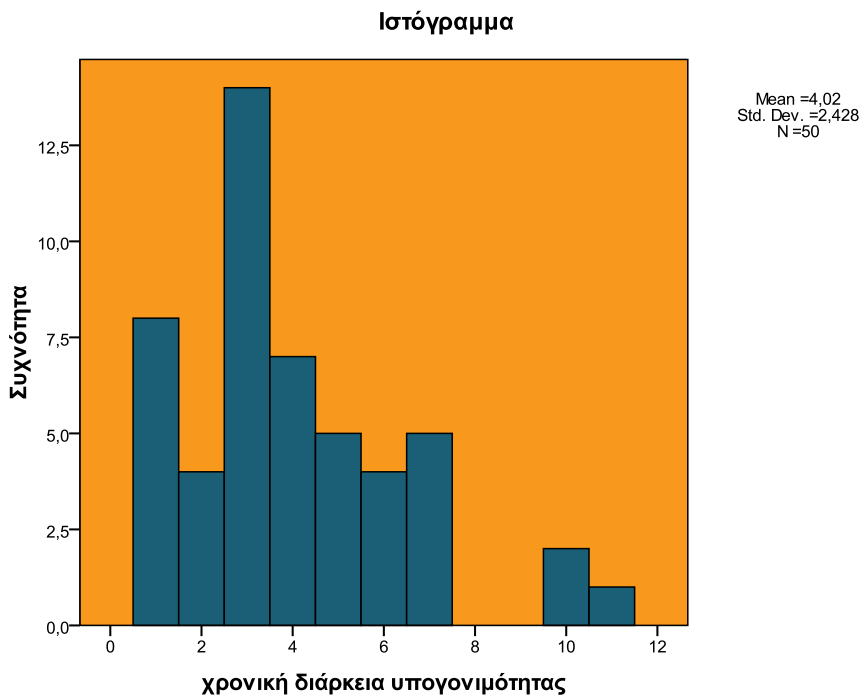


Από το διάγραμμα 2 παρατηρούμε ότι η κατανομή προσεγγίζει την κανονική με κορυφή τα 5 έτη.

Η μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης είναι τα 5,26 έτη.

Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται η χρονική διάρκεια υπογονιμότητας.

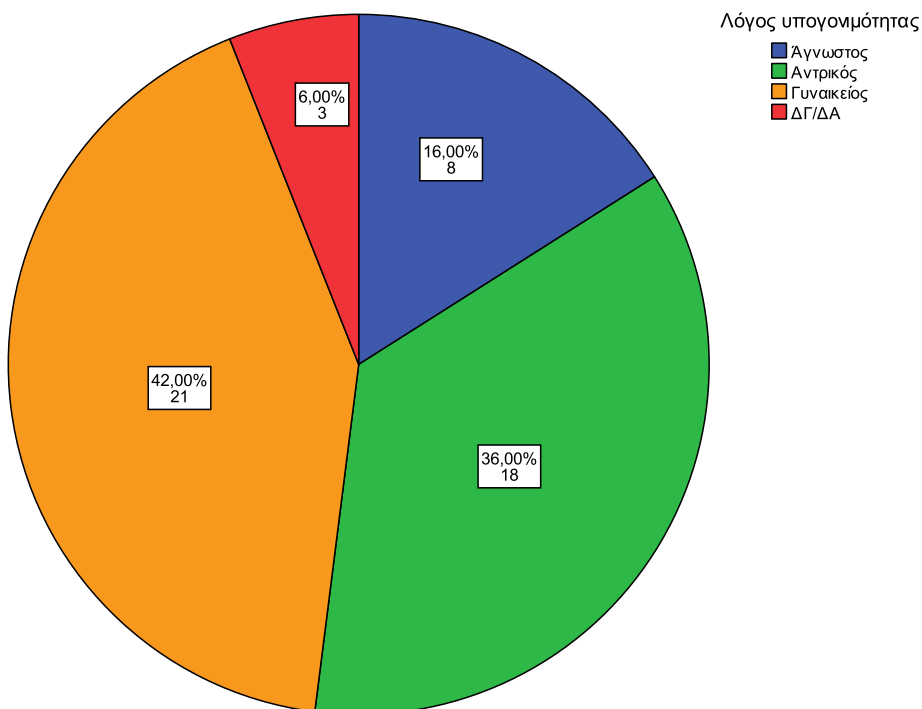
Διάγραμμα 3: Χρονική διάρκεια υπογονιμότητας



Από το διάγραμμα 3 φαίνεται ότι η κατανομή παρουσιάζει δεξιά ασυμμετρία με μέση διάρκεια υπογονιμότητας τα 4 χρόνια.

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται ο λόγος της υπογονιμότητας σε μορφή γραφήματος πίτας.

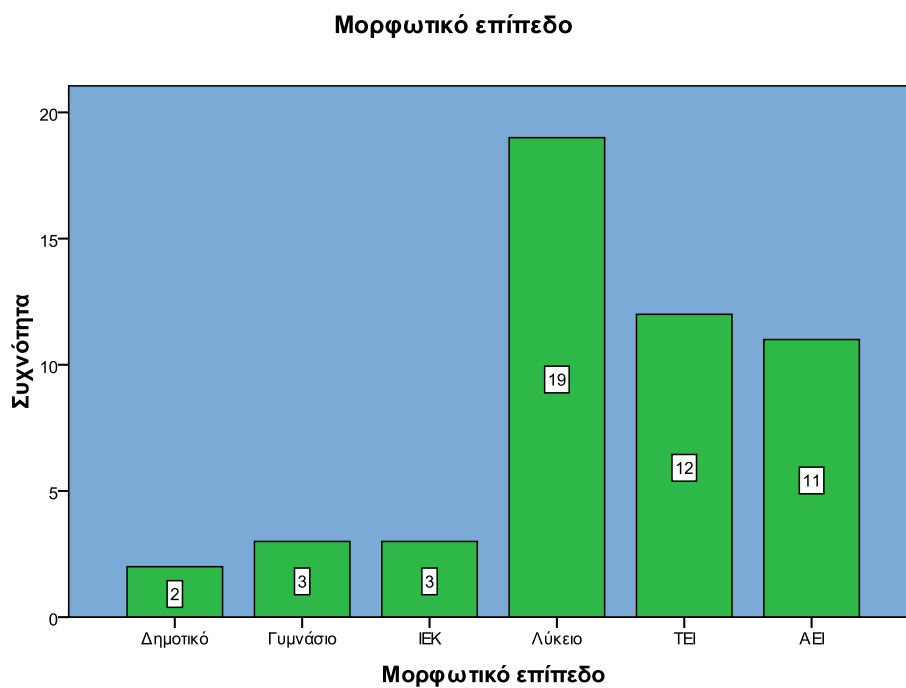
Διάγραμμα 4: Λόγος υπογονιμότητας



Από το διάγραμμα 4 φαίνεται ότι 21 ζευγάρια (42%) εμφανίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας λόγω προβλήματος της γυναίκας, 18 ζευγάρια εμφανίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας λόγω αντρικού προβλήματος (36%), ενώ υπάρχουν 8 ζευγάρια που δε γνωρίζουν το λόγω της υπογονιμότητας (16%).

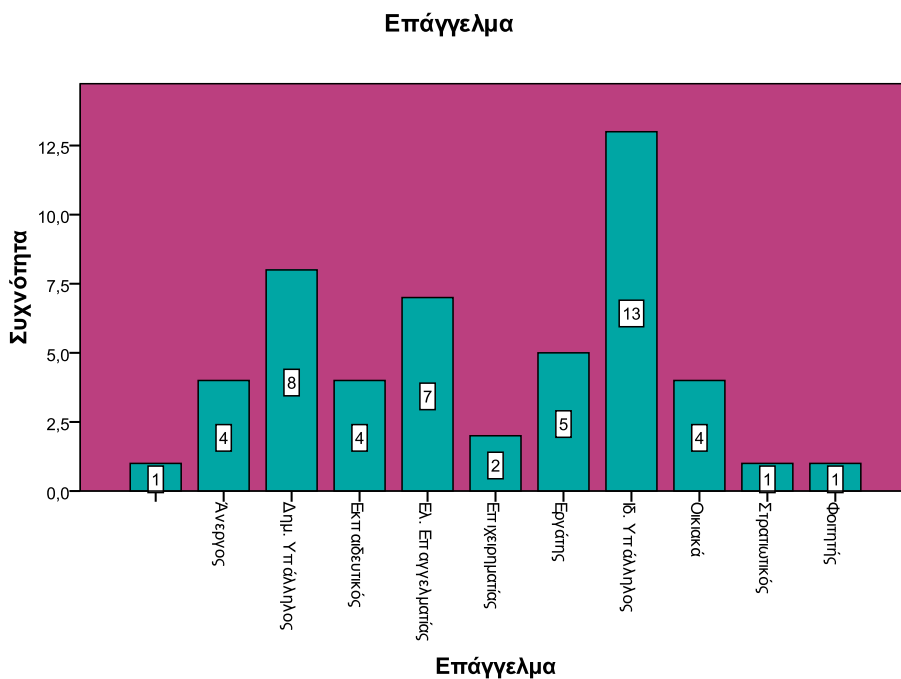
Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζεται το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων της έρευνας.

Διάγραμμα 5: Μορφωτικό επίπεδο



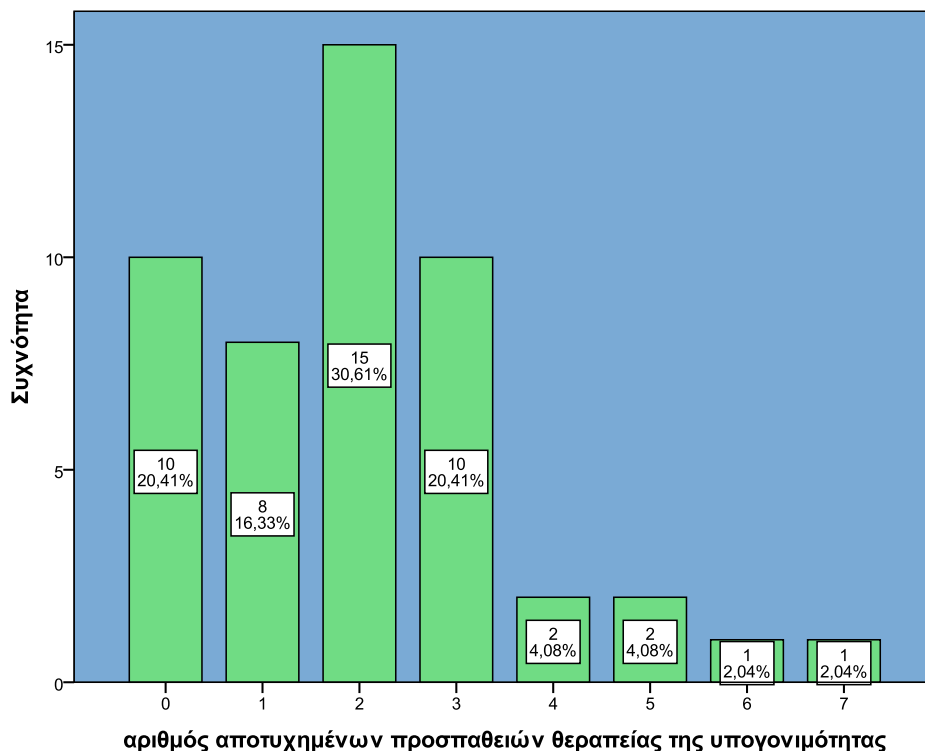
Από το διάγραμμα 5 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (38%), ενώ τεχνολογική εκπαίδευση κατέχει το 24% του δείγματος και πανεπιστημιακή εκπαίδευση το 22%.

Διάγραμμα 6: Επαγγελματική δραστηριότητα



Από το διάγραμμα 6 παρατηρείται ότι 13 άτομα (26%) είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, 8 άτομα εργάζονται στο δημόσιο τομέα (16%) και 7 άτομα είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (14%). Τα υπόλοιπα άτομα μοιράζονται σε διάφορες κατηγορίες όπως οικιακά, επιχειρηματίας, εργάτες κ.ά. Υπάρχουν και τέσσερα άτομα που δήλωσαν άνεργοι (8%).

Διάγραμμα 7: Αριθμός αποτυχημένων προσπαθειών θεραπείας της υπογονιμότητας



Στο διάγραμμα 7 παρουσιάζεται ο αριθμός των αποτυχημένων προσπαθειών θεραπείας της υπογονιμότητας. Το 30,61% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν κάνει 2 αποτυχημένες προσπάθειες για να θεραπεύσουν την υπογονιμότητα, ενώ συνολικά το 67,35% έχουν κάνει από 1 έως 3 αποτυχημένες προσπάθειες. Το 20,41% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν έχει κάνει καμία αποτυχημένη προσπάθεια ενώ από τέσσερις αποτυχημένες προσπάθειες και πάνω έχει κάνει το 12,24% των ερωτηθέντων.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο ένα άτομο έχει δηλώσει ότι έχει πάρει ψυχιατρικά φάρμακα για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Από τα 50 άτομα της έρευνας οι επτά δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν να επισκεφτούν μία συμβουλευτική υπηρεσία για το πρόβλημα υπογονιμότητας ενώ 6 άτομα έχουν επισκεφτεί κάποιον επαγγελματία υγείας.

Συμπερασματικά, η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας στο δείγμα δεν έχει ή δε θέλει ιατρική ή ψυχολογική βοήθεια.

2.5.2. ΟΜΑΔΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας έχει τέσσερις παραμέτρους (ανά 7 ερωτήσεις). Κάθε ερώτηση παίρνει την τιμή 0 ένα ο ερωτώμενος αισθάνεται καλύτερα ή το ίδιο όπως συνήθως και την τιμή 1 εάν η κατάσταση που περιγράφει η κάθε ερώτηση έχει χειροτερέψει. Οι τιμές ανά 7 ερωτήσεις όπου διαρθρώνεται η κάθε παράμετρος προστίθενται και προκύπτει η τιμή της κάθε παραμέτρου. Σαν κρίσιμο σημείο θεωρείται το 4. Τιμές των παραμέτρων πάνω από 4 υποδηλώνουν μεγάλη πιθανότητα ψυχοπαθολογίας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πίνακες τιμών για τις παραμέτρους ξεχωριστά για άντρες και γυναίκες.

Πίνακας 12: Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης - Άντρες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	19	79,2
	1	1	4,2
	2	3	12,5
	3	1	4,2
	Σύνολο	24	100,0

Πίνακας 13: Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης – Γυναίκες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	16	61,5
	1	2	7,7
	2	1	3,8
	3	3	11,5
	4	4	15,4
	Σύνολο	26	100,0

Από τους πίνακες 12 και 13 παρατηρούμε ότι 4 γυναίκες (15,4%) εμφανίζουν την τιμή 4 στα σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης που δηλώνει οριακή πιθανότητα ψυχοπαθολογίας, ενώ δεν υπάρχει κανένας άντρας με τη τιμή που να δηλώνει σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης.

Πίνακας 14: Αϋπνία και άγχος - Άντρες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	11	45,8
	1	3	12,5
	2	6	25,0
	3	1	4,2
	4	2	8,3
	5	1	4,2
	Σύνολο	24	100,0

Πίνακας 15: Αϋπνία και άγχος - Γυναίκες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	11	42,3
	1	4	15,4
	2	5	19,2
	3	2	7,7
	4	2	7,7
	7	2	7,7
	Σύνολο	26	100,0

Από τους πίνακες 14 και 15 παρατηρούμε ότι το 12,5% των αντρών εμφανίζει τιμές μεγαλύτερες ή ίσες από 4, όπου και παρατηρούνται έντονα προβλήματα αϋπνίας και άγχους. Το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών φτάνει στο 15,4%.

Πίνακας 16: Κοινωνική δυσλειτουργία - Άντρες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	13	54,2
	1	7	29,2
	2	3	12,5
	3	1	4,2
	Σύνολο	24	100,0

Πίνακας 17: Κοινωνική δυσλειτουργία - Γυναίκες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	14	53,8
	1	7	26,9
	2	2	7,7
	3	2	7,7
	6	1	3,8
	Σύνολο	26	100,0

Από τους πίνακες 16 και 17 παρατηρούμε ότι μεγάλη πιθανότητα κοινωνικής δυσλειτουργίας εμφανίζει το 3,8% των γυναικών (1 γυναίκα στο δείγμα), ενώ δεν υπάρχουν άντρες που να εμφανίζουν τέτοιο πρόβλημα.

Πίνακας 18: Συναισθήματα κατάθλιψης - Άντρες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	23	95,8
	2	1	4,2
	Σύνολο	24	100,0

Πίνακας 19: Συναισθήματα κατάθλιψης - Γυναίκες

		Συχνότητα	Ποσοστό
Τιμή	0	16	61,5
	1	6	23,1
	2	1	3,8
	4	2	7,7
	6	1	3,8
	Σύνολο	26	100,0

Τέλος, από τους πίνακες 18 και 19 παρατηρούμε ότι το 11,5% των γυναικών δίνουν τιμές από 4 και πάνω που υποδηλώνουν συναισθήματα κατάθλιψης, ενώ οι άντρες δεν εμφανίζουν τέτοιο πρόβλημα.

2.5.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε αυτό το τμήμα δημιουργήθηκε τέσσερις μεταβλητές προσωπικότητας με βάση τις 84 ερωτήσεις που έχει το ερωτηματολόγιο. Οι μεταβλητές αυτές αφορούν την κλίμακα ψυχωτισμού, την κλίμακα νευρωτισμού, την κλίμακα εξωστρέφειας και την κλίμακα ψεύδους. Όσο μεγαλύτερη τιμή παρουσιάζουν οι ερωτώμενοι, τόσο μεγαλύτερο και το πρόβλημα στην αντίστοιχη κλίμακα.

Στους επόμενους πίνακες παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα για την κάθε κλίμακα για άντρες και γυναίκες χωριστά.

Πίνακας 16: Εξωστρέφεια

	Φύλο		Στατιστικό	Τυπικό σφάλμα	
Εξωστρέφεια (E)	Άντρας	Μέση τιμή		15,25	0,615
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	13,98	
			Άνω όριο	16,52	
		Διάμεσος		15,50	
		Διακύμανση		9,065	
		Τυπική απόκλιση		3,011	
		Ελάχιστο		6	
		Μέγιστο		19	
	Γυναίκα	Μέση τιμή		13,85	0,676
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	12,45	
			Άνω όριο	15,24	
		Διάμεσος		14,00	
Διακύμανση		11,895			
Τυπική απόκλιση		3,449			
Ελάχιστο		6			
Μέγιστο		19			

Από τον πίνακα 16 παρατηρούμε ότι οι άντρες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα εξωστρέφειας (15,25) σε σχέση με τις γυναίκες (13,85).

Πίνακας 17: Ψυχωτισμός

	Φύλο		Στατιστικό	Τυπικό σφάλμα	
Ψυχωτισμός (P)	Άντρας	Μέση τιμή		4,83	0,704
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	3,38	
			Άνω όριο	6,29	
		Διάμεσος		4,00	
		Διακύμανση		11,884	
		Τυπική απόκλιση		3,447	
		Ελάχιστο		0	
		Μέγιστο		12	
	Γυναίκα	Μέση τιμή		2,85	0,486
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	1,85	
			Άνω όριο	3,85	
		Διάμεσος		2,00	
		Διακύμανση		6,135	
Τυπική απόκλιση		2,477			
Ελάχιστο		0			
Μέγιστο		9			

Από τον πίνακα 17 παρατηρούμε ότι οι άντρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή σχετικά με το ψυχωτισμό σε σχέση με τις γυναίκες, παρουσιάζοντας όμως και μεγαλύτερη διακύμανση.

Πίνακας 18: Νευρωτισμός

	Φύλο		Στατιστικό	Τυπικό σφάλμα	
Νευρωτισμός (N)	Άντρας	Μέση τιμή	11,04	0,933	
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	9,11	
			Άνω όριο	12,97	
		Διάμεσος	10,50		
		Διακύμανση	20,911		
		Τυπική απόκλιση	4,573		
		Ελάχιστο	3		
		Μέγιστο	19		
	Γυναίκα	Μέση τιμή	13,00	0,973	
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	11,00	
			Άνω όριο	15,00	
		Διάμεσος	13,50		
		Διακύμανση	24,640		
		Τυπική απόκλιση	4,964		
		Ελάχιστο	1		
Μέγιστο	22				

Από τον πίνακα 18 παρατηρούμε ότι οι όσο αφορά την κλίμακα του νευρωτισμού, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (13%) σε σχέση με τους άντρες (11,04%).

Πίνακας 19: Κλίμακα ψεύδους

	Φύλο		Στατιστικό	Τυπικό σφάλμα	
Κλίμακα ψεύδους (L)	Αντρας	Μέση τιμή		10,58	0,899
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	8,72	
			Άνω όριο	12,44	
		Διάμεσος		10,50	
		Διακύμανση		19,384	
		Τυπική απόκλιση		4,403	
		Ελάχιστο		2	
		Μέγιστο		19	
	Γυναίκα	Μέση τιμή		10,50	0,800
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	8,85	
			Άνω όριο	12,15	
		Διάμεσος		10,50	
		Διακύμανση		16,660	
		Τυπική απόκλιση		4,082	
		Ελάχιστο		2	
Μέγιστο		19			

Τέλος, από τον πίνακα 19, δεν παρατηρούμε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σχετικά με την κλίμακα ψεύδους.

Στη συνέχεια παρουσιάζεται μία αθροιστική μεταβλητή για την πιθανότητα ψυχοπαθολογίας, η οποία αθροίζει τις παραπάνω τέσσερις κλίμακες. Τα αποτελέσματα δίνονται ξεχωριστά για τους άντρες και τις γυναίκες στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 26: Ψυχοπαθολογία

	Φύλο		Στατιστικό	Τυπικό σφάλμα	
Ψυχοπαθολογία	Άντρας	Μέση τιμή	2,46	0,548	
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	1,32	
			Άνω όριο	3,59	
		Διάμεσος		2,00	
		Διακύμανση		7,216	
		Τυπική απόκλιση		2,686	
		Ελάχιστο		0	
		Μέγιστο		9	
	Γυναίκα	Μέση τιμή	4,46	1,026	
		95% Δ.Ε για τη μέση τιμή	Κάτω όριο	2,35	
			Άνω όριο	6,57	
		Διάμεσος		2,00	
		Διακύμανση		27,378	
		Τυπική απόκλιση		5,232	
		Ελάχιστο		0	
Μέγιστο		21			

Από τον πίνακα 26 φαίνεται ότι οι γυναίκες δίνουν μία μέση τιμή για την πιθανότητα ψυχοπαθολογίας 4,46 που είναι μία τιμή στα όρια της πιθανότητας για ψυχοπαθολογίας. Αντίθετα, για τους άντρες η μέση τιμή για πιθανότητα ψυχοπαθολογίας είναι 2,46 κάτι που υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει πιθανότητα ψυχοπαθολογίας για τους άντρες.

2.5.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Σε αυτό το τμήμα παρουσιάζεται η ανάλυση γραμμικής συσχέτισης μεταξύ της πιθανότητας για κάποιο άτομο να παρουσιάσει προβλήματα ψυχοπαθολογίας και των κλιμάκων της προσωπικότητάς του. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται χωριστά για άντρες και γυναίκες.

Πίνακας 27: Γραμμική συσχέτιση ψυχοπαθολογίας με κλίμακες προσωπικότητας

Φύλο		Εξωστρέφεια	Ψυχωτισμός	Νευρωτισμός	Κλίμακα ψεύδους
Άντρας	Ψυχοπαθολογία	r = - 0,461	r = 0,220	r = 0,604	r = - 0,365
		Sig = 0,023	Sig = 0,302	Sig = 0,002	Sig = 0,079
Γυναίκα	Ψυχοπαθολογία	r = - 0,339	r = 0,015	r = 0,622	r = - 0,163
		Sig = 0,09	Sig = 0,942	Sig = 0,023	Sig = 0,023

Η τιμή του r μας δίνει το συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson. Ο συντελεστής αυτός παίρνει τιμές από - 1 (τέλεια αρνητική γραμμική συσχέτιση) έως 1 (τέλεια θετική γραμμική συσχέτιση). Στο μηδέν έχουμε απουσία γραμμικής συσχέτισης. Το Sig μας δίνει την πιθανότητα ο συντελεστής αυτός να μην είναι μηδέν, δηλαδή να είναι στατιστικά σημαντικός στο σύνολο του πληθυσμού. Εάν Sig < 0,05, τότε θεωρούμε ότι ο συντελεστής είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Από τον πίνακα 27 παρατηρούμε ότι για τους άντρες η πιθανότητα ψυχοπαθολογίας συνδέεται αρνητικά με την εξωστρέφεια και θετικά με το νευρωτισμό. Οι συσχετίσεις αυτές είναι μέτριες αλλά στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πιθανότητας για ψυχοπαθολογία και του ψυχωτισμού, καθώς και της κλίμακας ψεύδους σε 5% επίπεδο σημαντικότητας.

Για τις γυναίκες η πιθανότητα ψυχοπαθολογίας συνδέεται αρνητικά με την κλίμακα ψεύδους και θετικά με το νευρωτισμό. Οι συσχετίσεις αυτές είναι μέτριες αλλά στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πιθανότητας για ψυχοπαθολογία και του ψυχωτισμού, καθώς και της εξωστρέφειας σε 5% επίπεδο σημαντικότητας.

2.5.5 ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στον πίνακα 1 εμφανίζονται οι συχνότητες εμφάνισης των τιμών της μεταβλητής για την ψυχοπαθολογία. Στους πίνακες 2 και 3 εμφανίζονται οι συχνότητες ξεχωριστά για άντρες και γυναίκες.

1. Ψυχοπαθολογία – Πίνακας Συχνοτήτων

	Συχνότητα	Ποσοστό
0	16	32,0
1	4	8,0
2	9	18,0
3	3	6,0
4	3	6,0
5	2	4,0
6	3	6,0
7	1	2,0
8	4	8,0
9	1	2,0
10	1	2,0
12	1	2,0
13	1	2,0
21	1	2,0
Σύνολο	50	100,0

2. Ψυχοπαθολογία – Άντρες

		Συχνότητα	Ποσοστό
	0	9	37,5
	1	2	8,3
	2	3	12,5
	3	2	8,3
	4	3	12,5
	5	2	8,3
	6	1	4,2
	8	1	4,2
	9	1	4,2
	Σύνολο	24	100,0

3. Ψυχοπαθολογία – Γυναίκες

		Συχνότητα	Ποσοστό
	0	7	26,9
	1	2	7,7
	2	6	23,1
	3	1	3,8
	6	2	7,7
	7	1	3,8
	8	3	11,5
	10	1	3,8
	12	1	3,8
	13	1	3,8
	21	1	3,8
	Σύνολο	26	100,0

Στη συνέχεια δημιουργούμε μία καινούρια μεταβλητή, την Πιθανότητα Ψυχοπαθολογίας. Είναι μία δίτιμη μεταβλητή που παίρνει την τιμή 0 εάν η μεταβλητή της ψυχοπαθολογίας έχει τιμή από 0 έως και 4, και την τιμή 1 εάν η μεταβλητή της ψυχοπαθολογίας έχει τιμή από 5 και πάνω. Η τιμή 0 μας δείχνει ότι δεν υπάρχει πιθανότητα για ψυχοπαθολογία (ομάδα 0), ενώ η τιμή 1 ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι το άτομο εμφανίζει ψυχοπαθολογικά προβλήματα (ομάδα 1).

4. Πιθανότητα Ψυχοπαθολογίας – Συγκεντρωτικό

		Συχνότητα	Ποσοστό
	0	35	70,0
	1	15	30,0
	Σύνολο	50	100,0

Από τον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 35 δεν εμφανίζουν σοβαρή πιθανότητα για ψυχοπαθολογικά προβλήματα, ενώ 15 άτομα εμφανίζουν μια τέτοια πιθανότητα. Όπως φαίνεται και από τους πίνακες 5 και 6, από τα 15 άτομα που εμφανίζουν πιθανότητα για ψυχοπαθολογία, 5 είναι άντρες και 10 γυναίκες.

5. Πιθανότητα ψυχοπαθολογίας – Άντρες

		Συχνότητα	Ποσοστό
	0	19	79,2
	1	5	20,8
	Σύνολο	24	100,0

6. Πιθανότητα Ψυχοπαθολογίας – Γυναίκες

		Συχνότητα	Ποσοστό
	0	16	61,5
	1	10	38,5
	Σύνολο	26	100,0

2.5.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και φύλο

	Πιθανότητα Ψυχοπαθολογίας		Σύνολο
	0	1	
Φύλο Άντρας	19	5	24
Γυναίκα	16	10	26
Σύνολο	35	15	50

Pearson Chi – Square: 1,847, Sig: 0,174

Από τον πίνακα A παρατηρούμε ότι η πιθανότητα για ψυχοπαθολογία είναι ανεξάρτητη από το φύλο καθώς Sig = 0,174.

B. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και Οικονομική κατάσταση

	Πιθανότητα Ψυχοπαθολογίας		Σύνολο
	0	1	
Οικονομική κατάσταση Μέτρια	16	10	26
Καλή	17	3	20
Σύνολο	33	13	46

Pearson Chi – Square: 3,069, Sig: 0,080

Από τον πίνακα B παρατηρούμε ότι η πιθανότητα για ψυχοπαθολογία εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση σε επίπεδο σημαντικότητας 10% καθώς Sig = 0,080.

Στη συνέχεια διενεργούμε διάφορα T – Test για ανεξάρτητα δείγματα, όπου προσπαθούμε να δούμε εάν παρουσιάζονται διαφορές στις μέσες τιμές κάποιων μεταβλητών, όπως η ηλικία, η διάρκεια της συζυγικής σχέσης κ.ά., μεταξύ των δύο κατηγοριών της πιθανότητας για ψυχοπαθολογία.

Μέση διαφορά = Μέση τιμή ομάδας 0 – Μέση τιμή ομάδας 1.

Γ. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και Ηλικία

Μέση διαφορά	Sig
0,733	0,651

Δ. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και χρονική διάρκεια υπογονιμότητας

Μέση διαφορά	Sig
-1,21	0,107

Ε. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και αριθμός αποτυχημένων προσπαθειών θεραπείας της υπογονιμότητας

Μέση διαφορά	Sig
0,129	0,804

ΣΤ. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και διάρκεια συζυγικής σχέσης

Μέση διαφορά	Sig
-1,44	0,084

Από τους παραπάνω πίνακες οι διαφορές δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές, εκτός από τον πίνακα ΣΤ. Όσοι έχουν μεγάλη πιθανότητα για πρόβλημα ψυχοπαθολογίας φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης σε σχέση με όσους δεν εμφανίζονται να έχουν πρόβλημα ψυχοπαθολογίας. Πιο συγκεκριμένα όσοι είναι στην ομάδα που εμφανίζει πιθανότητα για ψυχοπαθολογία έχει κατά μέσο όρο 1,44 χρόνια συζυγικής σχέσης περισσότερα σε σχέση με την ομάδα που δεν εμφανίζει πιθανότητα για ψυχοπαθολογία. Εδώ η πιθανότητα λάθους (δηλαδή να μην υπάρχει σε όλο τον πληθυσμό η διαφορά που εμφανίστηκε στο δείγμα) είναι 8,4%, όπως φαίνεται από τον πίνακα ΣΤ.

Στους υπόλοιπους πίνακες εάν υποθέσουμε ότι υπάρχει διαφορά στις μέσες τιμές των μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων για πιθανότητα ψυχοπαθολογίας, έχουμε πιθανότητα λάθους σε κάθε περίπτωση μεγαλύτερη από 10%, οπότε θεωρούμε ότι τα στοιχεία δεν είναι επαρκή για να μιλήσουμε αξιόπιστα για την ύπαρξη διαφορών.

Στη συνέχεια θα δούμε ξανά την παραπάνω ανάλυση για τη συσχέτιση της πιθανότητας για ψυχοπαθολογία με δημογραφικά στοιχεία, ξεχωριστά για τις γυναίκες.

Από το σύνολο των δημογραφικών στοιχείων παρουσιάζονται διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων πιθανότητας για ψυχοπαθολογία μόνο ως προς τη μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης.

Ζ. Πιθανότητα για ψυχοπαθολογία και διάρκεια συζυγικής σχέσης - Γυναίκες

Μέση διαφορά	Sig
-1,873	0,073

Όσες γυναίκες έχουν μεγάλη πιθανότητα για πρόβλημα ψυχοπαθολογίας φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης σε σχέση με όσες δεν εμφανίζονται να έχουν πρόβλημα ψυχοπαθολογίας (1,87 έτη περισσότερα κατά μέσο όρο). Εδώ η πιθανότητα λάθους (δηλαδή να μην υπάρχει σε όλο τον γυναικείο πληθυσμό η διαφορά που εμφανίστηκε στο δείγμα) είναι 7,3%, όπως φαίνεται από τον πίνακα Z.

2.6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνά μας επικεντρώθηκε στη μελέτη της ψυχολογικής δυσφορίας των υπογόνιμων ζευγαριών πριν την θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης σε συσχέτιση τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και την ψυχική τους υγεία.

Τα στατιστικά δεδομένα της έρευνας υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άντρες στα σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης (1,12% έναντι 0,42%) και στα συναισθήματα κατάθλιψης (0,85% έναντι 0,08) καθώς και στην παράμετρο της αϋπνίας-άγχους και κοινωνικής δυσλειτουργίας.

Η χαμηλή μέση τιμή της κλίμακας κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη σε σχέση με άλλες μελέτες όπου κυμαίνεται μεταξύ 5,6%-14,5% (Khademi A, 2005- Lok IH,2002-Smeenk JM, 2001) μπορεί να οφείλεται σε έναν αριθμό παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της διάρκειας υπογονιμότητας, το στάδιο της θεραπείας και τον αριθμό των αποτυχημένων προσπαθειών της θεραπείας της υπογονιμότητας. Η μέση διάρκεια της υπογονιμότητας στην μελέτη μας είναι 4 χρόνια ενώ σε άλλες μελέτες είναι 4-6,9 χρόνια και φαίνεται ότι η παρούσα μελέτη αντιπροσωπεύει το χαμηλότερο άκρο αυτού του φάσματος.

Οι Verhaak et all (2001) κατάληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια εγκυμοσύνης εμφάνισαν υψηλά επίπεδα κινδύνου συναισθηματικής έντασης, πριν από την έναρξη της επόμενης προσπάθειας και αποτελούν ομάδα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης καθώς ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται σε επαναλαμβανόμενους κύκλους. Στην έρευνα μας το 67,3% των ατόμων έχουν κάνει 1-3 αποτυχημένες προσπάθειες και το 12,2 από 4 και πάνω.

Οι Verhaak et all (2005) διαπίστωσαν υποκλινικές μορφές κατάθλιψης και άγχους σε ποσοστό μεγαλύτερο από 20% των γυναικών μετά από 6 μήνες αποτυχημένων προσπαθειών. Επιπλέον υποστήριξαν την σημασία της νεύρωσης όπου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη υψηλότερων επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, όταν έρχεται αντιμέτωπος με προβλήματα υπογονιμότητας.

Σε έρευνα που διεξήχθη στο Ιατρικό Κολέγιο της Ουάσιγκτον της Αμερικής σε συνεργασία με το τμήμα ψυχολογίας έδειξε ότι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα στις γυναίκες από τους άντρες στο πλαίσιο της προετοιμασίας τους.

Στην παρούσα έρευνα η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας δεν έχει ή δεν επιθυμεί ιατρική-ψυχολογική βοήθεια. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μορφωτικό επίπεδο αφού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (n=19) είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τον Volgsten H, η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή διαταραχή της διάθεσης και επικρατεί σε

ποσοστό 10,9% των γυναικών και 5,1% των αντρών και η αγχώδης διαταραχή στο 14,8% και 4,9% αντίστοιχα. Μόνο το 21% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ακολούθησαν κάποια μορφή θεραπείας.

Η έρευνα μας επικεντρώθηκε στην αναζήτηση πιθανότητας εμφάνισης ψυχοπαθολογίας των ζευγαριών σε συσχέτιση με την προσωπικότητά τους και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Στη μελέτη μας παρατηρείται ότι για τους άντρες η πιθανότητα ψυχοπαθολογίας συνδέεται αρνητικά με την εξωστρέφεια και θετικά με το νευρωτισμό. Οι άντρες που είναι κοινωνικοί, ανοιχτοί, αισιόδοξοι, δραστήριοι και παρορμητικοί έχουν μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν ψυχοπαθολογία ενώ οι άντρες που χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αστάθεια και έχουν την τάση να αναπτύσσουν νευρωτική συμπτωματολογία κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες, αγχώνονται, στεναχωριούνται περισσότερο και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν ψυχοπαθολογία. Οι συσχετίσεις αυτές είναι μέτριες αλλά στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πιθανότητας για ψυχοπαθολογία και του ψυχωτισμού, καθώς και της κλίμακας ψεύδους.

Για τις γυναίκες η πιθανότητα ψυχοπαθολογίας συνδέεται αρνητικά με την κλίμακα ψεύδους και θετικά με το νευρωτισμό. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πιθανότητας για ψυχοπαθολογία και του ψυχωτισμού, καθώς και της εξωστρέφειας.

Σύμφωνα με μελέτη τα άτομα που αναζητούν τη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι περισσότερο ανήσυχοι και συναισθηματικά φορτισμένοι σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Lukse M.P., 1999). Η προϋπάρχουσα προσωπικότητα θεωρείται καθοριστικός παράγοντας και οι γυναίκες με νευρωτική προσωπικότητα μπορεί να είναι πιο ευάλωτες να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά από αποτυχία της θεραπείας της υπογονιμότητας (Volgsten H, 2010).

Σχετικά με την συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας και των δημογραφικών στοιχείων οι απαντήσεις των ερωτηθέντων έδειξαν ότι η πιθανότητα για ψυχοπαθολογία είναι ανεξάρτητη από το φύλο και εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Wang K (2007) τα προσωπικά χαρακτηριστικά των υπογόνιμων ζευγαριών (αυξημένη ηλικία, μεγάλη διάρκεια γάμου) έχουν σημαντική συσχέτιση με την ψυχολογική τους κατάσταση. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν και με τον Berg Wilson, ο οποίος μελέτησε τα ψυχολογικά συμπτώματα 104 υπογόνιμων ζευγαριών. Επίσης, στην παρούσα έρευνα αναδεικνύεται ότι μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογίας έχουν εκείνοι με τη μεγαλύτερη μέση διάρκεια συζυγικής σχέσης, σε σύγκριση με αυτούς που δεν εμφανίζουν πιθανότητα ψυχοπαθολογίας.

Επίσης, σύμφωνα με σχετική μελέτη η ηλικία των γυναικών, η διάρκεια της υπογονιμότητας, και ο αριθμός των προσπαθειών της εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές

αλλά οι παράγοντες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι σημαντικοί για την πρόγνωση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (Volgsten H, 2008).

Σήμερα, γίνονται νέες έρευνες με σκοπό να περιορίσουν τα συμπτώματα στρες, άγχους και κατάθλιψης των υπογόνιμων ζευγαριών. Αρκετές έρευνες προτείνουν τη γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση για να βοηθήσουν ομάδες να μειώσουν το στρες αλλά και να συμβάλλουν στην βελτίωση των ποσοστών εγκυμοσύνης αφού μελέτη έδειξε ότι τα χαμηλότερα ποσοστά εγκυμοσύνης με την βοήθεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης σχετίζονται με το άγχος των ατόμων (Lukse M.P., 1999). Το ενδιαφέρον της έρευνας αυξάνεται, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα της υπογονιμότητας μπορούν να επηρεάσουν την θετική έκβαση της θεραπείας.

Έτσι, η ψυχολογική και αποτελεσματική υποστήριξη μπορεί να ανακουφίσει το άγχος των ασθενών, το οποίο με την σειρά του μπορεί να βοηθήσει στα αποτελέσματα της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης (Eugster, 1999).

Έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η ψυχολογική δυσφορία, οι αναποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, το άγχος και η κατάθλιψη συμβάλλουν στην μείωση πιθανότητας τεκνοποίησης της γυναίκας (Hoffman B.M., 2007).

Επομένως, η έρευνα είναι απαραίτητη για να εδραιώσει περαιτέρω την αποτελεσματικότητα των έγκαιρων παρεμβάσεων για την ελαχιστοποίηση του άγχους, που προκαλείται από το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Σήμερα υπάρχει μια διεθνής συναίνεση ότι τα κέντρα βοηθούμενης αναπαραγωγής είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζουν τα ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά θέματα των υπογόνιμων ζευγαριών. Τα αποτελέσματα μας υποστηρίζουν την πεποίθηση ότι τα υπογόνιμα ζευγάρια που υποβάλλονται σε θεραπείες υπογονιμότητας χρειάζονται ψυχολογική συμβουλευτική και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderheim L, Holter H, Bergh C and Moller A, 2005. Does psychological stress affect the outcome of in vitro fertilization? *Human Reproduction*, 20, 2969-2975.

Christina L Wichman, DO Shawna L Ehlers, PhD, Scott E Wichman, DO, Amy L. Weaver, Charles Coddington, MD, 2011. Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility* Volume 95, Issue 2, Pp. 717–721.

Connolly KJ, Edelmann RJ, Cooke ID, Robson J, 1992. The impact of infertility on psychosocial functioning. *J Psychosomatic Res* ;36:459-468.

Daniel M. Campagne, 2006. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction* Volume 21, Issue 7, Pp. 1651-1658.

Dhillon R, Cumming CE and Cumming DC, 2000. Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, Volume 74,702–706.

Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R, 1992. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*; 58:1158–1163

Dunkel-Schetter C and Lobel M, 1991. Psychological reactions to infertility. Plenum, New York, Pp. 29–60.

Emery M, Béran M-D, Darwiche J, Oppizzi L, Joris V, Capel R, Guex P and Germond M, 2003. Results from a prospective, randomized, controlled study evaluating the acceptability and effects of routine pre-IVF counseling. *Human Reproduction*; Volume 18, Issue 12, Pp. 2647-2653.

Eugster A, Vingerhoets AJJM, 1999. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Fertility and Sterility*, Volume 48, Issue 5, Pp. 575–589.

Grainger DA and Tjaden BL, 2000. Assisted reproductive technologies. In Goldman MB and Hatch MC (eds) *Women and Health*. Academic Press, San Diego, CA.

Hammarberg K, Astbury J, Baker HG, 2009. Women's experience of IVF :a follow up study. *Human Reproduction*, 2201; 16:374-383.

Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD, 2007. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*; 26:1-9.

In Stanton AL and Dunkel-Schetter C, 1991. Infertility; Perspectives from Stress and Coping Research. Plenum, New York, Pp. 29–60.

Katja Hammerli, Hansjorg Znoj and Jurgen Barth, 2009. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: ameta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, Volume 15, No.3 Pp. 279–295.

Khademi A, Alleyassin A, Aghahosseini M, Ramezanzadeh F, Abhari AA, 2005. Pretreatment Beck Depression Inventory score is an important predictor for post-treatment score in infertile patients: a before-after study. *BMC Psychiatry*; 5:25.

Klonoff-Cohen H, 2005. Female and male lifestyle habits and IVF: what is known and unknown. *Human Reproduction Update*; 11:179-203.

Lechner L, Bolman C and van Dalen A, 2007. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, Volume 22, Issue 1, Pp. 288-294.

Lepine J-P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tytlee A, 1997. Depression in the community: the first pan-European study DERES (Depression Research in European Society). *INT Clin Psychopharm*; 12: 19-29.

Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ, 2002. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecology and Obstetrics Invest.*; 53:195–199.

Lowyck B, Luyten P, Corveleyn J, D' Hooghe T and Demyttenaere K, 2008. Personality and intrapersonal and interpersonal functioning of women starting their first IVF treatment. *Human Reproduction*, Volume 24, Issue 3, Pp. 524-529.

Lukse MP, Vacc NA, 1999. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetrics and Gynecology*; 93:245–251.

Lykeridou Katerina, Gourounti Kleanthi, Sarantaki Antigoni, Loutradis Dimitrios, Vaslamatzis Grigorios, Deltsidou Anna, 2011. Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 20, Issue 13-14, pages 1971–1980.

Matthiesen SMS, Frederiksen Y, Ingerslev HJ and Zachariae R, 2010. Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction* Volume 26, Issue 10, Pp. 2763-2776.

Nyboe Andersen A, Goossens V, Ferraretti AP, Bhattacharya S, Felberbaum R, de Mouzon J, Nygren KG, 2008. The European Ivf-monitoring Consortium for the European Society of Human Reproduction, Embryology. Assisted reproductive technology in Europe, 2004: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* ;23:756-771.

Peterson BD, Newton CR, Rosen KH and Skaggs GE, 2006. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, Volume 21, No.9, pp. 2443–2449.

Podolska MZ, Bidzan M, 2011. Infertility as a psychological problem. *Gynekol Pol.*, Jan;82(1):44-9.

Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari H, 2005. Health-related quality of life and need for ivf in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction*, 20:1286-1291.

Repokari L, Punamaki R-L, Unkila-Kallio L, Vilks S, Poikkeus P, Sinkkonen J, Almqvist F, Tiitinen A and Tulppala M, 2007. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among

successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction* Volume 22, Issue 5, Pp. 1481-1491.

Skakkebaek NE, Jorgensen N, Main KM, Rajpert-De Meyts E, Leffers H, Andersson AM, Juul A, Carlsen E, Mortensen GK, Jensen TK, 2006. Is human fecundity declining? *International Journal of Andrology*; 29:2-11.

Skiadas Christine C, MD, Terry Kathryn, De Pari Mary, BA, Geoghegan Anne, Lubetsky Laura, Levy Sherilyn, Haimovici Florina, and Ashby Rachel, 2011. Does emotional support during the luteal phase decrease the stress of in vitro fertilization? *Fertility and Sterility*, Volume 96, Issue 6, Pages 1467–1472.

Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DD, 2001. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*; 16:1420–1423

Tarlatzis I, Tarlatzis BC, Diakogiannis I, Bontis J, Lagos S, Gavriilidou D and Mantalenakis S, 1992. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, Volume 8, Issue 3, Pp. 396-401.

Terzioglu F., 2001. Investigation into effectiveness of counselling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 22, 133–141.

Tuil WS, Verhaak CM, De Vries Robbé PF and Kremer JAM, 2008. IVF patients show three types of online behavior. *Human Reproduction*, Volume 23, Issue 11, Pp 2501-2505.

Uschi Van den Broeck, Thomas D' Hooghe, Paul Enzlin and Koen Demyttenaere, 2010. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, Volume 25, No.6, pp. 1471–1480.

Van den Broeck U, D' Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K., 2010. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, Jun; 25(6):1471-80.

Verberg MF, Eijkemans MJ, Heijnen EM, Broekmans FJ, de Klerk C, Fauser BC, Macklon NS, 2008. Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction*, 23:2050-5.

Verhaak CM, Smeenk JMJ, Eugster A, van Minnen A, Kremer JAM, Kraaijmaat FW, 2001. Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*; 76:525-531.

Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijmaat FW, 2005. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*, Aug;20(8):2253-60.

Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaijmaat FW, Braat DDM, 2006. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, Volume 13, issue 1, p27-36.

Volgsten H, Skoog A Svanberg, Ekselius L, Lundkvist O and Sundstrom I Poromaa, 2008. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, Vol.23, No.9 pp. 2056–2063.

Volgsten Helena, Skoog Agneta Svanberg and Olsson Pia, 2010. Unresolved grief in women and men in Sweden three years after undergoing unsuccessful in vitro fertilization treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, Volume 89, No. 10, Pages 1290-1297.

Wang K, Li J, Zhang JX, Zhang L, Yu J, Jiang P, 2007. Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility* ;87(4):792-8.

Williams KE, Zappert LN, 2006. Psychopathology and psychopharmacology in the infertile patient. In: Covington SN, Hammer Burns L. *Infertility Counselling*. New York, USA: Cambridge University Press, 97-116.