

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ –
ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ –
ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ»

Διευθυντής ΠΜΣ : Καθηγητής ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΠΟΥ
ΕΠΡΟΚΕΙΤΟ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ**

**ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΜΑΙΑ**

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΛΑΡΙΣΑ

Οκτώβριος 2022

"Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: "ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ"

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής:

**1^{ος} Εξεταστής
(Επιβλέπων)**

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΜΕΣΣΗΝΗ

Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

2^{ος} Εξεταστής

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΝΩΤΗΣ

Επίκουρος καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

3^{ος} Εξεταστής

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΔΑΠΟΝΤΕ

Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Παραδέχομαι ότι στην αρχή όλα μου φαινότανσαν βουνό. Ναι ήταν μια δύσκολη αλλά ξεχωριστή εμπειρία για μένα που λόγω οικογένειας, υποχρεώσεων και δουλειάς έπρεπε να παραμερίσω για λίγα χρόνια τα θέλω μου γιατί υπερίσχυαν τα πρέπει. Σίγουρα το έχετε βιώσει όλοι κάποια στιγμή της ζωής σας. Τελειώνοντας πλέον και τη μεταπτυχιακή μου διατριβή, θα πρέπει να κάνω μια μικρή ανασκόπηση στο τι έζησα τον έναν αυτόν διαφωτιστικό και γεμάτο ξεχωριστές εμπειρίες χρόνο.

Πρώτα απ' όλα θα πρέπει να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Χρήστο και τους δυο υπέροχους γιούς μου Θεοφάνη και Ρένο, οι οποίοι χάρηκαν μόλις άκουσαν ότι θα συμμετάσχω στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα και με στήριζαν καθημερινά με υπομονή, παρόλο το νεαρό της ηλικίας τους. Δεν είναι όμως λίγη η υποστήριξη που έλαβα από την Πρόεδρο των Μαιών Θεσσαλίας Κυρία Θεόνη Τρουβά, η όποια επί πολλά χρόνια με παρότρυνε να διευρύνω τους ορίζοντές μου. Θεόνη ευχαριστώ!

Δεν ξεχνώ βέβαια σε καμία περίπτωση το ενδιαφέρον, το μεράκι, την κατάρτιση, την κατανόηση και την ακούραστη προσπάθεια όλων των καθηγητών του μεταπτυχιακού προγράμματος που με αγάπη και υπομονή προσπαθούσαν να μας μεταδώσουν όσο περισσότερες γνώσεις αλλά και την επιμονή τους για πλήρη κατανόηση του θέματος. Η συνεργασία μεταξύ τους, αλλά και με όλους εμάς ήταν πραγματικά αξιέπαινη! Για τους συμφοιτητές μου δεν έχω λόγια...! Ήταν όλοι τους υπέροχοι, με πνεύμα συνεργασίας, αλληλοβοήθειας και υποστήριξης! Όλοι τους με γνώσεις και κατάρτιση. Έτοιμοι να σε βοηθήσουν πάντα. Όταν τους χρειάστηκα ήταν όλοι τους παρόντες!

Για την Κυρία Χριστίνα Μεσσήνη έχω να πω τα καλύτερα. Ήταν όπως ακριβώς την περίμενα! Διακριτική, υπομονετική και πάντα στην διάθεσή μου όταν την χρειάστηκα. Ένα μεγάλο ευχαριστώ Κυρία καθηγήτρια που με δεχτήκατε αμέσως και με αναλάβατε. Ελπίζω να φανώ αντάξια του έργου και των προσπαθειών σας.

Τον άφησα τελευταίο όχι γιατί είναι λιγότερο σημαντικός, αλλά γιατί η βοήθεια του για μένα ήταν καίρια και αναντικατάστατη. Αφού με βοήθησε όχι μόνο στην επιλογή του θέματος της εργασίας που θα διαβάσετε παρακάτω, αλλά και στο υλικό, στον τρόπο συγγραφής και έρευνας! Αναφέρομαι στον Κύριο Νίκο Γκούτσια, Μαιευτήρα- Γυναικολόγο του Κ.Υ Σοφάδων που στηρίζει την κλινική μας στο Νοσοκομείο Καρδίτσας ακούραστα και με πολύ μεράκι εδώ και χρόνια!

ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Ονομάζομαι Ευαγγελία Βασιλάκου και είμαι 43 ετών. Γεννήθηκα και μεγάλωσα σε ένα χωριό της Καρδίτσας, στον Πρόδρομο. Ζω στην πόλη της όμορφης Καρδίτσας και εργάζομαι στο Γενικό Νοσοκομείο της, ως Μαία 14 χρόνια τώρα. Σπούδασα στο Τ.Ε.Ι Μαιευτικής της Θεσσαλονίκης και έκανα τα πρώτα βήματα της καριέρας μου ως μαία σε μια μικρή κλινική της πόλης μου, όπου εργάστηκα για τρία χρόνια. Οι γνώσεις και η εμπειρία που αποκόμισα στον ιδιωτικό τομέα με έκαναν πιο δυνατή και σίγουρη για τον εαυτό μου και το επάγγελμά μου, ώστε να μπορέσω να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του δημόσιου νοσοκομείου αμέσως μετά . Είμαι μητέρα δυο αξιαγάπητων αγοριών 11 και 14 ετών και ενός υπέροχου συζύγου. Τα τελευταία τέσσερα χρόνια επιθυμούσα να επεκτείνω περισσότερο τους ορίζοντές μου. Αυτό που αναζητούσα το βρήκα στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών της «Βιολογίας της αναπαραγωγής, βιοδείκτες στη μαιευτική και γυναικολογία, περιγεννητική ιατρική » και είμαι ιδιαίτερος χαρούμενη για την εμπειρία και τις γνώσεις που κατέκτησα.

**« ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΠΟΥ
ΕΠΡΟΚΕΙΤΟ ΝΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ »**

ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, 2021

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων:

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΜΕΣΣΗΝΗ

Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Σύμβουλος :

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΝΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Μέλος :

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΔΑΠΟΝΤΕ

Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Περίληψη

Αυτή η εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση στις μέχρι σήμερα μελέτες και έρευνες όσον αφορά την ψυχολογία των ατόμων στο πλαίσιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF). Θα επικεντρωθούμε στις ψυχολογικές αντιδράσεις πριν την έναρξη της διαδικασίας, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από επιτυχημένη ή μη έκβαση. Θα αναφερθούμε επίσης στις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην έκβαση της θεραπείας. Πρόκειται για μια διαδικασία επίπονη τις περισσότερες φορές με σωματική και συναισθηματική επιβάρυνση τόσο για τη γυναίκα, όσο και για τον σύντροφό της. Από τις υπάρχουσες μελέτες προκύπτει πως τα ζευγάρια που ξεκινούν μια τέτοια διαδικασία είναι ψυχολογικά προετοιμασμένα. Στη διάρκεια της θεραπείας και οι δυο πλευρές βιώνουν το στρες της αναμονής για την επιτυχημένη ή μη έκβαση της θεραπείας, σαν κάτι πολύ αγχωτικό. Άλλες αντιδράσεις είναι η κατάθλιψη, το άγχος, ενώ μετά από μια αποτυχημένη προσπάθεια εμφανίζονται ο θυμός και η θλίψη. Ακόμη και μετά από επιτυχημένη έκβαση οι γονείς αυτοί νιώθουν πιο έντονο άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από αυτούς που συνέλαβαν φυσιολογικά. Επίσης θα αναφέρουμε πως το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται με μειωμένα ποσοστά εγκυμοσύνης μετά από διαδικασία εξωσωματικής γονιμοποίησης ενώ παράγοντες που ανεβάζουν τα ποσοστά επιτυχίας είναι η άσκηση, η χαλάρωση και η θετική σκέψη.

Λέξεις κλειδιά:

Ψυχολογία

Εξωσωματική γονιμοποίηση

Θεραπεία

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Κατάθλιψη

Άγχος

Υπογονιμότητα

Summary

This work is a literature review to date regarding the psychology of individuals in the context of IVF. We will focus on the psychological reactions before the start of the procedure, during the treatment and after a successful or unsuccessful outcome. We will also address the effects of psychosocial factors on treatment outcome. It is a painful process most of the time with a physical and emotional burden for both the woman and her partner. Through the research we found that the couples who enter the process are psychologically prepared. During the treatment, both sides experience the stress of waiting for the successful or unsuccessful outcome of the treatment, as something very stressful. Other reactions are depression, anxiety, while after a failed attempt, anger and sadness appear. Even after a successful outcome, these parents feel more stress during pregnancy than those who conceived naturally. We will also mention that anxiety and depression are responsible for lower pregnancy rates after an IVF procedure, while factors that increase success rates are exercise, relaxation and positive thinking.

Key words:

Psychology

IVF

Treatment

Psychosocial factors

Depression

Anxiety

Infertility

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αυτό που σε κάποιους φαίνεται απλό και εύκολο και το καταφέρνουν χωρίς καν προσπάθεια, σε κάποιους άλλους φαντάζει ακατόρθωτο ή και είναι όντως μερικές φορές. Το παραπάνω βρίσκει απήχηση σε όλους τους τομείς της ζωής μας. Βρίσκει λοιπόν έδαφος και πάτημα και στο θέμα μας που είναι η προσπάθεια πολλών ζευγαριών να πραγματοποιήσουν το όνειρο της οικογένειας. Να φέρουν στον κόσμο το δικό τους τέκνο, τον δικό τους γόνο. Στην προσπάθεια όμως αυτή συναντούν εμπόδια κατά τη σύλληψη, τα οποία οφείλονται σε γενετικούς, ψυχολογικούς ή ανατομικούς παράγοντες του ενός ή και των δυο συντρόφων.

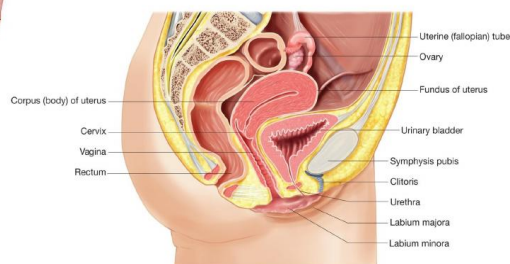
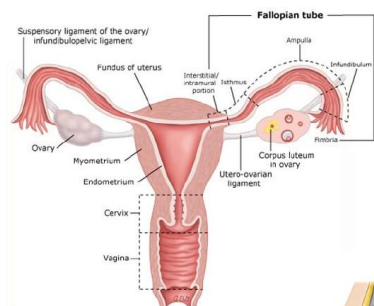
Αυτά τα ζευγάρια ψάχνοντας τρόπους πραγματοποίησης των προσδοκιών τους καταφεύγουν πολύ ορθά στον κλάδο της ιατρικής και ειδικά της Μαιευτικής και Γυναικολογίας για να καταφέρουν μια εγκυμοσύνη που θα οδηγήσει σε τοκετό και απόκτηση παιδιού. Η μέθοδος που εξετάζουμε είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση και πως επιδρά στην ψυχοσύνθεση των ατόμων που θα καταφύγουν σ' αυτή, οι επιπτώσεις στην σεξουαλική τους ζωή, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εργασία τους και στον οικογενειακό τους ακόμη περιβάλλον. Όλα αυτά βέβαια μπροστά σε μια ή πολλές επικείμενες αποτυχημένες προσπάθειες και ελπίδες ώστε να κατακτήσουν τον σκοπό τους. Η εμπιστοσύνη στην ιατρική επιστήμη και τα επιτεύγματά της, στην πρόοδο και εξέλιξη της στον τομέα της γενετικής και της εμβρυολογίας και η ενημέρωση των ζευγαριών ωθεί όλο και περισσότερους να στραφούν σ' αυτή τα τελευταία χρόνια.

Θα ξεκινήσουμε λοιπόν κάνοντας μια σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά των δυο φύλλων, καθώς και στις αιτίες της υπογονιμότητας σε κάθε πλευρά. Θα αναφερθούμε στην εξωσωματική γονιμοποίηση και στα ήδη της και θα περάσουμε στο πως βιώνουν οι δυο πλευρές μαζί και χώρια την επιτυχία και την αποτυχία της διαδικασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Όλα τα όργανα του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος φιλοξενούνται και προστατεύονται συγχρόνως από την οστέινη πύελο, η οποία χωρίζεται σε μείζονα και ελάσσονα πύελο. Μέσα της βρίσκονται τα έσω γεννητικά όργανα του θήλεος, τα οποία είναι τα εξής: **Μήτρα:** Είναι κοίλο όργανο, με σχήμα αχλαδιού, βάρος 70gr



περίπου και μήκος 6 έως 8 cm, το οποίο έχει λείες μυϊκές ίνες. Αποτελείται από το σώμα και τον τράχηλο. Στο σώμα της μήτρας δεξιά και αριστερά υπάρχουν τα Κέρατα της μήτρας, απ' όπου ξεκινά η είσοδος των σαλπίγγων. Στο κάτω μέρος της εδρεύει ο Ισθμός που επικοινωνεί

με τον τράχηλο και τέλος υπάρχει και ο Πυθμένας της, η περιοχή δηλαδή ανάμεσα στα δύο κέρατα. Το σώμα της μήτρας έχει δύο στρώματα. Το Μυομήτριο, εξωτερικά και το Ενδομήτριο, το οποίο αποτελεί την έσω επένδυση της μήτρας. Στην στήριξη της μέσα στην πύελο συμβάλλουν οι σύνδεσμοι :οι στρογγύλοι – οι ιερομητρικοί –οι εγκάρσιοι και ο πλατύς, που την κρατούν σε όρθια θέση. Όσο για τον τράχηλο, αυτός βρίσκεται στο κάτω μέρος της μήτρας και αποτελεί σημαντικό κομμάτι του γυναικείου συστήματος. Έχει σχήμα κυλινδρικό και συνδέεται με τη μήτρα στο ύψος του έσω τραχηλικού στομίου. Με το μήκος του να κυμαίνεται στα 2 έως 3 cm και να καταλήγει στο έξω τραχηλικό στόμιο. Η μήτρα στα θήλεα έμβρυα σχηματίζεται από την συνένωση των δύο πόρων του Muller (παραμεσονεφρικοί πόροι). Διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γιατί εδώ είναι που θα καταλήξει το γονιμοποιημένο πια ωάριο και θα εμφυτευθεί. Στη μήτρα επίσης θα παραμείνει έως και τη συμπλήρωση των 40 εβδομάδων, που θα ακολουθήσει ο τοκετός και η έξοδος του νεογνού από το γυναικείο σώμα.[3, 4]

Σάλπιγγες: Αποτελούνται από τέσσερα τμήματα. Το ενδομήτριο τμήμα, τον ισθμό, τη λήκυθο και τον κώδωνα, ο οποίος επικοινωνεί με την περιτοναϊκή κοιλότητα και περιβάλλεται από κροσσούς. Αυτοί λαμβάνουν το ωάριο μετά τη ρήξη του από την ωοθήκη και το οδηγούν στη λήκυθο. Οι σάλπιγγες έχουν μήκος 7 έως 12 cm, ξεκινούν από το κέρασ της μήτρας και καταλήγουν στην ωοθήκη. Η σημαντικότητά τους είναι μεγάλη, αφού καλούνται να δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον ώστε να επιτευχθεί εκεί η γονιμοποίηση του ωαρίου με το σπερματοζωάριο. Είναι το σημείο μηδέν όπου θα συναντηθούν και θα ενωθούν τα δύο διαφορετικά αλλά ταιριαστά είδη σε ένα. Έπειτα θα πάρουν τον δρόμο τους γονιμοποιημένα πια για τη μήτρα.[5]

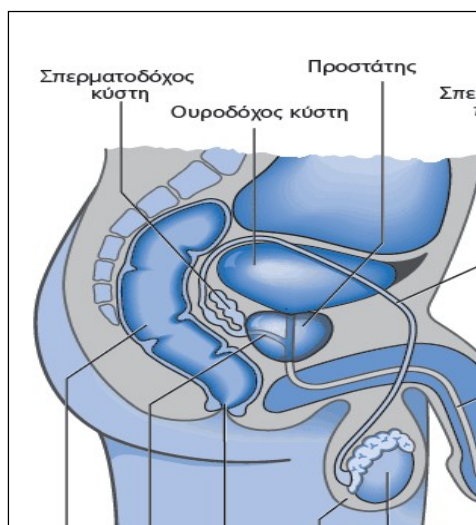
Ωοθήκες: Δύο στον αριθμό, με βάρος έως 10 gr και σχήμα αμυγδάλου, αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του θήλεος. Οι ορμόνες που παράγονται κατά τον εμμηνορρυσιακό κύκλο επηρεάζουν ανάλογα και το μέγεθός τους. Οφείλουν την στήριξη τους στον μητρωθηκικό σύνδεσμο, τον κρεμαστήρα και το μεσωθηκίο. Εδώ δημιουργούνται τα πολύτιμα και λιγοστά με το πέρασμα των χρόνων ωοθυλάκια την 16^η εβδομάδα εμβρυικής ζωής του θήλεος εμβρύου. Κατά την ήβη υπάρχουν στο γυναικείο σύστημα 400 χιλιάδες ωοθυλάκια που έως την εμμηνόπαυση θα παραμείνουν 1.000 ανενεργή, λόγω της στρατολόγησης και ωρίμανσης επιλεγμένων σε κάθε κύκλο της γυναίκας, ώστε να επιτευχθεί κάθε φορά μια γονιμοποίηση. Οι προγεστερόνη και τα οιστρογόνα είναι δυο πολύ σημαντικές ορμόνες των ωοθηκών που αυξομειώνονται κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου και επηρεάζουν όχι μόνο τη λειτουργία του γεννητικού συστήματος, αλλά και την ψυχική διάθεσή της. [7]

Κόλπος: Είναι το όργανο που ενώνει τα έσω με τα έξω γεννητικά όργανα, αφού αγκαλιάζει από την άνω του πλευρά τον τράχηλο και καταλήγει στο αιδοίο. Είναι ένας ινομυώδης πτυχωτός σωλήνας με μήκος 7,5 έως 9 cm. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στο να φιλοξενεί το πέος κατά τη συνουσία με σκοπό την μεταφορά του σπέρματος κατά την εκσπερμάτωση στην μήτρα. Αποτελεί επίσης την οδό από την οποία θα εξέλθει κατά τον φυσιολογικό τοκετό το έμβρυο και ο πλακούντας. Τέλος αποτελεί έξοδο και για το αίμα της εμμήνου ρύσεως. Οι γαλακτοβάκιλλοι που αποτελούν τη φυσιολογική μικροβιακή χλωρίδα του κόλπου, μετατρέπουν το γλυκογόνο σε γαλακτικό οξύ και δημιουργούν το όξινο pH του κόλπου, το οποίο εμποδίζει τα παθογόνα μικρόβια να δημιουργήσουν τις ενοχλητικές

κολπίτιδες. Στον κόλπο εκβάλλουν και οι βαρθολίνειοι αδένες που μαζί με τους αδένες της μήτρας, τους ενδοτραχηλικούς και το διδρωμα λιπαίνουν τα τοιχώματα του κόλπου. [6]

ΤΟ ΑΝΤΡΙΚΟ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Όπως και στις γυναίκες, έτσι και στους άνδρες έχουμε τα έξω και έσω γεννητικά όργανα. Στα έσω ανήκουν οι σπερματικοί πόροι, οι σπερματοδόχες κύστες και οι εκσπερματικοί πόροι. Στα έξω γεννητικά έχουμε το πέος, τους όρχεις, τις επιδιδυμίδες



και το όσχεο. Δύο ακόμη όργανα που συμβάλλουν στην ολοκλήρωση του αντρικού αναπαραγωγικού συστήματος είναι η ουρήθρα και ο αδένας του προστάτη. Εμείς εδώ θα επικεντρωθούμε στα αναπαραγωγικά όργανα .

Πέος : Εκτός από την έξοδο των ούρων και του σπέρματος, αποτελεί και το όργανο συνουσίας του άντρα .

Όρχεις : Δημιουργεί το σπέρμα και παράγει τις ορμόνες. Είναι το κυρίως αναπαραγωγικό όργανο του άντρα.

Επιδιδυμίδες : Εδώ ωριμάζουν τα σπερματοζώαρια. Αποθηκεύονται και μεταφέρονται, έτοιμα για γονιμοποίηση. [8]

Σπερματικός πόρος: είναι η συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας, εκτείνεται μέχρι τη βάση του προστάτη, όπου αναστομώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη. [9]

Σπερματοδόχες κύστες : εκεί παράγεται το μεγαλύτερο μέρος του σπερματικού υγρού 60% περίπου. Το υπόλοιπο παράγεται από τον προστάτη. Εκεί που ενώνεται η σπερματοδόχος κύστη με τον σπερματικό πόρο, δημιουργεί τον **εκσπερματικό πόρο**.

Οι βολβοουρηθραίοι αδένες (αδένες του *Cowper*) και **Οι ουρηθραίοι αδένες** (αδένες του *Littre*) : Εδράζουν και οι δύο στη γύρω περιοχή της ουρήθρας. Οι μεν πρώτοι εκκρίνουν κατά την σεξουαλική επαφή και πριν την εκσπερμάτιση υγρό που βοηθά τα σπερματοζώαρια στην κίνησή τους , ενώ οι ουρηθραίοι με το υγρό που εκκρίνουν λιπαίνουν τη βάλανο. [10]

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO) ως υπογονιμότητα ορίζεται «η αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη ή να ολοκληρώσει εγκυμοσύνη μετά από ένα χρόνο ή περισσότερο τακτικής, απροστάτευτης σεξουαλικής επαφής».[15] Συγκεκριμένα επισημαίνεται πως παγκοσμίως το 8-10% των ζευγαριών αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υπογονιμότητας. Περίπου το 10-12% των Αμερικανικών ζευγαριών αναπαραγωγικής ηλικίας [16] και 14% των ολλανδικών ζευγαριών που επιθυμούν να κάνουν παιδί και έχουν τακτικά σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύλληψη. Στην Ολλανδία περίπου ένα στα 10 ζευγάρια που προσπαθούν ελεύθερα και δεν συλλαμβάνουν μετά από ένα χρόνο, θεωρούν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα και αναζητούν επαγγελματική βοήθεια.[12,17]

Τα ολλανδικά ζευγάρια που επιδιώκουν εγκυμοσύνη στο 50% πετυχαίνουν το στόχο τους μετά από έξι μήνες, 85-90% μετά από 12 μήνες και 95% μετά από 24 μήνες, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας.[12] Η πιθανότητα μη επίτευξη εγκυμοσύνης μέσα σε ένα χρόνο ανέρχεται σε ποσοστό 10% για γυναίκες μεταξύ 20 και 28 ετών και 25% για γυναίκες 35 ετών.[18]

Το 40% των περιπτώσεων υπογονιμότητας οφείλεται στον άνδρα, 40% στη γυναίκα ενώ το 20% στους δύο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα αίτια της παραμένουν αδιευκρίνιστα. Η κατάσταση αυτή αφορά ένα 10-15% αυτών των ζευγαριών και είναι γνωστή ως **ανεξήγητη υπογονιμότητα**.

ΛΟΓΟΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑΣ ΠΛΕΥΡΑΣ

Η αδυναμία να καταστεί μια γυναίκα μητέρα είναι πολύ σημαντικό ζήτημα για κάθε σχεδόν θηλυκή ύπαρξη. Και πώς να μην ισχύει αυτό όταν οι ίδιες από τα παιδικά τους χρόνια γαλουχούνται με την ιδέα ότι απώτερος σκοπός τους είναι η μητρότητα. Μάλιστα αποτελεί κύρια πτυχή της ατομικής ταυτότητας και του ρόλου της στο κοινωνικό σύνολο.

Υπογόνιμη θεωρείται η γυναίκα που αντιμετωπίζει πρόβλημα είτε στην ποσότητα ή την ποιότητα των ωαρίων της, είτε στη μήτρα (όπου επρόκειτο να υποδεχθεί και να φιλοξενήσει το κύημα), ή στις σάλπιγγες (όπου το ωάριο έρχεται σε επαφή με τα σπερματοζωάρια).

Η ηλικία της γυναίκας διαδραματίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στην γονιμότητα. Ενώ στα 20 με 25 έτη είναι υψηλή, έπειτα αρχίζει σταδιακά να φθίνει αργά έως τα 35 έτη και στην συνέχεια αρχίζει να μειώνεται σημαντικά έως τα 40, από εκεί και έπειτα, η γονιμότητα μειώνεται δραματικά, δεν έχουμε μόνο μείωση στο συνολικό αριθμό των ωαρίων, αλλά και σημαντική διαφορά στην ποιότητά τους.

Οι σάλπιγγες έχουν και αυτές σημαντικό μερίδιο ευθύνης στο να θεωρηθεί μια γυναίκα υπογόνιμη. Το 25-30% των περιπτώσεων οφείλεται σ' αυτές. Η μη φυσιολογική ανατομία ή λειτουργία τους καθώς και οι διάφορες φλεγμονές, σαλπιγγίτιδες, ενδομητρίωση, έκτοπη κύηση και τα διάφορα χειρουργεία στην κοιλιακή χώρα οδηγούν σε τέτοιες καταστάσεις.

Ο ωοθηκικός παράγοντας είναι πολύ σημαντικός στο να μείνει μια γυναίκα έγκυος. Στις ωοθηκικές διαταραχές οφείλεται ένα 25% της υπογονιμότητας, που μπορεί να προέρχεται είτε από προβλήματα στην ίδια την ωοθήκη, είτε από τον υποθάλαμο ή την υπόφυση.

Η μήτρα επίσης μπορεί να δυσκολέψει το έργο της σύλληψης και κυοφορίας. Τα ινομύωματα, οι πολύποδες και τα ανατομικά προβλήματα της αποτελούν μέρος του προβλήματος.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθούμε και στο 10-15% των ζευγαριών που αναζητούν θεραπεία γονιμότητας, δηλαδή δεν ανευρίσκεται κάποιος εμφανής παθολογικός

παράγοντας υπογονιμότητας. Πρόκειται για την **ανεξήγητη υπογονιμότητα**, που σε όλους τους ελέγχους του ζευγαριού φαίνονται όλα φυσιολογικά, ένας συνδυασμός διάφορων μικροπαραγόντων φαίνεται να επηρεάζει το αποτέλεσμα. Αυτά τα ζευγάρια όμως έχουν τις περισσότερες πιθανότητες για μια επιτυχημένη σύλληψη.[19]

Η υπογονιμότητα δεν είναι αποκλειστικά γυναικείο πρόβλημα. Μπορεί να αποδοθεί στο θηλυκό, το αρσενικό ή τόσο στο αρσενικό όσο και στο θηλυκό.

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΡΙΚΗ ΣΚΟΠΙΑ

Παρόλο που στο παρελθόν η υπογονιμότητα είχε αποδοθεί αποκλειστικά στη γυναίκα, η επιστήμη έχει αποδείξει ότι στο 40% των περιπτώσεων η αιτία βρίσκεται στον άντρα.

Η υπογονιμότητα στους άνδρες μπορεί να οφείλεται είτε στις ανωμαλίες παραγωγής του ίδιου του σπέρματος, είτε σε απόφραξη των οδών που διέρχεται το σπέρμα, ή σε τραυματισμό των όρχεων. Σημαντικά είναι επίσης και τα διάφορα ορμονικά προβλήματα για την παραγωγή σπέρματος καθώς και ανατομικές ανωμαλίες.

Κάποια προβλήματα που θα πρέπει να αναφερθούν γιατί σχετίζονται με την κατάσταση είναι η κισσοκήλη, η παλίνδρομη εκσπερμάτωση, οι τυχόν θεραπείες για καρκίνο, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, οι γενετικές ανωμαλίες, ο τραυματισμός των όρχεων και η απόφραξη από κάποια προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή μόλυνση μπορεί να προκαλέσει βλάβη του σπερματικού πόρου.

Κλείνοντας τα αίτια της υπογονιμότητας και για τις δύο πλευρές, θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο τρόπος ζωής, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία κάποιων ασθενειών (κατάθλιψη, επιληψία, υπέρταση) και οι ουσίες (ναρκωτικές) είναι παράγοντες που επιδεινώνουν την κατάσταση και δυσκολεύουν την επίτευξη μιας κύησης.[20]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

IVF (in vitro fertilization)

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης λόγω των όλο και αυξανόμενων ποσοστών επιτυχίας στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο από ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπαραγωγής. Η εμπειρία όμως της διαδικασίας όσον αφορά την προετοιμασία, την ετοιμότητα, την επιθυμία και την αποφασιστικότητα του κάθε ζευγαριού ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του χαρακτήρα και του περιβάλλοντος που ζει, μπορεί να αποτελέσει κύρια και πρωταρχική πηγή συναισθηματικών δυσκολιών, που έρχεται να επηρεάσει τη λειτουργία ατόμων, ζευγαριών και οικογενειών. [1]

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ

- **IVF – In Vitro Fertilization** : Πρόκειται για τη γονιμοποίηση ωαρίων που γίνεται στο εργαστήριο, σε συνθήκες παρόμοιες με του ανθρώπινου οργανισμού, τα οποία συλλέγονται μετά από ωοθηκική διέγερση, και η μεταφορά των πιο κατάλληλων εμβρύων (1~3) στη μητρική κοιλότητα.
- **ICSI – Intra - Cytoplasmic Sperm Injection** : Πρόκειται για μικρογονιμοποίηση, όπου ο ανδρικός γαμέτης τοποθετείται μέσα στον θηλυκό γαμέτη.
- **ZIFT – Zygote Intra-Fallopian Transfer** : Σ' αυτή τη μέθοδο τα ήδη γονιμοποιημένα ζυγωτά μεταφέρονται και τοποθετούνται στις σάλπιγγες.
- **GIFT – Gamete Intra-Fallopian Transfer** : Εδώ απλά τοποθετούνται τα ωάρια και τα σπερματοζωάρια στον ένα ωαγωγό , ώστε να έχουμε μια γονιμοποίηση με φυσιολογικό τρόπο.
- **TET – Tubal Embryo Transfer** : Τεχνητή μεταφορά εμβρύων στις σάλπιγγες.
- **AH – Assisted Hatching** : Τεχνητή διάνοιξη της διάφανης ζώνης , ώστε να αποδράσουν τα κύτταρα που βρίσκονται εντός της και να εμφυτευθούν στη μήτρα της γυναίκας.
- **PGD – Pre-Implantation Genetic Diagnosis** : Πρόκειται για τον έλεγχο που γίνεται στο έμβρυο για να διαγνώσουμε μερικές γενετικές ανωμαλίες πριν το μεταφέρουμε στη γυναίκα.

- **Cryopreservation** : Πρόκειται για κατάψυξη ωαρίων, σπερματοζωαρίων, εμβρύων ή και ιστών για μελλοντική χρήση.

- **Vitrification** : Βαθιά κατάψυξη ωαρίων και γαμετικών κυττάρων. [2]

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Ο κύριος λόγος που προτιμάται η εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι η περίπτωση αδυναμίας του ζευγαριού να συλλάβει μετά από προσπάθειες ενός έτους ή και λιγότερο, ανάλογα με την ηλικία και τα προβλήματά του κάθε φορά. Στις μέρες μας επιλύνει και άλλα προβλήματα γονιμότητας, όπως αυτά που δημιουργούνται από την ενδομητρίωση, από τις ανεξήγητες περιπτώσεις αδυναμίας σύλληψης, από τα αντισώματα της γυναίκας ενάντια στο σπέρμα, από την αδυναμία του ίδιου του σπέρματος να εισβάλλει στο ωάριο και να το γονιμοποιήσει, καθώς και σε πολλές ακόμη περιπτώσεις. [11]

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Το εργαστήριο αντικαθιστά όλα αυτά που γίνονται στην ωοθήκη και τη σάλπιγγα. Πρώτα με ορμονικά χάπια ή ενέσεις διεγείρονται οι ωοθήκες και αναρροφώνται έπειτα τα ωοθυλάκια, λίγο πριν την ρήξη τους. Στη συνέχεια τα ωάρια ,σε συνθήκες εργαστηρίου πάντα, έρχονται σε επαφή με το επεξεργασμένο επίσης σπέρμα. Γύρω στις 16-18 ώρες μετά γίνεται ο έλεγχος για τη γονιμοποίηση των ωαρίων. Τα ωοκύτταρα, εφόσον γονιμοποιηθούν, για τέσσερεις σχεδόν μέρες θα παραμείνουν στα τρυβλία όπου ελέγχεται η ανάπτυξή τους. Έπειτα τα έμβρυα που θα σχηματιστούν, θα μεταφερθούν με έναν λεπτό καθετήρα διαμέσου του τραχήλου, στην κοιλότητα της μήτρας.

Σε 14 μέρες από την εμβρυομεταφορά γίνεται έλεγχος με τη μέτρηση της β-HCG για την επίτευξη ή όχι κύησης Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί πως ο αριθμός των μεταφερόμενων εμβρύων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το κάπνισμα ο αριθμός των προσπαθειών κι άλλα. **Κατά μέσο όρο, η πιθανότητα εγκυμοσύνης μετά από τρεις θεραπείες είναι 40 έως 45% .**[12]

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΤΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΕΜΒΡΥΩΝ

Η μεταφορά πολλών εμβρύων στην κοιλότητα της μήτρας αποδεδειγμένα αυξάνει τις πιθανότητες εγκυμοσύνης, αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί και αυξημένα ποσοστά πολύδυμων κύησης. Όταν επιτύχουμε εγκυμοσύνη, στο 20-25% των περιπτώσεων αφορά δίδυμα και στο 5% τρίδυμα [12].

Μια σημαντική απόφαση που πρέπει να ληφθεί από κοινού με το ζευγάρι, αφορά στον αριθμό των εμβρύων που θα μεταφερθούν στη μήτρα. Η εθνική νομοθεσία ορίζει πως:

- σε γυναίκες κάτω των 35 ετών ο αριθμός αυτός δεν μπορεί να υπερβαίνει τα δύο
- σε γυναίκες από 35 έως 39 ετών μπορούν κατ'εξάιρεση να μεταφερθούν τρία έμβρυα εάν έχουν ήδη προηγηθεί δύο αποτυχημένες εμβρυομεταφορές
- σε γυναίκες ηλικίας 40 ετών επιτρέπεται η μεταφορά τριών εμβρύων ήδη από την πρώτη εμβρυομεταφορά
- σε γυναίκες άνω των 40 ετών επιτρέπεται η μεταφορά τεσσάρων εμβρύων[13]

Οι πολύδυμες κύσεις αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού και νεογνικής θνησιμότητας ή αναπηρίας. Το ποσοστό κινδύνου στις πολλαπλές κύσεις στην εξωσωματική είναι πενταπλάσιο από αυτό της μονήρης κύησης με την ίδια πάντα μέθοδο.[14]

Η ΑΝΑΜΟΝΗ

Ένα ζευγάρι κατά την αναμονή του για εξωσωματική γονιμοποίηση μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από τα διάφορα στάδια της θεραπείας όχι μόνο σωματικά, αλλά και συναισθηματικά. Πτυχές όπως οι ορμονικές θεραπείες, οι καθημερινές εξετάσεις αίματος, οι συχνοί υπερηχογραφικοί έλεγχοι, ο υποχρεωτικός και επιβαλλόμενος κάποιες φορές αυνανισμός, η αναμονή μέχρι τα ωάρια να ωριμάσουν, η περίοδος μέχρι η γονιμοποίηση στο εργαστήριο λάβει χώρα ή όχι, η μεταφορά των εμβρύων και η αναμονή εάν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη τελικά, μπορεί να επηρεάσει πολλά σημεία στη ζωή ενός ζευγαριού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Μια μελέτη έδειξε πως τα ζευγάρια που εισέρχονται σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι ψυχολογικά καλά προσαρμοσμένα. Οι Edelmann et al. (1994) μελέτησαν 152 ζευγάρια που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία με εξωσωματική γονιμοποίηση. Στο ερωτηματολόγιο περιλήφθηκαν πληροφορίες για την υγεία, την προσωπικότητα, το άγχος, την αυτοεκτίμηση και την διάθεση και δόθηκε στα ζευγάρια πριν από την έναρξη της πρώτης θεραπείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν μικρή απόκλιση από τα κανονικά δεδομένα. Τα αποτελέσματα βέβαια για το άγχος στις γυναίκες ήταν ελαφρώς ανεβασμένα στις εργαζόμενες γυναίκες, σε σχέση με τα κανονικά δεδομένα στους ενήλικους εργαζόμενους. Οι βαθμολογίες στο General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1978) βρέθηκαν ελαφρώς χαμηλότερες από τις κανονικές, ενώ οι βαθμολογίες που αφορούσαν την αυτοεκτίμηση, τη διάθεση και την προσωπικότητα έμοιαζαν με τις κανονικές.[21]

Οι ερευνητές λοιπόν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ζευγάρια που κατέφυγαν στην εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν καλά προετοιμασμένα ανεξάρτητα από το ιστορικό γονιμότητας και τη διάρκεια της υπογονιμότητας. Επειδή τα αποτελέσματα των Edelmann et al. (1994) δεν ήταν ικανοποιητικά, οι Callan και Hennessey (1988), παρουσίασαν τα δικά τους ευρήματα χωριστά σε μια διαδικασία αυτοεπιλογής. Δηλαδή ότι μόνο τα καλά προσαρμοσμένα ψυχολογικά ζευγάρια θα αναζητήσουν ιατρική βοήθεια για τις προσπάθειές τους να μείνουν έγκυες και θα καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές απαιτήσεις μιας θεραπείας εξωσωματικής. Όσα ζευγάρια όμως δεν είναι κατάλληλα ψυχολογικά προετοιμασμένα, η σχέση τους μπορεί να δυσκολευτεί να αντιμετωπίσει το έξτρα βάρος της διαδικασίας.[22]

Νεότερες μελέτες το 2011 σχετικά με την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης 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.[50]

Σε μια άλλη μελέτη των Hearn et al. (1987) που έγινε σε 300 ζευγάρια έτοιμα να μπουν σε πρόγραμμα θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης, βρέθηκε ότι τα ζευγάρια αυτά δεν διέφεραν από τα υπόλοιπα που θεωρούνταν φυσιολογικά, σε θέματα που αφορούσαν τον σεβασμό και την ικανοποίηση από τη ζωή, τη συνολική ευημερία και την κατάθλιψη. Τα δεδομένα που αφορούσαν το άγχος στις γυναίκες δεν διέφεραν από τα φυσιολογικά, ενώ οι άνδρες παρουσιάζονται να είναι πιο καθησυχαστικοί από το σύννηθες .[23]

Σύμφωνα με τους Beaurepaire et al. (1994), η αιτία που οι γυναίκες που μόλις ξεκινούν με τις διαδικασίες εξωσωματικής γονιμοποίησης βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης είναι επειδή η κατάθλιψη έρχεται να κάνει την εμφάνισή της μετά από μια πραγματική απώλεια. Οι γυναίκες ξεκινούν τις διαδικασίες για την θεραπεία με θετική σκέψη και με σκοπό την επιτυχία. Όταν όμως μετά από επαναλαμβανόμενες διαδικασίες εξωσωματικής γονιμοποίησης δεν καταφέρνουν εγκυμοσύνη, η απώλεια θα αρχίσει να εδραιώνεται στη σκέψη τους γιατί τότε συνειδητοποιούν ότι ίσως να μην καταφέρουν να κυοφορήσουν και να γεννήσουν ποτέ ένα παιδί. Το γεγονός αυτό τους κάνει πιο ευάλωτους σε ανάπτυξη κλινικής κατάθλιψης.[25] Και οι δύο σύντροφοι εμφανίζονται να είναι υπερβολικά αισιόδοξοι και να μην είναι εξίσου ρεαλιστές σχετικά με την πιθανότητα μιας επιτυχημένης εγκυμοσύνης μετά από θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης.[24]

Μια μελέτη της Lykeridou et al το 2011 έδειξε πως η χαμηλή κοινωνική τάξη, η οποία μπορεί να είναι ισοδύναμη με περιορισμένους πόρους, είναι πιθανό να σχετίζεται με την υπογονιμότητα και το περισσότερο άγχος. Η οικονομική ευρωστία είναι βασικό εργαλείο για την άμυνα κατά των στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή. Τα άτομα με οικονομική άνεση έχουν ισχυρότερη άμυνα και είναι σε ευνοϊκότερη θέση να αντέξουν τις επιπτώσεις του άγχους από τους οικονομικά ασθενείς. Επισημάνθηκε, ότι η ορμόνη του στρες (κορτιζόλη) είναι υψηλή σε άτομα που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά 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 οικονομικά ασθενέστερων τάξεων, μπορεί να έχουν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και μεγαλύτερη μοιρολατρία σε σύγκριση με τις γυναίκες των υψηλών κοινωνικών τάξεων και εκπαιδευτικών επιπέδων. [51]

ΣΤΡΕΣ – ΑΓΧΟΣ – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το ένα τρίτο των ζευγαριών που συμμετέχουν σε θεραπείες εξωσωματικής γονιμοποίησης θεωρούν την διαδικασία πολύ στρεσογόνα, σύμφωνα με μια παλιότερη έρευνα των Lieblum et al., το 1987 [16]. Μια πιο πρόσφατη μελέτη των Connolly et al το 1993 αναφέρει πως το μεγαλύτερο ποσοστό στρεσαρίσματος και οι δυο πλευρές, άντρες και γυναίκες, το βίωσαν κατά τη διάρκεια της αναμονής τους για τα αποτελέσματα της εμβρυομεταφοράς. [26]

Σε μια αναδρομική μελέτη του Dudok de Wit (1992), σε 41 ζευγάρια, από τα οποία 10 ήταν εγκυμονούσες, και 31 όχι, και είχαν σταματήσει τις θεραπείες εξωσωματικής 3 έως 6 μήνες νωρίτερα ρωτήθηκαν σε πιο βαθμό βίωσαν τις απαιτήσεις της θεραπείας ως απαιτητικές. Σε κάθε φάση λοιπόν η μεταξύ τους ένταση αυξήθηκε. Σημειώθηκε μείωση μόνο κατά την εμβρυομεταφορά και κορυφώθηκε κατά την αναμονή τους να διαπιστώσουν εάν έγινε η εμφύτευση. Έκπληξη μάλιστα προκάλεσε το γεγονός ότι το άγχος αυξάνονταν σε στιγμές που δεν υπήρχε επαφή με νοσοκομείο και μάλιστα θεωρούσαν ότι δεν είχαν και υποστήριξη από αυτό. Επίσης δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε εγκύους και μη.[27]

Σε έρευνα των Lafford and Edelmann (1994), για τις διαφορές όσον αφορά το άγχος ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, για την θεραπεία και την αντίδραση σε μια αποτυχημένη προσπάθεια, που διεξήχθη σε 117 γυναίκες και 101 άνδρες που είχαν βιώσει τουλάχιστον μία προσπάθεια εξωσωματικής, οι γυναίκες έπρεπε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στο σπίτι, κατά τη διάρκεια της ορμονικής διέγερσης, ανεξάρτητα από τους συντρόφους τους.

Οι άνδρες κλήθηκαν να το συμπληρώσουν πριν από τη συλλογή του σπέρματος. Και οι δυο πλευρές, βαθμολόγησαν την αναμονή για το αποτέλεσμα της εγκυμοσύνης

καθώς και ένα αρνητικό αποτέλεσμα εγκυμοσύνης ως πιο αγχωτικό, για τις γυναίκες περισσότερο απ' ότι για τους άνδρες. Επίσης οι γυναίκες εκδήλωσαν περισσότερο στρες για την διαδικασία της θεραπείας και για τον αντίκτυπο στην δουλειά τους και στις δραστηριότητες τους από τους άνδρες. Σύμφωνα με τους ερευνητές οι διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα στα δύο φύλα οφείλονται στο γεγονός ότι η προσωπική συμμετοχή των γυναικών στην διαδικασία της εξωσωματικής είναι μεγαλύτερη.

Μας προβληματίζει βεβαίως το ερώτημα, σε ποιο βαθμό οι παρατηρούμενες διαφορές οφείλονται στο γεγονός πως οι γυναίκες αξιολογήθηκαν στη διάρκεια της ορμονικής τους διέγερσης διότι όπως είναι γνωστό οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται για την ωοθηκική διέγερση μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη διάθεση. Γι' αυτό δεν πρέπει να αποκλείσουμε το γεγονός ότι τα αποτελέσματα ίσως αποτελούν μια αντανάκλαση των επιπτώσεων της ορμονικής διέγερσης και όχι του στρες της διαδικασίας μιας θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης.[28]

Οι Beaurepaire et al. (1994) υποστηρίζουν ότι άνδρες και γυναίκες βιώνουν άγχος κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης, ανεξάρτητα από το αν είναι η πρώτη φορά ή όχι. Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως ένας δείκτης των μη αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας, ενώ η κατάθλιψη μπορεί να είναι δείκτης της χρόνιας αναποτελεσματικότητας και αποτυχημένων προσπαθειών. Κατά τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα άγχος από τους συντρόφους τους και αυτό διότι όπως είπαμε εμπλέκονται περισσότερο στις διαδικασίες της θεραπείας και καλούνται να σηκώσουν μεγαλύτερο φορτίο απ' ότι οι άντρες, αλλά δεν πρέπει να υποτιμάται και η αντρική πλευρά.[25]

Οι άνδρες μπορεί, για παράδειγμα, να αισθάνονται άγχος όταν πρέπει να παράγουν σπέρμα στο νοσοκομείο.

Το 1992 οι Merari et al. μελέτησαν 113 γυναίκες με ανεξήγητη υπογονιμότητα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης για να διαπιστώσουν τις ψυχολογικές και ορμονικές αλλαγές σε τρία κρίσιμα σημεία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.

- (1) λίγο πριν την ωορρηξία,
- (2) πρωί της ημέρας της εμβρυομεταφοράς
- (3) το πρωί της ημέρας που πάρθηκαν τα δείγματα αίματος για τεστ εγκυμοσύνης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες σε όλες τις φάσεις είχαν υψηλότερα ποσοστά όσον αφορά το άγχος από ότι ο γενικός πληθυσμός.

Επίσης, τα επίπεδα της κατάθλιψη ήταν σημαντικά υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό σε όλες τις φάσεις, εκτός από την φάση της εμβρυομεταφοράς. Όμως δεν μπόρεσαν να ελέγξουν στο δείγμα τον αριθμό των θεραπειών εξωσωματικής γονιμοποίησης, που κυμαίνονταν από 0 έως 9.[29]

Το 1996 έγινε μελέτη σε 20 γυναίκες από τους Boivin και Takefman. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν μια ημερήσια λίστα ελέγχου συμπτωμάτων για έναν πλήρη εμμηνορροϊκό κύκλο και έναν πλήρη κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης. Οι γυναίκες κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση βρέθηκαν να έχουν περισσότερη αισιοδοξία κούραση και ψυχική δυσφορία από ό,τι κατά τη διάρκεια ενός εμμηνορροϊκού κύκλος χωρίς θεραπεία.[30]

Ο Volgsten H το 2010 διατύπωσε πως η κατάθλιψη είναι η πιο κοινή διαταραχή της διάθεσης και επικρατεί ποσοστό 10,9% των γυναικών και 5,1% των αντρών και η αγχώδης διαταραχή στο 14,8% και 4,9% αντίστοιχα. Θεραπεία ωστόσο ακολούθησε μόνο το 21% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Συνέχισε λέγοντας ότι καθοριστικός παράγοντας είναι η προϋπάρχουσα προσωπικότητα και πιο ευάλωτες να αναπτύξουν κατάθλιψη μετά από αποτυχία της θεραπείας, παρουσιάζονται οι γυναίκες με νευρωτική προσωπικότητα.[53]

Ένα χρόνο αργότερα 2011 ο Galhardo και οι συνεργάτες ερεύννησαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των υπογόνιμων γυναικών και συμπέραναν ότι είναι υψηλότερα από τα φυσιολογικά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.[54]

Τέλος η ανασκόπηση το 2010 της Schmidt όσον αφορά τα αξιόπιστα και καθόλα έγκυρα ερωτηματολόγια που έχουν κατασκευασθεί όλα αυτά τα χρόνια, τονίζει πως απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό και όχι σε υπογόνιμες γυναίκες και μόνο. Έτσι ίσως η ειδικότητα αυτών στο φάσμα της υπογονιμότητας είναι χαμηλή και τα ερωτηματολόγια αυτά αδυνατούν να μετρήσουν το στρες που προέρχεται από την ίδια, καθώς και αυτό που πηγάζει από την θεραπεία της. Προτείνει λοιπόν την δημιουργία νέων ερωτηματολογίων πιο ειδικών και ευαίσθητων που να εστιάζουν στο συγκεκριμένο και μόνο πρόβλημα και να εκτιμηθούν σε συνδυασμό με τα γενικά.[55]

ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΣΥΛΛΗΨΗΣ

Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να επιδράσουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην ψυχολογία του ζευγαριού και ιδιαίτερα της γυναίκας. Το άγχος σύμφωνα με μια έρευνα του Domar το 1997 αποδείχθηκε ότι μπορεί να συμβάλει στην υπογονιμότητα, και επομένως η μείωση του στρες θα μπορούσε να βελτιώσει τα ποσοστά σύλληψης. Έτσι άρχισε να προωθείτε ένα πρόγραμμα άσκησης και χαλάρωσης σε γυναίκες με ανεξήγητη υπογονιμότητα που επρόκειτο να υποβληθούν σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Οι συγκεκριμένες μέθοδοι για μείωση του στρες, οδήγησαν σε υψηλότερα ποσοστά σύλληψης. Επίσης, φαρμακευτική παρέμβαση για μείωση του άγχους στις γυναίκες με ανεξήγητη υπογονιμότητα οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά σύλληψης, σε σύγκριση με τα άτομα ελέγχου που έλαβαν εικονικό φάρμακο.[31]

Σε μια άλλη προσπάθεια των Domar et al. να εδραιώσουν τις ανακαλύψεις τους, περιέλαβαν 52 γυναίκες που θα υποβάλλονταν σε θεραπεία εξωσωματικής, οι οποίες όμως δεν προέρχονταν από την κατηγορία της ανεξήγητης υπογονιμότητας μόνο, αλλά και από την κατηγορία της ενδομητρίωσης και από αυτή του ανδρικού παράγοντα. Οι γυναίκες αυτές πρώτα συμπλήρωσαν μια σειρά ψυχολογικών τεστ, μέτρησης της διάθεσης, του άγχους και του θυμού, παρακολούθησαν για 10 εβδομάδες ομαδικό πρόγραμμα θεραπείας που περιλάμβανε διαχείριση άγχους, διατροφική εκπαίδευση και χαλάρωση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, όπως και στην προηγούμενη μελέτη, τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και θυμού είχαν μειωθεί. Επίσης μέσα σε διάστημα 6 μηνών από το πέρας της θεραπείας το 32% των γυναικών πέτυχαν σύλληψη. [32]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΠΡΩΤΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΑΚΟΥΣΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η πρώτη αντίδραση στη διάγνωση της υπογονιμότητας είναι συνήθως δυσπιστία ή ακόμα και άρνηση. Τα ζευγάρια τείνουν να αισθάνονται φόβο, λύπη, δυσπιστία και εχθρότητα ως κάποια μορφή αντίδρασης.[34] Η ενοχή είναι μια χαρακτηριστική αίσθηση του ατόμου που διαγνώστηκε με το συγκεκριμένο πρόβλημα, διότι νοιώθει υπεύθυνο και ανίκανο να εκπληρώσει τις ανάγκες του/ της συντρόφου.[35] Η διάθεση και η ψυχολογία του επιδεινώνονται και οδηγείται σταδιακά στην κατάθλιψη. Όλα τα παραπάνω συναισθήματα είναι ικανά να επηρεάσουν οποιαδήποτε περαιτέρω θεραπεία.[33] Οι μελέτες δείχνουν ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις στην υπογονιμότητα είναι παρόμοιες και στις δύο πλευρές. Η βίωση αρνητικών συναισθημάτων που συνδέονται με την αδυναμία τεκνοποίησης αφορά κυρίως τις γυναίκες, αφού η μητρότητα είναι μια σημαντική πτυχή του κοινωνικού τους ρόλου και της ατομικής τους ταυτότητας.[36] Καθίσταται λοιπόν πιο επιρρεπείς στις αρνητικές συνέπειες του στρες που σχετίζεται με την αδυναμία τεκνοποίησης.

Οι άνδρες, με τη σειρά τους, θεωρούν την υπογονιμότητα τους, σεξουαλική αναπηρία που επηρεάζει έντονα την αυτοεκτίμησή τους. Συνήθως αρνούνται ότι η αιτία της υπογονιμότητας μπορεί να οφείλεται στα δικά τους ιατρικά ζητήματα και δεν είναι πρόθυμοι να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους και την αδυναμία να συλλάβουν παιδί.[37]

Η υπογονιμότητα είναι εξακριβωμένα πλέον πιο αγχωτική εμπειρία για τις γυναίκες από ό,τι για τους άνδρες. Εάν συγκρίνουμε τους υπογόνιμους άνδρες, με τις υπογόνιμες γυναίκες θα καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι δεύτερες τείνουν να σημειώνουν χαμηλότερα επίπεδα βαθμολογίας σε μετρήσεις ψυχολογικής προσαρμογής.[38] Ανεξάρτητα όμως από τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, η υπογονιμότητα επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των αμοιβαίων σχέσεων των συντρόφων. Ο δεσμός τους, η επικοινωνία και η σεξουαλική ζωή μπορούν να επηρεαστούν αρνητικά. Πόσο μάλιστα το αίσθημα ενοχής που προκύπτει από την αδυναμία να χαρίσουν ένα παιδί για στον σύντροφό τους δρα κατασταλτικά και κλονίζει τον μεταξύ τους δεσμό.

Έρευνα δείχνει ότι όσο περισσότερο διαρκεί η κατάσταση της υπογονιμότητας, τόσο περισσότερο οι γονείς βιώνουν τη θλίψη τους ξεχωριστά και σιωπηλά. Η απόσταση, η απομόνωση και οι δυσκολίες στη συζήτηση για θέματα που σχετίζονται με τη στειρότητα έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης μεταξύ των συντρόφων, οδηγώντας σε εντάσεις.[39] Ακόμη και η ποιότητα των σεξουαλικών επαφών δέχεται μεγάλο πλήγμα. Είναι ωστόσο αβέβαιο για πόσο καιρό παραμένουν τα παραπάνω ζητήματα στο προσκήνιο. Θα πρέπει όμως να τονιστεί πως το άγχος που σχετίζεται με τη στειρότητα βρέθηκε να έχει μεγαλύτερη επίδραση στη συναισθηματική δυσφορία κάποιου παρά στη συζυγική ικανοποίηση.[40]

ΧΑΝΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ

Κατά τη διάρκεια των διαδικασιών και των ενεργειών που χρειάζονται ώστε να ξεκινήσει μια θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης, η σχέση του ζευγαριού τείνει να επιδεινώνεται, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης από τη σεξουαλική ζωή. Καθώς οι σύζυγοι ασχολούνται μόνο με τη βιολογική πτυχή της γονιμότητας και επικεντρώνονται σχολαστικά στην τεχνική πλευρά της σεξουαλικής επαφής, οδηγούνται στην αποδυνάμωση των συναισθηματικών δεσμών και στην απώλεια της ευχαρίστησης καθώς μειώνεται ο αυθορμητισμός και η επιθυμία.[41]

Καθώς όλα τα βλέμματα για τη διαδικασία επικεντρώνονται στη γυναίκα, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι οι γυναίκες σε όλα τα στάδια ενός κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης, τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερες αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις στη θεραπεία και αυξημένα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες.[34] Σε μια 20ετή μελέτη παρακολούθησης γυναικών που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, ιδεοψυχαναγκασμού και σωματοποίησης από την ομάδα αναφοράς.[42]

Οι ανησυχίες για τις ψυχολογικές συνέπειες μετά από μια ανεπιτυχή προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι πολλές και μεγάλες. Οι Eugster και Vingerhoets , στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διαπίστωσαν ότι οι πιο συχνές εκδηλώσεις μετά από μια ανεπιτυχή IVF ήταν η ένταση, η θλίψη, ο θυμός και η κατάθλιψη, καθώς και αισθήματα ανικανότητας, απώλειας και ενοχής.[34] Παρόλο που οι γυναίκες φαίνεται

να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, σημαντική αρνητική ψυχολογική διάθεση ύστερα από έναν αποτυχημένο κύκλο θεραπείας εντοπίζουμε και στους άντρες. Τα ζευγάρια που κρίνονται ως υπογόνιμα εκδηλώνουν περισσότερο ποσοστό άγχους και στρες σε σύγκριση με αυτά που εμφανίζονται ως γόνιμα.

Οι μελέτες αποδεικνύουν παράλληλα, ότι τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με τη στειρότητα μπορεί να συνεχίσουν να επηρεάζουν την προσωπική ζωή και την αυτοπεποίθηση των υπογόνιμων ζευγαριών ακόμα και μετά την επίτευξη εγκυμοσύνης και τοκετού.[43] Ο λόγος; Κυρίως ο πληγωμένος εγωισμός και η μειωμένη αυτοεκτίμηση των ζευγαριών λόγω του γεγονότος πως δεν τα κατάφεραν μόνοι τους, αλλά στράφηκαν σε μία μέθοδο όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ

Τα υπογόνιμα ζευγάρια που αποφασίζουν από κοινού και συνειδητοποιημένα να ξεκινήσουν τις διαδικασίες για μια προσπάθεια, δεν θα πρέπει να αισθάνονται μόνα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η υποστήριξη είναι σημαντική σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας αυτής της δύσκολης διαδικασίας εξωσωματικής γονιμοποίησης. Το ζευγάρι επηρεάζεται αρνητικά από την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, γιατί κινδυνεύει να αναπτύξει συναισθήματα κατάθλιψης και οδηγείται σε δρόμους που μειώνουν τα ποσοστά επιτυχίας. Οι συγγενείς, οι φίλοι και το εργασιακό ακόμα περιβάλλον εδώ διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο. Αυτοί είναι που πρέπει να αναλάβουν το σοβαρό έργο της στήριξης, της εμπύχωσης ,της βοήθειας και συμπαράστασης.[37]

Το παραπάνω όμως δεν συμβαίνει πάντα. Μελέτες δείχνουν ότι τα ζευγάρια εξωσωματικής γονιμοποίησης συχνά στερούνται υποστήριξης από τα μέλη του εργασιακού περιβάλλοντος και του κοινωνικού περίγυρου.[44]

Τα άτομα τώρα με προβλήματα γονιμότητας δεν μιλούν ανοιχτά για το πρόβλημά τους. Ο φόβος του στιγματισμού τα οδηγεί σε μια μυστικοπάθεια όχι μόνο στο φιλικό τους περίγυρο, αλλά και στον οικογενειακό. Αυτό που τους μένει να κάνουν

λοιπόν είναι η μεταξύ τους υποστήριξη. Ως επιβεβαίωση για τα παραπάνω έρχεται μια έρευνα του 1998 του Boivin et al η οποία παρουσιάζει το 70% των γυναικών και το 60% των ανδρών να βασίζονται στον σύντροφό τους ως πηγή κοινωνικής υποστήριξης. Και οι δύο πλευρές αξιολόγησαν τους συζύγους τους ως την πιο κύρια πηγή υποστήριξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας.[47]

Μελέτες δείχνουν ότι η ίδια η διαδικασία της θεραπείας υπογονιμότητας μπορεί να επιφέρει ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία επιπλέον εμποδίζουν τη σύλληψη ενός παιδιού, επικαλύπτοντας τα ήδη υπάρχοντα, σωματικά αίτια της υπογονιμότητας. Η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι ο ρόλος της αντιληπτής αίσθησης ελέγχου μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης θα μπορούσε να είναι σημαντικός για την επιτυχία της διαδικασίας.[48]

Το 2011 έρευνα των Wichman et al, αναφέρει ότι οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ήσυχοι, ήρεμοι γνωρίζοντας ότι στην περίπτωση επιδείνωσης των ψυχολογικών συμπτωμάτων, κατά τη διάρκεια της θεραπείας της εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι διαθέσιμη ψυχολογική και ψυχιατρική παρακολούθηση, υποστήριξη από ειδικά εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. [52]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα τελευταία χρόνια η πρόοδος στους τομείς της γενετικής και υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μεγάλη, με ποσοστά επιτυχίας σαφώς υψηλότερα από τις προηγούμενες δεκαετίες. Τα ποσοστά επιτυχημένης εγκυμοσύνης σε νεαρές ασθενείς με εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν παρουσιάσει άνοδο κατά μέσο όρο 30-40% ανά κύκλο, ενώ μεταξύ των γυναικών ηλικίας άνω των 41 ετών, υπάρχει μια μικρή μόνο βελτίωση.[49]

Οι πολλαπλές συστάσεις των αναπτυγμένων χωρών για μεταφορά μικρότερου αριθμού εμβρύων (2 με 3 κάθε φορά) σε κάθε κύκλο, έφερε το ποθητό αποτέλεσμα της μείωσης των πολύδυμων κύσεων.

Η όλη διαδικασία της θεραπείας είναι ιδιαίτερα στρεσογόνος για το ζευγάρι και η στήριξη του από το κοντινό οικογενειακό περιβάλλον και το γύρω κοινωνικό σύνολο είναι απαραίτητη και προσδίδει επιπλέον ποσοστά επιτυχίας στην όλη προσπάθεια. Η αντίθετη στάση επηρεάζει την ευημερία των ζευγαριών και μπορεί να εμποδίσει τη σύλληψη.

Η διαχείριση του στρες και η εκπαίδευση για την αντιμετώπισή του, έχει αποδειχθεί ότι επιφέρει ευεργετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς με υπογονιμότητα.

Τα υπογόνιμα ωστόσο ζευγάρια είναι ήδη αγχωμένα από το γεγονός και μόνο ότι δεν καταφέρνουν από μόνα τους να τεκνοποιήσουν και πως χρειάζονται βοήθεια να τα καταφέρουν. Η σκέψη μάλιστα πως θα πρέπει να στραφούν προς την διαδικασία μια εξωσωματικής γονιμοποίησης, έρχεται να αυξήσει το ήδη υπάρχον άγχος τους .

Τα ενδιαφερόμενα και πάσχοντα ζευγάρια θα πρέπει να στραφούν στην βοήθεια των ειδικών. Ψυχολόγοι, θεραπευτές και ιατρικό προσωπικό που ασχολείται με το θέμα της θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης, μπορούν να προσφέρουν πραγματική βοήθεια στην επίλυση όλων αυτών των προβλημάτων στα ζευγάρια που υπόκεινται σε τέτοιου είδους θεραπεία.

Συνέχεια των ερευνών και των ερωτηματολογίων σε άτομα που λαμβάνουν μέρος σε θεραπείες εξωσωματικής γονιμοποίησης, θα βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα την ψυχολογία όλων αυτών των ζευγαριών και ενδεχομένως να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης, άρα και των

επιτυχιών, και να εδραιώσει την αποτελεσματικότητα των έγκαιρων παρεμβάσεων για την ελαχιστοποίηση του άγχους, που προκαλεί το πρόβλημα της υπογονιμότητας.

Όλοι έχουν δικαίωμα στην τεκνοποίηση και τη δημιουργία μιας οικογένειας. Σκοπός της επιστήμης είναι να βελτιώσει τα ποσοστά επιτυχίας και να κάνει πραγματικότητα το όνειρο του κάθε άτεκνου ζευγαριού. Τα βλέμματα και οι ελπίδες τόσων ατόμων είναι στραμμένα προς τον ιατρικό κλάδο της Μαιευτικής- Γεννητικής- Βιολογίας- Εμβρυολογίας- Ψυχολογίας- Ψυχιατρικής, καθώς και σε πολλούς ακόμη κλάδους που σχετίζονται με την αναπαραγωγή. Ας ευχηθούμε από καρδιάς να είναι τα άλματα της επιστήμης μεγαλύτερα και συντομότερα, ώστε να μπορέσουν να απολαύσουν όλοι το θαύμα της γέννησης ενός παιδιού.

Πίνακας Περιεχομένων

Εξεταστική επιτροπή.....σελ 2
Ευχαριστίες.....σελ 3
Σύντομο βιογραφικό.....σελ 4
Περίληψη.....σελ 6
summary.....σελ 7
Εισαγωγή.....σελ 8

Κεφάλαιο 1

Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα.....σελ 9
Το αντρικό αναπαραγωγικό σύστημα.....σελ 11
Υπογονιμότητασελ 12
Λόγοι υπογονιμότητας από γυναικείας πλευράς.....σελ 13
Υπογονιμότητα από αντρική σκοπιά.....σελ 14

Κεφάλαιο 2

IVF Εξωσωματική γονιμοποίηση.....σελ 15
Τεχνικές εξωσωματικής γονιμοποίησης.....σελ 15
Πότε καταφεύγουμε στην εξωσωματική γονιμοποίηση.....σελ 16
Πώς γίνεται η διαδικασία.....σελ 16
Αριθμός μεταφερόμενων εμβρύων.....σελ 17
Η αναμονή.....σελ 17

Κεφάλαιο 3

Η ψυχολογία του ζευγαριού πριν την έναρξη της εξωσωματικής διαδικασίας..σελ 18
Στρες - Άγχος - Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της θεραπείας.....σελ 20
Το άγχος και η επίδρασή του στα ποσοστά σύλληψης.....σελ 22

Κεφάλαιο 4

Η πρώτη αντίδραση στο άκουσμα της διάγνωσης για υπογονιμότητα....σελ	24
Χάνοντας τον προσανατολισμό.....σελ	25
Παράγοντες επιτυχίας.....σελ	26
Συμπέρασμα.....σελ	28
Βιβλιογραφία.....σελ	32

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2017, Vol24, No4, 554-558. Psychological consequences of IVF fertilization.
- [2] Ανυφαντής Γ. Διάλεξη 14/2/22 στο Π.Μ.Σ «Βιολογίας της αναπαραγωγής, βιοδείκτες στη μαιευτική και γυναικολογία, περιγεννητική ιατρική ». Διαγνωστική μεθοδολογία εξωσωματικής γονιμοποίησης. Τεχνικές IVF .
- [3] Μεσσίνη Χ. Διάλεξη (8/10/21) στο Π.Μ.Σ «Βιολογίας της αναπαραγωγής, βιοδείκτες στη μαιευτική και γυναικολογία, περιγεννητική ιατρική ». 1^α Ανατομία του γυναικείου γεννητικού συστήματος.
- [4] Παραπομπή από διαδίκτυο : www.https://el.wikipedia.org/wiki/Μήτρα
- [5] Γεώργιος Μ Ιατράκης, βιβλίο Μαιευτικής, Φυσιολογία και Παθολογία της Μητέρας – Εμβρύου, Εκδόσεις ΔΕΣΜΟΣ (Αθήνα 2004).
- [6] Παραπομπή από διαδίκτυο : www.eugonia.com.gr/el/anthropini-anaparagogi/ta-anaparagogika-organa-tis-gynaikas/esoterika-gennitika-organa/kolpos
- [7] Μεσσίνης Ι. Διάλεξη (25/10/21) στο Π.Μ.Σ «Βιολογίας της αναπαραγωγής, βιοδείκτες στη μαιευτική και γυναικολογία, περιγεννητική ιατρική ». Ωοθήκες και λειτουργία τους.
- [8] Ιωάννης Μπουζαλάς χειρουργός ουρολόγος ανδρολόγος. <https://bouzalas.gr/to-andriko-gennitiko-systima/>
- [9]]Σιμοπούλου Μάρα Επίκουρη Καθηγήτρια Φυσιολογίας ΕΚΠΑ . "Φυσιολογία του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος " <http://physiology.med.uoa.gr>Simopoulou>1.pdf>
- [10] Ανδρική υπογονιμότητα, anatomy of male reproductive system 2 <https://male-subfertility.tripod.com/id6.html>
- [11] van Hall, E.V., 1988. Manipulation of human reproduction. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 9, 207-213.

- [12] Gaasbeek, I., Leerentveld, B., 1993. Weer niet in Verwachting: Als Je met Verminderde Vruchtbaarheid te Maken Krijgt. Intro, Nijkerk.
- [13] <https://www.eugonia.com.gr/el/eksosomatiki/diadiakasia-synexeia/emvryometafora/posa-emvrya-tha-metaferthoyn>
- [14] Berkhout, R., 1995. Beleving van het meerling-ouderschap na in vitro fertilisatie (IVF): een exploratief onderzoek. Ph.D. thesis, FPP, vakgroep klinische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- [15] WHO, World Health Organisation, 1992. Recent Advances in Medically Assisted Conception, WHO Technical Report Series, 820, World Health Organisation Publ.
- [16] Leiblum, S.R., 1997. Introduction. In: Leiblum, S.R. (Ed.), Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies. John Wiley & Sons Inc., New Jersey, pp. 3-19.
- [17] van Balen, F., Ketting, E., Verdurmen, J., 1995. Zorgen rond Onvruchtbaarheid: Voornaamste Bevindingen van het Nationaal Onderzoek naar Gedrag bij Onvruchtbaarheid. Eburon, Delft.
- [18] van Balen, F., 1995. De ouder-kind relatie na in vitro fertilisatie (IVF). Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 50, 10-14.
- [19] Maternacare/Μαιευτική- Αίτια γυναικείας υπογονιμότητας <https://maternacare.gr/klinik>
- [20] Αιτίες - Ανδρική Υπογονιμότητα | emBIO Κέντρο Γονιμότητας <https://www.ivf-embryo.gr/exosomatiki-ivfandrikos-paragontas/aities-andriki-ypogonimotita>
- [21] Edelmann, R.J., Connolly, K.J., Bartlett, H., 1994. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. Journal of Psychosomatic Research 38, 355- 364.
- [22] Callan, V.J., Hennessey, J.F., 1988. The psychological adjustment of women experiencing infertility. British Journal of Medical Psychology 61, 137-140.
- [23] Hearn, M.T., Yuzpe, A.A., Brown, S.E., Casper, R.F., 1987. Psychological characteristics of in vitro fertilization participants. American Journal of Obstetrics and Gynecology 156, 269-274

- [24] Collins, A., Freeman, E.W., Boxer, A.S., Tureck, R., 1992. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility* 57, 350-356.
- [25] Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., Tennant, C., 1994. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 229-240.
- [26] Connolly, K.J., Edelmann, R.J., Bartlett, H., Cooke, I.D., Lenton, E., Pike, S., 1993. An evaluation of counselling for couples undergoing treatment for in vitro fertilization. *Human Reproduction* 8, 1332-1338.
- [27] Dudok de Wit, A.C., 1992. Ervaringen ten tijde van een behandeling die een kleine kans geeft op een kind. Ph.D. thesis, PPW, vakgroep klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- [28] Laffont, I., Edelmann, R.J., 1994. Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 15, 85-92.
- [29] Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J., Modan, B., 1992. Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 9, 161-169.
- [30] Boivin, J., Takefman, J.E., 1996. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction* 11, 903-907.
- [31] Domar, A.D., 1997. Stress and Infertility in Women. In: Leiblum, S.R. (Ed.), *Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies*. John Wiley & Sons Inc., New Jersey, pp. 67-82
- [32] Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M., Friedman, R., 1992a. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility* 58, 1158-1163.
- [33] Wright J, Bissonnette F, Duchesne C, Benoit J, Sabourin S, Girard Y. Psychological distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991; 55: 100–108

- [34] . Eugster A, Vingerhoets AJJM. Psychological aspects of in vitro fertilization. A review. Soc Sci Med. 1999; 48: 575–589
- [35] Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationship in in-vitro fertilization treatment. Hum Reprod 1997; 12, 1: 183–190
- [36] Bielawska-Batorowicz E. Psychological aspects of procreation. Katowice: Wydawnictwo Śląsk; 2006.
- [37] Bielawska-Batorowicz E. Psychological aspects of diagnosis and treatment infertility. Ginekol Pol 1990; 12: 629–633.
- [38] Greil A. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. Soc Sci Med 1997; Vol. 45, Issue 11: 1679–170
- [39] Larsen U. Primary and Secondary Infertility in Sub-Saharan Africa. Int J Epidemiol 2000; 29: 285–291
- [40] Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction . J Health Psychol. 2014 pii: 1359105314544990
- [41] . Ka inz K. The Role of the Ps ychologist in the Eva luation and Treatment of Infertility. Women’s Health Issues 2001; 6: 481–485
- [42] Vikström J, Josefsson A, Bladh M, Sydsjö G. Mental health in women 20–23 years after IVF treatment: a Swed ish cross-sec tional study. Obst et gynaecol 2015; Vol 5, Issue 10: 1–8.
- [43] Hjelmstedt A, Widström AM, Wramsby H, Collins A. Emotional adaptat ion following succe ssful in v itro fertil ization. Fert il Steril 20 04; 81(5): 1254–64
- [44] A mir M, Horesh N, Lin-Stein T. Infertility and adjustment in women: The effects of attachment style and social support. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 1999; 6: 463–479
- [45] . Mali na A. Błaszki ewicz A. Owcz arz U. Psychosocia l aspects of i nfertil ity and its treatment. Ginekologia Polska 2016; 87, 7: 527–531

- [46] Βιβλίο: "Βιοηθική και βιοθεολογία, Μητροπολίτου Ναυπάκτου και Αγίου Βλασίου Ιερόθεου") <https://www.sostis.gr/blog/item/543-h-ekklhsia-gia-tnn-exwswmatikh-b>
- [47] . Boivin J, Andersson L , Skoog-Svanberg A, Hjelmstedet A, Collins A, Bergh T. Psychological reactions during in-vitro fertilization similar response pattern in husband and wives. Hum Reprod 1998; 13: 3262–32 67
- [48] Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26: 398–404.
- [49] Lukaszuk K. Jakiel G. Kuczynski W. Puksza S. Liss J. Plociennik L. Lukaszuk A. Pastuszek E. Next generation sequencing for preimplantation genetic testing of blastocysts aneuploidies in women of different ages. Ann Agric Environ Med 2016;23(1): 163–6
- [50] <http://humrep.oxfordjournals.org/search?author1=S.M.S.+Matthiesen&sortspec=date&submit=Submit>
- [51] 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.
- [52] https://www.researchgate.net/publication/47741981_Comparison_of_multiple_psychological_distress_measures_between_men_and_women_preparing_for_in_vitro_fertilization
- [53] Volgstén 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.
- [54] Galhardo A, Pinto-Gouveia J., Cunha M., (2011) The impact of shame and self-judgement on psychopathology in infertile couples. Human Reproduction, 0(0):1-7

- [55] Schmidt L., (2009) Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction- what are the research priorities? *Human fertility*, 12(1):14-20