

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

Ενδοπροσωπικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΩ

ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΤΙΤΟΜΙΧΕΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΚΑΛΑΙΤΖΑΚΗ ΑΡΓΥΡΟΥΛΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

2015

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θέλουμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα της πτυχιακής μας κα. Καλαϊτζάκη Αργυρούλα για το ενδιαφέρον που έδειξε καθώς και για τις πολύτιμες συμβουλές της.

Παράλληλα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εξωσωματικής γονιμοποίησης του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου για την άψογη συνεργασία που αναπτύξαμε κατά την διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων του ερευνητικού μέρους της Πτυχιακής Εργασίας μας .

Πιο συγκεκριμένα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Καθηγητή κ. Αντώνη Μακρυγιαννάκη Διευθυντή Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής και την κ. Στέλλα Μαυρογιαννάκη προϊσταμένη/ μαία για την πολύτιμη βοήθεια στην διαμεσολάβηση με τα υπογόνιμα ζευγάρια

Επίσης, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε και τα ζευγάρια που ξεκίνησαν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, τα οποία με την συνεργασία και την συμμετοχή τους στην έρευνα μας, συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της μελέτης.

Τέλος, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τόσο τις οικογένειες μας όσο και τους φίλους μας για την ενθάρρυνση, την υποστήριξη αλλά και την συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια της πραγματοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Εισαγωγή.....	5
Κεφάλαιο 1: Γενική ανασκόπηση του φαινομένου.....	7
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	7
1.2 Ορισμός υπογονιμότητας.....	9
1.3 Συχνότητα υπογονιμότητας.....	9
1.4 Αίτια υπογονιμότητας.....	10
1.4.1 Αίτια υπογονιμότητας στις γυναίκες.....	11
1.4.2 Αίτια υπογονιμότητας στους άνδρες.....	12
1.4.3 Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα.....	13
Κεφάλαιο 2: Μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	15
2.1 Σπερματέγχυση.....	15
2.2 Εξωσωματική γονιμοποίηση.....	16
2.3 Παρένθετη μητρότητα.....	18
Κεφάλαιο 3: Παράγοντες που επηρεάζουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.....	20
3.1 Ενδοπροσωπικοί Παράγοντες.....	20
3.1.1 Προσωπικότητα.....	20
3.1.2 Τρόποι αντιμετώπισης του στρες.....	21
3.2 Διαπροσωπικοί παράγοντες.....	24
3.2.1 Η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού.....	24
3.2.2 Ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τη γυναίκα.....	25
3.2.3 Ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τον άνδρα.....	27
3.2.4 Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης.....	28
Κεφάλαιο 4: Συμβουλευτική – ψυχολογική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	30
4.1 Συμβουλευτική – ψυχολογική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών.....	30
4.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην παροχή συμβουλευτικής – ψυχολογικής στήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών.....	31
Κεφάλαιο 5: Ερευνητικό μέρος.....	33
5.1 Σκοπός μελέτης.....	33

5.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων.....	33
5.3 Μεθοδολογία.....	34
Δείγμα.....	34
Διαδικασία.....	34
Ερευνητικό εργαλείο.....	34
Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων.....	37
5.4 Αποτελέσματα.....	38
Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων.....	38
Το στρες που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του.....	39
Τα συναισθήματα (αρνητικά και θετικά) και τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα ζευγάρια.....	41
Ικανοποίηση από τον γάμο.....	42
Πηγές κοινωνικής υποστήριξης των ζευγαριών.....	44
Αλλαγή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων των ζευγαριών στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	45
Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.....	47
Παράδοξα ευρήματα.....	48
5.5 Συζήτηση – Περιορισμοί της έρευνας.....	50
Περιορισμοί της έρευνας.....	52
5.6 Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	53
Προτάσεις.....	54
Βιβλιογραφία.....	55
5.7 Παράρτημα.....	59
Έγκριση Πρωτοκόλλου(Διανομή ερωτηματολογίων).....	59
Ερωτηματολόγια Μελέτης.....	61

Εισαγωγή

Βασικός προβληματισμός για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, αποτέλεσε το γεγονός ότι η υπογονιμότητα θεωρείται ένα πολυδιάστατο πρόβλημα υγείας με ποικίλες οικονομικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Ως υπογονιμότητα μπορεί να θεωρηθεί η μη επίτευξη εγκυμοσύνης, μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισυλληπτική προστασία ή έξι μηνών για γυναίκες άνω των 35 ετών (Φαναρά, 2000).

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, περιλαμβάνει τις μεθόδους εκείνες με τις οποίες η γονιμοποίηση δεν επιτυγχάνεται μέσω της σεξουαλικής πράξης αλλά με διάφορες τεχνικές, όπως είναι η σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση και η παρένθετη μητέρα.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής διακρίνονται σε ενδοπροσωπικούς και διαπροσωπικούς. Στους ενδοπροσωπικούς παράγοντες ανήκουν η προσωπικότητα και οι τρόποι αντιμετώπισης του στρες. Στους διαπροσωπικούς παράγοντες, εντάσσονται η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού, οι ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τόσο από τη γυναίκα, όσο και από τον άνδρα, καθώς επίσης και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης του ζευγαριού.

Η δομή της παρούσας εργασίας χωρίζεται σε δύο μέρη, στο θεωρητικό και στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ορισμός της υπογονιμότητας, καθώς επίσης η συχνότητα και τα αίτια της. Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι οποίες είναι η σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση και η παρένθετη μητέρα. Το τρίτο κεφάλαιο διακρίνεται σε δυο υποκεφάλαια. Αρχικά, γίνεται λόγος για τους ενδοπροσωπικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, οι οποίοι είναι η προσωπικότητα του εκάστοτε ατόμου και οι τρόποι διαχείρισης του στρες. Έπειτα, αναλύονται οι διαπροσωπικοί παράγοντες, στους οποίους εντάσσεται η ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσει ένα ζευγάρι, οι ψυχολογικές αντιδράσεις που βιώνει, καθώς επίσης και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης τους. Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην συμβουλευτική – ψυχολογική στήριξη του υπογόνιμου ζευγαριού και στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Στο δεύτερο τμήμα, καταγράφεται το ερευνητικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει το σκοπό μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα και την μεθοδολογία. Στη συνέχεια, παρατίθενται τα αποτελέσματα και η συζήτηση – περιορισμοί της έρευνας. Τέλος, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις αποτελούν την κατακλείδα αυτής της εργασίας.

Κεφάλαιο 1^ο

Γενική ανασκόπηση του φαινομένου

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο συναντάμε σε όλες τις κοινωνίες. Η διατήρηση, η ανάπτυξη και η διαίونيση αποτελεί προτεραιότητα κάθε ανθρώπου και κάθε κοινωνίας. Σε όλους τους πολιτισμούς η ακούσια ατεκνία χαρακτηρίζεται ως κρίση, η οποία απειλεί τη σταθερότητα ατόμων, σχέσεων και κοινοτήτων. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει τη θεμελιώδη σημασία που έχει η τεκνοποίηση για άνδρες και γυναίκες, για τις οικογένειες και για τις κοινωνίες τους (Rossenblatt et al, 1973). Στην αποικιακή Αμερική, τα παιδιά ήταν απαραίτητα για την ανάπτυξη και την οικονομική επιβίωση των αποικιών. Η ατεκνία θεωρείτο αποτέλεσμα των αμαρτιών μιας γυναίκας, ενώ όσοι ήταν κατ' επιλογή άτεκνοι τους θεωρούσαν φυγόπονους, γιατί δεν συνεισέφεραν στην οικονομική σταθερότητα και ευημερία της κοινότητας (May et al, 1995).

Οι ραγδαίες οικονομικές, τεχνολογικές, πολιτισμικές και κοινωνικές αλλαγές που βίωσαν οι άνθρωποι με την βιομηχανική επανάσταση επηρέασαν τόσο τη δομή, την οργάνωση και τον σχηματισμό της οικογένειας, όσο και την στάση που είχαν απέναντι στην απόκτηση παιδιών. Με τη θέσπιση νόμων για την παιδική εκμετάλλευση, τα παιδιά έπαψαν να αποτελούν οικονομική επένδυση και φθηνό εργατικό δυναμικό. Τα κίνητρα των υποψήφιων γονέων αλλάζουν. Τα παιδιά άρχισαν να αποτελούν συναισθηματική επένδυση και αναγνωρίστηκε η ζεστασιά, η συντροφικότητα και η τρυφερότητα που προσφέρουν (Griel et al, 1991).

Στις μέρες μας η αναπαραγωγή δεν αφορά μόνο την απόκτηση παιδιού, αλλά την απόκτηση κατάλληλων παιδιών. Αυτή η πολιτισμική αλλαγή αντιπροσωπεύει για τη σύγχρονη κοινωνία τη μετάβαση από την κοινότητα σε μια κοινωνία οικογενειακών μονάδων, στην οποία η οικογένεια αποτελεί την κυριότερη πηγή συναισθηματικής κάλυψης και καταξίωσης (May et al, 1995).

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει σε αυτό το κεφάλαιο, η υπογονιμότητα αποτελεί ένα διαχρονικό φαινόμενο. Γι' αυτό το λόγο όλες οι κοινωνίες έχουν εγκρίνει λύσεις για την αντιμετώπιση του. Οι λύσεις αυτές διαφέρουν από εποχή σε αποχή και από κοινωνία σε κοινωνία ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο που επικρατεί κάθε φορά (Rossenblatt et al, 1973).

Η πνευματική μεσολάβηση μέσα από την θρησκευτική πίστη σε πνεύματα και θεούς ως θεραπεία της στειρότητας εμφανίζεται σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα. Τελετές γονιμότητας, σύμβολα, θεότητες συναντάμε σε όλους τους πολιτισμούς και τις θρησκείες (May et al, 1995).

Οι αλλαγές των κοινωνικών σχέσεων αποτελούν μια ακόμα λύση απέναντι στην υπογονιμότητα. Η πολυγαμία, το διαζύγιο, οι εξωσυζυγικές σχέσεις, η αναδοχή και η υιοθεσία παιδιών αποτελούν για κάποιους πολιτισμούς κοινωνικά αποδεκτές λύσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το έθιμο της πολυγαμίας που συναντάμε σε κάποιους πολιτισμούς της Αφρικής και της Μέσης Ανατολής. Τέλος, η υιοθεσία και η αναδοχή παιδιών από συγγενικά ή μη συγγενικά πρόσωπα αποτελεί μια συνηθισμένη πρακτική αντιμετώπισης της ατεκνίας. Πολλά ζευγάρια έπαιρναν παιδιά συγγενών ή υιοθετούσαν παιδιά των αδερφών τους ως βιολογικούς κληρονόμους, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις οι φυσικοί γονείς μπορούσαν να διατηρούν επαφή με τα παιδιά τους. (May et al, 1995).

Οι ιατρικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν μια πρόσφατη πρακτική αντιμετώπισης της υπογονιμότητας. Οι πρώτες γραπτές αναφορές για την υπογονιμότητα έγιναν από τους Αιγυπτίους στον πάπυρο Kahoun (2200-1950 π.Χ.) και τον Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.). Ο Ρωμαίος Σοράνος, που έζησε το 2ο αιώνα μ.Χ. και θεωρείται από μερικούς ο πατέρας της γυναικολογίας, πίστευε ότι η υπογονιμότητα οφειλόταν στην ακατάλληλη χρονική περίοδο της σεξουαλικής επαφής και ότι η πιο γόνιμη περίοδος του έμμηνου κύκλου ήταν αμέσως μετά το τέλος της έμμηνου ρύσης. Πίστευε ακόμη ότι τα ζεστά μπάνια μείωναν τη γονιμότητα. Μετά το 16ο αιώνα, άρχισαν πλέον οι γνώσεις μας πάνω στη γονιμότητα και στην υπογονιμότητα να βασίζονται περισσότερο στην επιστημονική έρευνα, όταν ο Vasalius (1514-1564) περιέγραψε την αναπαραγωγική δίοδο της γυναίκας και ο Spellanzani περιέγραψε τη διαδικασία της γονιμοποίησης. Κατά το 19^ο αιώνα, η υπογονιμότητα θεωρείτο κυρίως πρόβλημα κατασκευής του σώματος, που προκαλείτο από διαταραχές του τραχήλου ή από λανθασμένη θέση της μήτρας. Έτσι, η θεραπεία της υπογονιμότητας ήταν κυρίως χειρουργική, με έμφαση στη διαστολή του τραχήλου, στην αφαίρεση των συμφύσεων και στη διόρθωση της θέσης της μήτρας. Η σύγχρονη πρακτική της υπογονιμότητας βασίζεται σχεδόν ολοκληρωτικά σε παρατηρήσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τον 20^ο αιώνα (Shamma et al, 1995).

1.2. Ορισμός υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα ορίζεται ως η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη και να ολοκληρώσει κύηση, μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισύλληψη, αποτελεί πάθηση και χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης.(Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Δεν πρέπει να συγχέεται με τη στειρότητα, που είναι απόλυτα βιολογική αδυναμία τεκνοποίησης (π.χ. μία γυναίκα που έχει υποβληθεί σε ολική αφαίρεση μήτρας και ωοθηκών αδυνατεί προφανώς να τεκνοποιήσει). Σύμφωνα με τον ορισμό υγείας, όπως αυτός έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η υπογονιμότητα αποτελεί διαταραχή της υγείας και χρήζει αντιμετώπισης. Η τεκνοποίηση και η δημιουργία οικογένειας θεωρούνται δικαίωμα κάθε ανθρώπου.

Η υπογονιμότητα διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, την πρωτοπαθή και τη δευτεροπαθή υπογονιμότητα. Η πρωτοπαθής υπογονιμότητα υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει προηγούμενη εγκυμοσύνη στο ζευγάρι, ενώ η δευτεροπαθής υπογονιμότητα υποδηλώνει ότι υπήρξε τουλάχιστον μία προηγούμενη εγκυμοσύνη ανεξάρτητα από την έκβαση της (Saridi & Georgiadi, 2010).

1.3. Συχνότητα υπογονιμότητας

Σύμφωνα με διάφορες επιδημιολογικές μελέτες του Π.Ο.Υ. περίπου το 8-12% των ζευγαριών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία αντιμετωπίζει κάποιας μορφής δυσκολία στην προσπάθειά του να αποκτήσει απογόνους. Παγκοσμίως, υπολογίζεται ότι υπάρχουν 50-80 εκατομμύρια υπογόνιμα ζευγάρια, στα οποία προστίθενται περίπου 2 εκατομμύρια νέα ζευγάρια ετησίως, με τάση για αύξηση. Αξίζει να σημειωθεί 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. Η συχνότητα υπογονιμότητας μπορεί να ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή και από πληθυσμό σε πληθυσμό. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο προφίλ του

υπογόνιμου ζευγαριού. Η υπογονιμότητα είναι πολυσύνθετη και ρευστή κατάσταση: το ίδιο άτομο ή ζευγάρι μπορεί να διανύσει μεγάλες χρονικές περιόδους στις οποίες αδυνατεί να συλλάβει και η αδυναμία αυτή μπορεί να επέλθει ή να λήξει χωρίς προειδοποίηση. Τις περισσότερες φορές η υπογονιμότητα δεν έχει ειδικά συμπτώματα (π.χ. πόνο, πυρετό, δυσφορία κ.τ.λ.) και έτσι δεν την αντιλαμβανόμαστε (Καζλαρής, 2008).

Η υπογονιμότητα ανιχνεύεται συνήθως μόνο όταν η γυναίκα προσπαθεί να μείνει έγκυος. Όσοι δεν προσπαθούν ενεργά να συλλάβουν δεν θα έχουν συνήθως τη δυνατότητα να διαγνωστούν ή να αξιολογηθούν για την υπογονιμότητα (Saridi & Georgiadi, 2010).

Επί αιώνες αλλά και μέχρι σχετικά πρόσφατα υπεύθυνη θεωρείτο μόνο η γυναίκα. Στη θλίψη της επειδή δεν μπορούσε να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, ερχόταν να προστεθεί και η ταπείνωση, ακόμη και το διαζύγιο. Όσο για τον άντρα, η γονιμότητά του δεν αμφισβητείτο ποτέ. Σήμερα έχει πλέον αποδειχθεί πως στο 40% των ζευγαριών που δεν μπορούν να συλλάβουν, η υπογονιμότητα σχετίζεται με προβλήματα υγείας του άντρα, σε ένα άλλο 40% των ζευγαριών εξαιτίας προβλημάτων της αναπαραγωγικής υγείας της γυναίκας και ένα 20% των ζευγαριών που δεν μπορούν να συλλάβουν, η υπογονιμότητα σχετίζεται με προβλήματα υγείας και των δυο συντρόφων/ συζύγων. (Kervasdoue, 1996).

1.4. Αίτια υπογονιμότητας

Τα αίτια της υπογονιμότητας είναι πολλαπλά και πολυδιάστατα. Συνδέονται με γενετικές – οργανικές διαταραχές, με κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία, μπορεί να προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον ή και να μην παρουσιάζουν καμία σαφή αιτιότητα.

1.4.1. Αίτια υπογονιμότητας στις γυναίκες

- i. **Διαταραχές της ωορρηξίας:** Το πρόβλημα αυτό συνήθως σχετίζεται με αντίστοιχη διαταραχή των γεννητικών κύκλων της γυναίκας και εκδηλώνεται με έμμηνες ρήσεις άστατες και πολύ αραιές (αραιομηνόρροια) έως την ακραία μορφή της παντελούς απουσίας έμμηνων ρήσεων (αμηνόρροια) (Δελτσίδου & Νάνου, 2011).
- ii. **Ορμονικές διαταραχές:** α) η υπερέκκριση της υποφυσιακής ορμόνης προλακτίνη, η οποία ρυθμίζει την παραγωγή γάλακτος από τους μαστούς. β) διαταραχές των θυρεοειδικών ορμονών που ρυθμίζουν το βασικό μεταβολισμό και επηρεάζουν σημαντικά τη γενική ορμονική ισορροπία του οργανισμού(Δελτσίδου & Νάνου, 2011).
- iii. **Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών :** Πρόκειται για μια συχνή παθολογική κατάσταση που συνδυάζει την πολυκυστική διαμόρφωση των ωοθηκών με άλλα χαρακτηριστικά, όπως η αραιομηνόρροια, αυξημένη τριχοφυΐα, παχυσαρκία, αυξημένα επίπεδα ανδρογόνων στο αίμα, ακμή και υπογονιμότητα. (Δελτσίδου & Νάνου, 2011).
- iv. **Βλάβες στις σάλπιγγες:** Ευθύνονται για το 35% όλων των προβλημάτων γονιμότητας. Ο κυριότερος λόγος βλάβης των σαλπίγγων στην Ελλάδα είναι οι λοιμώξεις που προκαλούνται από τις επανειλημμένες αμβλώσεις. (Δελτσίδου & Νάνου, 2011).
- v. **Προβλήματα στη μήτρα :**
 - α) **Ινομυώματα :** Αναπτύσσονται στη μήτρα χωρίς συγκεκριμένο αίτιο. Προκαλούν έντονους πόνους και διαταράσσουν τον κύκλο.
 - β) **Ενδομητρίωση:** Πρόκειται για μια επώδυνη ασθένεια, η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμη και μόνιμη στειρότητα.
 - γ) **Στένωση ή απόφραξη του τράχηλου της μήτρας.** Η στένωση του τραχήλου της μήτρας, μπορεί να προκληθεί από μια κληρονομική δυσπλασία ή βλάβη του τραχήλου της μήτρας. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο τράχηλος δεν μπορεί να παράγει καλής ποιότητας τραχηλικής βλέννας για την κινητικότητα του σπέρματος και την γονιμοποίηση. Επιπλέον, μπορεί το άνοιγμα του

τραχήλου της μήτρας να είναι κλειστό και να μην επιτρέπει στο σπέρμα να φτάσει στο ωάριο (Δελτσίδου & Νάνου, 2011).

- vi. **Ανεξήγητη στειρότητα:** Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις γυναικείας υπογονιμότητας που οι λόγοι δεν μπορούν να διευκρινιστούν. Είναι πιθανόν ότι ένας συνδυασμός μικρών προβλημάτων και αιτιών στο ζευγάρι να οδηγεί σε υπογονιμότητα. Το θετικό είναι ότι τα ζευγάρια με ανεξήγητη υπογονιμότητα έχουν τα υψηλότερα ποσοστά ξαφνικής εγκυμοσύνης (Δελτσίδου & Νάνου, 2011).

1.4.2. Αίτια υπογονιμότητας στους άνδρες

- i. **Ορμονικές διαταραχές:** Όπως προβλήματα στον θυρεοειδή, χαμηλά προβλήματα τεστοστερόνης, υψηλή ορμόνη FSH και πλεόνασμα προλακτίνης (Αγγελοπούλου & Κυριαζόγλου, 2005).
- ii. **Ανοσολογικά προβλήματα:** Ανοσολογικές αντιδράσεις στο σπέρμα (αυτοανοσία) μπορεί να προκαλέσουν προσωρινή στέρωση. Αντισπερματικά αντισώματα μπορούν να επηρεάσουν το σπέρμα ώστε να μην είναι ικανό να γονιμοποιήσει (Ιωαννίδης, 2001).
- iii. **Μολυσματικές ασθένειες:** Η παρωτίτιδα που μπορεί να περάσει κάποιος μετά την παιδική ηλικία καθώς και αφροδίσια νοσήματα όπως βλεννόρροια, χλαμύδια επηρεάζουν την ποιότητα του σπέρματος. Παράλληλα κάποιες μολύνσεις του προστάτη κάνουν το σπέρμα αδύναμο σε αριθμό και κινητικότητα. Και η έκθεση σε χημικά όπως μόλυβδο και αρσενικό καθώς και σε βαφές και βερνίκι επηρεάζουν το σπέρμα (Ιωαννίδης, 2001).
- iv. **Σεξουαλική ανικανότητα/σεξουαλικές δυσλειτουργίες:** Πάνω από το 20% των ανδρών έχουν μειωμένη ερωτική διάθεση, ανικανότητα να διατηρήσουν στύση και πρόωρη εκσπερμάτιση. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα χαμηλού επιπέδου τεστοστερόνης ή άγχους για σεξουαλική επίδοση (Ιωαννίδης, 2001).
- v. **Απόφραξη :** Κάποια προηγούμενη χειρουργική επέμβαση ή μόλυνση μπορεί να προκαλέσει βλάβη του σπερματικού πόρου (Ιωαννίδης, 2001).

- vi. **Κιρσοκήλη :** Διόγκωση του αγγείου μέσα στους όρχεις το οποίο εμποδίζει την σωστή αιμάτωση της περιοχής καθώς και μια αύξηση της θερμοκρασίας (Ιωαννίδης, 2001).
- vii. **Παλίνδρομη εκσπερμάτιση:** Αυτό μπορεί να προέλθει από φάρμακα ή από χειρουργικές επεμβάσεις. Στην περίπτωση αυτή το σπέρμα έχει λάθος κατεύθυνση και η εκσπερμάτιση γίνεται μέσα στην ουροδόχο κύστη. Το σπέρμα είναι δυνατόν να το συλλέξουμε από τα ούρα και να χρησιμοποιηθεί στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (Ιωαννίδης, 2001).
- viii. **Γενετικές ανωμαλίες:** Το σύνδρομο Klinefelter. Τα άτομα με αυτό το σύνδρομο είναι άρρενα στείρα, έχουν μικρούς όρχεις, μερικές φορές εμφανίζουν γυναικομαστία και υστερούν ελαφρώς διανοητικά έναντι των φυσιολογικών. Συνήθως έχουν υψηλό ανάστημα και μακριά άκρα. Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου είναι περίπου 1 στα 1000 άρρενα νεογέννητα. Αποτελεί αποτέλεσμα χρωμοσωμικής ανωμαλίας στο χρωμόσωμα νούμερο 23 (Ιωαννίδης, 2001).

1.4.3 Άλλοι Παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα

Εκτός από τους παθολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη γονιμότητα των ζευγαριών, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τα ακόλουθα:

- i. **Ηλικία:** Η γονιμότητα μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Για τις γυναίκες η γονιμότητα φτάνει στην κορύφωση της γύρω στην ηλικία των 25 ετών. Στη συνέχεια μειώνεται ελαφρά, ενώ μετά τα 35 η μείωσή της γίνεται πιο σαφής. Αυτό συμβαίνει διότι οι ωορρηξίες είναι «κατώτερης» ποιότητας καθώς η μήτρα και οι σάλπιγγες μπορεί να έχουν γίνει εστία ινομάτων ή ενδομητρίωσης και επειδή οι αποβολές είναι πιο συχνές σε αυτή την ηλικία. Όμως και η γονιμότητα των αντρών ελαττώνεται όσο μεγαλώνουν σε ηλικία, αν και με λιγότερο ίσως δραματικό τρόπο, συγκριτικά με τις γυναίκες.
- ii. **Σωματικό βάρος:** Τόσο το υπερβολικό σωματικό βάρος όσο και το πολύ χαμηλό, έχουν συνδεθεί με τη μείωση της γονιμότητας αφού διαταράσσουν το φυσιολογικό ισοζύγιο ορμονών.

- iii. **Αμβλώσεις:** Οι αμβλώσεις μπορεί να δημιουργήσουν χρόνιες φλεγμονές στο γεννητικό αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας και να οδηγήσουν σε υπογονιμότητα.
- iv. **Συχνότητα σεξουαλικών επαφών:** Οι αραιές σεξουαλικές επαφές έχουν πολύ λίγες πιθανότητες εγκυμοσύνης: 14% στην περίπτωση μίας μόνο επαφής την εβδομάδα. Αντίθετα, αν οι επαφές είναι πολύ συχνές, τα σπερματοζωάρια κινδυνεύουν να κουραστούν και να χάσουν τη ζωτικότητα τους.
- v. **Ψυχολογικοί παράγοντες:** Το έντονο στρες και το άγχος που βιώνει το ζευγάρι μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης.
- vi. **Στεροειδή:** Η λήψη στεροειδών και αναβολικών μειώνουν την γονιμότητα και παρεμποδίζουν τη λειτουργία των όρχεων. Σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση των όρχεων, η οποία είναι αναστρέψιμη.
- vii. **Κάπνισμα, Αλκοόλ, Ναρκωτικά:** Το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ και η λήψη ναρκωτικών ουσιών οδηγούν στη μείωση της ποσότητας και της ποιότητας του σπέρματος. Διαταράσσουν την σεξουαλική επιθυμία και ικανότητα, ενώ παράλληλα μειώνουν τις πιθανότητες εγκυμοσύνης.
- viii. **Ακτινοβολία, έκθεση σε τοξικές ουσίες:** Η ακτινοβολία και η έκθεση σε τοξικές ουσίες μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στα σπερματοζωάρια και στο DNA τους.
- ix. **Πλαστικά:** Διάφορα χημικά έχουν συσχετιστεί με χαμηλές συγκεντρώσεις σπερματοζωαρίων. Τα σημαντικότερα είναι: 1) τα παράγωγα του φθαλικού οξέος που υπάρχουν σε προϊόντα συσκευασίας τροφίμων, κουρτίνες μπάνιου, απορρυπαντικά, 2) διφαινόλη Α που περιέχεται σε πλαστικά δοχεία (Dessolle et al, 2011).

Κεφάλαιο 2ο

Μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Η αδυναμία αναπαραγωγής αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για τον άνθρωπο, ο οποίος έρχεται αντιμέτωπος με αυτήν σε προσωπικό, ψυχολογικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Ως υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ορίζεται το σύνολο των ιατρικών μεθόδων, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να αποκαταστήσουν την αδυναμία των ατόμων να τεκνοποιήσουν με φυσικό τρόπο. Η αποκατάσταση αυτή επιτυγχάνεται με την πραγματοποίηση ορισμένων από τα αναπαραγωγικά στάδια στα πλαίσια του εργαστηρίου και αν αυτό είναι αναγκαίο, χρησιμοποιείται και γεννητικό υλικό, το οποίο δεν προέρχεται από τον υποψήφιο γονέα.

Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή περιλαμβάνει όλες τις μεθόδους με τις οποίες επιτυγχάνεται η σύλληψη και η κυοφορία του εμβρύου χωρίς σεξουαλική επαφή, αλλά μέσω ιατρικής παρέμβασης. Στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ανήκουν: η σπερματέγχυση, η εξωσωματική γονιμοποίηση και η παρένθετη μητρότητα (Φανάρα, 2000).

2.1 Σπερματέγχυση

Η Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, απευθύνεται εξίσου και στα δυο φύλα (άνδρες - γυναίκες) με στόχο την απόκτηση τέκνων. Για το σκοπό αυτό, αξιοποιούνται δυο βασικές μέθοδοι υποβοήθησης της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Οι μέθοδοι αυτές είναι: η Ενδοσωματική Γονιμοποίηση ή In Vivo Σπερματέγχυση και η Εξωσωματική Γονιμοποίηση (In Vitro Γονιμοποίηση).

Η πρώτη μέθοδος (Ενδοσωματική Γονιμοποίηση), επιτυγχάνεται με την ακόλουθη διαδικασία. Ο γυναικολόγος τοποθετεί μέσα στη μήτρα της γυναίκας, νωπό ή κρυοσυντηρημένο σπέρμα, χρησιμοποιώντας μια σύριγγα. Σε μερικές περιπτώσεις, όμως, όταν δεν μπορεί να εντοπιστεί το πρόβλημα της υπογονιμότητας, απευθυνόμαστε σε αυτή τη μέθοδο, το ποσοστό επιτυχίας της οποίας δεν ξεπερνά το 15% έως 20%.

Παράλληλα, η εν λόγω μέθοδος, διακρίνεται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία ονομάζεται Ομόλογη Σπερματέγχυση. Σε αυτή τη μέθοδο, το σπέρμα του συζύγου εισάγεται με μια ειδική βελόνη από τον γυναικολόγο στη μήτρα της γυναίκας. Στη δεύτερη κατηγορία, που ονομάζεται Ετερόλογη Σπερματέγχυση, το σπέρμα που χρησιμοποιείται για τη γονιμοποίηση προέρχεται από σπέρμα δότη. Απαραίτητο για την υλοποίηση αυτών των δυο

τεχνικών, είναι η γυναίκα να μην έχει φανερές αναπαραγωγικές ανωμαλίες στην ωοθηκική λειτουργία αλλά και στην διαβατότητα των σαλπίγγων (Roger, 2007).

Καταλήγοντας, η τεχνική της σπερματέγχυσης, πραγματοποιείται όταν συνηγορούν τρεις παράγοντες. Πρώτον, ανεξήγητη στειρότητα. Δεύτερον, αντί – σπερματικά αντισώματα. Τρίτον, ήπια ολιγοασθενοσπερμία (Roger, 2007).

2.2 Εξωσωματική γονιμοποίηση

Μια ακόμη μέθοδο γονιμοποίησης, αποτελεί και η Εξωσωματική Γονιμοποίηση (In Vitro Γονιμοποίηση). Ο όρος αυτός, αναφέρεται στο σύνολο των ιατρικών μεθόδων, οι οποίες χρησιμοποιούνται ως μέσο αποκατάστασης της αδυναμίας των ατόμων να τεκνοποιήσουν με φυσικό τρόπο. Η γονιμοποίηση του ωαρίου, πραγματοποιείται στα πλαίσια του εργαστηρίου. Επιπρόσθετα, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο, χρησιμοποιείται και γεννητικό υλικό, το οποίο δεν προέρχεται από τον υποψήφιο γονέα (Φανάρα, 2000).

Αναλυτικότερα, η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο, δεν πραγματοποιείται στη σάλπιγγα της γυναίκας, αλλά στα πλαίσια του εργαστηρίου. Ουσιαστικά, η μέθοδος αυτή, αποτελεί παράκαμψη της συγκεκριμένης λειτουργίας του οργανισμού, εφόσον για ποικίλους παράγοντες δεν μπορεί να γίνει στο σώμα. Για την συγκεκριμένη τεχνική, δεν επαρκεί ένα μόνο ωάριο (αυτό δηλαδή που κάθε μήνα παράγεται από τη γυναίκα) και για αυτό, κατά τη δεύτερη ημέρα της περιόδου της ξεκινά φαρμακευτική αγωγή με σκοπό την πολλαπλή ωορρηξία.

Η συλλογή των ωαρίων πραγματοποιείται την 13^η ή 14^η ημέρα του κύκλου, με τη χρήση πολύ ελαφριάς αναισθησίας και υπερηχογραφικού ελέγχου. Παράλληλα, την ίδια ημέρα, ο σύντροφος της γυναίκας δίνει σπέρμα και γίνεται η γονιμοποίηση στο εργαστήριο σε δοκιμαστικό σωλήνα. Στη συνέχεια, με το πέρας δυο ή τριών ημερών μετά την ολοκλήρωση της γονιμοποίησης, γίνεται η μεταφορά τριών ή τεσσάρων εμβρύων μέσα στη μήτρα (εμβρυομεταφορά) και σε 11 ημέρες, η γυναίκα θα είναι σε θέση να γνωρίζει αν έχει μείνει έγκυος.

Όσον αφορά τα ποσοστά επιτυχίας της μεθόδου, αυτά κυμαίνονται από 20% και μπορούν να αγγίξουν και το 60%, αλλά αυτό ισχύει μέχρι την ηλικία των 40 ετών.

Από εκεί και έπειτα, το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου, μετά το 43^ο έτος της γυναικάς, μειώνεται περίπου στο 5%. Επιπρόσθετα, μια επιτυχημένη εμφύτευση μπορεί να δημιουργήσει μονόδυμη ή πολύδυμη εγκυμοσύνη. Μια πολύδυμη εγκυμοσύνη, όμως, περικλείει την πιθανότητα να προκληθούν μαιευτικά προβλήματα αλλά και επιπλοκές. Για το λόγο αυτό, πολλές φορές επιχειρείται μείωση του αριθμού των κυοφορούμενων εμβρύων σε δυο.

Συμπερασματικά, η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης, δεν θα πρέπει να θεωρείται ως η τελευταία, αλλά ως η πιο γρήγορη λύση για να μείνει έγκυος μια γυναίκα, η οποία από τη μια δυσκολεύεται να τεκνοποιήσει και από την άλλη πλευρά, η ηλικία της δεν της επιτρέπει να χρονοτριβεί. Γενικότερα, είναι μια ανώδυνη μέθοδος και η γυναίκα είναι σε θέση να επιστρέψει σπίτι της την επόμενη μέρα, ακολουθώντας την απαραίτητη ορμονική – φαρμακευτική αγωγή. Βέβαια, αν η όλη προσπάθεια αποτύχει, το ζευγάρι έχει τη δυνατότητα να επαναλάβει τη διαδικασία, μετά το πέρας ενός χρονικού διαστήματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, όπου ο αριθμός και η ποιότητα των εμβρύων το επιτρέπει, όσα έμβρυα δεν χρησιμοποιήθηκαν κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση, μπορούν να φυλαχτούν στην κατάψυξη για έναν επόμενο θεραπευτικό κύκλο στο μέλλον. Όταν τα κατεψυγμένα έμβρυα προορίζονται για εξωσωματική θεραπεία, αποψύχονται στο κατάλληλο στάδιο του μηνιαίου κύκλου (Roger, 2007).

Εν κατακλείδι, η εξωσωματική γονιμοποίηση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά με επιτυχία στον άνθρωπο, το 1978 από τους Βρετανούς επιστήμονες Robert Edward και Patrick Steptoe. Η εξωσωματική γονιμοποίηση, αρχικά, εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας. Όταν για παράδειγμα: Πρώτον, ένα ζευγάρι δεν είχε αποτέλεσμα γονιμοποίησης μέσα στους 12 με 18 μήνες. Δεύτερον, σε περιπτώσεις όπου οι σάλπιγγες έχουν υποστεί σοβαρή βλάβη, κατά την οποία δεν υλοποιείται χειρουργική αντιμετώπιση. Τρίτον, όταν οι σάλπιγγες έχουν αφαιρεθεί χειρουργικά.

Η εφαρμογή της μεθόδου, σήμερα, έχει επεκταθεί και στην αντιμετώπιση άλλων περιπτώσεων, όπως για παράδειγμα, στην υπογονιμότητα του ανδρικού παράγοντα, αλλά και στην αντιμετώπιση της ανεξήγητης υπογονιμότητας.

Τέλος, σε περίπτωση κατά την οποία η μεταφορά του εμβρύου γίνεται στο σώμα μιας τρίτης γυναίκας, που προτίθεται να κυοφορήσει για λογαριασμό άλλης, τότε πρόκειται για τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας (www.neogenesis.gr, 20 – 3 – 2014).

2.3 Παρένθετη μητρότητα

Ο όρος της παρένθετης μητρότητας, αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο θεσμό σε ηθικό επίπεδο. Ο όρος αυτός δημιούργησε έντονη διαλεκτική αντιπαράθεση ανάμεσα στα μέλη της Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής του Ν. 3089/2002, αλλά και στους υπόλοιπους φορείς, όπως η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας αλλά και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, οι οποίες και εξέφρασαν τις επιφυλάξεις τους.

Η παρένθετη μητρότητα αποτελεί την περίπτωση, κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί και γεννά για λογαριασμό μιας άλλης γυναίκας, η οποία και επιθυμεί να αποκτήσει παιδί. Στη συγκεκριμένη πρακτική, απευθύνονται ζευγάρια, τα οποία διαθέτουν μεν φυσιολογικά ωάρια και σπερματοζωάρια, αλλά η γυναίκα δεν διαθέτει λειτουργική μήτρα ή δεν είναι δυνατόν να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους. Για το λόγο αυτό, η γονιμοποίηση του ωαρίου πραγματοποιείται στο εμβρυολογικό εργαστήριο. Στη συνέχεια, τα έμβρυα μεταφέρονται στη μήτρα μιας άλλης γυναίκας, η οποία όμως δεν έχει καμία γεννητική συγγένεια με το τέκνο. Μετά τον τοκετό, η παρένθετη μητέρα παραδίδει το παιδί στους γενετικούς του γονείς.

Σύμφωνα με την Ελληνική Έννομη Τάξη, η παρένθετη μητρότητα «είναι η περίπτωση κατά την οποία μια γυναίκα κυοφορεί και γεννά, έπειτα από εξωσωματική γονιμοποίηση και μεταφορά γονιμοποιημένων ωαρίων, με τη χρήση ωαρίου ξένου προς την ίδια, για λογαριασμό μιας άλλης γυναίκας, η οποία επιθυμεί να αποκτήσει παιδί, αλλά αδυνατεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους» (Σαραντάκη, Γουρουντή & Λυκερίδου, 2008).

Επιπροσθέτως, το Άρθρο 1458 του ΑΚ αναφέρει ότι: «Η μεταφορά στο σώμα μιας άλλης γυναίκας γονιμοποιημένων ωαρίων, ξένων προς την ίδια και η κυοφορία από αυτήν επιτρέπεται με δικαστική άδεια που προέρχεται πριν από τη μεταφορά, εφόσον υπάρχει έγγραφη και δίχως αντάλλαγμα συμφωνία των προσώπων που επιδιώκουν να αποκτήσουν τέκνο και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Η δικαστική άδεια παρέχεται έπειτα από αίτηση της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει τέκνο, εφόσον αποδεικνύεται ότι αυτή είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει και ότι η γυναίκα που προσφέρεται να κυοφορήσει είναι εν όψει της κατάστασης της υγείας της, κατάλληλη για κυοφορία» (Φανάρα, 2000).

Εν κατακλείδι, ο όρος της υποκατάστατης μητρότητας, σε αντιδιαστολή με αυτόν της παρένθετης, αναφέρει ότι η γυναίκα που δέχεται να κυοφορήσει για

λογαριασμό μιας άλλης γυναίκας, χορηγεί επίσης και το γεννητικό της υλικό. Όπως γίνεται αντιληπτό, στον όρο αυτό δεν υπάρχει βιολογική διάσταση της μητρότητας, μιας και η υποκατάσταση στη διαδικασία της μητρότητας είναι πλήρης.

Βέβαια, το ανδρικό γεννητικό υλικό μπορεί να προέρχεται είτε από τον σύζυγο της επίδοξης μητέρας, είτε από τρίτο δότη σπέρματος. Σε αυτή την περίπτωση, τίθενται σε εφαρμογή οι διατάξεις σχετικά με την γονιμοποίηση με σπέρμα τρίτου δότη και ειδικότερα η διάταξη του άρθρου 1471 του ΑΚ, παρ. 2 (Φανάρα, 2000).

Κεφάλαιο 3^ο

Παράγοντες που επηρεάζουν την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

3.1 Ενδοπροσωπικοί Παράγοντες

3.1.1. Προσωπικότητα

Η προσωπικότητα, σύμφωνα με τους Pervin – Oliver & Lawrence, (2001), αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης αλλά και συμπεριφοράς.

Βέβαια, τα ζευγάρια, τα οποία προχωρούν στη διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συχνά έρχονται αντιμέτωποι με την κατάθλιψη αλλά και τις αγχώδεις διαταραχές. Αυτό συμβαίνει, για το λόγο ότι τα ζευγάρια νιώθουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο στη ζωή τους. Η αυτοεκτίμηση του ενός ή και των δυο συντρόφων πλήττεται σοβαρά και τα συναισθήματα που βιώνουν, μπορεί να είναι: θυμός, μοναξιά αλλά και θλίψη. Οι αλλαγές αυτές στη δυναμική του ζεύγους, έχουν την πιθανότητα να οδηγήσουν σε σοβαρή απομάκρυνση μεταξύ τους, καθώς οι σύντροφοι απομονώνονται συναισθηματικά (www.psychomed.gr, 20 – 3 – 2014).

Παράλληλα, η ανεπιθύμητη ατεκνία απειλεί κάθε πλευρά της ζωής τους, όπως είναι για παράδειγμα, τα συναισθήματα αυτοεκτίμησης, η σχέση τους με τους άλλους, αλλά και η κοινωνική και επαγγελματική τους ταυτότητα. Κατά συνέπεια, η συναισθηματική φόρτιση για τα ζευγάρια που επιλέγουν τις διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι μεγάλη, καθώς η εκπλήρωση του πολυπόθητου στόχου είναι συνήθως ζήτημα πολλών ετών και έντονων προσπαθειών και η κατάληξη αυτών των προσπαθειών, δεν είναι πάντα η επιθυμητή (www.kosmogonia.gr, 20 – 3 – 2014).

Ωστόσο, η προσωπικότητα της κάθε γυναίκας και ο τρόπος που αντιμετωπίζει τις καταστάσεις στην καθημερινότητα της, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική της διάθεση και κατά τη διάρκεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σε αντίθεση με εκείνες τις γυναίκες που βιώνουν στη ζωή τους μια απογοήτευση.

Επιπλέον, ο Οργανισμός Ανθρώπινης Γονιμοποίησης και Εμβρυολογίας (1998) στη Μ. Βρετανία, υποστηρίζει ότι το περιεχόμενο της συμβουλευτικής μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την προσωπικότητα του ασθενή και την μέθοδο της υποβοηθούμενης

αναπαραγωγής που έχει επιλέξει. Συνήθως, όμως, περιλαμβάνει κάποια μορφή συμβουλευτικής, η οποία βασίζεται σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω διαδικασίες, που αρκετές φορές στην πράξη συμπίπτουν.

Τέλος, οι διαδικασίες αυτές είναι: η συγκέντρωση και ανάλυση των αποφάσεων, οι συνέπειες και η λήψη αποφάσεων, η Υποστηρικτική Συμβουλευτική και η Θεραπευτική Συμβουλευτική (www.kosmogonia.gr, 20 – 3 – 2014).

3.1.2. Τρόποι αντιμετώπισης του στρες

Το στρες αποτελεί έναν από τους βασικότερους ενδοπροσωπικούς παράγοντες που επηρεάζουν το ποσοστό επίτευξης μιας εγκυμοσύνης, έπειτα από έναν κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης (Demyttenaere et al: 1992: Demyttenaere et al, 1994, Rapoport- Hubschman, Gidron, Reicher- Atir & Fisch, 2009).

Η λέξη stress προέρχεται από την λατινική λέξη stringere, η οποία σημαίνει σφίγγω (Καραδήμας, 2005). Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλοι ορισμοί για τον όρο στρες, καθώς αποτελεί μια ευρεία και δύσκολα προσδιοριζόμενη έννοια (Γουρουντή, 2011). Το στρες έχει οριστεί ως μια κατάσταση, όπου οι εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις που έχει το κάθε άτομο, υποβάλλουν σε δοκιμασία ή ακόμη και ξεπερνούν τις δυνατότητες που διαθέτει (Lazarus & Folkman, 1984). Με μια ευρύτερη έννοια το στρες μπορεί να γίνει αντιληπτό ως μια υποκειμενική εμπειρία δυσφορίας που έχει κανείς ως αντίδραση στα γεγονότα του περιβάλλοντος του, τα οποία αντιλαμβάνεται ως προβλήματα (Kring, Davison & Neale Johnson, 2010).

Όταν το ζευγάρι βρίσκεται στη διαδικασία σύλληψης εμφανίζει στρες, το οποίο δρα ανασταλτικά, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες σύλληψης (Αυγενάκη, Γενιτσαρίδη & Ζαμπουλάκη, 2009).

Αρκετές είναι οι μελέτες, οι οποίες υποδεικνύουν ότι το ψυχολογικό στρες που βιώνουν οι γυναίκες καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας μιας θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι δυνατόν να οδηγήσει στην εγκατάλειψη αυτής της προσπάθειας χωρίς να συντρέχει κάποιος ιατρικός λόγος. Αυτό συμβαίνει λόγω της έντονης ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνουν οι γυναίκες (Κεχαγιά & Συμεωνίδου, 2009).

Η αντιμετώπιση του stress, δηλαδή ο τρόπος μέσω του οποίου κάποιος καταβάλει προσπάθεια ώστε να διαχειριστεί διάφορα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων αυτών που προκαλούνται από τα αρνητικά συναισθήματα που

προξενεί το στρες, σχετίζεται με τις αντιλήψεις που έχει κάθε άτομο πάνω σε δυνητικά στρεσογόνες καταστάσεις (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Οι μέθοδοι/ στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (coping), που χρησιμοποιεί το άτομο, για να ελαττώσει το στρες και να χειριστεί τις απαιτήσεις μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης διακρίνονται σε δύο ευρείες κατηγορίες, σύμφωνα με τους ερευνητές (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999). Η πρώτη αναφέρεται στους τρόπους αντιμετώπισης που εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος (problem-focused coping). Στην περίπτωση αυτή έχουμε την λήψη άμεσης δράσης για την επίλυση του προβλήματος με την τροποποίηση ή τον αποκλεισμό των στρεσογόνων πηγών και με την αναζήτηση πληροφοριών που σχετίζονται με την επίλυση του (Moos & Billings, 1982).

Η δεύτερη διάσταση κάνει λόγο για τις μεθόδους αντιμετώπισης του στρες που επικεντρώνονται στο συναίσθημα, δηλαδή στην ρύθμιση των συναισθημάτων που βιώνει ένα άτομο (emotion-focused coping) (Γουρουντή, 2011 & Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999), καθώς επίσης και στην αποδοχή τους (Moos & Billings, 1982). Το άτομο χρησιμοποιεί στρατηγικές που στοχεύουν στην ρύθμιση των συναισθημάτων του, όταν αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να κάνει τίποτα για να μεταβάλλει τη στρεσογόνο κατάσταση, με συνέπεια να προσπαθεί να ελέγξει την συναισθηματική του αντίδραση (Lazarus & Folkman, 1984). Για παράδειγμα τα άτομα που έχουν να αντιμετωπίσουν την υπογονιμότητα μπορεί να καταφύγουν στην χρήση ηρεμιστικών, οινοπνευματωδών ποτών, να αναζητήσουν υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον ή να ασχοληθούν με δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή τους πχ. παρακολούθηση τηλεόρασης. Άλλες φορές κάνουν χρήση των γνωστικών μεθόδων που αποβλέπουν στην μεταβολή της αντίληψης που σχετίζεται με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999).

Μερικές από τις πιο συνηθισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα άτομα όταν βιώνουν στρες είναι οι ακόλουθες:

- Η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της στρεσογόνου κατάστασης. Το άτομο ασχολείται με ποικίλες δράσεις, που του επιτρέπουν να αποσπά την προσοχή του από την υπογονιμότητα που του προξενεί στρες και το βοηθούν στην ρύθμιση των συναισθημάτων τους.
- Αναζήτηση πληροφοριών και υποστήριξης, προκειμένου το άτομο να αυξήσει τις γνώσεις του αναφορικά με το πρόβλημα του. Η στρατηγική αυτή

άλλοτε αποσκοπεί στην οριστική διευθέτηση του προβλήματος και άλλοτε στην συναισθηματική ρύθμιση.

- Η συναισθηματική εκτόνωση αποβλέπει στην συναισθηματική ρύθμιση και συμπεριλαμβάνει ενέργειες όπως το κλάμα, τις φωνές, κάπνισμα και άθληση.
- Οι ενδοψυχικές διεργασίες περιλαμβάνουν ποικίλους μηχανισμούς άμυνας μέσω των οποίων το άτομο μεταβάλλει τις πεποιθήσεις του για την στρεσογόνα κατάσταση και επομένως μειώνει το stress που του προξενεί. Για την ρύθμιση των συναισθημάτων χρησιμοποιούνται γνωστικές στρατηγικές όπως η άρνηση, η απώθηση, η διανοητικοποίηση και η εκλογίκευση. Όσο πιο αδύναμο θεωρείται ένα άτομο τόσο πιο πολύ κάνει χρήση των παραπάνω στρατηγικών.

Μερικές από τις παραπάνω στρατηγικές επικεντρώνονται στο πρόβλημα, ενώ άλλες ενθαρρύνουν την αποφυγή του (Cohen & Lazarus, 1979, Moos & Schaffer, 1986 & Sarafino, 1990).

Η αποφυγή αποτελεί άλλον έναν τρόπο μέσω του οποίου μειώνεται το στρες. Η αντιμετώπιση του stress μέσω της αποφυγής υλοποιείται είτε με το να αποφεύγει κανείς να παραδεχτεί τα υπάρχον προβλήματα, είτε με το να αποφεύγει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του (Kring, Davison, Neale & Johnson, 2010).

Εν κατακλείδι δεν είναι όλες οι μέθοδοι αντιμετώπισης του στρες εξίσου επικοδομητικές και εύχρηστες και για τα δύο φύλλα. Για παράδειγμα οι γυναίκες συζητούν περισσότερο με φιλικά τους πρόσωπα ή με άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον τα θέματα της υπογονιμότητας που τις απασχολούν. Σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι άνδρες φαίνεται ότι συνηθίζουν να μοιράζονται τις ανησυχίες και τα συναισθήματα τους μόνο με την σύζυγο ή σύντροφο τους (Collins, Freeman & Boxer, 1992).

3.2 Διαπροσωπικοί Παράγοντες

3.2.1. Η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού

Η ζωή μας τοποθετεί σε ένα σύνθετο δίκτυο διαπροσωπικών σχέσεων, μέσω των οποίων ολοκληρώνεται η ανθρώπινη φύση μας, στο πλαίσιο των κοινωνικών μας δι-αντιδράσεων. Προκειμένου να διατηρήσουμε την ανθρώπινη φύση μας, είναι χρήσιμη η τακτική συμμετοχή μας σε τέτοιου είδους κοινωνικές σχέσεις (Hughes, 2007).

Η ποιότητα της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα σε ένα ζευγάρι καθορίζεται από ποικίλους παράγοντες (Ζευγαδάκη, Κοτέτση & Ρουσά, 2007). Αρχικά έχουμε την επικοινωνία, η οποία σύμφωνα με την Satir «Είναι για τις σχέσεις των ανθρώπων ότι η αναπνοή για τη διατήρηση της ζωής». Έχει επίσης την ιδιότητα να καθορίζει το είδος των σχέσεων που αναπτύσσουμε με τους άλλους και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες στη ζωή και στη σχέση ενός ζευγαριού (Αναγνωστοπούλου & Παπαδάτου, 1999). Με την έννοια επικοινωνία επομένως, αντιλαμβανόμαστε τον μηχανισμό, βάση του οποίου οι ανθρώπινες σχέσεις προκύπτουν, αλλά και υφίστανται (Καζαζή, 1995).

Ένας ουσιαστικός και πολύ αποτελεσματικός τρόπος έκφρασης συναισθημάτων, μοιράσματος και δέσμευσης καθώς επίσης και ενδυνάμωσης των δεσμών ανάμεσα σε έναν άνδρα και μια γυναίκα, αποτελεί η σεξουαλική επαφή. Η σεξουαλική δραστηριότητα συμβάλλει στην επίτευξη ενός μοναδικού συνδυασμού σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής έκφρασης που ενισχύει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων. Επιπλέον συμβάλλει στην απόκτηση παιδιών, στην εξωτερίκευση του πόθου, των επιθυμιών και των αναγκών τους. Επομένως η σεξουαλική επαφή αποτελεί μια από τις πιο μοναδικές, έντονες και ικανοποιητικές εμπειρίες στη ζωή του ανθρώπου (Ζευγαδάκη, Κοτέτση & Ρουσά, 2007).

Σε πολλές περιπτώσεις προβλήματα στην σχέση, όπως είναι για παράδειγμα η ελλιπής επικοινωνία, ο θυμός, η απόρριψη, αποφυγή δέσμευσης εμφανίζονται συχνά ως σεξουαλικά προβλήματα με αποτέλεσμα την άμεση επιρροή της σεξουαλικής υγείας του ζευγαριού, ανεξαρτήτως την ύπαρξη ή όχι υπογονιμότητας. (Ζευγαδάκη, Κοτέτση & Ρουσά, 2007). Τα προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών μπορεί να είναι αποτέλεσμα προηγούμενων συγκρούσεων, είτε μετά τον γάμο, είτε στα ίδια τα

άτομα που εκφράζονται μέσω της διαταραγμένης σεξουαλικής ζωής που έχουν ως ζευγάρι (Berger DM. 1980).

Τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας εμφανίζουν συνήθως διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας, οι οποίες είναι περιστασιακές ή αποτελούν παροδικές αντιδράσεις, που οφείλονται στην συναισθηματική δυσφορία και στην σωματική επιβάρυνση της υπογονιμότητας (Ζευγαδάκη, Κοτέτση & Ρουσά, 2007).

Σε ορισμένα ζευγάρια, οι σύντροφοι είτε κατηγορούν τον εαυτό τους, είτε τον σύντροφο τους για την υπογονιμότητα (πέρα από την πραγματική αιτία), προκαλώντας θυμό. Ο θυμός αυτός επηρεάζει την σεξουαλική επιθυμία και λειτουργία (Utian, Goldfard & Rosenthal, 1983), με συνέπεια η σύλληψη να γίνεται πιο δύσκολη (Συμεωνίδου & Κεχαγιά, 2009). Επομένως η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού εξαρτάται από το ερωτικό και συντροφικό κομμάτι. Τις ερωτικές και συντροφικές δηλαδή σχέσεις, οι οποίες είναι αναγκαίες και συνυπάρχουν. Η κρίση στις σχέσεις αυτές, μπορεί να οδηγήσει σε διάσταση ή ακόμη και στο διαζύγιο (Γκουγκουσκίδης, 2011).

3.2.2. Ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τη γυναίκα

Η υπογονιμότητα σχεδόν πάντοτε συνοδεύεται από ποικίλες συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες είναι διαφορετικές για το κάθε φύλο, με το γυναικείο να είναι το πιο επιρρεπές. Η επιθυμία της γυναίκας να αποκτήσει παιδί συνοδεύεται παράλληλα από αισθήματα άγχους, απογοήτευσης και ματαιώσης. Τα αισθήματα αυτά δρουν ανασταλτικά στην πορεία της οποιασδήποτε μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αν χρησιμοποιηθεί. Οι γυναίκες αναζητούν πιο εύκολα πληροφορίες, βοήθεια και κοινωνική στήριξη από διάφορες πηγές (Κεχαγιά, 2009).

Τα στάδια του πένθους ισχύουν για όλες τις απώλειες της ζωής. Οι γυναίκες που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής βιώνουν κατά την διάρκεια του μια κατάσταση διαδοχικών κύκλων ελπίδας και πένθους. Ελπίδα για την αρχική φάση του κύκλου, όπου υλοποιείται μια θεραπεία και πένθος κατά την δεύτερη φάση, όταν η θεραπεία αποτυγχάνει. Η αποτυχία επίτευξης μιας

εγκυμοσύνης, η οποία επανέρχεται κάθε μήνα ονομάζεται μηνιαίο πένθος και βιώνεται σαν τον θάνατο του βρέφους (Ωραιοπούλου, 2003). Το πένθος αυτό δρα αθροιστικά στο ήδη υπάρχον πένθος της υπογονιμότητας.

Συνέπεια της μη ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων θεωρείται η αύξηση της κατάθλιψης και της απομόνωσης. Η απομόνωση προέρχεται από το φόρτο της εκάστοτε θεραπείας πχ τις εξετάσεις και τους υπέρηχους που πρέπει να πραγματοποιηθούν σε προκαθορισμένο χρόνο. Η κατάθλιψη συμβάλλει στη σταδιακή μείωση των ενδιαφερόντων και των κοινωνικών σχέσεων, με συνέπεια την εμφάνιση προβλημάτων τόσο στο εργασιακό, όσο και στο κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας (Κεχαγιά & Συμεωνίδου, 2009).

Μια από τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση, η οποία αποτελεί πηγή άγχους. Το άγχος αυτό πηγάζει από τις διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται η γυναίκα, τη λήψη φαρμάκων, την συχνή ιατρική παρακολούθηση καθώς επίσης και από αλλαγές που ενδέχεται να προκύψουν στην προσωπική και επαγγελματική της ζωή (Gurhan et al, 2007).

Μια σειρά επιδημιολογικών ερευνών έχουν μελετήσει την επίδραση του ψυχολογικού στρες στην έκβαση της εξωσωματικής γονιμοποίησης και οι περισσότερες καταλήγουν στο γεγονός ότι υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ διαφόρων μεταβλητών ψυχολογικού στρες και μεταβολών που σχετίζονται με την εξέλιξη της μεθόδου αυτής (Chemiczky et al, 2000, Kee et al, 2000, Klonoff et al, 2001, Smeenk et al, 2001).

Επίσης συχνό είναι το φαινόμενο της αδυναμίας της αναγνώρισης και της έκφρασης των συναισθημάτων, τα οποία δημιουργεί η θεραπεία στις γυναίκες. Μειώνεται επίσης, η αυτοπεποίθηση και ο αυτοσεβασμός τους. Αντίθετα αυξάνεται η έλλειψη της αίσθησης ότι μπορεί να επιτύχουν στη ζωή τους (Ωραιοπούλου, 2003).

Όλες αυτές οι ψυχολογικές αντιδράσεις δεν είναι της ίδιας έντασης και διάρκειας για κάθε γυναίκα. Αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου, την υποστήριξη που έχει και από τον αριθμό προσπαθειών για την απόκτηση παιδιού που έχει υλοποιήσει (Κεχαγιά & Συμεωνίδου, 2009).

3.2.3. Ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής από τον άντρα

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο οι γυναίκες έχουν την τάση να είναι πιο επιρρεπείς, σε σχέση με τους άνδρες, στην εμπειρία της ατεκνίας και της θεραπείας της. Το γεγονός αυτό δεν σημαίνει ότι οι άνδρες μένουν απαθείς μπροστά σε αυτό το φαινόμενο, αλλά ότι έχουν διαφορετικές ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε σύγκριση με το γυναικείο φύλο. Η ψυχολογία των ανδρών που αντιμετωπίζουν το παραπάνω πρόβλημα επηρεάζεται με ποικίλους τρόπους (Κεχαγιά, 2009).

Αρχικά φαίνεται ότι ο ανδρικός πληθυσμός συνηθίζει να καταπιέζει τα συναισθήματα του και να τα απομονώνει προκειμένου να διατηρήσει την εικόνα που έχει ο κόσμος ως προς το ανδρικό φύλο, δηλαδή ότι είναι το ισχυρότερο. Επιπλέον υπάρχει μεγαλύτερη δυσκολία για έναν άνδρα από ότι σε μια γυναίκα, να ζητήσει βοήθεια, για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, από το κοινωνικό του περιβάλλον. Οι άνδρες επιλέγουν να μοιραστούν το πρόβλημα τους μόνο με τις συζύγους-συντρόφους τους (Κεχαγιά, 2009).

Στην περίπτωση όπου η υπογονιμότητα είναι υπαιτιότητα ενός άνδρα, εκείνος αρχίζει να παρουσιάζει έντονες αρνητικές αντιδράσεις όπως για παράδειγμα η αίσθηση του στίγματος, η απώλεια και η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Κεχαγιά, 2009).

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αντιδράσεων που ενδέχεται να εμφανίσουν οι άνδρες στις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, χρησιμοποιούν ποικίλους μηχανισμούς άμυνας. Μερικοί από τους πιο σύνηθες είναι η άρνηση, η απομάκρυνση, η αποφυγή του προβλήματος και το κλείσιμο στον εαυτό τους (Κεχαγιά, 2009).

3.2.4. Δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως η έκφραση της ύπαρξης ή της διαθεσιμότητας κοινωνικών σχέσεων, στις οποίες το άτομο μπορεί να βασιστεί προκειμένου να βοηθηθεί σε δύσκολες στιγμές (Sarason et al, 1987). Η κοινωνική υποστήριξη θεωρείται ότι συμβάλλει στη μείωση του στρες μέσω τριών τρόπων (Di Matteo & Martin, 2006). Αρχικά, οι άνθρωποι που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη μπορούν να προσφέρουν άμεση υλική υποστήριξη με τη μορφή φυσικών πόρων (π.χ. δανείζοντας χρήματα). Κατόπιν, τα μέλη που παρέχουν την κοινωνική υποστήριξη μπορούν να παρέχουν πληροφοριακή υποστήριξη, μέσω προτάσεων για εναλλακτικούς τρόπους δράσης με στόχο την επίλυση ενός προβλήματος και υποδείξεις που μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αντιληφθεί το πρόβλημα του από μια νέα οπτική. Τέλος, τα άτομα του κοινωνικού δικτύου μπορούν να προσφέρουν συναισθηματική υποστήριξη, διαβεβαιώνοντας το άτομο ότι είναι αγαπητό και ευπρόσδεκτο (Di Matteo & Martin, 2006).

Τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν έναν ακόμη διαπροσωπικό παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Γουρουντή, 2011). Οι υπάρχοντες ορισμοί για την κοινωνική υποστήριξη είναι ποικίλοι, ένας από τους οποίους είναι ο ακόλουθος: Κοινωνική υποστήριξη είναι η πληροφόρηση που παίρνει το άτομο από το περιβάλλον του και μέσω αυτής θεωρεί ότι: α) οι άλλοι του παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη, β) το εκτιμούν, το υπολογίζουν και το υπολήπτονται και τέλος γ) ότι αποτελεί μέρος ενός δικτύου σχέσεων και αμοιβαίων υποχρεώσεων. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται επομένως στην στήριξη/ βοήθεια ή και φροντίδα που παρέχουν κάποιοι άνθρωποι πχ οικογένεια, φίλοι, σύλλογοι ή σωματεία και εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας, σε κάποια άλλα άτομα (Cobb, 1976). Ο Καραδήμας (2005) ορίζει για τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης ότι αναφέρονται στην συχνότητα των επαφών μεταξύ των ατόμων καθώς επίσης και στην ποιότητα αυτών των επαφών.

Οι ομάδες υποστήριξης, οι οποίες απαρτίζονται από υπογόνιμα άτομα, στοχεύουν στην ανάπτυξη της επικοινωνίας και της αλληλοϋποστήριξης των μελών τους. Σε τέτοιου είδους ομάδες την ηγεσία αναλαμβάνουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες με διαδοχική σειρά, αρκεί να αισθάνονται έτοιμοι να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του ρόλου, τον οποίο καλούνται να διεκπεραιώσουν. Το περιεχόμενο των εκάστοτε συζητήσεων των ομάδων υποστήριξης είναι συνήθως πληροφοριακού χαρακτήρα

(Ζευγαδάκη, Κοτέτσης & Ρουσά, 2007). Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης γίνεται συνήθως από γυναίκες καθώς, έχει διαπιστωθεί ότι τα περισσότερα μέλη προέρχονται από το γυναικείο φύλο, παρόλο που μπορούν και οι δύο σύντροφοι να βοηθηθούν εξίσου (Boxer, Collins & Freeman, 1992).

Σωματεία ή και σύλλογοι έχουν συσταθεί με σκοπό να υποστηρίξουν τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα. Ένα τέτοιο σωματείο λειτουργεί στον Ελλαδικό χώρο από το 1995 με την επωνυμία σωματείο υποστήριξης γονιμότητας Κυβέλη. Σκοπός του σωματείου αυτού είναι να συμβάλλει στην ενημέρωση, αλλά και στη στήριξη της προσπάθειας απόκτησης παιδιού με ποικίλους τρόπους. Η βοήθεια του σωματείου ως προς τα μέλη του, επικεντρώνεται στην παροχή ενημερωτικών φυλλαδίων, σε ιδιωτικές συναντήσεις με ειδικούς συμβούλους σε θέματα υπογονιμότητας, τηλεφωνική υποστήριξη καθώς και ομαδικές συναντήσεις με άλλα μέλη (<http://www.kiveli.gr> 12-03-2014).

Κεφάλαιο 4^ο

Συμβουλευτική – ψυχολογική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

4.1 Συμβουλευτική – ψυχολογική στήριξη των υπογόνιμων ζευγαριών

Η συμβουλευτική υπογονιμότητας είναι ένας νέος και αναπτυσσόμενος κλάδος, στον οποίο δραστηριοποιούνται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, σύμβουλοι γάμου και θεραπευτές οικογενειών). Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που ειδικεύονται στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ασχολούνται με τη σωματική φροντίδα των ασθενών τους, ενώ οι σύμβουλοι αξιολογούν και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη κατά τις παρεμβατικές ιατρικές διαδικασίες και τις αποτυχίες της θεραπείας (Καρπαθίου, 2006).

Η φροντίδα που δίνεται από μία ομάδα επιστημόνων είναι πιο αποτελεσματική και πλήρης από την καταμερισμένη ανά επαγγελματικές ειδικότητες φροντίδα. Οι σκοποί της διεπιστημονικής ομάδας δε γίνεται να επιτευχθούν από ένα μόνο άτομο οποιασδήποτε ειδικότητας, όταν αυτό εργάζεται μεμονωμένα και χωρίς στενή και συνεχή επικοινωνία και συνεργασία με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων. Γι' αυτό το λόγο οι σύμβουλοι συνεργάζονται στενά με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές, ως μέλη της ιατρικής ομάδας που ασχολείται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, προάγοντας την γενική ευημερία των υπογόνιμων ζευγαριών (Καρπαθίου, 2006).

Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να ωφελήσει σημαντικά τους ανθρώπους που υποβάλλονται σε στρεσογόνες ιατρικές διαδικασίες, όπως είναι αυτή της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι θεραπείες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επαναφέρουν στα υπογόνιμα ζευγάρια την ελπίδα απόκτησης παιδιού. Παρόλα αυτά τα διάφορα στάδια της θεραπείας, τείνουν να αυξάνουν στα ζευγάρια το αίσθημα άγχους, απογοήτευσης και ματαίωσης, πράγμα που με τη σειρά του επιδρά αρνητικά στην πορεία της θεραπείας (Καρπαθίου, 2006).

Γι' αυτό τον λόγο πολλά θεραπευτικά προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, προσφέρουν στα ζευγάρια τη δυνατότητα ή απαιτούν από αυτά να υποβληθούν σε ψυχολογική αξιολόγηση τόσο πριν από την έναρξη της θεραπείας, όσο και κατά την διάρκεια της. Η αρχική αξιολόγηση των ζευγαριών στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων (άγχος,

κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών,) ή προβλημάτων στη σχέση, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία της θεραπείας (Καρπαθίου, 2006).

Η συστηματική παρακολούθηση των ζευγαριών σε όλα τα στάδια ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής συμβάλει στη διαχείριση του άγχους που βιώνουν, προκειμένου οι διαδικασίες να γίνουν όσο το δυνατόν πιο ανώδυνες ψυχικά, αλλά και να εμψυχώσουν τα άτομα έτσι ώστε να είναι σε θέση να επεξεργαστούν και να αποδεχθούν καλύτερα τις έντονες συναισθηματικές καταστάσεις που προκύπτουν. Μέσα από μια εξατομικευμένη προσέγγιση που αντιμετωπίζουν τις ανάγκες κάθε ζευγαριού ξεχωριστά, προτείνονται συναντήσεις ατομικές, ζεύγους ή και ομαδικές κάθε όλη τη διάρκεια της θεραπείας και ιδιαίτερα κατά την ορμονοθεραπεία, πριν την ωοληψία, πριν την εμβρυομεταφορά και μετά τη λήψη των αποτελεσμάτων, καθώς και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Καρπαθίου, 2006).

4.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην παροχή συμβουλευτικής – ψυχολογικής στήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών

Ο κοινωνικός λειτουργός στοχεύει στην πρόληψη και θεραπεία των κοινωνικών προβλημάτων, αναγνωρίζοντας και ενισχύοντας τις ικανότητες των ατόμων και των ομάδων που τα βιώνουν. Πιο συγκεκριμένα είναι ένας από τους επαγγελματίες που μπορεί να παρέχει συμβουλευτική – ψυχολογική στήριξη στα υπογόνιμα ζευγάρια, καθώς κατέχει το σύνολο των γνώσεων, μεθόδων, τεχνικών και αξιών (Καλλινικάκη, 2010).

Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται τόσο με τους επαγγελματίες των άλλων ιδιοκτητών, όσο και με τα ζευγάρια που ακολουθούν ένα πρόγραμμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συμβάλλοντας στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Καλλινικάκη, 2010).

Ο σύμβουλος κοινωνικός λειτουργός συνεξετάζει από κοινού με το συμβουλευόμενο (άτομο ή ομάδα) τα ζητήματα που το απασχολούν και συνεισφέρει στην επίλυση τους. Συμβάλει στην αποκάλυψη των αδυναμιών, στην έκφραση και στην διαχείριση των συναισθημάτων και των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιεί ο συμβουλευόμενος στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Απώτερος στόχος είναι να βοηθήσει στην απελευθέρωση και ενεργοποίηση των ικανοτήτων του

συμβουλευόμενου. Η συμβουλευτική κοινωνική εργασία εφαρμόζεται κυρίως στους τομείς της εκπαίδευσης, της υγείας, της ψυχικής υγείας και αναπτύσσεται στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας με άτομο, οικογένεια, ομάδα. (Καλλινικάκη, 2010).

Στα πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης που αναπτύσσει ο κοινωνικός λειτουργός με τα άτομα, τα ζευγάρια και τις ομάδες που δουλεύει, δημιουργεί μία σχέση εχεμύθειας και απόλυτης εμπιστοσύνης με τα ενδιαφερόμενα άτομα ώστε να μπορεί να επικοινωνεί μαζί τους σωστά και υπεύθυνα. Συλλέγει πληροφορίες, αξιολογεί τα προβλήματα και τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που βιώνει το κάθε άτομο, παρέχοντας μια εξατομικευμένη παρέμβαση. Ενημερώνει, προτείνει και πληροφορεί τον κάθε εξυπηρετούμενο λύνοντας απορίες που τυχόν έχει. Καθοδηγεί κάθε άτομο ώστε να βρει την καταλληλότερη λύση για την δυσκολία που αντιμετωπίζει. Προετοιμάζει ενθαρρύνει και στηρίζει ψυχολογικά το υπογόνιμο ζευγάρι σε κάθε προσπάθεια γονιμοποίησης ή αποτυχίας αυτής. Ως παιδαγωγός συμβάλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης συναισθήματος, ελεύθερης έκφρασης συναισθημάτων, επικοινωνίας και θετικής συναλλαγής, μεταξύ των συντρόφων (Καλλινικάκη, 2010).

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να δουλέψει με την κοινότητα, συμβάλλοντας στην αύξηση της ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού γύρω από θέματα που συνδέονται με την υπογονιμότητα και τα προγράμματα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Με αυτό τον τρόπο συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς και στη μείωση του κοινωνικού στιγματισμού που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια (Καλλινικάκη, 2010).

Κεφάλαιο 5^ο

Ερευνητικό Μέρος

5.1 Σκοπός μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση (1) του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ενδοπροσωπικών (π.χ. αντιλαμβανόμενο στρες, στρατηγικές αντιμετώπισης, ψυχική υγεία, θετικά και αρνητικά συναισθήματα) και διαπροσωπικών (π.χ. ποιότητα συζυγικών σχέσεων, κοινωνική υποστήριξη) στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και (2) της σχέσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (επίτευξη εγκυμοσύνης).

5.2 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων

1. Ποιοι είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ενδοπροσωπικοί και διαπροσωπικοί) που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα ζευγάρια που ξεκινούν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Πιο συγκεκριμένα :

- Πόσο έντονο είναι το στρες που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια και ποιες είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης του;
- Ποια είναι τα συναισθήματα, θετικά και αρνητικά, και τα προβλήματα ψυχικής υγείας που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα ζευγάρια;
- Είναι τα ζευγάρια αυτά ικανοποιημένα από το γάμο τους;
- Ποιες είναι οι πηγές κοινωνικής υποστήριξης των ζευγαριών;

2. Διαφέρουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ενδοπροσωπικοί και διαπροσωπικοί, στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Πχ Ποια φάση είναι περισσότερο στρεσογόνα; Αλλάζουν οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και τα συναισθήματα του ζευγαριού;

3. Ποιοι από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σχετίζονται με την θετική έκβαση του κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (επίτευξη εγκυμοσύνης);

5.3 Μεθοδολογία

Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 60 υπογόνιμα ζευγάρια, χωρίς περιορισμό ηλικίας, που ξεκίνησαν ένα κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, από τον Νοέμβριο του 2013 έως και τις αρχές Ιουνίου του 2014, με οποιαδήποτε μέθοδο σε μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης της Κρήτης. Επιλέγησαν τόσο τα ζευγάρια που επιχειρούν για πρώτη φορά να αποκτήσουν παιδί (τα οποία είναι 23) μέσω κάποιας μεθόδου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όσο και εκείνα που επαναλαμβάνουν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έπειτα από μια ή περισσότερες αποτυχημένες προσπάθειες (τα οποία είναι 37).

Διαδικασία

Υλοποιήθηκε ποσοτική μελέτη, με την χρήση ερωτηματολογίων. Για την διεξαγωγή της έρευνας σε μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Κρήτη, έχει δοθεί έγγραφη έγκριση από την επιστημονική επιτροπή του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (βλέπε Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο δόθηκε τόσο στις γυναίκες που ξεκινούν έναν κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και στους συντρόφους τους στις ακόλουθες χρονικές περιόδους:

- Πρώτη φάση (ωοληψία).
- Δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά).

Από την πρώτη φάση (ωοληψία) μέχρι και την ημέρα της εμβρυομεταφοράς, μεσολαμβάνουν κατά μέσο όρο 2 μήνες (min 1μήνα και max 5μήνες).

Ερευνητικό Εργαλείο (βλέπε Παράρτημα)

Το μέσο συλλογής των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει τις παρακάτω ενότητες:

- Κοινωνικά - δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων όπως ηλικία, τόπος μόνιμης διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και απασχόλησης.
- Σύντομο ιατρικό ιστορικό, όπως χρονική διάρκεια της προσπάθειας επίτευξης εγκυμοσύνης πριν και μετά την επίσκεψη σε κάποιο ειδικό, αίτια

- υπογονιμότητας, εάν είναι η πρώτη προσπάθεια επίτευξης εγκυμοσύνης με μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αν ολοκληρώθηκε η κύηση.
- Το ερωτηματολόγιο μέτρησης του στρες υπογονιμότητας καθώς και των συνεπειών της, αποτελείται από 18 θέματα ταξινομημένα σε τρεις κατηγορίες. Οι ερωτήσεις των δυο πρώτων κατηγοριών, απαντώνται σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων (1 - 5). Τα τρία θέματα της πρώτης κατηγορίας σχεδιάστηκαν για να μετράν το στρες του ζευγαριού στην καθημερινότητα του. Τα τέσσερα θέματα της δεύτερης κατηγορίας, διαμορφώθηκαν για να μετράν τις συνέπειες της υπογονιμότητας στο γάμο/σχέση από τη μη απόκτηση παιδιού. Τα έντεκα θέματα της τρίτης κατηγορίας σχεδιάστηκαν για την μελέτη του στρες της υπογονιμότητας. Οι ερωτώμενοι, στα έντεκα θέματα της τρίτης κατηγορίας, απαντούσαν σε μία τακτική κλίμακα τεσσάρων σημείων (Πολύ, Κάποιο, Λίγο, Καθόλου) για να εκφράσουν το ποσοστό του στρες που βίωναν.
 - Το ερωτηματολόγιο της μέτρησης του στρες υπογονιμότητας αποτελείται από 46 ερωτήσεις ταξινομημένες σε 5 υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αυτές αναφέρονται στο κοινωνικό ενδιαφέρον, στο ενδιαφέρον για την σεξουαλική ζωή, στο ενδιαφέρον για τη σχέση, στην απόρριψη από την έλλειψη παιδιού και στην πατρότητα. Οι ερωτώμενοι, στις υποκλίμακες αυτές απαντούν σε μια τακτική κλίμακα 6 σημείων (Διαφωνώ, Διαφωνώ Αρκετά, Διαφωνώ Ελάχιστα, Συμφωνώ Ελάχιστα, Συμφωνώ Αρκετά, Συμφωνώ Απόλυτα) για να εκφράσουν το ποσοστό του στρες που η υπογονιμότητα μπορεί να προκαλέσει στην ζωή τους.
 - Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας (άγχος, κατάθλιψη, σωματοποίηση), χρησιμοποιήθηκε το Psychological Well-Being. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 ερωτήσεις. Οι ερωτώμενοι απαντούσαν σε μια τακτική κλίμακα 7 σημείων (Διαφωνώ Πολύ, Διαφωνώ Αρκετά, Διαφωνώ Λίγο, Δεν Ξέρω, Συμφωνώ Λίγο, Συμφωνώ Αρκετά, Συμφωνώ Πολύ) για το πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με κάθε μια από αυτές. Το ερωτηματολόγιο αυτό ταξινομείται σε 6 υποκλίμακες, οι οποίες εκφράζουν τις θετικές σχέσεις, την αυτοαποδοχή, την αυτονομία, την προσωπική ανάπτυξη, την περιβαλλοντική κυριαρχία και τον σκοπό ζωής.
 - Για τη μελέτη της κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους και τον σύντροφο, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Σημαντικών Άλλων, η οποία είναι

τακτική και αποτελείται από 7 σημεία (Ποτέ, Σχεδόν Ποτέ, Μερικές Φορές, Σπάνια, Πολύ Συχνά, Αρκετά Συχνά και Πάντα). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται για τον σύντροφο/σύζυγο και για τους φίλους.

- Για την αξιολόγηση των συζυγικών/συντροφικών σχέσεων του ζευγαριού/συντρόφων και της ποιότητας του γάμου ή της σχέσης τους, χρησιμοποιήθηκε το US, το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται συνήθως μαζί με το CREOQ3. Είναι το ίδιο για κάθε σύντροφο. Τα γράμματα US αντιπροσωπεύουν το «εμείς» ως ζευγάρι. Το ερωτηματολόγιο έχει 20 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με αλήθεια ή λάθος και μετρά πώς κάθε σύντροφος πιστεύει ότι τα πηγαίνει το ζευγάρι. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο CREOQ3 αποτελείται από δύο κατηγορίες την CREOQ3 (Self-rating version) και την CREOQ3 (Other-rating version). Οι κάθε κατηγορία αποτελείται από 48 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με Κυρίως Ναι, Αρκετά Συχνά, Μερικές Φορές, Κυρίως Όχι. Η πρώτη κατηγορία μετράει τη σχέση του κάθε συντρόφου προς τον εαυτό, ενώ στη δεύτερη κάθε μέλος του ζευγαριού αξιολογεί τη σχέση του με τον/την σύντροφο. Οι κατηγορίες αυτές (Self – rating και Other - rating) ταξινομούνται σε 8 υποκλίμακες η κάθε μια, οι οποίες είναι οι εξής: UN, UC, NC, LC, LN, LD, ND, UD.
- Κάθε απάντηση στο ερωτηματολόγιο US βαθμολογείται με μηδέν ή ένα. Η μέγιστη βαθμολογία είναι 20.
- Για την διερεύνηση των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων (πχ λύπη, φόβος, θυμός, ικανοποίηση, χαρά) του ζευγαριού, χορηγήθηκε το SPANE, το οποίο αποτελείται από δώδεκα ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές απαντώνται σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων (1 - 5). Είναι σχεδιασμένη να μετρά τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα, που βίωσε ο εκάστοτε σύντροφος/σύζυγος.
- Για την διερεύνηση των στρατηγικών αντιμετώπισης της υπογονιμότητας, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο COPE, που αποτελείται από 28 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές ταξινομούνται σε 4 υποκλίμακες, οι οποίες είναι: η ενεργή αποφυγή, η ενεργή αντιμετώπιση, η παθητική αποφυγή και οι βασικές έννοιες. Οι ερωτώμενοι, απαντούν σε μια τακτική κλίμακα 4 σημείων (Καθόλου,

Κάπως, Λίγο, Πολύ) σχετικά με τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας.

- Για την μελέτη των σκέψεων και συναισθημάτων που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια τον τελευταίο μήνα, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Perceived Stress Scale, που αποτελείται από 10 ερωτήσεις. Οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων (1 - 5). Είναι σχεδιασμένη να μετρά σκέψεις και συναισθήματα κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Το ερωτηματολόγιο Revised Life Orientation Test (LOT - R), αποτελείται από 5 ερωτήσεις. Οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια τακτική κλίμακα 4 σημείων (Διαφωνώ Απόλυτα, Απλώς Διαφωνώ, Ουδέτερος/η, Απλώς Συμφωνώ, Συμφωνώ Απόλυτα).
- Για την μελέτη των προβλημάτων και ενοχλημάτων που έχουν οι άνθρωποι, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο BSI – 18, το οποίο αποτελείται από 18 ερωτήσεις. Οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων (1 - 5). Είναι σχεδιασμένη να μετρά το ποσοστό ενόχλησης κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας. Το ερωτηματολόγιο αυτό ταξινομείται σε 3 υποκλίμακες, οι οποίες είναι: η σωματοποίηση, η κατάθλιψη και το άγχος.

Μεθοδολογία ανάλυση δεδομένων

Για την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 20 (Nie, Hull & Bent, 2011). Για την παρουσίαση των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων χρησιμοποιήθηκε η εντολή frequencies (descriptive statistics).

Για την διερεύνηση του πρώτου και δεύτερου σκοπού της έρευνας (διερεύνηση και σύγκριση του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στις δύο φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής) χρησιμοποιήθηκε η εντολή descriptives (descriptive statistics), καθώς και η εντολή paired- samples t- test και independent – samples t – test (compare means).

Για την διερεύνηση του τρίτου σκοπού (διερεύνηση της σχέσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής) πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των εγκύων γυναικών, οι οποίες ανέρχονταν στις 31 και των μη εγκύων γυναικών, οι οποίες ήταν 30.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χρησιμοποιήθηκε η εντολή linear (regression).

5.4 Αποτελέσματα

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Το δείγμα μας αποτελείται από 61 ζευγάρια. Το 98,3% των ζευγαριών έχουν παντρευτεί, ενώ το 1,7% συγκατοικούν. Το 23,3% ξεκινούσαν για πρώτη φορά έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το σύνολο των συμμετεχόντων διαμένει στην Κρήτη, με την πλειοψηφία αυτών 83,3% να έχουν Ελληνική καταγωγή.

Πιο συγκεκριμένα το δείγμα των γυναικών αποτελείται από 61 γυναίκες, ηλικίας από 28 ετών έως και 45, με μ.ο τα 37,18 έτη και τ.α 4,42, ενώ το δείγμα των ανδρών αποτελείται από 61 άνδρες, ηλικίας από 29 ετών έως και 54, με μ.ο τα 39,64 έτη και τ.α 5,06. Στην πλειοψηφία τους 46,7% οι γυναίκες είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ (Πίνακας 1), ενώ το 53,3% εργάζονται ως μισθωτοί υπάλληλοι. Όσον αφορά το δείγμα των αντρών η πλειοψηφία τους 36,8% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Πίνακας 1), ενώ το 56,9% εργάζονται ως μισθωτοί υπάλληλοι (Πίνακας 2). Το 23,3% επιχειρεί για πρώτη φορά έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ενώ το 15,5% έχει αποκτήσει ήδη παιδί. Ο χρόνος προσπάθειας των γυναικών προτού απευθυνθούν σε κάποιο ειδικό κυμαίνεται από 1 έτος έως και 10, με τ.α. τα 2,1 χρόνια.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι το ποσοστό ανεργίας των ανδρών 3,4% είναι πολύ μικρότερο από το ποσοστό ανεργίας των γυναικών το οποίο ανέρχεται στο 28,3% (15,0% άνεργες και 13,3% οικιακά) (Πίνακας 2).

Πίνακας 1: Μορφωτικό επίπεδο αντρών και γυναικών του δείγματος

<i>Μορφωτικό Επίπεδο</i>	<i>Άντρες</i>	<i>Γυναίκες</i>
Δημοτικό	5,3%	1,7 %
Γυμνάσιο	14,0 %	1,7 %
Λύκειο	35,1 %	35,0 %
Τει/ Αει	36,8 %	46,7 %
Μεταπτυχιακό	5,3 %	6,7 %
Άλλο	3,5 %	8,3 %

Πίνακας 2: Επάγγελμα αντρών και γυναικών του δείγματος

<i>Επάγγελμα</i>	<i>Άντρες</i>	<i>Γυναίκες</i>
Αυτοαπασχόληση	34,5 %	18,3 %
Μισθός/ Ημερομίσθιο	56,9 %	53,3 %
Οικιακά	-	13,3 %
Άνεργος-η	3,4 %	15,0 %
Άλλο	5,3 %	-

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (ενδοπροσωπικοί και διαπροσωπικοί) που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα ζευγάρια που ξεκινούν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (1^η Υπόθεση).

Το στρες που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του

Ο μ.ο του στρες και των συνεπειών υπογονιμότητας στην πρώτη φάση (ωοληψία) είναι υψηλότερος για τους άντρες (9,67) σε σχέση με τις γυναίκες (7,87). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = -3,63$, $df = 48$, $p = ,001$). Ο μ.ο του στρες και των προβλημάτων γονιμότητας είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (20,69) σε σχέση με τους άντρες (17,38). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = 3,49$, $df = 51$, $p = ,001$). Από τις πέντε κλίμακες του FPI (Κλίμακες Καταγραφής των Προβλημάτων Γονιμότητας), στατιστικά σημαντικές είναι η ανησυχία για την σεξουαλική ζωή και τις σχέσεις. Ο μ.ο του στρες στη σεξουαλική ζωή είναι υψηλότερος για τους άντρες (32,00) σε σχέση με τις γυναίκες (29,22). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = -3,16$, $df = 49$, $p = ,003$). Ο μ.ο του στρες στις σχέσεις είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (40,14) σε σχέση με τους άντρες (38,10). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = 2,01$, $df = 48$, $p = ,049$) (Πίνακας 3) .

Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης συναισθημάτων και σκέψεων κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα της πρώτης φάσης ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (22,78) σε σχέση με τους άντρες (22,50). Η διαφορά των μ.ο δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t = ,297$, $df = 49$, $p = ,768$). Ο μ.ο της ίδιας κλίμακας, κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα της δεύτερης φάσης ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τους άντρες (21,88) σε σχέση με τις γυναίκες (20,88). Η διαφορά των μ.ο δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t = -1,00$, $df = 44$, $p = ,319$) (Πίνακας 3).

Όσον αφορά το μ.ο της ενεργής αποφυγής του COPE είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (7,72) σε σχέση με τους άντρες (6,40). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 3,67$, $df=49$, $p=,001$). Ο μ.ο της ενεργής αντιμετώπισης, της ίδιας κλίμακας είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (17,90) σε σχέση με τους άντρες (13,72). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 3,51$, $df=49$, $p=,001$). Ο μ.ο της παθητικής αποφυγής, της ίδιας κλίμακας, είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (9,63) σε σχέση με τους άντρες (8,71). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,69$, $df=48$, $p=,010$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Stress και στρατηγικές αντιμετώπισης του από τους άντρες και τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης (ωοληψία).

	<i>Άντρες M.O</i>	<i>Γυναίκες M.O</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Stress και συνέπειες υπογονιμότητας	9,67	7,87	-3,63	48	,001
Συνέπειες για το γάμο	8,20	7,64	-1,05	51	,247
Stress γονιμότητας	17,38	20,69	3,49	49	,001
FPI Συνολικό	170,06	168,94	-,378	49	,707
FPI κοινωνικό ενδιαφέρον	39,3	39,2	-,106	49	,916
FPI ενδιαφέρον για την σεξουαλική ζωή	32,0	29,2	-3,16	49	,003
FPI ενδιαφέρον για τη σχέση	38,10	40,14	2,01	48	,049
FPI απόρριψη από την έλλειψη παιδιού	30,16	30,24	,069	49	,945
FPI πατρότητα	31,20	30,50	-,523	49	,603
Perceived stress scale	22,50	22,78	,297	49	,768
Cope ενεργής αποφυγής	6,40	7,72	3,67	49	,001
Cope Ενεργή Αντιμετώπιση	13,72	17,90	3,51	49	,001
Cope παθητικής αποφυγής	8,71	9,63	2,69	48	,010
Cope βασικές έννοιες	13,50	13,32	-,267	49	,790

Τα συναισθήματα (αρνητικά και θετικά) και τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα ζευγάρια.

Ο συνολικός μ.ο της κλίμακας μέτρησης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων στην πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (38,70) σε σχέση με τους άντρες (35,72). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 4,72, df=49, p=,000$). Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης του SPANE, στην κλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων, στην πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι υψηλότερος στις γυναίκες (16,66) σε σχέση με τους άντρες (14,14). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 3,33, df=49, p=,002$). Ο συνολικός μ.ο της κλίμακας μέτρησης του SPANE στην δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (38,39) σε σχέση με τους άντρες (36,53). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,69, df=42, p=,010$). Ο συνολικός μ.ο της κλίμακας μέτρησης του Psychological Well – Being στην πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (96,14) σε σχέση με τους άντρες (95,67). Η διαφορά των μ.ο δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t= , 189, df=48, p=,851$).

Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης BSI – 18 στην υποκλίμακα σωματοποίηση στην πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (10,06) σε σχέση με τους άντρες (8,12). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,99, df=49, p=,004$) (Πίνακας 4). Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης BSI – 18 στην κατηγορία άγχος στη πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (12,48) σε σχέση με τους άντρες (9,36). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 3,67, df=49, p=,001$). Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης BSI – 18 στην κατηγορία σωματοποίηση στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (9,84) σε σχέση με τους άντρες (8,35). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,37, df=44, p=,022$). Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης BSI – 18 στην κατηγορία άγχος, στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (12,33) σε σχέση με τους άντρες (9,95). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 3,06, df=44, p=,004$) (Πίνακας 4).

Το δείγμα των υπογόνιμων ζευγαριών που πήραν μέρος στην έρευνα, δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα ψυχικής διαταραχής (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Συναισθήματα και προβλήματα ψυχικής διαταραχής ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες κατά την πρώτη και δεύτερη φάση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

	<i>Άντρες</i>	<i>Γυναίκες</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Srane Συνολικό (Α Φάση)	35,12	38,70	4,72	49	,000
Srane Θετικά (Α Φάση)	21,58	22,04	,608	49	,546
Srane Αρνητικά (Α Φάση)	14,14	16,66	3,33	49	,002
Srane Συνολικό (Β Φάση)	36,53	38,39	2,69	42	,010
Srane Θετικά (Β Φάση)	22,44	22,60	,238	42	,813
Srane Αρνητικά (Β Φάση)	14,09	15,79	1,92	42	,061
BSI Σωματοποίηση (Α Φάση)	8,12	10,06	2,99	49	,004
BSI Κατάθλιψη (Α Φάση)	9,22	10,26	1,62	49	,111
BSI Άγχος (Α Φάση)	9,94	12,48	3,67	49	,001
BSI Σωματοποίηση (Β Φάση)	8,35	9,84	2,37	44	,022
BSI Κατάθλιψη (Β Φάση)	9,06	9,93	1,52	44	,134
BSI Άγχος (Β Φάση)	9,95	12,33	3,06	44	,004
Ψυχική Διαταραχή	0,00	0,00	-	-	-

Ικανοποίηση από τον γάμο

Ο μ.ο. στην κλίμακα US στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στις γυναίκες (2,62) αυξήθηκε σε σχέση με την πρώτη φάση (2,20), αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t=-,949$, $df=49$, $p=,347$). Η διαφορά των μέσων όρων μεταξύ των δύο φάσεων (2,41 έναντι 3,50, αντίστοιχα) ήταν στατιστικά σημαντική για τους άντρες ($t=-3,464$, $df=43$, $p=,001$) (Πίνακας 5).

Ο μ.ο στην κλίμακα CREOQ3 (Self- rating version) στην κατηγορία ουδέτερη θέση αδυναμίας - LN ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (8,18) σε σχέση με τους άντρες (3,60). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,81$, $df=49$, $p=,007$) (Πίνακας 5).

Ο συνολικός μ.ο στην κλίμακα CREOQ3 (Other- rating version) της υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είναι υψηλότερος στις γυναίκες (43,81) σε σχέση με τους άντρες (36,59). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,13$, $df=48$, $p=,038$). Ο μ.ο στην κλίμακα CREOQ3 (Other- rating version) στην κατηγορία LC ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (7,25) σε σχέση με τους άντρες (4,39). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 4,78$, $df=47$, $p=,000$). Ο μ.ο στην κλίμακα CREOQ3 (Other- rating version) στην κατηγορία LN ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (7,38) σε σχέση με τους άντρες (2,73). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 8,10$, $df=48$, $p=,000$). Ο μ.ο στην κλίμακα CREOQ3 (Other- rating version) στην κατηγορία ND ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (3,73) σε σχέση με τους άντρες (2,67). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,41$, $df=48$, $p=,019$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Ικανοποίηση από το γάμο ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες

<i>US</i>	<i>Άντρες M.O</i>	<i>Γυναίκες M.O</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
A Φάση	2,40	2,20	-, 949	49	,347
B Φάση	3,50	2,82	-3,46	43	,001
<i>Self - rating</i>					
UN	9,76	8,54	-1,314	49	,195
UC	6,02	6,50	,845	49	,402
NC	4,74	5,92	1,105	49	,275
LC	3,60	3,96	,762	49	,450
LN	3,60	8,18	2,812	49	,007
LD	5,26	6,20	1,452	49	,153
ND	3,04	1,96	1,995	49	,052
UD	6,02	6,82	1,245	49	,219
Tot	44,00	48,08	1,37	49	,177
<i>Other - rating</i>					
UN	6,36	5,81	-,703	48	,486
UC	5,73	5,18	-,577	48	,567
NC	5,53	4,04	-1,79	48	,079
LC	4,39	7,25	4,78	47	,000
LN	2,73	7,58	8,10	48	,000
LD	4,00	4,56	1,06	47	,292
ND	2,67	3,73	2,41	48	,019
UD	5,06	6,20	1,33	47	,188
Tot	36,59	43,81	2,13	48	,038

Πηγές κοινωνικής υποστήριξης των ζευγαριών

Ο μ.ο της κλίμακας Σημαντικών Άλλων στην κατηγορία των φίλων στη πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος για τις γυναίκες (20,91) σε σχέση με τους άντρες (14,93). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,38, df=45, p=,022$). Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης Σημαντικών Άλλων στην κατηγορία των φίλων στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος στις γυναίκες (18,82) σε σχέση με τους άντρες (16,00). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= 2,99, df=39, p=,005$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Πηγές κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ αντρών και γυναικών

Σημαντικοί Άλλοι	Άντρες M.O	Γυναίκες M.O	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Σύντροφοι (Α Φάση)	24,97	25,95	1,60	47	,115
Φίλοι (Α Φάση)	19,93	20,91	2,38	45	,022
Σύντροφοι (Β Φάση)	26,04	25,55	-,904	42	,371
Φίλοι (Β Φάση)	16,00	18,82	2,99	39	,005

Αλλαγή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων των ζευγαριών στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (2^η Υπόθεση).

Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης Σημαντικών Άλλων στην κατηγορία των φίλων στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος (15,84) σε σχέση με την πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (14,23) στους άντρες. Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t= -2,09, df=38, p=,043$). Ο μ.ο της κλίμακας μέτρησης Σημαντικών Άλλων στην κατηγορία των συντρόφων είναι υψηλότερος (25,92) στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε σχέση με την πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

(25,07) στους άντρες. Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = -2,32$, $df = 39$, $p = ,026$) (Πίνακας 7α).

Ο μ.ο. στην κλίμακα μέτρησης US στη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος (3,50) σε σχέση με την πρώτη φάση (2,40). Η διαφορά των μ.ο. είναι στατιστικά σημαντική ($t = -3,46$, $df = 43$, $p = ,001$) (Πίνακας 5).

Ο μ.ο στην κλίμακα μέτρησης Perceived Stress Scale στην πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος (23,08) σε σχέση με τη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) (21,24). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = 3,02$, $df = 48$, $p = ,004$) (Πίνακας 7β).

Ο συνολικός μ.ο. στην κλίμακα μέτρησης Revised Life Orientation Test (LOT-R) στην πρώτη φάση (ωοληψία) ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι υψηλότερος (13,51) σε σχέση με τη δεύτερη φάση (εμβρυομεταφορά) (11,85). Η διαφορά των μ.ο είναι στατιστικά σημαντική ($t = 2,77$, $df = 46$, $p = ,008$) (Πίνακας 7γ).

Πίνακας 7α: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

<i>Σημαντικοί Άλλοι</i>	<i>Γυναίκες A Φάση M.O</i>	<i>Γυναίκες B Φάση M.O</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Σύντροφοι	25,93	25,68	1,03	47	,305
Φίλοι	20,63	19,17	,69	46	,488
<i>Σημαντικοί Άλλοι</i>	<i>Άντρες A Φάση M.O</i>	<i>Άντρες B Φάση M.O</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Σύντροφοι	25,07	25,92	-2,32	39	,026
Φίλοι	14,23	15,84	-2,09	38	,043

Πίνακας 7β: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

<i>Perceived Stress Scale</i>	<i>Γυναίκες Α Φάση Μ.Ο</i>	<i>Γυναίκες Β Φάση Μ.Ο</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Σκέψεις και συναισθήματα	23,08 %	21,24 %	3,02	48	,004
<i>Perceived Stress Scale</i>	<i>Άντρες Α Φάση Μ.Ο</i>	<i>Άντρες Β Φάση Μ.Ο</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Σκέψεις και συναισθήματα	23,04 %	21,86 %	1,56	42	,126

Πίνακας 7γ: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

<i>LOT - R</i>	<i>Γυναίκες Μ.Ο</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Α Φάση	13,51%	2,77	96	,008
Β Φάση	11,58%			
<i>LOT - R</i>	<i>Άντρες Μ.Ο</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Α Φάση	13,64%	1,60	38	,117

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (3^η Υπόθεση)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Πίνακας 8) που σχετίζονται με τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι:

- Η ηλικία των γυναικών φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 3,66$, $p= ,014$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Το σύνολο της κλίμακας Psychological Well- Being των γυναικών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 1,60$, $p=,029$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Η αυτονομία των γυναικών, όπως παρουσιάζεται στην κλίμακα Psychological Well- Being επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 1,60$, $p= ,009$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Η υποκλίμακα LC της κλίμακας CREOQ3_0 των αντρών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 1,24$, $p=,040$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Η αίσθηση ελέγχου των ανδρών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 1,51$, $p=,044$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Το σύνολο των σκέψεων και συναισθημάτων (Perceived Stress Scale) των γυναικών κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά) επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 4,59$, $p=,033$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Οι θετικές σκέψεις και συναισθήματα των γυναικών κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά) επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 6,71$, $p=,013$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Η υποστήριξη που δέχονται οι άντρες από το φιλικό τους περιβάλλον κατά την διάρκεια της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά) επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 4,52$, $p=,002$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Παράδοξα Ευρήματα

- Η κλίμακα μέτρησης αρνητικών διαπροσωπικών σχέσεων και συγκεκριμένα από απόσταση από θέση ισχύος των γυναικών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 1,33, p= ,033$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Οι αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα των γυναικών κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά) επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά ($F= 4,59, p=,049$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Η κατάθλιψη των ανδρών σύμφωνα με την κλίμακα BSI 18 κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά) επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 3,68, p=,005$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Το άγχος των ανδρών σύμφωνα με την κλίμακα BSI 18 κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά) επηρεάζει στατιστικά σημαντικά ($F= 3,68, p=,002$) τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Πίνακας 8: Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

	Φύλο	Φάση	F	p
Ηλικία	Γυναίκες	A	3,66	,014
PWBeing tot	Γυναίκες	A	1,60	,029
PW Being Αυτονομία	Γυναίκες	A	1,60	,009
CREOQ-LC	Άντρες	A	1,24	,040
Αίσθηση ελέγχου	Άντρες	A	1,51	,044
Φίλοι	Άντρες	A	4,52	,002
CREOQ-UD	Γυναίκες	A	1,33	,033
Αρνητικά συναισθήματα	Γυναίκες	A	4,59	,049
Κατάθλιψη	Άντρες	B	3,68	,005
Άγχος	Άντρες	B	3,68	,002
Σύνολο συναισθημάτων	Γυναίκες	A	4,59	,004
Σύνολο συναισθημάτων	Γυναίκες	B	4,59	,033
Θετικά συναισθήματα	Γυναίκες	A	6,71	0,13

5.5 Συζήτηση – Περιορισμοί της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών, καθώς και η συσχέτιση αυτών με την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Τα υπογόνιμα ζευγάρια που ξεκινούν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής φαίνεται να επηρεάζονται από ποικίλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως προκύπτει τόσο από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, όσο και από την υλοποίηση της έρευνας.

Αρχικά διαπιστώθηκε τόσο στην έρευνα που υλοποιήσαμε, όσο και από την βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε, ότι τα ζευγάρια επηρεάζονται από το στρες και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του (ενδοπροσωπικοί παράγοντες) (Demytternaere et al: 1992, Demytternaere et al: 1994, Rapoport et al: 2009). Όσον αφορά το δείγμα μας φάνηκε ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα στρες, σε σχέση με τους άντρες, ως προς τα προβλήματα γονιμότητας και τις συνέπειες που αντιμετωπίζουν. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί οι γυναίκες έρχονται σε άμεση εμπλοκή με όλα τα στάδια ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, σε αντίθεση με τους άντρες, οι οποίοι έχουν μια πιο έμμεση σχέση με την όλη διαδικασία. Επιπλέον τις γυναίκες τις αφορά περισσότερο, από τους άντρες, η ατεκνία/ακληρία.

Η πλειοψηφία των αντρών του δείγματος βιώνει περισσότερο στρες, σε σχέση με τις γυναίκες, σχετικά με τις συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η υπογονιμότητα και η επιρροή αυτών των συνεπειών στην σεξουαλική ζωή τους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί οι άντρες συνδέουν σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι γυναίκες, την απόκτηση παιδιού με την καλή ποιότητα σεξουαλικής ζωής. Τα προβλήματα υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια δημιουργούν έντονα συναισθήματα, όπως θυμός, ο οποίος στρέφεται τόσο στον ίδιο τον εαυτό όσο και στον/στην σύντροφο. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει την σεξουαλική επιθυμία των αντρών και μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση σεξουαλικών διαταραχών (Utian, Goldfard & Rosenthal, 1983).

Οι γυναίκες από την άλλη πλευρά βιώνουν εντονότερα συναισθήματα-σκέψεις κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης (ωοληψία), σε σχέση με τους άντρες των οποίων τα συναισθήματα-σκέψεις παρατηρήθηκε ότι αυξάνονται κατά την διάρκεια της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά). Παρατηρούμε, ότι κατά τη διάρκεια

των μεταβατικών διαστημάτων (τελευταίος μήνας πρώτης και δεύτερης φάσης), τα συναισθήματα και οι σκέψεις, τόσο των γυναικών όσο και των αντρών, μεταβάλλονται. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί η αλλαγή από μια κατάσταση σε μια άλλη, αυξάνει το άγχος και το στρες που βιώνουν τα άτομα. Ειδικότερα, μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες βιώνουν πιο ήπια συναισθήματα- σκέψεις κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα της δεύτερης φάσης (εμβρυομεταφορά), καθώς έχουν αναπτύξει ήδη μια σχέση εμπιστοσύνης με τους επαγγελματίες, γεγονός που τις κάνει να αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια. Επιπλέον, οι γυναίκες, που συμμετείχαν στη έρευνα, χρησιμοποιούν περισσότερο τις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και περισσότερο την στρατηγική της ενεργής αντιμετώπισης, σε σχέση με τους άντρες του δείγματος. Γεγονός το οποίο συνάδει και με την θεωρία μας (Collins, Freeman & Boxer, 1992) και (Κεχαγιά, 2009).

Ένας ακόμη παράγοντας (διαπροσωπικός), από τον οποίο επηρεάζονται τα ζευγάρια που ξεκινούν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι οι ψυχολογικές αντιδράσεις στις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι γυναίκες αισθάνονται περισσότερη ψυχολογική επιβάρυνση, σε σχέση με τους άντρες, καθ' όλη την διάρκεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, με τα αρνητικά τους συναισθήματα να υπερτερούν των θετικών. Επιπλέον οι γυναίκες είναι περισσότερο αγχωμένες, με αποτέλεσμα να σωματοποιούν τα συναισθήματα τους σε όλες τις φάσεις υλοποίησης ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το άγχος που βιώνουν παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα και φαίνεται να συνδέεται με το υψηλό ποσοστό κινητοποίησης – εμπλοκής και συμμόρφωσης των γυναικών, σύμφωνα με τις ιατροφαρμακευτικές οδηγίες, την συχνή ιατρική παρακολούθηση και τις αλλαγές που ενδεχομένως θα προκύψουν στον προσωπικό και επαγγελματικό τομέα (Guhan et al, 2007). Αυτό ίσως να επηρεάζει αρνητικά την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Στους διαπροσωπικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, εντάσσεται και η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παρουσιάζεται αύξηση της ικανοποίησης από το γάμο/σχέση, στη δεύτερη φάση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (εμβρυομεταφορά) και στα δύο φύλα. Επομένως βελτιώνεται ο γάμος των ζευγαριών διότι το ζευγάρι βρίσκεται ήδη σε μια διαδικασία αντιμετώπισης του προβλήματος υπογονιμότητας. Σύμφωνα με την έρευνα που υλοποιήσαμε, οι γυναίκες περιγράφουν με πιο θετικό τρόπο τους

συζύγους/συντρόφους τους σε σχέση με εκείνους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι οι γυναίκες εξωτερικεύουν με μεγαλύτερη άνεση τα συναισθήματα τους. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι η συχνότητα των αρνητικών και θετικών συναισθημάτων που βιώνουν και τα δύο φύλα είναι υψηλότερη στην πρώτη φάση (ωοληψία) της διαδικασίας.

Τέλος, τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν έναν ακόμη διαπροσωπικό παράγοντα στήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών. Οι γυναίκες απευθύνονται περισσότερο σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τους άντρες. Αυτό συνάδει με τη θεωρία (Κεχαγιά, 2009).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με την θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (επίτευξη εγκυμοσύνης) είναι οι ακόλουθοι:

- Η ηλικία των γυναικών. Η αύξηση της ηλικίας μειώνει τις πιθανότητες επίτευξης εγκυμοσύνης.
- Η ψυχολογία των γυναικών. Η θετική ψυχολογία των γυναικών αυξάνει τις πιθανότητες επίτευξης εγκυμοσύνης.
- Η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού. Η θετική σχέση του ζευγαριού συμβάλλει στην επίτευξη εγκυμοσύνης.
- Η ικανότητα των αντρών να διαχειρίζονται τις διάφορες καταστάσεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συμβάλλει στην επίτευξη εγκυμοσύνης.
- Οι θετικές σκέψεις και τα συναισθήματα που βιώνουν οι γυναίκες συμβάλλουν στην θετική έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Περιορισμοί της Έρευνας

Η κυριότερη δυσκολία ήταν η συναίνεση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τις γυναίκες και τους συντρόφους τους, ιδιαίτερα λόγω του στρες που αντιμετωπίζουν όταν προσέρχονται στην μονάδα στις διάφορες φάσεις της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ιδιαίτερα στρεσογόνες θεωρούνταν οι φάσεις της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς. Η εξασφάλιση της βοήθειας από την μαία που εμπλέκεται στη διαδικασία αυτή, διευκόλυε τη συλλογή των ερωτηματολογίων.

Δυσκολία επίσης αποτελούν τα χρονικά διαστήματα που μεσολαβούσαν μεταξύ των δύο φάσεων και ο μικρός αριθμός προσέλευσης ζευγαριών στην μονάδα

υποβοηθούμενης αναπαραγωγής του ΠΑΓΝΗ, με συνέπεια τον μικρό αριθμό δείγματος.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες προέρχονται από μια μονάδα εξωσωματικής γονιμοποίησης, συνεπώς τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευθούν.

5.6 Συμπεράσματα & Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων (ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών) στις διάφορες φάσεις ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τη σύνδεση τους με την επίτευξη εγκυμοσύνης.

Η διαδικασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής επηρεάζει εξίσου και τα δύο φύλα και καθίστα αναγκαία την ύπαρξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης, τα όποια συμβάλουν στη μείωση του στρες που βιώνουν τα υπογόνιμα ζευγάρια. Η ψυχολογική υποστήριξη που δέχονται τα ζευγάρια συμβάλει τόσο στη βελτίωση της ψυχολογίας, όσο και της σχέσης τους, δημιουργώντας ένα ευνοϊκό περιβάλλον, το οποίο αυξάνει τις πιθανότητες για την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί η ανάγκη διεύρυνσης του κοινωνικού δικτύου υποστήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών με σκοπό την συνεχή στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, μέσω ατομικών και ομαδικών συνεδριών. Εξίσου σημαντική είναι η ενημέρωση – ευαισθητοποίηση τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και των επαγγελματιών υγείας, για θέματα υπογονιμότητας, στοχεύοντας στην έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και στη μείωση των κοινωνικών προκαταλήψεων.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να συμβάλει σημαντικά, τόσο στον τομέα της ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού, όσο και στον τομέα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των υπογόνιμων ζευγαριών. Μέσα από μια εξατομικευμένη και συστηματική παρακολούθηση των ζευγαριών, σε όλα τα στάδια ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, συμβάλει στη διαχείριση του άγχους που βιώνουν, προκειμένου οι διαδικασίες να γίνουν όσο το δυνατόν πιο ανώδυνες

ψυχικά, και εμπυχώνει τα άτομα έτσι ώστε να είναι σε θέση να επεξεργαστούν και να αποδεχθούν καλύτερα τις έντονες συναισθηματικές καταστάσεις που προκύπτουν.

Γι' αυτό το λόγο ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, που ασχολείται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, και συνεργάζεται με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, προάγοντας την γενική ευημερία των υπογόνιμων ζευγαριών

Προτάσεις

Η δημιουργία ενός συμβουλευτικού σταθμού για τα υπογόνιμα ζευγάρια, απαρτιζόμενο από κατάλληλα εκπαιδευμένο, σε θέματα υπογονιμότητας, προσωπικό. Το προσωπικό αυτό θα μπορούσε να αποτελούνταν τόσο από ψυχολόγους, όσο και από κοινωνικούς λειτουργούς. Σκοπός αυτού του κέντρου θα μπορούσε να ήταν ή παροχή συμβουλευτικής στα υπογόνιμα ζευγάρια με στόχο την διαχείριση του stress που βιώνουν και την βελτίωση της ποιότητας της σχέσης τους, ώστε να έχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη επιτυχία στην όποια μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και αν έχουν επιλέξει.

Επίσης, η πραγματοποίηση ημερίδων με σκοπό την ενημέρωση του πληθυσμού, γύρω από τα θέματα της υπογονιμότητας, αλλά και των μεθόδων για την αντιμετώπιση τους, με στόχο την ευαισθητοποίηση τους αλλά και την μείωση των προκαταλήψεων.

Τέλος, θα ήταν ενδιαφέρον να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα γύρω από τα θέματα που σχετίζονται με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στον Ελληνικό χώρο, με σκοπό την περαιτέρω διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος.

Βιβλιογραφία

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Berger, DM. (1980) *Impotence following the discovery of azoospermia*. Fertil Steril 34:154-6
- Chemiczky, G., B. Landgren, and A. Collins. 2000. *The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment*. Acta Obstet Gynecol Scan 79:113-8.
- Cobb, S. (1976) *Social support as a moderator of life stress*, *Psychosomatic Medicine* (38, 5)
- Cohen, F & Lazarus, R.S. (1979) *Coping with the stresses of illness*. Στο G.C. Stone, F. Cohen & N.G. Adler (eds) *Health Psychology A Handbook*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Collins, A., Freeman, E.W., Boxer, A.S. et al, *Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared to males entering in vitro fertilization treatment*. Fertil Steril 1992: 57: 350-356
- Demyttenaere, K., Nijs. P., Evers- Kiebooms, G.& Koninckx, P.R. (1992) *Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress response.s* Psychoneuroendocrinology, 17 (6), 655- 656
- Demyttenaere, K., Nijs. P., Evers- Kiebooms, G.& Koninckx, P.R. (1994) *Personality characteristics, psychoendocrinological stress and outcome of ivf depend up on the etiology of infertility*. Gynecological Endocrinology, 8 (4) 233-240
- Dessole, I., Freour, T., Ravel, C., Gean, M., Colobel, A., Darai, E., Barriere, P. (2011). *Predictive factors of healthy birth after single blastocyst transfer*. Human Reproduction, 26(5):1220-1222.
- Di Matteo R. and Martin L. (2006) *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας* (Μετάφραση Επιμέλεια Αναγνωστόπουλος Φ., Ποταμιάνος Γ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Griel AL. *Not yet pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. (1991) New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1991
- Gurhan, N., Akyuz, A., Oflaz, F., Atici, D., Vural, G. (2007). *Effectiveness of nursing counseling on coping and depression in woman undergoing in vitro fertilization*. Psychological Reports, 100(2):365-374.

- Hughes M., Kroehler C. (2007) *Κοινωνιολογία: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ* Εκδόσεις Κριτική
- Kee, B., B. Jung, and S. Lee. 2000. *A study on psychological strain in IVF patients.* J Assist Reprod Genet 17:445–8.
- Kervasdoue A., Ιατρική εγκυκλοπαίδεια της γυναίκας, (1996).
- Klonoff-Cohen, H., E. Chu, L. Natarajan, and W. Sieber. (2001). *A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopiantransfer.* Fertil Steril 76:675–87.
- kiveli.gr IMKO Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Δρακοπούλου Δ. 12-03-2014
- Kring A.M., Davison, G. C., Neale, J.M., Johnson, S.L. (2010) *Ψυχοπαθολογία* Εκδόσεις Gutenberg
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984) *Stress appraisal and coping* New York: Springer pg: 283
- May ET. *Barren in the Promised Land: Childless Americans and the Pursuit of Happiness.* (1995) New York: Basic Books.
- Moos, R.H. & Billing, A.G. Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In: Goldberger, L. Bieznitz, S., eds *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects.* New York: Free Press, 1982: 218-219
- Moos, R.H. & Schaffer, J.A. (1986) Life transitions and crises: A conceptual overview. In R.H. Moos (ed) *Coping with Life Crises: Integrated Approach.* New York: Pergamon
- Pervin – Oliver & Lawrence, (2001), *Θεωρίες Προσωπικότητας*, Αθήνα, Τυπωθήτω
- Rapoport- Hubschman, N., Gidron, Y., Reicher- Atir R., Sapir, O., & Fisch, B., (2009) *‘Letting go’ coping is associated with successful ivf treatment outcome fertility and Sterility*, 92 (4), 1384-88
- Roger P. Smith, (2007), *Μαιευτική και Γυναικολογία*, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις.
- Rossenblatt PC< Peterson P, Portner J, et al. *Cross-cultural study responses to Childlessness* (1973) Behav Sci Notes; 8:221-31
- Shamma, F.N. & DeCherney, A.H. (1995) *Infertility: A historical perspective.* In: Keye,W.R., Chang, R.J., Rebar, R.W., Soules, M.R., eds. *Infertility: Evaluation and Treatment.* Philadelphia: Saunders, 3-7
- Sarafino, E.P.(1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions.* New York: Wiley, J. & Sons, Inc.
- Sarason, I., Sarason B, Shearin E., and Pierce G. (1987) A brief measure of social

support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, **4**: 497-510.

- Saridi, M. & Georgiadi, E. *Causes of Infertility*, (2010). Nursing Department of the Technological Education Institute, p.409-419

- Satir V., (1989) *Ανθρώπινη Επικοινωνία Δίοδος*

- Smeenk, J., C. Verhaak, A. Eugster, A. van Minnen, G. Zielhuis, and D. Braat. (2001). *The effect of anxiety and depression on the outcome of in vitro fertilization*.

Hum Reprod 16:1420–3.

- Utian Wt., Goldfarb JM., Rosenthal MB, Psychological aspects of infertility In: Dennerstein L, Burrows G, eds. *Handbook and 100 and Gynecology* New York: Elsevier Biomedical Press 1983

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., (1999) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας* Ελληνικά Γράμματα.

- Αυγενάκη, Μ., Γενιτσαρίδη Ε., Ζαμπουλάκη Μ. (2009) *ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ*

- Αγγελουπούλου, Ρ. & Κυριαζόγλου, Μ. (2005). *Δραστικές μορφές οξυγόνου και ανδρική υπογονιμότητα*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(5):433-446.

- Γουρουντή Κ. Κ. (2011) *Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στη κύηση- προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας* Διδακτορική διατριβή Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών Αθήνα

- Γκουγκουσκίδης Στ. (2011) *Η σχέση του ζευγαριού και η επίδραση της στα παιδιά* www.kesmeth.com (20-02-2014)

www.neogenesis.gr, (20 – 3 – 2014)

www.psychomed.gr, (20 – 3 – 2014)

www.kosmogonia.gr, (20 – 3 – 2014)

- Δελτσίδου, Α. & Νάνου, Χ. (2011). *Εγχειρίδιο Γυναικολογικής Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.

- Ζευγαδάκη Ε., Κοτέτσης Μ, Ρουσά Α, (2007) *Υπο-γονιμότητα: Σχετίζεται η υπογονιμότητα και οι προσπάθειες αναζήτησης υποβοηθούμενης τεκνοποίησης με τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών* Πτυχιακή Εργασία ΑΤΕΙ Κρήτης
- Ιωαννίδης, Σ. (2001). *Αιτιοπαθογένεια υπογονιμότητας στον άνδρα. Στο: Ανθρώπινη αναπαραγωγή*. ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη.
- Καζαζή, Μ. (1995) *Ανθρώπινες σχέσεις και επικοινωνία*, Αθήνα, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005) *Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη*, Αθήνα, Τυπόθητω
- Καλλινικάκη, Θ. (2010). *Κοινωνική εργασία, εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- Καρπαθίου, Στυλιανού Εμμ., Πρεσβυτέρου. (2006). *Η ιστορία του ζυγωτού και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Συμβουλή στην ηθική θεολογία*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα.
- Νικηφορίδου Φ., Πανταζή Ε. (2008) *Υπογονιμότητα: Ψυχολογική υποστήριξη υπογόνιμου ζευγαριού και Νοσηλευτική παρέμβαση* ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- Περιοδικό : «*Ελληνική εταιρεία γυναικολογίας- ενδοκρινολογίας*», Τεύχος 10, Μέρος 2ο
- Σαραντάκη, Α., Γουρουντή Κ., Λυκερίδου Α., (2008), *Εμπειρία υπογόνιμων ελληνίδων που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση*, Νοσηλευτική 47:122 – 133
- Συμεωνίδου Ε., Κεχαγιά Α., (2009) *Υπογονιμότητα- Εξωσωματική γονιμοποίηση ηθικά διλλήματα και προβλήματα* ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
- Φανάρα, Β., (2000), *Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή*, Θεσ/νίκη, Το Παλίμψηστον
- Ωραιοπούλου, Α., (2003) «*Και την ψυχή μου για ένα μωρό;*», Εκδόσεις Μυρτος, Αθήνα

5.7 Παράρτημα

Έγκριση Πρωτοκόλλου (Διανομή ερωτηματολογίων)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Σμύρνης 26,
71201 Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285
Πληρ.: **Α. Μανουράς**
Τηλ: 2813404433
Fax: 2810300416
Email: amanouras@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 15-11-13

Αρ. Πρωτ:

ΠΡΟΣ

κ.κ. Τιτομιχελάκη Μαρία, Παπακωνσταντίνου
Χρυσοβ. & Σφακιανάκη Κατερίνα, φοιτήτριες
Τμήματος Κοιν. Εργασίας ΑΤΕΙ.

ΚΟΙΝ.:

Καθηγητή κ. Γ. Βελεγράκη, Δ/ντή Ιατρικής
Υπηρεσίας ΠΑΓΝΗ.
Καθηγητή κ. Δ. Γεωργόπουλο, Πρόεδρο Επιστ.
Συμβουλίου ΠΑΓΝΗ.
Γραφείο Διοικητή ΠΑΓΝΗ-ΓΝΗ

Θέμα: «Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου».

Σχετ.: Η με αριθμ. απόφαση 13122/18-10-13 του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνεται η διανομή ερωτηματολογίων από τις φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης, Τιτομιχελάκη Μαρία, Παπακωνσταντίνου Χρυσοβαλάντω και Σφακιανάκη Κατερίνα στα ζευγάρια που ξεκινούν έναν κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στη Μονάδα Εξωσωματικής του ΠΑΓΝΗ, στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής τους εργασίας με τίτλο: «**Ενδοπροσωπικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχή έκβαση ενός κύκλου υποβοηθούμενης αναπαραγωγής**».

Η Έγκριση δίνεται με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας τους, οι εν λόγω φοιτήτριες θα προσκομίσουν περίληψη των αποτελεσμάτων στο Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης.

Η Έγκριση δίνεται με την προϋπόθεση της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου και της τήρησης όλων των κανόνων δεοντολογίας της έρευνας περί προστασίας ευαίσθητων δεδομένων υγείας και προστασία της ανωνυμίας.

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΑΝΤΩΝΗΣ Γ. ΓΡΗΓΟΡΑΚΗΣ

Εσωτ. Διανομή: Γραφεία Υποδιοικητών 7^{ης} ΥΠΕ