

## **Κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (ESHRE): η συνήθης ψυχοκοινωνική φροντίδα στην υπογονιμότητα και στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή-ένας οδηγός για το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας. †**

Μετάφραση από τους:

1. Μαρία Κουμπάρου, Κλινική Ψυχολόγος-MSc-Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, "Κλινική Γένεσις Αθηνών"

2. Παναγιώτης Βάκας, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας στη Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, "Αρεταίειο Νοσοκομείο"

3. Μαρίνα Οικονόμου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής στην Α' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, "Αιγινήτειο Νοσοκομείο"

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ:** Με βάση τα καλύτερα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα, ποια είναι η άριστη διαχείριση της συνήθους ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην υπογονιμότητα και στις κλινικές της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (medically assisted reproduction, MAR);

**ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ:** Χρησιμοποιώντας τη δομημένη μεθοδολογία του Εγχειριδίου για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (ESHRE), διαμορφώθηκαν 125 συστάσεις, οι οποίες έδωσαν απάντηση στις 12 ερωτήσεις-κλειδιά για την άριστη διαχείριση της συνήθους ψυχοκοινωνικής φροντίδας από όλο το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας.

**ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΗΔΗ ΓΝΩΣΤΟ:** Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ESHRE του 2002 για τη συμβουλευτική στην υπογονιμότητα έχουν αποτελέσει εδώ και χρόνια σημείο αναφοράς για την καλύτερη ψυχοκοινωνική φροντίδα στην υπογονιμότητα, όμως αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες χρειάζονταν ενημέρωση και δεν εστίαζαν στη συνήθη ψυχοκοινωνική φροντίδα που μπορεί να δοθεί από όλο το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας.

**ΜΕΛΕΤΗ, ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΜΕΓΕΘΟΣ, ΔΙΑΡΚΕΙΑ:** Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες δημιουργήθηκαν από μια ομάδα εμπειρογνομόνων του τομέα σύμφωνα με τη διαδικασία των 12-βημάτων που περιγράφεται στο εγχειρίδιο της ESHRE για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών. Μετά την οριοθέτηση των κατευθυντηρίων οδηγιών και την καταγραφή μιας ομάδας 12 ερωτήσεων-κλειδιών στη φόρμα PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome-Ασθενής, Παρέμβαση, Σύγκριση και Αποτέλεσμα), μέσω της συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας που διεξήχθη, οι αποδείξεις από τις μελέτες που δημοσιεύτηκαν μέχρι τον Απρίλιο του 2014 συλλέχθηκαν, εκτιμήθηκαν ποιοτικά και αναλύθηκαν. Μια περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων καταγράφηκε ως απάντηση σε κάθε ερώτηση κλειδί και χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για συστάσεις, οι οποίες ορίστηκαν με συγκατάθεση εντός της ομάδας για την ανάπτυξη των κατευθυντηρίων οδηγιών (GDG). Κατά τη διάρκεια της οριοθέτησης του πεδίου και της ανασκόπησης των αποδείξεων για την φάση ανάπτυξη των κατευθυντηρίων οδηγιών συλλέχθηκαν επιπλέον δεδομένα από ασθενείς και κλινικούς.

**ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ, ΥΛΙΚΑ, ΣΥΝΘΕΣΗ, ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η ομάδα των κατευθυντηρίων οδηγιών, αποτελούμενη από ψυχολόγους, δύο ιατρούς, μία μαία, έναν εκπρόσωπο ασθενών και έναν ειδικό στη μεθοδολογία, συναντήθηκε τρεις φορές προκειμένου να συζητήσει τις αποδείξεις και να οδηγηθεί σε συμφωνία σε ότι αφορά τις συστάσεις.

**ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΥΧΑΙΟΤΗΤΑΣ.** Οι κατευθυντήριες οδηγίες παρέχουν 125 συστάσεις που στοχεύουν στην καθοδήγηση του προσωπικού της κλινικής

γονιμότητας στην παροχή της βέλτιστης, βάσει αποδεικτικών στοιχείων, συνήθους ψυχοκοινωνικής φροντίδας στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (MAR). Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι γραμμένες σε δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιγράφει τις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά την ψυχοκοινωνική φροντίδα που θα ήθελαν να λαμβάνουν στις κλινικές και πώς αυτή η φροντίδα σχετίζεται με την ευεξία τους. Η δεύτερη ενότητα των κατευθυντήριων οδηγιών παρέχει πληροφορίες για τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες που βιώνουν οι ασθενείς στα διάφορα στάδια της θεραπείας (πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία) και για το πώς το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας μπορεί να τις εντοπίσει και να τις διαχειριστεί. Οι ανάγκες αφορούν στις συνθήκες που θεωρούνται απαραίτητες για τους ασθενείς ώστε να έχουν μια υγιή εμπειρία από τη θεραπεία γονιμότητας. Οι ανάγκες μπορεί να είναι συμπεριφορικές (τρόπος ζωής, άσκηση, διατροφή και συμμόρφωση), σχεσιακές (σχέσεις με τον σύντροφο εάν υπάρχει, τους οικογενειακούς φίλους και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο και το εργασιακό περιβάλλον), συναισθηματικές (ευεξία, π.χ. άγχος, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής) και γνωσιακές (ανησυχίες και γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία).

**ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗ:** Προσδιορίσαμε πολλά πεδία που άπτονται του ενδιαφέροντός μας για τα οποία απουσιάζουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία. Τα κενά στα αποδεικτικά στοιχεία διευθετήθηκαν με τη διατύπωση σημείων καλής πρακτικής, βάσει της εξειδικευμένης άποψης του GDG, αλλά είναι ζωτικής σημασίας για τέτοιες συστάσεις να είναι εμπειρικά επικυρωμένες.

**ΔΙΕΥΡΗΜΕΝΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.** Τα αποδεικτικά στοιχεία που παρουσιάζονται στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες δείχνουν ότι η παροχή συνήθους ψυχοκοινωνικής φροντίδας σχετίζεται με ή έχει τη δυνατότητα να μειώσει το στρες και τις ανησυχίες για τις ιατρικές διαδικασίες και να βελτιώσει τον τρόπο ζωής, τις γνώσεις που σχετίζονται με τη γονιμότητα, την ευεξία των ασθενών και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Καθώς μόνο οι 45 (36.0%) από τις 125 συστάσεις βασίστηκαν σε υψηλής ποιότητας αποδεικτικά στοιχεία, η ομάδα των κατευθυντήριων οδηγιών διαμόρφωσε συστάσεις προκειμένου να κατευθύνει μελλοντική έρευνα με στόχο την αύξηση του συνόλου των αποδεικτικών στοιχείων.

**ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ/ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ/ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ:** Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναπτύχθηκαν και χρηματοδοτήθηκαν από την ESHRE, με κάλυψη των εξόδων που σχετίζονται τις συναντήσεις για τις κατευθυντήριες οδηγίες, με τις βιβλιογραφικές αναζητήσεις και με την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών. Τα μέλη του GDG δεν έλαβαν αμοιβή. Οι S.G., E.D., C.d.K., M.E., U.V.d.B., C.L.-J. και N.V. δεν ανέφεραν συγκρούσεις συμφερόντων. Ο J.B. αναφέρει επιχορηγήσεις από τη Merck & Co, αμοιβές συμβούλων από τη Merck Serono S.A. και αμοιβές ομιλητών από τη Merck Serono S.A. Ο P.T. αναφέρει αμοιβές συμβουλευτικής από τη Γερμανική κυβέρνηση και είναι ο Πρόεδρος της Γερμανικής Εταιρίας για τη Συμβουλευτική της Γονιμότητας. Ο C.V. αναφέρει αμοιβές συμβουλευτικής από τη Merck Serono S.A. Η C.M.V. αναφέρεται ως σύμβουλος σε προγράμματα για τη Merck Serono S.A. και τη Ferring S.A. σχετικά με το εκπαιδευτικό υλικό του ασθενή. Ο T.W. αναφέρει αμοιβές ομιλητή από τις Repromed, DGPM, Breitbach, DAAG, fiore, LPTW, MSD, μισθό/χρηματοδότηση θέσης στο TAB-beim-Bundestag, BZgA, και είναι ο αντιπρόεδρος της Γερμανικής Εταιρίας της Συμβουλευτικής της Γονιμότητας.

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:** Δε διατίθεται.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** κατευθυντήριες οδηγίες / ψυχοκοινωνική φροντίδα / υπογονιμότητα /

† Το περιεχόμενο των σελίδων της ESHRE δεν αξιολογήθηκε από εξωτερικούς κριτές. Το έγγραφο είναι εγκεκριμένο από την Εκτελεστική Επιτροπή της ESHRE.

## Εισαγωγή

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Ανθρώπινης Αναπαραγωγής και Εμβρυολογίας (ESHRE) «Συνήθης Ψυχοκοινωνική Φροντίδα στην Υπογονιμότητα και στην Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή-Ένας οδηγός για το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας» προσφέρουν τεκμηριωμένες συμβουλές καλής πρακτικής για όλο το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας (ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, συμβούλους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, εμβρυολόγους και διοικητικό προσωπικό) σχετικά με το πώς να ενσωματώνει την ψυχοκοινωνική φροντίδα στη συνήθη φροντίδα της υπογονιμότητας. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ορίζεται ως η φροντίδα που καθιστά ικανά τα ζευγάρια, τις οικογένειές τους και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας να βελτιστοποιούν τη φροντίδα στην υπογονιμότητα και να διαχειρίζονται τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας και της θεραπείας της (*Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs, 2008*).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα είναι σημαντική στη φροντίδα της υπογονιμότητας καθώς οι περισσότεροι ασθενείς βιώνουν συναισθηματική δυσφορία κατά την διάρκεια της θεραπείας (*Verhaak et al., 2007a,b; Knoll et al., 2009; Karatas et al., 2011*), ~23% διακόπτει πρόωρα εξαιτίας του αντιλαμβανόμενου φορτίου της θεραπείας (*Brandes et al., 2009*) και το 1/3 των ασθενών τερματίζει τη θεραπεία δίχως να επιτύχει εγκυμοσύνη (*Pinborg et al., 2009*) και βιώνει δυσκολίες στην προσαρμογή μπροστά στον ανεκπλήρωτο στόχο της γονεϊκότητας (*Verhaak et al., 2007a,b; Johansson et al., 2010; Wischmann et al., 2012; Gameiro et al., 2014*). Ακόμα και όταν επιτευχθεί μία εγκυμοσύνη, αυτή βιώνεται με αυξημένο άγχος για την επιβίωση και την υγεία του εμβρύου (*Hammarberg et al., 2008*). Η ψυχοκοινωνική φροντίδα θα πρέπει να στηρίζει τους ασθενείς στην επίτευξη των στόχων τους για γονεϊκότητα και στη διαχείριση όλων των επιπτώσεων μίας επιτυχημένης ή αποτυχημένης θεραπείας. Με την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε συνδυασμό με την ιατρική περίθαλψη κατά την διάρκεια της συνήθους πρακτικής, το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας μπορεί να διασφαλίσει ότι η φροντίδα είναι προσβάσιμη για όλους τους ασθενείς και αντιμετωπίζει τις πιο κοινές ανάγκες τους. Για τους λόγους αυτούς, η ψυχοκοινωνική φροντίδα πρέπει να αποτελεί υποχρέωση όλου του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς.

## Σκοπός

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ESHRE παρέχουν πληροφορίες για δύο κύρια ζητήματα. Πρώτον, για τις προτιμήσεις των ασθενών σε ότι αφορά την ψυχοκοινωνική φροντίδα που θα ήθελαν να λαμβάνουν στις κλινικές και πώς αυτή η φροντίδα σχετίζεται με την ευεξία τους. Αυτές οι πληροφορίες θεωρούνται χρήσιμες για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού σχετικά με τις προτιμήσεις των ασθενών για την ψυχοκοινωνική φροντίδα. Δεύτερον, σε ότι αφορά τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες που οι ασθενείς βιώνουν σε όλη την πορεία της θεραπείας και στο πώς το προσωπικό μπορεί να ανιχνεύσει και να

αντιμετωπίσει αυτές τις ανάγκες. Έτσι, οι κατευθυντήριες οδηγίες περιγράφουν τις ανάγκες των ασθενών, ενημερώνουν για τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές ανάγκες και χρησιμεύουν ως εργαλεία για να την ανίχνευση αυτών και την καταγραφή τεκμηριωμένων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν από τα μέλη του προσωπικού δίχως ειδική εκπαίδευση και δίχως να απαιτείται παρέμβαση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (εξειδικευμένων συμβούλων, ψυχολόγων και ψυχιάτρων).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι οργανωμένες σύμφωνα με τον οριζόντιο άξονα του χρόνου και τον κατακόρυφο άξονα των αναγκών με σκοπό την προσαρμογή της φροντίδας στις διαφορετικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες που βιώνουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των διαφορετικών σταδίων της θεραπείας. Η προσέγγιση αυτή απεικονίζεται στην Εικ.1. Ο άξονας του χρόνου περιλαμβάνει τρία στάδια: το πριν, το κατά την διάρκεια και το μετά την θεραπεία. Ο άξονας των αναγκών αναφέρεται στις συνθήκες που θεωρούνται απαραίτητες για τους ασθενείς ώστε να έχουν μία υγιή εμπειρία από τη θεραπεία της γονιμότητας. Οι ανάγκες μπορεί να είναι συμπεριφορικές (π.χ. τρόπος ζωής, άσκηση, διατροφή και συμμόρφωση), σχεσιακές (π.χ. σχέσεις με τον σύντροφο, την οικογένεια, τους φίλους και το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο και εργασιακό περιβάλλον), συναισθηματικές (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής) και γνωσιακές (π.χ. ανησυχίες και γνώσεις σχετικά με τη θεραπεία).

**Εικόνα 1** Σχηματική απεικόνιση της προσέγγισης των κατευθυντήριων οδηγιών για την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας προσαρμοσμένης στα συγκεκριμένα στάδια της θεραπείας της υπογονιμότητας και της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) και στις ανάγκες των ασθενών.

## Μέθοδοι

Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναπτύχθηκαν σύμφωνα με το εγχειρίδιο για την ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών της ESHRE (Nelen, 2009). Όλες οι λεπτομέρειες για τη μεθοδολογία μπορούν να βρεθούν στην πλήρη έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών που είναι διαθέσιμη στο [www.eshre.eu/Guidelines](http://www.eshre.eu/Guidelines). Εν συντομία, η ομάδα που ανέπτυξε τις κατευθυντήριες οδηγίες (GDG) όρισε 12 ερωτήσεις-κλειδιά οι οποίες δομούν την ψυχοκοινωνική φροντίδα στις κλινικές γονιμότητας. Οι ερωτήσεις ορίστηκαν σε μορφή PICO (Ασθενής, Παρέμβαση, Σύγκριση και Αποτέλεσμα) και, για κάθε ερώτηση, τα καλύτερα διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία αναζητήθηκαν στο PUBMED/MEDLINE, στο PsychInfo και στο Cochrane library και περιέλαβαν μελέτες δημοσιευμένες ανάμεσα σε Ιανουάριο 1990 και Απρίλιο 2014. Οι τεκμηριωμένες αποδείξεις αποδόθηκαν σε πίνακες και εκτιμήθηκε η ποιότητα όλων των εγγράφων. Τρεις διήμερες συναντήσεις οργανώθηκαν προκειμένου να συζητηθούν τα αποδεικτικά στοιχεία για κάθε ερώτημα, με σκοπό να επιτευχθεί συμφωνία σχετικά με την τελική διατύπωση των συστάσεων. Για κάθε σύσταση, αποδιδόταν ένας βαθμός (A-C) με κριτήριο την ισχύ των αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζονταν ([Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010](#)). Στην περίπτωση απουσίας αποδεικτικών στοιχείων, η GDG έδινε σημεία καλής πρακτικής (Good Practice Points, GPP) βασιζόμενη στην άποψη των ειδικών.

Μετά την οριστικοποίηση του προσχεδίου των κατευθυντήριων οδηγιών, τα ενδιαφερόμενα μέρη κλήθηκαν να αξιολογήσουν και να σχολιάσουν τις κατευθυντήριες οδηγίες. Ο πρόεδρος της GDG (SG) και ο ειδικός μεθοδολογίας (NV) επεξεργάστηκαν όλα τα σχόλια που έλαβαν, προσαρμόζοντας το περιεχόμενο των κατευθυντήριων οδηγιών ή/και απαντώντας στον κριτή. Η διαδικασία της αξιολόγησης συνοψίζεται στην έκθεση της ανασκόπησης, η οποία βρίσκεται δημοσιευμένη στον δικτυακό τόπο της ESHRE. Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα εξετασθούν για ενημέρωση τέσσερα χρόνια μετά τη

δημοσίευση τους.

## **Ερωτήσεις-κλειδιά και συστάσεις**

Το παρόν έγγραφο συνοψίζει τις ερωτήσεις-κλειδιά και τις συστάσεις για την κλινική πρακτική. Περαιτέρω βασικές πληροφορίες και τα αποδεικτικά στοιχεία για κάθε σύσταση μπορούν να βρεθούν διαθέσιμες στην πλήρη έκδοση των κατευθυντήριων οδηγιών στο <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Psychosocial-care-guideline.aspx>.

### **Ψυχοκοινωνική φροντίδα: προτιμήσεις ασθενών και ευ ζην**

*Ποιες πτυχές και συνιστώσες της ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι σημαντικές για τους ασθενείς;*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι ασθενείς εκτιμούν:

- τον τρόπο που το προσωπικό σχετίζεται μαζί τους (Ryan, 1999; Schmidt et al., 2003; Dancet et al., 2010; van Empel et al., 2010, 2011). [A];
- την ένδειξη κατανόησης από το προσωπικό και την προσοχή που δίνει στο συναισθηματικό αντίκτυπο της υπογονιμότητας (Schmidt et al., 2003; Dancet et al., 2010; van Empel et al., 2010). [A];
- το να συμμετέχουν και οι δύο σύντροφοι στην διαδικασία της θεραπείας (Dancet et al., 2010). [A];
- το να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Dancet et al., 2010). [A]; το να λαμβάνουν ψυχοκοινωνική φροντίδα από ευαίσθητα και έμπιστα μέλη του προσωπικού (Dancet et al., 2010; van Empel et al., 2010). [A];
- το να δίνεται προσοχή στις ξεχωριστές ανάγκες τους που σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό τους (Karatas et al., 2010). [B]. τους μειωμένους χρόνους αναμονής, την έλλειψη χρονικής πίεσης στις ιατρικές συζητήσεις και τη παροχή φροντίδας με συνέχεια (Ryan, 1999; Dancet et al., 2010). [A];
- την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού της κλινικής γονιμότητας και τη λήψη εξατομικευμένης φροντίδας (Dancet et al., 2010). [A];
- την παροχή ευκαιριών για την επαφή με άλλους ασθενείς (Dancet et al., 2010). [A];
- το να βρίσκονται σε μία κλινική που είναι αφιερωμένη στη φροντίδα της υπογονιμότητας (Dancet et al., 2010). [A];
- την προσφορά εξειδικευμένης ψυχοκοινωνικής φροντίδας (συμβουλευτική στην υπογονιμότητα ή ψυχοθεραπεία) πριν, κατά την διάρκεια και μετά τη θεραπεία εξωσωματικής γονιμοποίησης (Dancet et al., 2010). [B].

Η ομάδα της GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να γνωρίζει ότι:

- οι ασθενείς που εκφράζουν την ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη, εκτιμούν την προσφορά εξειδικευμένης ψυχοκοινωνικής φροντίδας (συμβουλευτική στην υπογονιμότητα ή ψυχοθεραπεία). [GPP];
- οι ασθενείς πιθανόν να εκτιμούν την παρουσία ενός συνοδού κατά την διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων. [GPP];
- οι άντρες εκτιμούν την ύπαρξη ειδικά σχεδιασμένων δωματίων για τη λήψη του δείγματος σπέρματος.

*Ποια συστατικά της συνήθους ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι σημαντικά για τους ασθενείς;*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι ασθενείς εκτιμούν:

- τη γραπτή πληροφόρηση που σχετίζεται με τη θεραπεία (Schmidt et al., 2003; Dancet et al., 2010; Mourad et al., 2011). [C];
- τις επεξηγήσεις σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας και τις θεραπευτικές επιλογές (Schmidt et al., 2003). [C];
- τις κατανοητές και προσαρμοσμένες (δηλαδή εξατομικευμένες) πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία (Schmidt et al., 2003; Dancet et al., 2010; Mourad et al., 2011). [C];
- την παροχή πληροφοριών για τις επιλογές ψυχοκοινωνικής φροντίδας (π.χ. στοιχεία επικοινωνίας των ομάδων υποστήριξης, επιλογές διαδικτυακής υποστήριξης, πρόσβαση σε συμβουλευτική υπογονιμότητας ή ψυχοθεραπεία) (Schmidt et al., 2003; Cousineau et al., 2008; Dancet et al., 2010; Sexton et al., 2010). [B].

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε IVF προτιμούν εξίσου τη διαπροσωπική ή την τηλεφωνική συμβουλευτική προκειμένου να συζητήσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας και τα μελλοντικά τους σχέδια (Stewart et al., 2001). [C]

*Ποιά χαρακτηριστικά του προσωπικού και των κλινικών γονιμότητας σχετίζονται με την ευεξία των ασθενών;*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή σχετίζεται με καλύτερη ευεξία του ασθενή (Aarts et al., 2012; Gameiro et al., 2013a,b). [C];
- τα θετικά χαρακτηριστικά του προσωπικού (επικοινωνία, σεβασμός, καταλληλότητα, συμμετοχή και ενημέρωση) σχετίζονται με καλύτερη ευεξία του ασθενή (Aarts et al., 2012; Gameiro et al., 2013a,b). [C];
- τα θετικά χαρακτηριστικά της κλινικής (ενημέρωση, καταλληλότητα της κλινικής και του προσωπικού και φροντίδα με συνέχεια) σχετίζονται με καλύτερη ευεξία του ασθενή (Aarts et al., 2012; Gameiro et al., 2013a,b). [C].

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι η προσφορά των σύγχρονων διαθέσιμων διαδραστικών σύνθετων παρεμβάσεων (οι σύνθετες παρεμβάσεις ενσωματώνουν ποικίλα ψυχοκοινωνικά στοιχεία (π.χ. την παροχή πληροφοριών, την εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης ή χαλάρωσης) είναι πιθανό να μην επηρεάζει την ευεξία του κάθε ασθενή ατομικά αλλά και στις διαπροσωπικές του σχέσεις (Shu-Hsin, 2003; van Zyl et al., 2005; Gurhan et al., 2007; Mori, 2009). [B]

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας πρέπει να παρέχει προπαρασκευαστικές πληροφορίες σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς αυτό μειώνει το άγχος και το στρες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα (Pook and Krause, 2005). [C]

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- προσαρμοσμένες ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε απευθείας σύνδεση ίσως να βελτιώνουν το στρες που σχετίζεται με την υπογονιμότητα και την αυτοαποτελεσματικότητα καθώς και τις σεξουαλικές και κοινωνικές ανησυχίες για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (Cousineau et al., 2008). [C];
- Η παροχή στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση πρόσβασης σε διαδικτυακό προσωπικό ιατρικό φάκελο, είναι πιθανό να μην προάγει τη συναισθηματική τους ευεξία (κατάθλιψη, άγχος και αυτεπάρκεια) (Tuil et al., 2007). [C].

**Ψυχοκοινωνική φροντίδα πριν τη θεραπεία**



Η περίοδος «πριν τη θεραπεία» αναφέρεται στην περίοδο που ξεκινά με την πρώτη επίσκεψη στην κλινική και ολοκληρώνεται με την έναρξη του πρώτου κύκλου θεραπείας, είτε αποτελεί την πρώτη γραμμή θεραπείας όπως η ενδομήτρια σπερματέγχυση (IUI) είτε η θεραπεία με την τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγικής (ART).

*Ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών πριν τη θεραπεία;*

#### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- 1 στους 10 ασθενείς που παραπέμπονται για θεραπεία γονιμότητας επιλέγει να μη ξεκινήσει τη θεραπεία (Brandes et al., 2009). [C];
- οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι δε ξεκινούν οποιοδήποτε είδος συνιστώμενης θεραπείας γονιμότητας είναι: η απόρριψη της θεραπείας (εξαιτίας ηθικών αντιρρήσεων, ανησυχιών για τη θεραπεία και έλλειψης ενδιαφέροντος για τη θεραπεία), προσωπικοί λόγοι, προβλήματα στη σχέση, οικονομικά ζητήματα και ψυχολογική φόρτιση κατά τη θεραπεία (Gameiro et al., 2012). [B];
- οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για την έναρξη της θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ισχυρίζονται ότι δεν ξεκινούν τη συνιστώμενη θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (ART) είναι: προβλήματα στη σχέση, ψυχολογική φόρτιση κατά τη θεραπεία, προσωπικοί λόγοι, προβλήματα που σχετίζονται με την κλινική και οικονομικά ζητήματα (Gameiro et al., 2012). [B];
- ένας σημαντικός αριθμός ασθενών έχει συμπεριφορές στον τρόπο ζωής που πιθανόν να επιδρούν αρνητικά στη γενική και αναπαραγωγική τους υγεία (Klonoff-Cohen et al., 2001; Freizinger et al., 2010; Schilling et al., 2012). [C].

#### *Σχεσιακές/κοινωνικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι ασθενείς που ξεκινούν θεραπείες πρώτης γραμμή ή θεραπείες με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν έχουν χειρότερες συζυγικές και σεξουαλικές σχέσεις συγκρινόμενοι με το γενικό πληθυσμό (Slade et al., 1997; Edelmann and Connolly, 2000; Verhaak et al., 2001, 2005a,b). [B];
- οι ασθενείς κατά τη διαδικασία των εξετάσεων γονιμότητας δεν παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Shindel et al., 2008). [C].

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- πριν την έναρξη της θεραπείας εξωσωματικής γονιμοποίησης, οι ασθενείς δεν είναι περισσότερο καταθλιπτικοί από το γενικό πληθυσμό ή μάρτυρες με πανομοιότυπα χαρακτηριστικά (Verhaak et al., 2007a,b; Lintsen et al., 2009; Lewis et al., 2013). [B];
- τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με το αν πριν την έναρξη του πρώτου κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης οι ασθενείς είναι περισσότερο αγχωμένοι (το άγχος ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) από το γενικό πληθυσμό είναι αντικρουόμενα (Verhaak et al., 2007a,b; Lintsen et al., 2009; Lykeridou et al., 2009; Kumbak et al., 2010; Turner et al., 2013). [B];
- πριν τη θεραπεία πρώτης γραμμής ή των τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι γυναίκες δεν παρουσιάζουν περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές ή γενικευμένη ψυχοπαθολογία από το γενικό πληθυσμό (Edelmann and Connolly, 2000; Salvatore et al., 2001; Dhaliwal et al., 2004; Van den Broeck et al., 2010; Zaig et al., 2013). [C].

*Πως μπορεί το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να ανιχνεύσει τις ανάγκες των ασθενών πριν τη θεραπεία;*

Η GDG συνιστά για στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

- να προσφέρει στους ασθενείς την ευκαιρία να εκτιμηθούν οι ανάγκες τους και να είναι ενημερωμένοι για τη συναισθηματική τους προσαρμογή πριν την έναρξη της θεραπείας [GPP];

χρησιμοποιήστε τα εργαλεία που παρατίθενται στα [Συμπληρωματικά Δεδομένα](#) κατά την αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών [GPP].

### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει:

- να γνωρίζει ότι επί του παρόντος και για πριν την έναρξη της θεραπείας δεν υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία ή προγνωστικοί παράγοντες για τον εντοπισμό των ασθενών που πιθανόν να μην ξεκινήσουν τη συνιστώμενη θεραπεία γονιμότητας ([Gameiro et al., 2012](#)). [B];
- να μην υποθέτει ότι οι ασθενείς αναφέρουν αυθόρμητα όλους τους παράγοντες κινδύνου για μειωμένη γονιμότητα (π.χ. διατροφικές διαταραχές) ([Freizinger et al., 2010](#)). [C];
- να γνωρίζει πως οι παράγοντες κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και δίαιτα) για μειωμένη γονιμότητα μπορούν να εκτιμηθούν με διαδικτυακά εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους ασθενείς ([Landkroon et al., 2010](#)). [C].

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να εξετάζει ενδελεχώς τους παράγοντες κινδύνου (π.χ. χρήση ναρκωτικών, διατροφικές διαταραχές) για μειωμένη γονιμότητα ([Freizinger et al., 2010](#)). [GPP].

### *Σχισιακές και κοινωνικές ανάγκες*

Το προσωπικό της γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερο κοινωνικό και σεξουαλικό στρες που σχετίζεται με υπογονιμότητα από ότι οι άνδρες ([Slade et al., 1997](#); [Newton et al., 1999](#); [Peterson et al., 2007, 2008, 2014](#); [Donarelli et al., 2012](#)). [C];
- οι τρόποι με τους οποίους οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τα προβλήματα γονιμότητάς τους σχετίζονται με διαπροσωπική και κοινωνική δυσφορία, η οποία είναι συνδεδεμένη με την υπογονιμότητα : η χρήση της νοσηματοδοτημένης αντιμετώπισης (π.χ. το να σκέφτονται το πρόβλημα της γονιμότητας με θετικό πνεύμα, βρίσκοντας άλλους στόχους στη ζωή) φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερη συζυγική και κοινωνική δυσφορία σχετιζόμενη με τη γονιμότητα' η χρήση της αποφυγής ως στρατηγική αντιμετώπισης (π.χ. το να αποφεύγουν να βρίσκονται ανάμεσα σε έγκυες γυναίκες) φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερη συζυγική και κοινωνική δυσφορία σχετιζόμενη με τη γονιμότητα ([Peterson et al., 2008](#)). [C];
- στα ζευγάρια, ο τρόπος που ο ένας σύντροφος αντιδρά στην κατάσταση/διάγνωση της υπογονιμότητας σχετίζεται με το πώς αντιδρά ο άλλος σύντροφος ([Peterson et al., 2008, 2014](#)). [C];
- τα ζευγάρια που έχουν διαφορετικές απόψεις σε ότι αφορά τη σημαντικότητα του να είσαι γονιός και κοινωνικές ανησυχίες, ίσως δείχνουν χαμηλότερη ικανοποίηση στη σχέση από εκείνους που έχουν παρόμοιες απόψεις ([Peterson et al., 2003](#)). [C].



### *Συναισθηματικές ανάγκες*

Το προσωπικό την κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στρες σχετιζόμενο με την υπογονιμότητα από τους άνδρες (Slade et al., 1997; Newton et al., 1999; Edelman and Connolly, 2000; Peterson et al., 2003, 2014; Reis et al., 2013). [C];
- οι ασθενείς με χαμηλότερο επαγγελματικό επίπεδο βιώνουν υψηλότερο στρες και άγχος υπογονιμότητας από τους ασθενείς με μέτριο ή υψηλό επαγγελματικό επίπεδο (Lykeridou et al., 2009, 2011). [C];
- οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν τον ανδρικό παράγοντα υπογονιμότητας στο σύντροφό τους βιώνουν μεγαλύτερο άγχος από τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν τον γυναικείο παράγοντα, τη σύνθετη ή την ανεξήγητη υπογονιμότητα, ενώ ο τύπος της διάγνωσης της υπογονιμότητας δε σχετίζεται με την κατάθλιψη (Lykeridou et al., 2009). [C];
- ο τρόπος που οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τα προβλήματα της γονιμότητάς τους σχετίζεται με τη δυσφορία τους για την υπογονιμότητα: η παθητική αντιμετώπιση (π.χ. η επίμονη σκέψη, η αποχώρηση) φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας σχετικά με την υπογονιμότητα. Η ενεργή αντιμετώπιση (π.χ. η στοχευμένη επίλυση του προβλήματος, η ορθολογιστική σκέψη για το πρόβλημα) φαίνεται να σχετίζεται με λιγότερη δυσφορία σχετικά με την υπογονιμότητα (Van den Broeck et al., 2010). [C];
- τα άτομα που αντιλαμβάνονται ότι ο σύντροφός τους είναι διαθέσιμος και αποκριτικός βιώνουν χαμηλότερο στρες υπογονιμότητας από τα άτομα που αντιλαμβάνονται ότι ο σύντροφός τους να είναι αποφευκτικός και μη αποκριτικός (Van den Broeck et al., 2010; Donarelli et al., 2012). [C]; στα ζευγάρια, τα συμπτώματα κατάθλιψης κάθε συντρόφου σχετίζονται με τη δική τους δυσφορία σχετικά με την υπογονιμότητα αλλά και αυτή του συντρόφου τους (Van den Broeck et al., 2010; Donarelli et al., 2012). [C];
- το SCREENIVF αποτελεί ένα έγκυρο, εξειδικευμένο στη υπογονιμότητα εργαλείο σχεδιασμένο για χρήση πριν την έναρξη της θεραπείας, προκειμένου να αξιολογεί τους παράγοντες κινδύνου συναισθηματικών προβλημάτων μετά από έναν κύκλο θεραπείας (Verhaak et al., 2010; Van Dongen et al., 2012). [B].

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να χρησιμοποιεί το SCREENIVF πριν την έναρξη κάθε κύκλου θεραπείας για να αξιολογεί τους παράγοντες κινδύνου συναισθηματικών προβλημάτων των ασθενών μετά τον κύκλο [GPP].

*Πώς το προσωπικό της κλινικής γονιμότητάς μπορεί να διαχειριστεί τις ανάγκες των ασθενών πριν τη θεραπεία;*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να παραπέμπει τους ασθενείς με κίνδυνο να βιώσουν κλινικά σημαντικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική φροντίδα (συμβουλευτική της υπογονιμότητας ή ψυχοθεραπεία). [GPP].

### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει:

- να παρέχει προπαρασκευαστικές πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες, διότι προωθούν τη συμμόρφωση (Pook and Krause, 2005; Lykeridou et al., 2009, 2011). [B];
- να γνωρίζει ότι τα προγράμματα απώλειας βάρους που βασίζονται σε διατροφή και άσκηση και εφαρμόστηκαν προ της θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ίσως είναι αποτελεσματικά στην ελάττωση του βάρους και του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ).. (Clark et al., 1998; Moran et al., 2011). [B].

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

- να εξετάζει την παροχή πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με συμπεριφορές του τρόπου ζωής τους οι οποίες πιθανόν να επηρεάζουν τη γενικότερη και την αναπαραγωγική τους υγεία. [GPP];
- να στηρίζουν τους ασθενείς στην αλλαγή συμπεριφορών στον τρόπο ζωής τους, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τη γενικότερη και την αναπαραγωγική υγεία τους, όπως επίσης και τις πιθανότητες επιτυχίας της θεραπείας. [GPP].

#### *Σχισιακές και κοινωνικές ανάγκες*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

- να προσφέρει πρόσθετη ψυχοκοινωνική φροντίδα στους ασθενείς που διατρέχουν τον κίνδυνο να βιώσουν αυξημένη σχεσιακή και κοινωνική δυσφορία εξαιτίας της υπογονιμότητας. [GPP];
- να εμπλέκει ενεργά και τα δύο μέλη του ζευγαριού στη διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας. [GPP].

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*

- το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να παρέχει προπαρασκευαστικές πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές διαδικασίες, διότι αυτό μειώνει το άγχος και το στρες της υπογονιμότητας (Pook and Krause, 2005). [C].

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

- να παραπέμπει τους ασθενείς που αναγνωρίζονται από το SCREENIVF ότι διατρέχουν κίνδυνο συναισθηματικών προβλημάτων σε εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική φροντίδα (συμβουλευτική της υπογονιμότητας ή ψυχοθεραπεία) [GPP];
- να υπάρχει ενεργή συμμετοχή και από τα δύο μέλη του ζευγαριού στη διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας. [GPP];

#### *Γνωσιακές ανάγκες*

- το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας πρέπει να παρέχει προπαρασκευαστικές πληροφορίες για τις ιατρικές διαδικασίες διότι αυτό αυξάνει τη γνώση των ασθενών (Hope and Rombauts, 2010). [C].

### **Ψυχοκοινωνική φροντίδα κατά τη διάρκεια της θεραπείας**

Η περίοδος «κατά τη διάρκεια της θεραπείας» αναφέρεται στο χρόνο που περιλαμβάνει οποιονδήποτε κύκλο θεραπείας, είτε αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής όπως σπερματέγχυση, είτε κύκλους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

*Ποιες είναι οι ανάγκες των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας?*

#### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

- Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:
- περίπου 1 στους 12 και 1 στους 5 ασθενείς δεν συμμορφώνεται με τη θεραπεία πρώτης γραμμής και με τις μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αντίστοιχα (Brandes et al., 2009; Gameiro et al., 2013a,b). [A];
- οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι διακόπτουν τη συνιστώμενη θεραπεία πρώτης γραμμής είναι: αναβολή της θεραπείας (π.χ. διακοπή της θεραπείας για τουλάχιστον 1 χρόνο), τεχνικοί και πρακτικοί λόγοι, απόρριψη της αγωγής, αντίληψη της κακής πρόγνωσης και της ψυχολογικού φορτίου της θεραπείας (Gameiro et al., 2012). [A];
- οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι διακόπτουν τη συνιστώμενη θεραπεία μετά από έναν αποτυχημένο κύκλο εξωσωματικής

γονιμοποίησης/μικρογονιμοποίησης είναι: οικονομικά ζητήματα, το ψυχολογικό και σωματικό φορτίο της θεραπείας, λόγους που σχετίζονται με την κλινική και τα προβλήματα οργάνωσης, αναβολή της θεραπείας (ή άγνωστη) και σχεσιακά προβλήματα (Gameiro et al., 2012). [A];

- οι λόγοι για τους οποίους οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι διακόπτουν ένα πρόγραμμα συνιστώμενης συνήθους θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής τριών διαδοχικών κύκλων είναι: η αναβολή της θεραπείας, το ψυχολογικό φορτίο της θεραπείας, το ψυχικό και σωματικό φορτίο της θεραπείας και προσωπικά προβλήματα (Gameiro et al., 2012). [A].

### **Σχεσιακές και κοινωνικές ανάγκες:**

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- η ικανοποίηση των ασθενών στη σχέση δεν αλλάζει από την περίοδο πριν ξεκινήσουν έναν κύκλο εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης μέχρι μετά το τεστ κύησης (Verhaak et al., 2001). [B];

- οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερη οικειότητα με το σύντροφό τους κατά τη διάρκεια ενός κύκλου εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης από ότι κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού εμμηνορυσιακού κύκλου, ιδιαίτερα στις ημέρες της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς (Verhaak et al., 2001). [B];

- οι γυναίκες βιώνουν χαμηλότερη σεξουαλική ικανοποίηση μετά το τεστ κύησης από ότι πριν την έναρξη ενός κύκλου εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης (Verhaak et al., 2001). [B];

- οι γυναίκες αναφέρουν χαμηλότερη κοινωνική στήριξη από άλλους σημαντικούς κατά την περίοδο μεταξύ της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς ενός κύκλου εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης από ότι κατά την αντίστοιχη περίοδο ενός φυσικού εμμηνορυσιακού κύκλου (Boivin and Takefman, 1996). [B];

- κατά τη διάρκεια ενός κύκλου εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης, 6 στους 10 ασθενείς αναφέρουν απουσίες από την εργασία εξαιτίας της θεραπείας και, κατά μέσο όρο, οι ασθενείς χάνουν 23 ώρες εργασίας (Bouwman et al., 2008). [C].

### **Συναισθηματικές ανάγκες**

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- το συναισθηματικό στρες των ασθενών παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια ενός κύκλου εξωσωματικής, με κορυφώσεις κατά την ωοληψία, την εμβρυομεταφορά και την περίοδο αναμονής πριν το τεστ κύησης (Boivin and Takefman, 1996; Boivin et al., 1998; Knoll et al., 2009; Turner et al., 2013). [B];

- η θετική στάση των γυναικών μειώνεται κατά τη διάρκεια ενός κύκλου εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης (Knoll et al., 2009; Boivin and Lancaster, 2010). [B];

- το άγχος και το στρες είναι υψηλότερα όταν οι ασθενείς αναμένουν τα αποτελέσματα (π.χ. κατά την περίοδο της αναμονής πριν το τεστ κύησης, μεταξύ της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς) (Boivin and Takefman, 1996; Boivin et al., 1998; Verhaak et al., 2007a,b; Knoll et al., 2009). [B];

- οι ασθενείς βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία όταν ενημερώνονται ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής (Verhaak et al., 2007a,b). [B];

- όταν πληροφορούνται ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής, 1 με 2 στις 10 γυναίκες βιώνουν κλινικά σημαντικά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης (Verhaak et al., 2007a,b). [B];

- μετά τα αποτελέσματα του τεστ κύησης για τη θεραπεία εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης, 1 στις 4 γυναίκες και 1 στους 10 άνδρες παρουσιάζουν καταθλιπτική διαταραχή. 1 στις 7 γυναίκες και 1 στους 20 άνδρες

παρουσιάζουν αγχώδη διαταραχή (Volgsten et al., 2008, 2010). [B].

#### *Γνωσιακές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι ασθενείς αναφέρουν μέτρια έως υψηλή ανησυχία για την επίτευξη μιας εγκυμοσύνης με τη γέννηση ενός υγιούς νεογνού, η οποία δε μειώνεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Klonoff-Cohen et al., 2007). [C]

*Πώς το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας μπορεί να ανιχνεύσει τις ανάγκες των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας;*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της γονιμότητάς να χρησιμοποιεί τα εργαλεία που είναι καταγεγραμμένα στα «**Συμπληρωματικά Δεδομένα**» κατά την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών. [GPP].

#### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητάς θα πρέπει να γνωρίζει πως μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν αξιόπιστα εργαλεία ή προγνωστικοί παράγοντες για τον εντοπισμό των ασθενών που πιθανόν δε θα συμμορφωθούν με τη συνιστώμενη θεραπεία (Gameiro et al., 2012). [B].

#### *Σχεσιακές και κοινωνικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- κατά την έναρξη της ωθητικής διέγερσης, κατά την ωληψία και μετά το τεστ κύησης, οι άντρες αναφέρουν ότι αντιλαμβάνονται χαμηλότερη υποστήριξη από ότι οι γυναίκες (Agostini et al., 2011). [C];
- οι άντρες αναφέρουν υψηλότερη κοινωνική απομόνωση από ότι οι γυναίκες κατά τη διάρκεια ενός κύκλου θεραπείας εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης (Boivin et al., 1998). [C];
- οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ή σωματικά ή συναισθηματικά παράπονα εξαιτίας της εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης, είναι πιθανό να παίρνουν περισσότερες ώρες άδεια από την εργασία τους εξαιτίας της θεραπείας (Bouwman et al., 2008). [C].

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν άγχος, κατάθλιψη, στρες ή/και ψυχιατρική νοσηρότητα από τους άνδρες (Boivin et al., 1998; Berghuis and Stanton, 2002; Verhaak et al., 2005a,b; Montagnini et al., 2009; Chiaffarino et al., 2011). [B];
- ο αριθμός των προηγούμενων κύκλων θεραπείας δεν σχετίζεται με κατάθλιψη, άγχος και εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών για τους άνδρες και τις γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία (Khademi et al., 2005; Volgsten et al., 2010; Chiaffarino et al., 2011; Newton et al., 2013; Turner et al., 2013). [C];
- οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ήπια διέγερση για εξωσωματική/μικρογονιμοποίηση (σε αντίθεση με την τυπική διέγερση) είναι πιο πιθανό να βιώσουν αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις στην ωληψία αλλά λιγότερο πιθανό να βιώσουν αυτές τις αντιδράσεις κατά τη διάρκεια της ορμονικής διέγερσης και μετά από ακύρωση ή αποτυχία ενός κύκλου θεραπείας (de Klerk et al., 2006). [C];
- οι ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό ευαισθησίας σε διαταραχές ψυχικής υγείας είναι πιο πιθανό να βιώσουν κατάθλιψη, άγχος ή/και ψυχιατρική νοσηρότητα κατά τη

διάρκεια της θεραπείας (Zaig et al., 2013). [C];

- οι τρόποι που οι γυναίκες αντιμετωπίζουν τα προβλήματα γονιμότητας σχετίζονται με τη δυσφορία εξαιτίας της υπογονιμότητας· η χρήση της αποφυγής ως στρατηγικής αντιμετώπισης (π.χ. το να αποφεύγουν να βρίσκονται ανάμεσα σε έγκυες γυναίκες) σχετίζεται με υψηλότερη δυσφορία λόγω υπογονιμότητας· η χρήση συναισθηματικής εκφραστικής αντιμετώπισης (π.χ. το να εκφράζουν συναισθήματα στους συντρόφους τους) σχετίζεται με χαμηλότερη δυσφορία που σχετίζεται με την υπογονιμότητα (Panagopoulou et al., 2006). [C];
- οι ασθενείς με χαμηλή αποδοχή της υπογονιμότητας και της ατεκνίας είναι πιο πιθανό να βιώσουν άγχος και κατάθλιψη όταν ενημερωθούν πως η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής (Verhaak et al., 2005a,b). [C];
- οι ασθενείς που βιώνουν σε υψηλό βαθμό αβοήθητοι μπροστά στην υπογονιμότητα και τη θεραπεία της είναι πιο πιθανό να βιώσουν άγχος και κατάθλιψη όταν ενημερωθούν πως η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής (Verhaak et al., 2005a,b). [C];
- στα ζευγάρια, ο τρόπος που ο ένας σύντροφος αντιδρά στην υπογονιμότητα και στη θεραπεία της σχετίζεται με το πώς ο άλλος σύντροφος αντιδρά (Berghuis and Stanton, 2002; Knoll et al., 2009). [C].

#### *Γνωσιακές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν αξιόπιστες μέθοδοι ή πληροφορίες σχετικά με τους προγνωστικούς παράγοντες των ανησυχιών που έχουν οι ασθενείς για τη θεραπεία (Klonoff-Cohen et al., 2007). [C]

*Πώς το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας;*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να παραπέμπει τους ασθενείς που διατρέχουν τον κίνδυνο να βιώσουν κλινικά σημαντικά προβλήματα σε εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική φροντίδα (συμβουλευτική στην υπογονιμότητα ή ψυχοθεραπεία). [GPP].

#### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να προσφέρει στους ασθενείς την ευκαιρία να συζητήσουν την χορήγηση ή όχι της συνιστώμενης θεραπείας και να λάβουν υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων για να κάνουν συνειδητή την επιλογή τους. [GPP].

#### *Σχεσιακές και κοινωνικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- το να προσφέρει τις μέχρι τώρα διαθέσιμες σύνθετες διαδραστικές παρεμβάσεις (οι σύνθετες παρεμβάσεις ενσωματώνουν διάφορα ψυχοκοινωνικά στοιχεία π.χ. την παροχή πληροφοριών, την εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης ή χαλάρωσης) είναι πιθανό να μη βελτιώσει τις διαπροσωπικές σχέσεις και τις σεξουαλικές ανησυχίες των ασθενών (Shu-Hsin, 2003). [B];
- η παροχή στους ασθενείς εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης διαδικτυακής πρόσβασης στον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο είναι πιθανό να μη βελτιώσει την κοινωνική τους υποστήριξη (Tuil et al., 2007). [B].

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας :

- να προσφέρει επιπλέον ψυχοκοινωνική φροντίδα στους ασθενείς με ειδικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με κοινωνική απομόνωση ή απουσία από την εργασία. [GPP]· να εμπλέκει ενεργά και τους δύο συντρόφους στη διαδικασία της θεραπείας. [GPP].

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*



Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- το να προσφέρει τις μέχρι τώρα διαθέσιμες σύνθετες παρεμβάσεις είναι πιθανό να μη βελτιώσει τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών (Shu-Hsin, 2003; van Zyl et al., 2005; Gurhan et al., 2007). [B];
- η παροχή διαδικτυακής πρόσβασης στους ασθενείς εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης σε προσωπικά αρχεία υγείας είναι πιθανό να μη βελτιώσει τη συναισθηματική τους ευεξία (άγχος, κατάθλιψη και αυτεπάρκεια) (Tuil et al., 2007). [B].

Οι GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

να προσφέρει επιπρόσθετη ψυχοκοινωνική φροντίδα στους ασθενείς με ειδικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις [GPP] να εμπλέκει ενεργά και τους δύο συντρόφους στη διαδικασία της θεραπείας. [GPP].

#### *Γνωσιακές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι η παροχή διαδικτυακής πρόσβασης στους ασθενείς εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης στον προσωπικό ιατρικό φάκελο είναι πιθανό να μην αυξήσει τη γνώση τους σχετικά με την υπογονιμότητα και τη θεραπεία της (Tuil et al., 2007). [B].

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να προσφέρει στους ασθενείς την ευκαιρία να συζητήσουν και να διευκρινίσουν τις ανησυχίες τους σε ότι αφορά θεραπεία τους. [GPP].

#### **Ψυχοκοινωνική φροντίδα μετά τη θεραπεία**

Η περίοδος «μετά τη θεραπεία» αναφέρεται στην περίοδο που ξεκινά ένα χρόνο αφότου οι ασθενείς υποβληθούν στον τελευταίο κύκλο θεραπείας τους και η ενότητα διαφοροποιείται μεταξύ των ατόμων που δε συλλαμβάνουν μετά τη θεραπεία (δηλαδή ανεπιτυχής θεραπεία) και των ατόμων που συλλαμβάνουν (δηλαδή επιτυχής θεραπεία που οδηγεί σε γέννηση ζώντος παιδιού).

*Ποιές είναι οι ανάγκες των ασθενών μετά τη θεραπεία;*

#### *Μετά την ανεπιτυχή θεραπεία*

##### *Σχεσιακές και κοινωνικές ανάγκες*

- Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι περίπου 2 χρόνια μετά την ανεπιτυχή θεραπεία εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης, οι ασθενείς είναι γενικά ικανοποιημένοι με τη συζυγική τους σχέση (Sydsjo et al., 2005; Johansson et al., 2009). [C]
- Τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών μετά την ανεπιτυχή θεραπεία της εξωσωματικής είναι ιδιαίτερα περιορισμένες για να μπορέσουν να υποστηρίξουν τις συστάσεις (Verhaak et al., 2007a,b; Johansson et al., 2009). Δεν έχουν βρεθεί καθόλου αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις γνωσιακές ανάγκες των ασθενών.

#### *Εγκυμοσύνη μετά τη θεραπεία*

##### *Συμπεριφορικές ανάγκες*



Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι γυναίκες που οδηγούνται σε εγκυμοσύνη με θεραπεία γονιμότητας εφαρμόζουν συμπεριφορές τρόπου ζωής που είναι παρόμοιες με τις γυναίκες που συλλαμβάνουν αυθόρμητα (Fisheret al., 2013). [C]

#### *Σχεσιακές και κοινωνικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι ο τρόπος που οι ασθενείς συνδέονται με το έμβρυό τους είναι ο ίδιος είτε το έμβρυο συλλαμβάνεται με θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είτε αυθόρμητα (Hammarberg et al., 2008; Hjelmstedt and Collins, 2008; Karatas et al., 2011). [C].

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι γυναίκες που συνέλαβαν με εξωσωματική/ μικρογονιμοποίηση δε βιώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, χειρότερη αυτοεκτίμηση ή χειρότερη ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τις γυναίκες που συνέλαβαν αυθόρμητα (Hammarberg et al., 2008; Vilska et al., 2009; McMahon et al., 2011).[A];
- οι γυναίκες που συνέλαβαν με εξωσωματική/μικρογονιμοποίηση ίσως βιώνουν περισσότερο το άγχος της εγκυμοσύνης από τις γυναίκες που συνέλαβαν αυθόρμητα (Hammarberg et al., 2008). [B]

#### *Γνωσιακές ανάγκες*

- το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι γυναίκες με πολύδυμη κύηση μετά από εξωσωματική/μικρογονιμοποίηση ίσως έχουν περισσότερες προσδοκίες σε ότι αφορά τη μητρότητα από τις γυναίκες με αυθόρμητη πολύδυμη κύηση (Baorand Soskolne, 2010).[C]

*Πώς μπορεί το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να ανιχνεύσει τις ανάγκες των ασθενών μετά τη θεραπεία;*

#### *Μετά την ανεπιτυχή θεραπεία*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας να χρησιμοποιεί τα εργαλεία που είναι καταγεγραμμένα στη [Suplemmetary data](#) κατά την εκτίμηση των αναγκών των ασθενών. [GPP].

#### *Συμπεριφορικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι παλαιότεροι ασθενείς που παραμένουν άτεκνοι 5 χρόνια μετά από ανεπιτυχή θεραπεία εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης είναι πιθανό να λαμβάνουν περισσότερα υπνωτικά φάρμακα, να καπνίζουν συχνότερα, και να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από παλαιότερους ασθενείς που έχουν γίνει γονείς μέσω υιοθεσίας ή αυθόρμητα (Johansson et al., 2009). [C]

#### *Σχεσιακές και κοινωνικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι παλαιότεροι ασθενείς που παραμένουν άτεκνοι για 5 χρόνια μετά από ανεπιτυχή θεραπεία εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης είναι 3 φορές περισσότερο πιθανό να χωρίσουν σε σχέση με παλαιότερους ασθενείς που έχουν γίνει γονείς μέσω υιοθεσίας ή αυθόρμητα

(Johansson et al., 2009). [C]

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι γυναίκες που παραμένουν χωρίς παιδί για 10 χρόνια μετά από ανεπιτυχή θεραπεία εξωσωματικής/μικρογονιμοποίησης δεν είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ψυχιατρικές διαταραχές από ότι γυναίκες της ίδιας ηλικίας που ποτέ δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία γονιμότητας (Yli-Kuha et al., 2010). [C];
- οι γυναίκες με επιθυμία για εγκυμοσύνη η οποία επιμένει 3 ή 5 χρόνια μετά από μία ανεπιτυχή θεραπεία ίσως βιώσουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη από γυναίκες που βρήκαν καινούργιους στόχους στη ζωή ή γυναίκες που έγιναν μητέρες (Verhaaketal., 2007a,b). [C].

Καμία απόδειξη δεν ήταν διαθέσιμη στην ανίχνευση των γνωσιακών αναγκών των ασθενών μετά από ανεπιτυχή θεραπεία γονιμότητας.

#### *Εγκυμοσύνη μετά τη θεραπεία*

#### *Συναισθηματικές ανάγκες*

Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει ότι:

- οι γυναίκες που βιώνουν πολλαπλούς αποτυχημένους κύκλους θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή υψηλό στρες κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι πιο πιθανό να βιώσουν συμπτώματα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Hammarberg et al., 2008). [C];
- οι ασθενείς με πολύδυμες κυήσεις μετά από θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν είναι πιθανότερο να βιώσουν εξασθενημένη ψυχική υγεία από ότι γονείς με μονή κύηση μετά από θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Vilksa et al., 2009). [C].

Με βάση τις γνώσεις μας, δεν υπάρχουν μελέτες που να εκτιμούν τους προγνωστικούς παράγοντες των συμπεριφορικών, σχεσιακών και γνωσιακών αναγκών των ασθενών μετά τη θεραπεία.

*Πώς το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας μπορεί να διαχειριστεί τις ανάγκες των ασθενών μετά τη θεραπεία;*

#### *Μετά από ανεπιτυχή θεραπεία*

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

- να παραπέμπει ασθενείς οι οποίοι, όταν τελειώσουν μια ανεπιτυχή θεραπεία, βιώνουν ή κινδυνεύουν να βιώσουν (σε σύντομο ή μακρύ χρονικό διάστημα) κλινικά σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα σε εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική φροντίδα (συμβουλευτική της υπογονιμότητας ή ψυχοθεραπεία). [GPP];
- να προσφέρουν επιπρόσθετη ψυχοκοινωνική φροντίδα στους ασθενείς οι οποίοι όταν τελειώνει η ανεπιτυχής θεραπεία τους, κινδυνεύουν από αυξημένη ψυχοκοινωνική δυσφορία εξαιτίας της υπογονιμότητας. [GPP];
- να προσφέρουν στους ασθενείς την ευκαιρία να συζητήσουν τις επιπτώσεις μιας ανεπιτυχούς θεραπείας. [GPP];

## Εγκυμοσύνη μετά τη θεραπεία

Η GDG συνιστά στο προσωπικό της κλινικής γονιμότητας:

- να παραπέμπει τους ασθενείς που βιώνουν ή κινδυνεύουν να βιώσουν κλινικά σημαντικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από μια επιτυχή θεραπεία σε εξειδικευμένη ψυχοκοινωνική φροντίδα (συμβουλευτική υπογονιμότητας ή ψυχοθεραπεία). [GPP];
- να παρέχει επιπρόσθετη ψυχοκοινωνική φροντίδα σε ασθενείς που κινδυνεύουν από αυξημένη ψυχοκοινωνική δυσφορία μετά από μία επιτυχημένη θεραπεία. [GPP];
- να προσφέρει στους ασθενείς την ευκαιρία να συζητήσουν τις ανησυχίες τους για την εγκυμοσύνη που επετεύχθη με θεραπείες γονιμότητας. [GPP];

Αυτές οι GPD αποφασίστηκαν ομόφωνα, καθώς δε βρέθηκαν μελέτες σχετικά με τις παρεμβάσεις που μπορούν να δοθούν από το προσωπικό προκειμένου να διαχειριστεί τις ανάγκες των ασθενών που υποβάλλονται σε ανεπιτυχή ή επιτυχή θεραπεία γονιμότητας.

## Συμπεράσματα

Αυτές είναι οι πρώτες επιστημονικά τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις καλής πρακτικής για όλο το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας σχετικά με το πώς να εφαρμόζουν τη συνήθη ψυχοκοινωνική φροντίδα στις κλινικές γονιμότητας. Οι οδηγίες αυτές αναπτύχθηκαν με βάση το Εγχειρίδιο ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών της ESHRE (Nelen, 2009). Όλες οι συστάσεις ήταν το αποτέλεσμα ομοφωνίας της GDG και υποβλήθηκαν σε εκτενή και διαφανή αξιολόγηση από τα σχετικά ενδιαφερόμενα μέρη.

Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών, έγινε ξεκάθαρο ότι οι διαθέσιμες αποδείξεις για την ολοκληρωμένη απάντηση πολλών ερωτήσεων-κλειδιών ήταν είτε ανύπαρκτες, είτε σπάνιες είτε χαμηλής ποιότητας. Πράγματι, πολλά ζητήματα δεν μπόρεσαν να επιλυθούν βάσει της διαθέσιμης βιβλιογραφία. Από τις 125 συστάσεις, 45 (36,0%) στηρίζονταν σε υψηλής ποιότητα αποδείξεις (βαθμός A ή B), 51 (40,8%) σε μέτριας ποιότητας (βαθμός C) και 29 (23,2%) διατυπώθηκαν ως σημεία καλής πρακτικής (GPP) βασιζόμενα στην άποψη εμπειρογνομόνων. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να προσπαθήσουν να διεξάγουν υψηλής ποιότητας έρευνα η οποία θα απευθύνεται:

- i. στις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με το προσωπικό και τα κλινικά χαρακτηριστικά αλλά και τα ψυχοκοινωνικά συστατικά
- ii. στην επίδραση των χαρακτηριστικών του προσωπικού και της κλινικής και της ψυχοκοινωνικής φροντίδας στην ευεξία του ασθενή
- iii. στις ανάγκες των ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και ειδικά μετά τη θεραπεία γονιμότητας
- iv. στην ανάπτυξη, την επικύρωση και την αξιολόγηση της διαδικασίας των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που μπορούν να παρέχονται από το προσωπικό ή από τους ίδιους τους ασθενείς (π.χ. παροχή πληροφοριών, υποστήριξη ασθενών μετά από ανεπιτυχή θεραπεία, διαχείριση άγχους κατά τη διάρκεια των 2 εβδομάδων αναμονής κλπ)
- v. στις ανάγκες των ασθενών που υποβάλλονται στις θεραπείες πρώτης γραμμής
- vi. στις ανάγκες των ανδρών που υποβάλλονται σε θεραπεία
- vii. στην επίδραση εθνικών, θρησκευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στις ανάγκες των ασθενών
- viii. στον τρόπο που αναγνωρίζονται οι ασθενείς που κινδυνεύουν να μη συμμορφωθούν με τη συνιστώμενη θεραπεία και να δυσκολευτούν να προσαρμοστούν μετά από μία ανεπιτυχή θεραπεία.

Πέρα από τις συστάσεις που έχουν καταγραφεί σε προηγούμενες ενότητες, τέσσερα βασικά συμπεράσματα μπορούν να προκύψουν από τις αποδείξεις που επανεξετάστηκαν στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες. Πρώτον, οι ασθενείς έχουν ξεκάθαρες προτιμήσεις για τη φροντίδα που λαμβάνουν. Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να γνωρίζει αυτές τις προτιμήσεις και να τις ενσωματώνει στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Δεύτερον, το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας θα πρέπει να ενημερώνεται για τις συγκεκριμένες ανάγκες που οι ασθενείς βιώνουν στα διαφορετικά στάδια της θεραπείας και να παρέχει την ανάλογη ψυχοκοινωνική φροντίδα. Τρίτον, ορισμένοι ασθενείς είναι πιο ευάλωτοι στις ανάγκες της θεραπείας και χρειάζονται επιπλέον ψυχοκοινωνική φροντίδα ή εξειδικευμένη παροχή ψυχικής υγείας (π.χ. συμβουλευτική της υπογονιμότητας ή ψυχοθεραπεία). Το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας οφείλει να είναι ενημερωμένο σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για τις αυξημένες ψυχοκοινωνικές ανάγκες και πρέπει να εξετάζει τη χρήση του SCREENIVF πριν την έναρξη της θεραπείας γονιμότητας προκειμένου να αναγνωρίζει τους ασθενείς που κινδυνεύουν από την εμφάνιση συναισθηματικών προβλημάτων. Τέλος, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να ξεκινήσει η υλοποίηση της ψυχοκοινωνικής φροντίδας είναι με την παροχή προπαρασκευαστικών πληροφοριών, επειδή αναμένεται να είναι πιο απλό και πιο εφικτό να εφαρμοστούν συγκριτικά με άλλες αναθεωρημένες παρεμβάσεις και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην κάλυψη των αναγκών πολλών ασθενών.

### **Συμπληρωματικά δεδομένα**

Τα συμπληρωματικά δεδομένα είναι διαθέσιμα στο <http://humrep.oxfordjournals.org/>.

### **Ευχαριστίες**

Η GDG αναγνωρίζει τη βοήθεια πολλών κλινικών οργανώσεων και οργανώσεων ασθενών που έκριναν το περιεχόμενο των κατευθυντήριων οδηγιών. Ελήφθησαν όχι λιγότερο από 237 σχόλια από τα οποία τα 87 πράγματι με κάποιο τρόπο άλλαξαν τις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι συγγραφείς επίσης ευχαριστούν τον Williane Melen για τη συμβουλή του στην ανάπτυξη των κατευθυντήριων οδηγιών.

### **Ο ρόλος των συγγραφέων**

Η S.G. προέδρευε στην GDG και εφεξής εκπληρώνει ηγετικό ρόλο στην συλλογή αποδεικτικών στοιχείων, γράφοντας το εγχειρίδιο και διαχειριζόμενη τα σχόλια των επιθεωρητών. Η N.V., ως ειδικός μεθοδολογίας, πραγματοποίησε όλη την αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τις κατευθυντήριες οδηγίες, παρέχοντας υποστήριξη στη μεθοδολογία και ήταν γενική συντονίστρια της παραγωγής των κατευθυντήριων οδηγιών. Όλοι οι άλλοι συγγραφείς, οι οποίοι αναφέρονται με αλφαβητική σειρά, ως μέλη της ομάδας των κατευθυντήριων οδηγιών, συμμετείχαν ισομερώς στο εγχειρίδιο, συντάσσοντας ερωτήσεις-κλειδιά, συνθέτοντας τις αποδείξεις, γράφοντας διαφορετικά τμήματα των κατευθυντήριων οδηγιών και συζητώντας συστάσεις μέχρι να επιτευχθεί ομοφωνία εντός της ομάδας.

### **Χρηματοδότηση**

Η μελέτη δεν έλαβε εξωτερική χρηματοδότηση, όλα τα κόστη καλύφθηκαν από την ESHRE.

### **Σύγκρουση συμφερόντων**

Οι S.G., E.D., C.d.K., M.E., U.V.d.B., C.L.-J. και N.V. αναφέρουν πως δεν υπήρχαν συγκρούσεις συμφερόντων. Η J.B. αναφέρει επιχορηγήσεις από την Merck & Co, αμοιβές συμβούλων από τη Merck Serono S.A. και αμοιβές ομιλητών από τη Merck Serono S.A. Ο

P.T. αναφέρει αμοιβές συμβουλευτικής από τη Γερμανική κυβέρνηση και είναι ο Πρόεδρος της Γερμανικής Εταιρίας για τη Συμβουλευτική της Γονιμότητας. Ο C.V. αναφέρει αμοιβές συμβουλευτικής από τη Merck Serono S.A. Η C.M.V. αναφέρεται ως σύμβουλος σε προγράμματα για τη Merck Serono S.A. και τη Ferring S.A. σχετικά με το εκπαιδευτικό υλικό του ασθενή. Ο T.W. αναφέρει αμοιβές ομιλητή από τις Repromed, DGPM, Breitbach, DAAG, fiore, LPTW, MSD, μισθό/χρηματοδότηση θέσης στο TAB-beim-Bundestag, BZgA, και είναι αντιπρόεδρος της Γερμανικής Εταιρίας της Συμβουλευτικής της Γονιμότητας.

## **ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Η ενότητα αυτή συγκεντρώνει μία λίστα από διαθέσιμα εργαλεία τα οποία μπορεί να χρησιμοποιεί όλο το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας προκειμένου να αξιολογεί τις ανάγκες των ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία γονιμότητας. Τα εργαλεία αυτά είτε αναπτύχθηκαν ειδικά για την αξιολόγηση των ασθενών με προβλήματα υπογονιμότητας (δηλαδή είναι ειδικά για υπογονιμότητα) είτε είναι γενικά εργαλεία που βρίσκουν εφαρμογή σε υπογόνιμους ασθενείς. Αν και δεν είναι απαραίτητο, το προσωπικό της κλινικής γονιμότητας μπορεί να εξετάσει το ενδεχόμενο να ζητήσει υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας στην ερμηνεία των δεδομένων που προκύπτουν από τη χρήση των εργαλείων.

Tool	Fertility-specific	Need(s) assessed					Reference/link
		Behavioural	Relational and social	Emotional	Cognitive	Other	
Beck Depression Inventory (BDI)	No			✓			(Beck and Beamesderfer, 1976)
Concerns of Women Undergoing Assisted Reproductive Technologies (CART)	Yes				✓		(Klonoff-Cohen, et al., 2007)
Cardiff Fertility Knowledge Scale (CFKS)	Yes				✓		(Bunting, et al., 2013) <a href="http://www.fertilityknowledge.com">www.fertilityknowledge.com</a>
Fertility Quality of life (FertiQoL)	Yes	✓	✓	✓		Quality of treatment	(Boivin, et al., 2011) <a href="http://www.fertiqol.com">www.fertiqol.com</a>
Fertility Status Awareness Scale (FertiSTAT)	Yes	✓					(Bunting and Boivin, 2010) <a href="http://www.fertistat.com">www.fertistat.com</a>
General Health Questionnaire (GHQ)	No			✓			(Goldberg, 1978)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	No			✓			(Zigmond and Snaith, 1983)
Mental Health Inventory-5 (MHI-5)	No			✓			(Florian and Drory, 1990)
Patient-centred care questionnaire (PCQ)	Yes					Experiences of patient-centredness	(van Empel, et al., 2010)
Quality of care from patient perspective – specific to IVF treatment (QPP-IVF)	Yes					Quality of care	(Holter, et al., 2014)
SCREENIVF	Yes		✓	✓	✓		(Verhaak, et al., 2010)
World Health Organization Quality of Life Tool (WHOQOL-BREF)	No			✓			(Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group, 1998)

✓indicates that the tool can be used to assess this need.

## References

- Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: The depression inventory. *Pharmacopsychiatry* 1976;**7**: 151-169.
- Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human reproduction* 2011;**26**: 2084-2091.
- Bunting L, Boivin J. Development and preliminary validation of the fertility status awareness tool: FertiSTAT. *Human reproduction* 2010;**25**: 1722-1733.



Bunting L, Tsibulsky I, Boivin J. Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the International Fertility Decision-making Study. *Human reproduction* 2013;**28**: 385-397.

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;**28**: 551-558.

Florian V, Drory Y. Mental Health Inventory (MHI)-Psychometric properties and normative data in the Israeli population. *Psychologia* 1990;**2**: 26-35.

Goldberg DP. *Manual of the General Health Questionnaire*, 1978. National Foundation for Educational Research, Windsor, UK.

Holter H, Sandin-Bojo AK, Gejervall AL, Wikland M, Wilde-Larsson B, Bergh C. Quality of care in an IVF programme from a patient's perspective: development of a validated instrument. *Human reproduction* 2014;**29**: 534-547.

Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Klonoff E. Validation of a new scale for measuring Concerns of Women Undergoing Assisted Reproductive Technologies (CART). *J Health Psychol* 2007;**12**: 352-356.

van Empel IW, Aarts JW, Cohlen BJ, Huppelschoten DA, Laven JS, Nelen WL, Kremer JA. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human reproduction* 2010;**25**: 2516-2526.

Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human reproduction* 2010;**25**: 1234-1240.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1983;**67**: 361-370.