

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Υπογονιμότητα: Σχετίζεται η υπογονιμότητα και οι προσπάθειες αναζήτησης υποβοηθούμενης τεκνοποίησης με τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών».

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :

**ΖΕΥΓΑΔΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ
ΚΟΤΕΤΣΗΣ ΜΑΡΙΟΣ
ΡΟΥΣΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.	ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
2.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
3.	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
4.	ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	12
4.1	ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	13
4.2	Η ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ...16	
5.	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ..17	
6.	ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	20
6.1	ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	22
6.2	ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ.....	25
7	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ.....	28
7.1	ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗ.....	30
8	Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	35
8.1	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ.....	37
8.2	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	39
8.3	ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	41
9	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ.....	45
9.1	ΠΟΤΕ ΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΖΗΤΗΣΟΥΝ ΒΟΗΘΕΙΑ.....	46
9.2	ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΝΑ ΖΕΥΓΑΡΙ ΘΑ ΧΡΕΙΑΖΟΤΑΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	47
9.3	ΣΤΑΔΙΑ ΠΟΥ ΠΕΡΝΑΝΕ ΤΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ.....	51
9.4	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ.....	56
9.5	ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ	58

9.6	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΛΥΣΗΣ.....	61
9.7	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	64

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	66
1.1	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	66
1.2	ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	66
2	ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	66
2.1	ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	66
2.2	ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ.....	67
2.3	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ.....	67
2.4	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ.....	67
2.4.1	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	67
2.4.2	ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΧΕΣΗΣ.....	67
2.4.3	ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ.....	68
2.4.4	ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΥΖΥΓΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	68
3	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	70
3.1	ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΣΥΝΙΣΤΩΣΩΝ (principal component analysis) ΤΩΝ 22 ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΖΥΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	70
4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	72
4.1	ΓΕΝΙΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	72
4.2	ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ.....	72
4.2.1	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΜΟ.....	72
4.2.2	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΜΟ.....	73
4.2.3	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ.....	74
4.2.4	ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΧΕΣΗΣ ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΑΜΟ, ΜΕΤΑ ΤΟ ΓΑΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ.....	75
4.3	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ.....	76
4.3.1	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ.....	76
4.3.2	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΦΗΣ.....	77

4.3.3	ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	77
4.3.4	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	78
4.4	ΣΥΖΥΓΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	80
4.5	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ, Η ΣΧΕΣΗ ΦΥΛΟΥ, ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΤΟ ΒΑΘΜΟ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ	84
5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	88
5.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	88
5.2	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	91
5.3	ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	93
5.4	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	93
5.5	ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	94
5.6	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	94
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	102

ΠΕΡΙΛΗΨΗ :

Η παρούσα εργασία, με τίτλο « Υπογονιμότητα : σχετίζεται η υπογονιμότητα και οι προσπάθειες αναζήτησης υποβοηθούμενης τεκνοποίησης με την σεξουαλική ζωή των ζευγαριών » ασχολείται με το πρόβλημα της υπογονιμότητας και αποτελεί μια προσπάθεια να διερευνηθεί κατά πόσον επηρεάζεται η σεξουαλική ζωή του υπογόνιμου ζευγαριού από την αδυναμία τους να τεκνοποιήσουν και με πιο τρόπο.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ :

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί ο βαθμός επιρροής της υπογονιμότητα στη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών ενός τυχαίου δείγματος υπογόνιμων ζευγαριών που δέχονται θεραπεία σε συγκεκριμένες γυναικολογικές κλινικές του Πειραιά. Ταυτόχρονα έγινε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η ποιότητα της σχέσης του υπογόνιμου ζευγαριού πριν και μετά τον γάμο οι σεξουαλικές και αντισυλληπτικές τους συνήθειες, η σεξουαλική ικανοποίηση και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται και βιώνει το κάθε μέλος του ζευγαριού το πρόβλημα της υπογονιμότητας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις που έχει στην ζωή του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ :

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν 73 υπογόνιμα ζευγάρια, ηλικίας 23 έως 49 ετών (146 άτομα συνολικά) μιας μη γεωγραφικά προδιαγεγραμμένης περιοχής. Συμπτωματικά οι κλινικές που δέχτηκαν να συνεργαστούν στο πλαίσιο της έρευνας είχαν έδρα τον Πειραιά.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω ενός ερωτηματολογίου που αποτελείτο από 4 ενότητες. Η πρώτη ενότητα αναφερόταν στα κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε κλειστές ερωτήσεις σε μορφή πίνακα αναφορικά με την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού. Η τρίτη ενότητα περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν τη σεξουαλική ζωή του υπογόνιμου ζευγαριού και τέλος η Τετάρτη ενότητα αφιερώθηκε στις σχέσεις του ζευγαριού και την αντιμετώπιση του καθενός προσωπικά απέναντι στην υπογονιμότητα αλλά και ως προς τον σύντροφο του. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και συγκεκριμένα με την χρησιμοποίηση εξειδικευμένων στατιστικών μεθόδων όπως σύγκριση των μέσων δυο υποομάδων του ίδιου δείγματος (independent samples t-test), Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης (Multiple Regression), Ανάλυση Λογαριθμικής Παλινδρόμησης (Logistic Regression) και συσχέτιση κατά Pearson (Pearson Correlation).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Η ανάγκη για τεκνοποίηση και συνάμα ο πόνος της στειρότητας αποτελούσαν και αποτελούν σημαντικότατο κομμάτι της ζωής από τα πρώτα κιόλας βήματα της ανθρωπότητας. Εξαιτίας της ιδιαίτερης σημασίας που έχει η απόκτηση απόγονου για κάθε άνθρωπο ανεξαρτήτου προελεύσεως και χρονικής περιόδου, η λαχτάρα και η αγωνία που συνοδεύει κάθε προσπάθεια για την επίτευξη της τεκνοποίησης είναι πάντα πολύ σημαντική για το εκάστοτε ζευγάρι. Για το λόγο αυτό ιστορίες τεκνοποίησης αναφέρονται τόσο σε θρησκευτικές περιγραφές, όσο και σε μύθους και θρύλους καθώς και στην λογοτεχνία και την τέχνη γενικότερα. Η ανάγκη για τεκνοποίηση προκύπτει είτε λόγω απλής βιολογικής παρόρμησης, είτε εκφράζεται ως κοινωνική αναγκαιότητα ή ψυχολογική ανάγκη και για αυτούς τους λόγους η επίτευξη της είναι ιδιαίτερα σημαντική, ενώ πολλές φορές αποτελεί απροσπέλαστο εμπόδιο στην επίτευξη της ευημερίας του κάθε ζευγαριού. Έτσι σε κάθε πολιτισμό η ακούσια ατεκνία χαρακτηρίζεται ως κρίση, η οποία πιθανότατα απειλεί την σταθερότητα ατόμων, σχέσεων και κοινοτήτων και ωθεί άντρες και γυναίκες στην αναζήτηση θεραπειών θρησκευτικού, κοινωνικού και ιατρικού περιεχομένου, προκειμένου να ξεπεράσουν το πρόβλημα της ατεκνίας.

Η υπογονιμότητα αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα στις σημερινές κοινωνίες. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα το ποσοστό υπογονιμότητας είναι μεγάλο, αφού συναντάται στο 12-15% ζευγαριών που βρίσκονται σε γόνιμη ηλικία (Chliaoutakis, 2002). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε το European Society of Human Reproduction and Embryology(ESHRE) στις ευρωπαϊκές χώρες, το 1999, ο αριθμός θεραπειών τεχνητής γονιμοποίησης στην Ευρώπη ήταν, περίπου, 258.460, ενώ για το 2000 ήταν, περίπου, 279.267. Φαίνεται, λοιπόν, πως οι άνθρωποι, όλο και πιο συχνά παίρνουν την απόφαση να επισκεφτούν έναν ειδικό, με σκοπό να τους βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αδυναμίας σύλληψης. Αυτό που αποτελεί συνήθως ένδειξη για να απευθυνθεί το ζευγάρι στον ειδικό, είναι ο χρόνος αναμονής σύλληψης ελεύθερων σεξουαλικών επαφών χωρίς επιτυχία άνω των 12 μηνών, γεγονός το οποίο προϋποθέτει το ζευγάρι ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα γονιμότητας και (Menning, 1975). Παρόλο που επικρατεί η θεωρία πως οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα αδυναμίες σύλληψης, από έρευνες φαίνεται πως η υπογονιμότητα δεν συναντάται συχνότερα σε γυναίκες ή άντρες,. Στην πραγματικότητα μόνο το 35% των περιπτώσεων υπογονιμότητας, αναφέρονται σε γυναικείο παράγοντα, ενώ το ίδιο ποσοστό εμφανίζεται και στους άντρες. Το 20% αναφέρεται σε παράγοντες και από τα δύο φύλα, ενώ τέλος για το 10% οι λόγοι παραμένουν άγνωστοι. (Berg et al, 1991).

Η Linda Hammer Burns, στο βιβλίο της "Υπογονιμότητα" αναφέρει πως όλοι οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί και μελετήσει το ρόλο του φύλου στην υπογονιμότητα, έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα: πως -τουλάχιστον στην αμερικάνικη κοινωνία- γυναίκες και άνδρες αντιδρούν στην υπογονιμότητα με διαφορετικούς τρόπους. Επίσης έχει δοθεί μεγάλη

έμφαση στην διαφορά επίδρασης της υπογονιμότητας και της διαδικασίας τεχνητής γονιμοποίησης, που υπάρχει ανάμεσα στα δύο φύλα, τόσο ως προς την αντιμετώπιση, όσο και ως προς την αρνητική επίδραση στο συναισθηματικό τους κόσμο. Στο εξωτερικό, ειδικότερα στην Αμερική, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές και αξιόλογες μελέτες που ερευνούν την ψυχολογία των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας. Κάποιες από τις έρευνες όπου κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά, ενδεικτικά, είναι η έρευνα της Berg και των συνεργατών της, όπου διεξήχθη το 1991, στην Καρολάινα της Αμερικής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 104 ζευγάρια που παρουσίαζαν πρωτογενή υπογονιμότητα. Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί ο ρόλος του γένους στην ψυχολογία της υπογονιμότητας. Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι γυναίκες αισθάνονται περισσότερο ενοχή από ότι οι άντρες και γενικότερα επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθηματικά. Όσον αφορά στην επικοινωνία μεταξύ τους δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, γεγονός το οποίο σημαίνει πως τα δύο φύλα δεν διαφέρουν στον τρόπο επικοινωνίας, κατά την περίοδο υπογονιμότητας. Ένα άλλο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η συγκεκριμένη έρευνα, είναι πως η επικοινωνία που έχει το ζευγάρι επηρεάζει το βαθμό άγχους και των δύο μερών. Όσο δηλαδή καλύτερη επικοινωνία έχει το ζευγάρι πριν τη διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά και μετά, τόσο θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν το στρες της διαδικασίας. Στην αντίληψη που έχουν, τέλος τα ζευγάρια για την ποιότητα της σχέσης τους δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.

Άλλη έρευνα η οποία καταλήγει σε πολύ σημαντικά συμπεράσματα είναι του Schmidt και των συνεργατών του (2003). Η έρευνα έγινε στη Δανία, σε 1069 ζευγάρια, 100 γυναίκες και 12 άντρες. Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως οι γυναίκες περισσότερο από τους άντρες εμφανίζουν στρες εξαιτίας της υπογονιμότητας, αλλά εμφανίζονται να επηρεάζονται από το στρες του γάμου, στα ίδια επίπεδα με τους συντρόφους τους. Ενδιαφέρον δείχνει το ότι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες, προσπαθούν μέσα από τη διαδικασία τεχνητής γονιμοποίησης, να ικανοποιήσουν την δική τους ανάγκη τους για ένα παιδί, αλλά και των συντρόφων τους. Οι άντρες, κατά το μεγαλύτερο τους ποσοστό, προσπαθούν να αποκτήσουν παιδί, για να καλύψουν την ανάγκη της γυναίκας τους. Περίπου το μισό δείγμα της έρευνας, προσέγγισε ένα εξειδικευμένο κέντρο τεχνητής γονιμοποίησης με σκοπό να ανακαλύψουν την αιτία της υπογονιμότητας ή/ και για να ξέρουν πως δοκίμασαν τα πάντα.

Τέλος επίσης σημαντική έρευνα είναι η έρευνα του Abbey (1995), ο οποίος έχει πραγματοποιήσει πολλές μελέτες για το θέμα της υπογονιμότητας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 248 υπογόνιμα και γόνιμα ζευγάρια. Διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας ως πιο στρεσογόνο, ένιωθαν ότι ήταν περισσότερο υπεύθυνες και αντιμετωπίζουν την κατάσταση επικεντρωμένες περισσότερο στο πρόβλημα από τους άντρες.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το μείζον πρόβλημα της υπογονιμότητας και κυρίως με την επίδραση που έχουν τόσο οι προσπάθειες αναζήτησης υποβοηθούμενης

τεκνοποίησης, όσο και η ίδια η αδυναμία σύλληψης στην σεξουαλική ζωή του ζευγαριού και κατ' επέκταση την μεταξύ τους σχέση. Επίσης στην ερευνητική διαδικασία συμπεριλήφθηκε η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού, οι αντισυλληπτικές συνήθειες, η σεξουαλική ικανοποίηση και ζωή, καθώς και ο τρόπος που το κάθε μέλος του ζευγαριού αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υπογονιμότητας, αλλά και τον σύντροφο του αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα. Σχετικά με την επίδραση της υπογονιμότητας στην σεξουαλική ζωή των ζευγαριών, πρέπει να αναφερθεί ότι δεν βρέθηκε αντίστοιχη έρευνα στον ελλαδικό χώρο, γεγονός που αποτέλεσε έναν από τους σημαντικότερους λόγους για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος. Συγκεκριμένα σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός επιρροής της υπογονιμότητας στην σεξουαλική ζωή του υπογόνιμου ζευγαριού. Συνάμα να εκτιμηθεί πως και με ποιον τρόπο η θεραπευτική διαδικασία επηρεάζει την ψυχολογία του ζευγαριού και διαβρώνει την μεταξύ τους σχέση, αλλά και τον ρόλο του καθενός ως άντρα ή γυναίκα σε σεξουαλικό και κοινωνικό επίπεδο.

Κατά την διάρκεια εκπόνησης της Πτυχιακής εργασίας αντιμετωπίστηκαν μια σειρά από δυσκολίες, οι οποίες κυρίως ήταν οι εξής: Αρχικά η αναζήτηση βιβλιογραφικών πηγών για την δημιουργία του θεωρητικού μέρους της εργασίας στα ελληνικά ήταν περιορισμένη, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιήσουμε στο μεγαλύτερο μέρος της εργασίας ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Έτσι η διαδικασία μετάφρασης και επεξεργασίας της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας αποδείχτηκε ιδιαίτερα χρονοβόρα, με αποτέλεσμα να είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους που καθυστέρησε η εξέλιξη της εργασίας. Μια επιπρόσθετη δυσκολία στο ερευνητικό μέρος της εργασίας και ο κυριότερος λόγος της καθυστέρησης της εργασίας ήταν και οι συνεργασίες με τους γυναικολόγους που θα ήταν υπεύθυνοι να διανέμουν το ερωτηματολόγιο της πτυχιακής μας στα υπογόνιμα ζευγάρια που δέχονταν θεραπεία στις κλινικές τους. Επισκεφτήκαμε τις περισσότερες μαιευτικές κλινικές στην περιοχή των Αθηνών και με εξαίρεση τα δυο κέντρα με τα οποία και τελικά συνεργαστήκαμε, όλες οι υπόλοιπες κλινικές αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην διεξαγωγή της έρευνας, χωρίς ωστόσο να προβάλουν κάποιον λόγο για την άρνηση τους αυτή. Τέλος το σχετικά μικρό δείγμα της πτυχιακής μας (146 άτομα) οφείλεται στο γεγονός ότι ενδεχομένως η κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα δεν είναι έτοιμη ακόμα να μιλήσει ανοιχτά για ευαίσθητα προσωπικά ζητήματα, όπως είναι η σεξουαλική ζωή ενός ζευγαριού σε συνδυασμό με το πρόβλημα της τεκνοποίησης, αντιμετωπίζοντας με επιφυλακτικότητα και άρνηση πολλές φορές την προσπάθεια μας να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα γύρω από το θέμα αυτό.

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από δυο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος έχει επτά κεφαλαία. Από αυτά το πρώτο κεφαλαίο περιλαμβάνει μια Ιστορική αναδρομή γύρω από το θέμα της υπογονιμότητας, το δεύτερο δίνει έναν ορισμό για την υπογονιμότητα, δίνοντας γενικές αιτίες, γενετικές και μη. Το τρίτο κεφάλαιο μιλάει για την σημαντικότητα απόκτησης ενός παιδιού, αναφέροντας κάποια κίνητρα για το θέμα αυτό, ενώ το τέταρτο κεφάλαιο ασχολείται με τις τεχνητές θεραπείες της υπογονιμότητας, όπως την

εξωσωματική γονιμοποίηση, την παρένθετη μητρότητα και τις ψυχολογικές αντιδράσεις απέναντι στην τεχνολογία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στην συνέχεια γίνεται λόγος για την σημαντικότητα της σεξουαλικής υγείας του ζευγαριού στην σχέση και τις επιδράσεις της υπογονιμότητας στην σεξουαλική λειτουργία και πρακτική. Τέλος το όγδοο και ένατο κεφάλαιο αντίστοιχα ασχολείται με την ψυχολογία της υπογονιμότητας όπως αυτή βιώνεται από την γυναίκα, τον άντρα και το ζευγάρι και την ενδεχόμενη συμβουλευτική στα υπογόνιμα ζευγάρια, ποτέ αυτά πρέπει να αναζητήσουν βοήθεια, για ποιους λόγους, ποιες φάσεις περνάνε, κάνοντας μια αναφορά στις σχετικές ομάδες υποστήριξης και τέλος μια αξιολόγηση των προγραμμάτων θεραπείας.

Το ερευνητικό μέρος αποτελείται από τέσσερα υποκεφάλαια. Τα υποκεφάλαια αυτά αναφέρονται στον σκοπό, την μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της ερευνάς. Καθώς επίσης και στην ανάλυση των ερωτηματολογίων και την συζήτηση των αποτελεσμάτων μετά την σύγκριση τους με παρόμοιες έρευνες, ώστε να προκύψουν κάποια συμπεράσματα. Όστε να διαπιστωθεί αν επαληθεύουν ή διαψεύδουν τα πορίσματα, διερευνώντας παράλληλα και την αξιοποίηση τους στον χώρο της κοινωνικής εργασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν τα 33,89 έτη, με μικρότερη ηλικία τα 23 και μεγαλύτερη τα 49 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38,4%) διέγνωσε το πρόβλημα της υπογονιμότητας μέσα στο επόμενο έτος από το γάμο τους, ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό (27,4%) μέσα στα επόμενα δύο χρόνια.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως τα ζευγάρια, στο μεγαλύτερό τους ποσοστό, τείνουν να συμφωνούν μεταξύ τους, σε θέματα καθημερινής φύσης. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τη σχέση τους τον τελευταίο χρόνο, επηρεάζεται από την ποιότητα της σχέσης που βίωναν, την περίοδο πριν από το γάμο. Παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες, περισσότερο από τους άντρες αισθάνονται ενοχή, ντροπή και θυμό και βιώνουν εντονότερα το γεγονός της υπογονιμότητας. Φαίνεται γενικά, πως όσον αφορά στα συναισθήματα οι γυναίκες εμφανίζουν διαφορές από τους συντρόφους τους. Δεν φαίνεται να συμβαίνει το ίδιο και στην επικοινωνία, όπου το γένος δεν παίζει σημαντικό ρόλο.

Τα ζευγάρια εμφανίζονται να έχουν συχνότερες σεξουαλικές επαφές, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :

Συμπερασματικά, είδαμε ότι η μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης των ζευγαριών, επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο τα ζευγάρια βιώνουν την σχέση τους. Επίσης σχετίζεται με τη συχνότητα με την οποία έρχονται σε επαφή τα ζευγάρια και οριακά δεν σχετίζεται με τα χρόνια διάγνωσης της υπογονιμότητας. Ακόμα τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες φαίνεται να αντιλαμβάνονται την επικοινωνία μεταξύ τους με τον ίδιο τρόπο και παράλληλα τους βοηθάει να συζητούν για το πρόβλημα της υπογονιμότητας.

Κεφάλαιο 3 Ιστορική αναδρομή

Η λαχτάρα για παιδιά και ο πόνος της στειρότητας αποτελούσαν κομμάτι της ζωής από τις αρχές της ανθρωπότητας και εξιστορούνται σε θρησκευτικές περιγραφές, σε μύθους και θρύλους, στην τέχνη και στη λογοτεχνία. Είτε λόγω βιολογικών ορμών είτε λόγω κοινωνικής αναγκαιότητας είτε λόγω ψυχολογικής ανάγκης, η επιδίωξη απόκτησης ενός ή περισσότερων παιδιών έχει αναγκάσει άνδρες και γυναίκες να αναζητήσουν διάφορες θεραπείες, καμιά φορά να καταφύγουν και σε ακραίες λύσεις. Συγκεκριμένα, σε κάθε πολιτισμό η ακούσια ατεκνία χαρακτηρίζεται κρίση, η οποία ενδεχομένως απειλεί τη σταθερότητα ατόμων, σχέσεων και κοινοτήτων. Όλες οι κοινωνίες, ως μέρος του πολιτισμού τους, έχουν εγκρίνει «λύσεις» ως προς τη στειρότητα, οι οποίες εμπεριέχουν αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις, (π.χ., διαζύγιο, υιοθεσία), πνευματική μεσολάβηση (π.χ., προσευχή, προσκύνημα σε πνευματικούς χώρους) ή ιατρικές παρεμβάσεις (π.χ., παροχή βοτάνων, επίσκεψη σε προσωπικό γιατρό) (Rossenblatt et al,1973)

Το διαζύγιο, η πολυγαμία και οι εξωσυζυγικές σχέσεις αποτελούν από χρόνια λύσεις της υπογονιμότητας, καθώς και οι διάφορες μορφές υιοθεσίας και αναδοχής. Άλλα παραδείγματα κοινωνικών λύσεων περιλαμβάνουν τη συνεχιζόμενη πρακτική, σε κάποιους πολιτισμούς της Αφρικής και της Μέσης Ανατολής, των πολλών συζύγων για την αντιμετώπιση της στειρότητας(ή της έλλειψης γιου) ή το έθιμο που συναντάμε στην Ανατολική Ασία όπου ο μεγαλύτερος αδελφός προσφέρει έναν από τους γιους του στον άτεκνο, νεότερο αδελφό. Για τη συμμετοχή της κοινότητας στην αποκατάσταση των κοινωνικών σχέσεων έχουμε το παράδειγμα των ιθαγενών δύο μικρών νησιών στα παράλια της Νότιας Αφρικής, όπου η στειρότητα αντιμετωπιζόταν με επιδρομές στο γειτονικό νησί για να κλέψουν παιδιά για τις άτεκνες γυναίκες. Σε καθένα από τα παραπάνω παραδείγματα φαίνονται καθαρά η κοινωνική και συναισθηματική οδύνη, καθώς και η καταφυγή σε λύσεις που εμπεριέχουν την μεταβολή των κοινωνικών σχέσεων. Αυτό εξηγεί, εν μέρει, τη διστακτικότητα των ατόμων να καταφύγουν σε αυτές τις εναλλακτικές λύσεις, εάν δεν έχουν προηγουμένως εξαντλήσει τις πιθανότητες για άλλες θεραπείες του προβλήματος.

Από την αρχαιότητα ακόμη, η προσήλωση στη θρησκευτική πίστη και στη δύναμη της πίστης σε πνεύματα και θεούς ως θεραπεία της στειρότητας εμφανίζεται σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς. Σύμβολα γονιμότητας, ξεχωριστές θεότητες, έθιμα και τελετές γονιμότητας βρίσκουμε από την ιδιαίτερα ερωτική τέχνη της Ινδίας έως τη θεά της γονιμότητας των Κελτών χαραγμένη στους πέτρινους τοίχους των ιρλανδικών κάστρων και τα ειδικά διαμορφωμένα και ζωγραφισμένα κεραμικά των Νάβαχο. Ακόμη, την ξεχωριστή πνευματική δύναμη ορισμένων τόπων για την ενίσχυση της γονιμότητας τη βλέπουμε στο φαλλόσχημο βράχο που βρίσκεται στο νησί Μάουι της Χαβάη, καθώς και στο προσκύνημα των στείρων γυναικών της φυλής Καρίμπ του Μεξικού στο Isla de la Mujeres (Νησί των Γυναικών) και πολλών Ρωμαιοκαθολικών γυναικών στη Γιουγκοσλαβία. Εν τούτοις, η σημασία της πίστης,

είτε ως μέσο επίλυσης του προβλήματος της στειρότητας είτε ως παρηγοριάς, δεν μπορεί να μειωθεί και η θρησκευτική πίστη εξακολουθεί να είναι ένα ισχυρό καταφύγιο για πολλά στείρα άτομα, ακόμη και σήμερα.

Στην αποικιακή Αμερική, τα παιδιά ήταν απαραίτητα για την ανάπτυξη των αποικιών και, ακόμη περισσότερο, για την οικονομική επιβίωση. Η ατεκνία θεωρείτο αποτέλεσμα των αμαρτιών μιας γυναίκας και η προσπάθεια και μόνο για «θεραπεία» της στειρότητας εκλαμβάνονταν ως περιφρόνηση προς το θέλημα του Θεού (May ET. ,1995).

Όσους ήταν κατ' επιλογή άτεκνοι τους έλεγαν «φυγόπονους», γιατί δεν συνεισέφεραν στην οικονομική σταθερότητα και ευημερία της κοινότητας. Ωστόσο, υπογονιμότητα δε σήμαινε ότι το ζευγάρι θα ήταν άτεκνο ή ότι θα απομακρυνόταν από την κοινότητα. Τα περισσότερα ζευγάρια έπαιρναν παιδιά συγγενών ή υιοθετούσαν παιδιά των αδερφών τους ως βιολογικούς κληρονόμους, ενώ οι φυσικοί γονείς διατηρούσαν επαφή με τα παιδιά τους (Marsh M. Et al, 1990).

Πολιτισμικές αλλαγές κατά τον 18^ο αιώνα επηρέασαν την οικογενειακή ζωή και τα δεδομένα για το σχηματισμό της οικογένειας απομακρύνοντας τις αμερικάνικες οικογένειες από την κοινωνία της κοινότητας και δημιουργώντας μια κοινωνία οικογενειακών μονάδων (παντρεμένα ζευγάρια και οι απόγονοι τους), (Marsh M, 1990).

Πριν από τη βιομηχανική επανάσταση του 19^{ου} αιώνα, η αξία των παιδιών περιοριζόταν κυρίως στην οικονομική χρησιμότητα τους. Με τη θέσπιση νόμων για την εκμετάλλευση ανηλίκων, πραγματοποιήθηκε μια μνημειώδης κοινωνική αλλαγή: τα παιδιά έπαψαν πια να αποτελούν εργατικό δυναμικό και εκτιμήθηκαν για συναισθηματικούς λόγους, για την συντροφικότητα και την ενεργητικότητα που προσέφεραν. Έτσι έγιναν λειτουργικώς άχρηστα, αλλά συναισθηματικώς ανεκτίμητα. Ο Griel (Griel AL., 1991) σημειώνει ότι αυτή η αλλαγή στις αξίες εξηγεί πιθανότατα τη διαφορετική σημασία που έχουν τα παιδιά για τους άνδρες και τις γυναίκες. Ανέκαθεν οι άνδρες επένδυναν την απόκτηση παιδιών (κυρίως αγοριών), καλύπτοντας την ανάγκη τους για έναν πρακτικό και πνευματικό κληρονόμο. Τα παιδιά, όπως και οι σύζυγοι, αποτελούσαν την «κινητή περιουσία» των ανδρών. Με την βιομηχανική επανάσταση, τα παιδιά έπαψαν πια να είναι μια οικονομική επένδυση και απέκτησαν αξία ως συναισθηματική επένδυση, προσφέροντας ζεστασιά και τρυφερότητα, τομέας που τυπικά άνηκε στις γυναίκες. Αυτή η αλλαγή αξιών είναι, σύμφωνα με τον Griel, η αιτία της διαφορετικής αντιμετώπισης των παιδιών από τους άνδρες.

Από τις αρχές του 20ού αιώνα, η αναπαραγωγή έπαψε πια να είναι απλώς ζήτημα απόκτησης παιδιών, αλλά και ζήτημα απόκτησης κατάλληλων παιδιών, μόνο άξιοι γονείς ήταν ικανοί να αποκτήσουν και να αναθρέψουν άξια παιδιά. Αυτή η πολιτισμική αλλαγή, γνωστή ως ιδιωτικοποίηση της ευτυχίας, αντιπροσώπευε για την αμερικάνικη κοινωνία τη μετάβαση από την κοινότητα (ως πηγή συναισθηματικής κάλυψης και καταξίωσης) σε μια κοινωνία, στην οποία η οικογένεια αποτελεί πια το επίκεντρο της ευτυχίας. Από αυτή την άποψη, η τρέχουσα αντίληψη για τα παιδιά –«ένα παιδί με οποιοδήποτε κόστος»-είναι

αποτέλεσμα του σύγχρονου αμερικάνικου πολιτισμού, στον οποίο «η κοινωνική ζωή αποδεικνύεται στείρα και αλλοτριωτική».

Ενώ τα ποσοστά υπογονιμότητας έχουν παραμείνει τα ίδια εδώ και έναν αιώνα (10-13%) (Mosher WD et al, 1990), η χρήση και η διαθεσιμότητα θεραπειών για την υπογονιμότητα έχουν αυξηθεί εντυπωσιακά, κυρίως τα τελευταία 25 χρόνια. Επίσης, παρόλο που οι άνδρες κατά τους τρεις τελευταίους αιώνες στην Αμερική αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας το ίδιο συχνά με τις γυναίκες, οι γυναίκες ήταν αυτές που, σε μεγαλύτερο ποσοστό, έφεραν το ιατρικό, κοινωνικό και πολιτισμικό βάρος της αποτυχίας ενός ζευγαριού να συλλάβει (Marsh M et al, 1990). Τώρα πια, στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η υπογονιμότητα μεταλλάχθηκε από κοινωνικό φαινόμενο σε παθολογική κατάσταση: μια διαδικασία «ιατρικοποίησης» της υπογονιμότητας, κατά την οποία η έμφαση δε δίνεται πια στην «αντιμετώπιση της ατεκνίας μέσω κοινωνικών οδών (π χ συμμετοχή στην ανατροφή παιδιών άλλων ανθρώπων), αλλά στην εξάρτηση από την ιατρική παρέμβαση», (Marsh et al M, 1990). Ενώ οι κοινωνικές συνθήκες έχουν περιορίσει την ύπαρξη παιδιών διαθέσιμων για υιοθεσία η τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής έχει ενισχύσει την ιδέα των «σχεδιαστών τέλειων βρεφών», σε μια όλο και μεγαλύτερη ομάδα στειρών, άτεκνων ατόμων, ακόμη και ανθρώπων που είναι ήδη γονείς. Τώρα πια, οι πολιτισμικές και κοινωνικές πιέσεις που αντιμετωπίζει ένα άτεκνο ζευγάρι δεν είναι μόνο συνέπεια της ατεκνίας τους, είναι και πιέσεις για να χρησιμοποιήσουν (ή, τουλάχιστον, να σκεφτούν) τη λύση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Οι ιατρικές λύσεις για την υπογονιμότητα είναι οι συνηθέστερες και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι είναι και οι πιο αποδεκτές λύσεις στην Αμερική του 20^{ου} αιώνα. Στο παρελθόν, οι ιατρικές θεραπείες για την υπογονιμότητα συχνά επικεντρώνονταν στη λήψη ειδικών τροφών, σε κολπικές θεραπείες ή φάρμακα που αυξάνουν την ανδρική σεξουαλικότητα. Παραδείγματος χάρη, στην Αφρική συνηθίζουν να βάζουν στο πέος του άνδρα μια ειδική σκόνη φτιαγμένη από λιωμένες ρίζες τριών δέντρων, ώστε να μπορεί να έχει σεξουαλική επαφή τρεις φορές μέσα σε μια νύχτα. Άλλα παραδείγματα: οι γυναίκες στη Σιβηρία τρώνε αράχνες, στην Αφρική χρησιμοποιούν ενδοκολπικά σκευάσματα από βαμβάκι μουλιασμένο σε φυσιγγέλιο και τυλιγμένο σε δυο σκελίδες σκόρδου, ενώ κατά τον 19^ο αιώνα στη Δύση οι γιατροί πρότειναν αιμάτωση με βδέλλες ή φυλαχτό από αγούθανο (φυτό) του Αγίου Ιωάννου (Sha JL., 1990). Είτε πρόκειται για τις «πρωτόγονες» ιατρικές θεραπείες του παρελθόντος είτε για τις διαδεδομένες προηγμένες σημερινές τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι επιστημονικές θεραπείες της υπογονιμότητας έχουν ιδιαίτερη απήγηση και επηρεάζουν τα άτεκνα ζευγάρια.

Τέλος, η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας ως έντονη κρίση σε όλους τους πολιτισμούς, αντικατοπτρίζει τη θεμελιώδη σημασία που έχει η τεκνοποίηση για άνδρες και γυναίκες, για τις οικογένειες τους και για την κοινωνία. Ενώ η υπογονιμότητα αναγκάζει το άτομο να αναζητήσει θεραπεία, η αποδοχή των ποικίλων θεραπειών υπαγορεύεται από

διάφορους παράγοντες, όπως οι προσωπικές προτιμήσεις, τα πολιτισμικά δεδομένα, η θρησκεία, ο τόπος ή η χρονική στιγμή.

Κεφάλαιο 4. Ορισμός υπογονιμότητας

Η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι περίπου 20-25% ανά μήνα σε ένα ζευγάρι, το οποίο βρίσκεται σε αναπαραγωγική ηλικία (ως το πεντηκοστό έτος της ηλικίας) και έχει σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, τις γόνιμες ημέρες του κύκλου. Το ποσοστό σύλληψης ανεβαίνει στο 80% μετά από ένα χρόνο προσπάθειας, υπό φυσιολογικές συνθήκες. (Hammer Linda, 2002) Πολλά ζευγάρια όμως στις μέρες μας, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν παιδί. Δεν φτάνουν όλοι μέχρι την πόρτα ενός ειδικού. Καθώς όμως οι ιατρικές υπηρεσίες σε αυτόν τον τομέα όλο και βελτιώνονται, τα ζευγάρια ζητούν πιο εύκολα βοήθεια. Αυτός είναι, ίσως, και ένας λόγος που το καταγεγραμμένο ποσοστό υπογόνιμων ζευγαριών, τείνει να αυξάνεται όσο περνάει ο καιρός. Επίσης όσο περνάει ο καιρός τείνουν να αυξάνονται και τα κέντρα θεραπείας υπογονιμότητας. Από έρευνα του ESHRE που διεξήχθη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (1997, 1998, 1999, 2000) φαίνεται πως μέσα σε ένα έτος (1999 εν συγκρίσει με 2000) στις περισσότερες χώρες, σημειώθηκε μικρή αύξηση των κέντρων θεραπείας υπογονιμότητας (παράδειγμα το Βέλγιο που το 1999 είχε 24 κέντρα, ενώ το 2000, 27, η Πορτογαλία με αριθμούς 13 και 16 αντιστοίχως). Το 1999 η έρευνα διεξήχθη σε 22 χώρες, με δείγμα 538 κλινικές και 258.460 θεραπείες. Το 2000 τα αντίστοιχα ποσοστά στις ίδιες 22 χώρες, αφορούσαν 569 κλινικές και 279.267 θεραπείες. Ίσως θα μπορούσε κάποιος κρίνοντας τα αποτελέσματα να καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι όσο περνάει ο καιρός οι άνθρωποι δέχονται πιο εύκολα την πιθανότητα μιας θεραπείας. Όμως δεν θα έπρεπε να θεωρήσουμε δεδομένο ότι το ποσοστό υπογονιμότητας ολοένα και αυξάνεται, απλά και μόνο επειδή έχουν καταγραφεί περισσότερα περιστατικά υπογόνιμων ζευγαριών. (ετήσια έκθεση του ESHRE για τα έτη 1999 και 2000). Για το 2001 το ποσοστό υπογονιμότητας στη χώρα μας, αφορούσε περίπου το 15% των ζευγαριών (υπολογίζονται γύρω στα 300.000- 500.000 ζευγάρια). (Chliaoutakis J. 2002,).

Ως υπογονιμότητα, λοιπόν, ορίζεται “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). Η υπογονιμότητα ονομάζεται πρωτοπαθής, όταν ο άνδρας ή η γυναίκα δεν έχουν επιτύχει εγκυμοσύνη στο παρελθόν και δευτεροπαθής όταν έχει επιτευχθεί εγκυμοσύνη.

Οι αιτίες της υπογονιμότητας ποικίλλουν. Μπορεί να είναι γενετικές - οργανικές(παράδειγμα η ενδομητρίωση),να προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον (αλκοόλ, άγχος), να είναι αίτια κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας ακόμα και να μην παρουσιάζεται καμία σαφής αιτιότητα. Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει προσπάθεια να προσεγγιστούν αυτές οι αιτίες, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου.

4.1 Γενετικοί λόγοι υπογονιμότητας

Οι λόγοι για τους οποίους ένα ζευγάρι δεν μπορεί να τεκνοποιήσει ποικίλλουν. Τα προβλήματα υπογονιμότητας μπορεί να οφείλονται σε ανατομικούς, οργανικούς ή παθολογικούς παράγοντες. Η υπογονιμότητα μπορεί να οφείλεται μόνο στη γυναίκα, μόνο στον άντρα, και στους δύο ή σε άγνωστη αιτία. Οι έρευνες δείχνουν να συμφωνούν, πως τα οργανικά προβλήματα εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, (1991 Berg. B., 35% γυναικείος παράγοντας, 35% ανδρικός παράγοντας, 20% ταυτόχρονοι παράγοντες και 10% άγνωστοι λόγοι, Menning B. E., 1975, 35% γυναικείος παράγοντας, 35% ανδρικός παράγοντας, 30% συνδυασμός διαφόρων παραγόντων, Cliaoutakis J., 2002 35% γυναικείος παράγοντας, 30% ανδρικός παράγοντας, 20% ταυτόχρονοι παράγοντες και 10% άγνωστοι λόγοι). Τα προβλήματα αυτά μπορούν να είναι είτε πολύ απλά και να επιδέχονται την πιο απλή θεραπεία, μέχρι να καθίσταται αναγκαία η εξωσωματική γονιμοποίηση, όμως αρκετές είναι και οι φορές όπου παρά τη σημαντική εξέλιξη της τεχνολογίας, τα αίτια της υπογονιμότητας δεν εντοπίζονται. Προβλήματα υπογονιμότητας μπορεί να είναι όσον αφορά στο γυναικείο παράγοντα:

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

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

Προβλήματα στη μήτρα: Το κυριότερο από αυτά είναι τα ινομυώματα, τα οποία, ανάλογα με τη θέση τους (όταν βρίσκονται βαθιά στο τοίχωμα της μήτρας για παράδειγμα), δημιουργούν προβλήματα στη σύλληψη. Ανάλογα προβλήματα δημιουργεί και η ενδομητρίωση, η πάθηση δηλαδή που μεταξύ άλλων καταστρέφει σταδιακά την ποιότητα των ωαρίων. Σε ένα ποσοστό 5-10% των ζευγαριών -και ενώ όλα είναι φυσιολογικά- δεν επιτυγχάνεται σύλληψη (Chliaoutakis J. 2002). Εκτός από λόγους που σήμερα δεν ανιχνεύονται, μπορεί να πρόκειται για κακή ποιότητα ενδομητρίου, κάτι που στη χώρα μας επίσης αποδίδεται στις επανειλημμένες εκτρώσεις(ανεξήγητη υπογονιμότητα ή μη συχνοί παράγοντες). Στο 33% των ζευγαριών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας σήμερα, υπεύθυνος είναι ο άνδρας και πιο συγκεκριμένα το σπέρμα που παράγει(Berg et al, 1991). Παρόλο που η ηλικία του άνδρα δεν θέτει φραγμούς, είναι πολύ πιθανό εξαιτίας γενετικών ή άλλων λόγων να μην μπορεί το σπέρμα του να γονιμοποιήσει φυσιολογικά το γυναικείο ωάριο. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε απόφραξη της εξόδου του σπέρματος από τους όρχεις, είτε σε χαμηλή παραγωγή σπέρματος. Η απόφραξη μπορεί να είναι γενετική (συνήθως έλλειψη του σωλήνα που οδηγεί το σπέρμα από τους όρχεις στο πέος), αλλά ενδέχεται να προκληθεί και από μολύνσεις ή τραυματισμούς. Υπάρχει όμως πιθανότητα το σπέρμα να καταστρέφεται σταδιακά και από τη μόλυνση του περιβάλλοντος, και κυρίως από τα παράγωγα μεταβολισμού των αγροτικών λιπασμάτων και προϊόντων ραντισμού. Ανακαλύφθηκε πρόσφατα πως, όταν αυτά εισέρχονται στο ανθρώπινο σώμα με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μεταβολίζονται σε γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα), που βέβαια στις γυναίκες δεν έχουν παρενέργειες, στους άνδρες όμως σταδιακά και με τα χρόνια «χαμηλώνουν» την παραγωγή σπέρματος. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που αρκετά ζευγάρια σήμερα αντιμετωπίζουν πρόβλημα και στην απόκτηση δεύτερου παιδιού.

Όμως προβλήματα στη σύλληψη μπορεί να υπάρξουν και ως συνέπειες από τον τρόπο διατροφής μας. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μεγάλες ποσότητες καφεΐνης στον οργανισμό αυξάνουν τις ελεύθερες ρίζες και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα του σπέρματος. Χαμηλότερα επίπεδα γονιμότητας παρουσιάζουν και οι γυναίκες, που καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα καφεΐνης. Ένα άλλο εξίσου σημαντικό θέμα είναι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, όπου, μπορεί να γίνει αιτία αποβολής για τις γυναίκες, αλλά και να προκαλέσει τη μείωση της κινητικότητας του σπέρματος στους άντρες. Επίσης, το αλκοόλ καταστρέφει σημαντικές βιταμίνες για τον οργανισμό, όπως την E και τη C, αλλά και τον ψευδάργυρο. Για την υπογονιμότητα, ευθύνεται και το κάπνισμα αρκετά, καθώς δηλητηριάζει τις ωοθήκες και ελαττώνει την ικανότητά τους να παράγουν ωάρια. Εκτός αυτού οι γυναίκες καπνίστριες μπαίνουν στην εμμηνόπαυση 2-3 χρόνια νωρίτερα από τις μη καπνίστριες. Το κάπνισμα, όμως, επηρεάζει και τη γονιμότητα των αντρών, μειώνοντας κυρίως την κινητικότητα του σπέρματος. Επίσης μικρές αλλαγές στη διατροφή, γενικότερα, μπορούν να επηρεάσουν τη γονιμότητά. Οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία σχετίζονται με τη γονιμότητα(όπως παραδείγματος χάριν είναι η E, η C, το σελήνιο και ο ψευδάργυρος) και κατά συνέπεια δεν θα πρέπει να υπάρχει μείωση στον οργανισμό. (Lapane, Zierler, Lasater,

Stein, Barbour, Humme, 1995)

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να ευθύνεται για τη γονιμότητα είναι η λήψη φαρμάκων, όπου όταν ένα ζευγάρι προσπαθεί να αποκτήσει παιδί, θα πρέπει να είναι περιορισμένη και να γίνεται αφού πρώτα έχει ενημερωθεί ο γιατρός. Οι ειδικοί θεωρούν, ότι αρκετά αναλγητικά έχουν παρεμβατικό χαρακτήρα, όταν λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας. Ο λόγος είναι, ότι παρεμποδίζουν τη λειτουργία των ορμονών που σχετίζονται με τη γονιμότητα.

Επίσης και το βάρος των συντρόφων μπορεί να επηρεάσει τη δυνατότητα γονιμότητας. Τόσο οι υπέρβαρες όσο και οι γυναίκες με εξαιρετικά μικρό βάρος αντιμετωπίζουν προβλήματα στη λειτουργία των ωοθηκών τους. Η μεγάλη ποσότητα λίπους στην περιοχή της κοιλιάς, επηρεάζει αρνητικά τη ρύθμιση των ορμονών μιας γυναίκας, εμποδίζοντας την ωορρηξία. Αντίστοιχα, όταν το ποσοστό λίπους στον οργανισμό είναι εξαιρετικά χαμηλό, το σώμα σταματά να παράγει ωάρια. Το λίπος, επηρεάζει και τη γονιμότητα των αντρών, καθώς, όπως έχει αποδειχθεί, οι παχύσαρκοι άντρες έχουν μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης, γεγονός που επιδρά στη λειτουργικότητα του σπέρματος. Αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να αποτελέσουν αιτίες καθυστέρησης μιας εγκυμοσύνης. Η διαβίωσή, σε ένα όσο το δυνατό περισσότερο υγιεινό περιβάλλον, θα πρέπει να είναι μια από τις βασικές προτεραιότητές. Η καθαρή ατμόσφαιρα, η περιορισμένη χρήση τοξικών και χημικών ουσιών και η κατανάλωση τροφίμων που παράγονται χωρίς τη χρήση χημικών λιπασμάτων, παρασιτοκτόνων και ορμονών, μπορούν να αναβαθμίσουν την ποιότητα ζωής και να κάνουν τον κόσμο πιο "κατάλληλο" για να δημιουργηθεί και να μεγαλώσει μια νέα ζωή.

Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει μια έντονη συζήτηση στην επιστημονική κοινότητα, γύρω από τον πιθανολογούμενο ρόλο ψυχολογικών παραγόντων σαν αίτια κάποιων περιπτώσεων υπογονιμότητας. Κι αυτό, διότι, υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 5% των υπογόνιμων ζευγαριών τα οποία –για ανεξήγητους από ιατρική σκοπιά λόγους- δεν καταφέρνουν να συλλάβουν, μετά από 2 χρόνια συστηματικής σεξουαλικής επαφής. Παρόλο όμως που τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους, συγκριτικά με τα ζευγάρια που δεν αντιμετωπίζουν τα προβλήματα αυτά, δεν έχει προς το παρόν τεκμηριωθεί επιστημονικά ότι το άγχος και το στρες ευθύνεται για την υπογονιμότητα. Ειδικοί επισημαίνουν ότι το άγχος αυξάνει την υπογονιμότητα, η υπογονιμότητα συντηρεί και αυξάνει το άγχος και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, με αποτέλεσμα το ζευγάρι να μην μπορεί να αποκτήσει παιδί. (Donna M. Gibson and Jane E. Myers, 2000)

Τέλος, κάτι που πολύ σπάνια αναφέρεται ως παράγοντας δυσκολίας σύλληψης και που όμως συμβαίνει συχνά, είναι ότι τα ζευγάρια που δεν τα πάνε καλά μεταξύ τους δεν έχουν συχνές σεξουαλικές επαφές. Αυτό όμως είναι πιο πολύ πρακτικό παρά ψυχολογικό.

4.2 Η σεξουαλική δυσλειτουργία ως αιτία υπογονιμότητας

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε θέμα για το τι ορίζεται ως υπογονιμότητα, αλλά και για το ποιες θεωρούνται ως πιθανές αιτίες αυτού του προβλήματος. Εκτός όμως από γενετικές δυσλειτουργίες, υπάρχει και ένα ποσοστό υπογόνιμων ζευγαριών (ο ακριβής αριθμός ποσοστού δεν είναι γνωστός –(Linda Hammer, 2002), για τα οποία η κύρια αιτία υπογονιμότητας είναι τα σεξουαλικά προβλήματα του ενός ή και των δύο συντρόφων.

Πολλές φορές τα ζευγάρια καταλήγουν σε ειδικούς για προβλήματα υπογονιμότητας, και στην πορεία φαίνεται ότι αυτό που πρέπει να αντιμετωπίσουν δεν είναι κάποιο γενετικό πρόβλημα, αλλά κάποια σεξουαλική συμπεριφορά που δεν αποφέρει την επιθυμητή κύηση ή κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία που αποτρέπει το απαιτούμενο αποτέλεσμα.

Ως σεξουαλική υγεία (όπως πριν, σελ. 276) “ θεωρείται η σωματική και συναισθηματική κατάσταση ευημερίας που επιτρέπει ” την απόλαυση της συνουσίας. Αντίθετα ως σεξουαλική δυσλειτουργία ορίζεται ένα πρόβλημα ή ανωμαλία σε ένα ή περισσότερα στάδια της πράξης (πόθος, διέγερση, οργασμός και ηρεμία). Οι δυσλειτουργίες διαχωρίζονται σε πρωτογενείς (ανέκαθεν δυσλειτουργία) και δευτερογενείς (επίκτητη δυσλειτουργία), σε γενικευμένες (με όλους τους συντρόφους) και περιστασιακές (συγκεκριμένους συντρόφους).

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπου διαπιστώθηκαν ότι προκαλούν υπογονιμότητα (Dubin και Ameral) ήταν η ανικανότητα (γενική και οργανική) και η σεξουαλική δραστηριότητα με συχνότητα είτε πολλή συχνή (αδυναμία σπέρματος) είτε πολύ σπάνια (αδυναμία εκσπερμάτισης και διείσδυσης), καθώς δεν είναι λίγα τα ζευγάρια, τα οποία προσπαθώντας να γεμίσουν τα κενά μιας δυσλειτουργικής σχέσης, αποφασίζουν να αποκτήσουν παιδί, χωρίς όμως να δίνουν επαρκή σημασία στη συχνότητα των επαφών τους. Πρόσθετες περιπτώσεις περιλαμβάνουν την αδυναμία συνουσίας, τον κολπισμό και την ανδρική ανικανότητα κατά του μέσου του κύκλου.

Ένα άλλο γεγονός που μπορεί να αποφέρει προβλήματα στην επιτυχία σύλληψης (ή στην απώλεια κύησης), είναι η μόλυνση εξαιτίας σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (ΣΜΝ). Τέτοιου είδους νοσήματα επηρεάζουν αρνητικά τη γονιμότητα μέσω της μόλυνσης των αναπαραγωγικών αγωγών του άνδρα ή της γυναίκας. Τα πιο συνήθη είναι η σύφιλη, η βλεννόρροια, η χλαμυδία, τα κονδυλώματα, ο έρπης των γεννητικών οργάνων και ο ιός του AIDS.

Τέλος η χρήση βοηθητικών μέσων για την ευκολία της επαφής, τα οποία είναι σπερματοκτόνα, αλλά και κάποιες θρησκευτικές παραδόσεις όπως το mikva (“ ορθόδοξο εβραϊκό έθιμο, σύμφωνα με το οποίο απαγορεύεται η συνουσία όταν η γυναίκα <<δεν είναι

καθαρή>>, δηλαδή στη διάρκεια της εμμηνου ρήσης και για 7 ημέρες μετά την τελευταία ένδειξη κολπικής αιμορραγίας). (όπως πριν, σελ 283).

Κεφάλαιο 5. Σημαντικότητα και κίνητρα για την απόκτηση παιδιού

Ανέκαθεν οι άνθρωποι ήθελαν να αποκτήσουν παιδιά. Ποια είναι τα συναισθήματα που κάνουν ένα ζευγάρι να προσπαθεί χρόνια και να αντιμετωπίζει όλες τις διαδικασίες της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής μέχρι να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα; Οι λόγοι ποικίλλουν. Αρχικά τίθεται το θέμα της αναπαραγωγής, διαιώνισης του είδους και συνέχισης του ονόματος της οικογένειας (Suckow Jana, Klaus Daniela, 2002). Δημιουργώντας απογόνους ο κάθε άνθρωπος νιώθει ότι αφήνει κάτι πίσω του. Ένα κομμάτι του εαυτού του, το οποίο θα υπάρχει και μετά το θάνατο του. Υπάρχουν όμως και άλλοι λόγοι που κάποιος επιθυμεί να γίνει γονιός. Πολλά είναι τα ζευγάρια που επιθυμούν να ανανεώσουν ή ακόμα και να σώσουν τη σχέση τους μέσα από τον ερχομό ενός παιδιού. Ακόμα βλέπουμε και ανύπαντρες μητέρες οι οποίες επιδιώκουν να αποκτήσουν ένα παιδί, χωρίς να αποβλέπουν στη δημιουργία οικογένειας. Σε κάποιες χώρες επίσης που ο μέσος όρος της φτώχειας είναι μεγάλος, η επιθυμία αυτή μεταφράζεται ως ανάγκη για οικονομική βοήθεια στην οικογένεια (όπως πριν). Ο Kagitcibasi (1980) χώρισε σε τρία μέρη τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι επιθυμούν παιδιά. Σε λόγους συναισθηματικούς και ψυχολογικούς, εννοώντας την ευχαρίστηση που παίρνουν οι άνθρωποι όταν έχουν ένα παιδί, μέσα από την σωματική και πνευματική ωρίμανση των τελευταίων, σε κοινωνικούς και σε οικονομικούς λόγους. Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτή η κατηγοριοποίηση ήταν και η πιο κοινή ανάμεσα στις έρευνες, αν και –ίσως λόγω του ότι, οι έρευνες έλαβαν μέρος, ως επί το πλείστον, σε ανεπτυγμένες χώρες-ο οικονομικός λόγος δεν αναφέρεται πουθενά αλλού. Οι δύο όμως μεγάλες κατηγορίες του συναισθηματικού και κοινωνικού τομέα είναι οι βασικές.

Περισσότερο αναλυτικά, έρευνα έχει δείξει ότι παρόλο που ήταν σημαντικό για τα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί και πριν μάθουν πως δεν μπορούσαν, μετά τη διάγνωση η επιθυμία τους μεγάλωσε (Berg J. B. et al). Οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερους δείκτες όσων αφορά στο πόσο σημαντικό είναι να αποκτήσουν φυσιολογικά ένα παιδί, από τους άνδρες. Αναδρομικά επίσης ρωτήθηκαν για το πόσο σημαντικό ήταν πριν τη διάγνωση να αποκτήσουν παιδί και φαίνεται πως ήταν και τότε σημαντικό. Όμως συγκριτικά με τα αποτελέσματα μετά την διάγνωση, όπως προαναφέρθηκε, αυξήθηκε ο συγκεκριμένος δείκτης. Και εδώ οι γυναίκες άγγιζαν υψηλότερα επίπεδα.

Στη συγκεκριμένη έρευνα επίσης, ζητήθηκε από τα ζευγάρια να απαντήσουν στην ανοιχτή ερώτηση για ποιον λόγο θέλουν να αποκτήσουν παιδί με φυσιολογικό τρόπο. Οι απαντήσεις χωρίστηκαν σε έξι κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αφορούσε στην κυοφορία, στην διαδικασία των εννέα μηνών της κύησης και στην περιποίηση ενός παιδιού μόλις αυτό

γεννηθεί. Η δεύτερη είχε να κάνει με την αναγνώριση από τους ίδιους, ως καλοί γονείς, και την κάλυψη εσωτερικών δικών τους κενών. Στην τρίτη κατηγορία γίνεται λόγος για τις κοινωνικές καταβολές και επιρροές, για το ότι δηλαδή οι ενήλικοι πρέπει να κάνουν παιδιά, είναι ο λόγος της ύπαρξής. Η τέταρτη κατηγορία είχε να κάνει με την ενδυνάμωση των δεσμών του γάμου, η πέμπτη με τη διαιώνιση του είδους και του ονόματός τους, ενώ η τελευταία με την επιθυμία να χαρίσουν ένα παιδί στο σύντροφό τους. (εδώ παρατίθενται ανάλογα με τη συχνότητα των απαντήσεων).

Και για τα δύο μέρη οι περισσότερο επιλεγμένοι λόγοι αφορούσαν την κυοφορία και την κάλυψη συναισθηματικών κενών (με αυτή τη σειρά και για τα δύο φύλα). Βλέπουμε λοιπόν, πως ένα παιδί, έρχεται για να γεμίσει συναισθηματικά το γονέα του. Είναι κατανοητή η μεγάλη διαφορά επιλογής (αν και έρχονται πρώτα στην προτίμηση και των δύο φύλων, αλλά με μία μεγάλη διαφορά στο ποσοστό, 47% και 60% αντιστοίχως) των γυναικών στην κατηγορία της κυοφορίας, καθώς (και εδώ θα μπορούσε να υπάρξει σύνδεση με την τρίτη σε σειρά κατηγορία) η κοινωνία έχει περάσει ανά τους αιώνες, τη σκέψη πως μια γυναίκα ολοκληρώνεται όταν γίνει (με φυσιολογικό τρόπο) μητέρα (Newton et al 1992). Κάθε γυναίκα πρέπει να περάσει από τη διαδικασία της κυοφορίας, αφού μόνο έτσι θα μπορέσει να αντιληφθεί το θαύμα της ανθρώπινης ζωής. Οι κοινωνικές επιρροές εμφανίζονται ως ο τρίτος κατά σειρά λόγος που ένα ζευγάρι επιθυμεί ένα παιδί. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός, ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των απαντήσεων που δόθηκε (ίδιο και για τα δύο μέρη), αντιστοιχούσε σε αυτή την κατηγορία. Αυτό σημαίνει πως το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, πέρα από την συναισθηματική κάλυψη που θα τους επέφερε ένα παιδί, θεωρούν πως ο αμέσως επόμενος λόγος έχει να κάνει με το λόγο της ανθρώπινης ύπαρξης. Αυτό το συναντάμε και σε άλλες έρευνες (όχι ως απάντηση σε παρόμοια ερώτηση, αλλά ως βασική πηγή άγχους) (Donna M. Gibson, Jane E. Myers, 2000). Βλέπουμε, λοιπόν πως οι κοινωνικές επιταγές, επηρεάζουν το ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο αισθάνεται πεισμένο από το κοινωνικό status, να αποκτήσει ένα παιδί. Για τις περισσότερες μορφές κοινωνίας (βλέπε κεφάλαιο 3 ιστορική αναδρομή) είναι επιτακτική ανάγκη, η απόκτηση παιδιών, είτε γιατί, σε πολλές περιπτώσεις, έρχεται να επιβεβαιώσει την ύπαρξη (σκοπός) και λειτουργία του γάμου, είτε γιατί με αυτόν τον τρόπο και μέσα από αυτή τη διαδικασία, χαρακτηρίζονται οι ρόλοι που έχει προσδώσει η κοινωνία σε κάθε φύλο (Mathews and Mathews, 1986). Το φύλο της γυναίκας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το ρόλο της μητέρας, παρόλο που δεν ισχύει σε τόσο μεγάλο βαθμό το ίδιο και για τους άνδρες. Η Menning λέει χαρακτηριστικά για αυτό πως “Είμαι μία γυναίκα που δεν μπορώ να κάνω παιδιά... Αυτές οι δύο λέξεις δεν μπορούν να σταθούν μαζί. Είμαι είτε υπογόνιμη, είτε γυναίκα, αλλά όχι και τα δύο” (Menning B. E., 1977). Οι γυναίκες, σε μεγαλύτερο βαθμό, ως κεντρικό στόχο της ζωής τους θέτουν την δημιουργία οικογένειας. Στις μέρες μας βέβαια, όπου η γυναίκα κατέχει ένα σημαντικό ποσοστό στην αγορά εργασίας, ο ρόλος αυτός φαίνεται να χάνει για λίγο τα πρωτεία και τη θέση του να παίρνουν η καριέρα και η οικονομική ανεξαρτησία της. Αυτό όμως επιβαρύνει τη γονιμότητα καθώς ανεβαίνει ο μέσος όρος ηλικίας που επιχειρούν να αποκτήσουν παιδί,

άρα εμφανίζονται και αναπαραγωγικά εμπόδια, αφού όσο πιο μικρή σε ηλικία είναι η γυναίκα τόσο πιο εύκολη είναι η σύλληψη και οι μήνες εγκυμοσύνης της (Berg J.B. et al, 1991, Menning B. E., 1975). Φαίνεται επίσης, ότι επηρεάζει άμεσα τα ζευγάρια, από το γεγονός ότι αποτελεί πολύ σημαντική πηγή άγχους, το οποίο λειτουργεί ως τροχοπέδη στη διαδικασία αναπαραγωγής. (βλέπε κεφάλαιο 4.1). Άλλη έρευνα (van Balen and Trimbos - Kemper 1995,) παρ' όλ' αυτά δεν συμφωνεί με αυτή την άποψη. Οι van Balen και Trimbos – Kemper σε έρευνά τους, η οποία εξέταζε τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών και η οποία έγινε με ακουσίως άτεκνα ζευγάρια, βρήκαν ότι τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες πρώτιστα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών ήταν η ευημερία και η ευτυχία, ενώ οι κοινωνικοί λόγοι ήταν ασήμαντοι και για τα δύο μέρη.

Πολύ ενδιαφέρον, τέλος, είναι το ότι παρόλο που ένα αξιολογικό ποσοστό για τους άντρες σημείωσε, πως είναι σημαντικό για αυτούς, να εκπληρώσουν την επιθυμία της συντρόφου τους για ένα παιδί, καμία γυναίκα δεν το έλαβε υπ' όψιν της. Ίσως θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες επιθυμούν περισσότερο ένα παιδί, από την άποψη ότι δεν θα το έκαναν προς χάριν του συντρόφου τους (όσον αφορά τουλάχιστον στο συγκεκριμένο δείγμα).

Κεφάλαιο 6 Τεχνητές Θεραπείες υπογονιμότητας

Οι θεραπείες υπογονιμότητας ποικίλλουν όπως επίσης και τα αίτιά της. Η επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας γίνεται με τη βοήθεια ειδικού (μαιευτήρα – γυναικολόγου) όπου θα διαγνώσει το αίτιο. Ανάλογα με τη διάγνωση προσφέρονται διαφορετικές επιλογές. Οι απλούστερες από αυτές περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμηση λοιμώξεων ή για τη ρύθμιση (συνήθως με στόχο τη διέγερση) της λειτουργίας των ωοθηκών στη γυναίκα ή των όρχεων στον άνδρα. Σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και χειρουργικής επέμβασης. Εάν αυτές οι μέθοδοι δεν αποδώσουν, ή εξ' αρχής δε χρειάζεται να εφαρμοστούν, απαιτούνται πολυπλοκότερες μέθοδοι θεραπείας.

Η περισσότερο γνωστή θεραπεία υπογονιμότητας είναι η εξωσωματική γονιμοποίηση. Στις μέρες μας πολλά είναι τα ζευγάρια, τα οποία καταφεύγουν σε αυτού του είδους τη θεραπεία. Κατά τη θεραπεία της εξωσωματικής γονιμοποίησης η ιατρική μιμείται τη φυσική εξέλιξη της σύλληψης. Για την ωρίμανση και συλλογή των περισσότερων ωαρίων απαιτείται η προηγούμενη χορήγηση ορμονών στη γυναίκα. Τα γεννητικά κύτταρα συναντώνται στο δοκιμαστικό σωλήνα και στη συνέχεια το γονιμοποιημένο ωάριο αρχίζει τον πολλαπλασιασμό του. Όταν φτάσει στο στάδιο των 8 ή 16 κυττάρων, εμφυτεύεται στη μήτρα της γυναίκας προς περαιτέρω εξέλιξη. Εάν η χορήγηση ορμονών στη γυναίκα επαναληφθεί πολλές φορές, είναι δυνατόν να έχει δυσμενείς επιδράσεις στην υγεία της. Η επιτυχία της μεθόδου με τα σημερινά δεδομένα κυμαίνεται περί το 30% κατά κύκλο εμφυτεύσεως. Η επιτυχής εμφύτευση δημιουργεί μονόδυμη ή πολύδυμη εγκυμοσύνη. Η πολύδυμη εγκυμοσύνη συχνά δημιουργεί μαιευτικά προβλήματα και επιπλοκές, γι' αυτό πολλές φορές επιχειρείται μείωση του αριθμού των κυοφορούμενων εμβρύων σε δύο. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπου ο αριθμός και η ποιότητα των εμβρύων το επιτρέπει, αυτά που δεν χρησιμοποιήθηκαν στην εξωσωματική, μπορούν να φυλαχτούν στην κατάψυξη για άλλο θεραπευτικό κύκλο στο μέλλον. Όταν τα κατεψυγμένα έμβρυα προορίζονται για εξωσωματική θεραπεία, αποψύχονται στο κατάλληλο στάδιο του μηνιαίου κύκλου. Όλα τα έμβρυα δεν επιβιώνουν την διαδικασία κατάψυξης/απόψυξης και η πιθανότητα εγκυμοσύνης, μειώνεται με την χρήση κατεψυγμένων εμβρύων, σε σύγκριση με τα έμβρυα που χρησιμοποιούνται άμεσα. Προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα σε μία εξωσωματική θεραπεία, οι ωοθήκες διεγείρονται για την ανάπτυξη πολλαπλών ωοθυλακίων, χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό φαρμάκων προσαρμοσμένα στις προσωπικές ανάγκες της κάθε ασθενούς. Όταν τα ωοθυλάκια έχουν ωριμάσει αρκετά και το ενδομήτριο έχει

αναπτυχθεί κατάλληλα (η ανάπτυξη των ωοθυλακίων και η ανάπτυξη του ενδομήτριου ελέγχονται μέσω μίας σειράς υπερήχων), τότε πραγματοποιούνται όλες οι απαραίτητες διαδικασίες για την ωοληψία. Η διαδικασία περιλαμβάνει τη χρήση βελόνας αναρρόφησης μέσω του κόλπου. Τα ωάρια μεταφέρονται στο εργαστήριο, όπου 4 ώρες μετά την ωοληψία, γονιμοποιούνται με το επεξεργασμένο δείγμα σπέρματος. Περίπου 48-72 ώρες μετά την ωοληψία, τα καλύτερα 2 ή 3 έμβρυα θα τοποθετηθούν στην μήτρα.

Καθώς όμως οι αιτίες της υπογονιμότητας διαφέρουν, από ζευγάρι σε ζευγάρι, υπάρχουν και άλλες μέθοδοι θεραπείας. Οι πιο γνωστές από αυτές είναι οι εξής

ΣΠΕΡΜΑΤΕΓΧΥΣΗ

Κατά τη διάρκεια της σπερματέγχυσης εισάγεται ποσότητα σπέρματος, μέσα στην μήτρα της γυναίκας. Πρόκειται για την εισαγωγή ειδικά επεξεργασμένου σπέρματος, με τη βοήθεια καθετήρα, κοντά στην κορυφή της εσωτερικής κοιλότητας της μήτρας. Σε αυτό το σημείο, το σπέρμα είναι τοποθετημένο στην είσοδο της κάθε σάλπιγγας, με αποτέλεσμα να έχει να διανύσει μικρότερη απόσταση για να φθάσει τα ωάρια την στιγμή της ωορρηξίας. Η εξωσωματική θεραπεία αποτελεί την επιλογή θεραπείας για ασθενείς με κατεστραμμένες σάλπιγγες (μη ικανές να δεχτούν μικροεγχείρηση ή λέιζερ). Αυτή η θεραπεία χρησιμοποιείται συχνά ως διαγνωστική και θεραπευτική επιλογή για ασθενείς με ποικίλα προβλήματα υπογονιμότητας, συμπεριλαμβανομένων ανωμαλιών σπέρματος και ύπαρξης ανωμαλιών στην ωορρηξία.

ΓΑΜΕΤΕΣ ΕΝΔΟ-ΣΑΛΠΗΓΓΙΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ G.I.F.T

Η μέθοδος GIFT είναι μια καθιερωμένη εφαρμογή επιβοηθούμενης σύλληψης, τόσο παλιά όσο και η εξωσωματική θεραπεία. Τα σπερματοζώαρια και τα ωάρια είναι γνωστά ως γαμέτες. Τα ωάρια συλλέγονται από την γυναίκα, τα σπερματοζώαρια από τον άντρα και αναμιγνύονται σε ένα θρεπτικό υλικό. Το μείγμα, αποτέλεσμα της ανάμειξης, εισχωρεί στο εξωτερικό μέρος της σάλπιγγας όπου γίνεται η γονιμοποίηση, μιμούμενα την φυσιολογική σύλληψη.

Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ (ICSI)

Η εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) χρησιμοποιείται εδώ και καιρό ως θεραπεία υπογονιμότητας σε άνδρες, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα επιτυχής όσον αφορά σοβαρά προβλήματα ανδρικής υπογονιμότητας. Στην πλειοψηφία των περιστατικών, τα σπερματοζώαρια δεν είναι ικανά να διαπεράσουν το εξωτερικό στρώμα (zona pellucida) του ωαρίου, με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται η γονιμοποίηση. Η τεχνική που χρησιμοποιείται τώρα ονομάζεται μικρογονιμοποίηση (ICSI). Ο γιατρός εισάγει ένα μόνο σπερματοζώαριο με τη βοήθεια μίας πολύ λεπτής βελόνας στο ωάριο, διευκολύνοντας έτσι την διαδικασία γονιμοποίησης. Άλλοι ασθενείς που ωφελούνται από την μέθοδο αυτή είναι

εκείνοι με προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες γονιμοποίησης ή χαμηλά ποσοστά γονιμοποίησης χρησιμοποιώντας την εξωσωματική θεραπεία.

ΜΙΚΡΟΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΖΩΟΣΠΕΡΜΙΑ

Η ίδια τεχνική (ICSI) μπορεί να χρησιμοποιηθεί με σπερματοζωάρια που έχουν αναρροφηθεί από τους όρχεις μέσω λεπτής βελόνας ή βιοψίας. Αυτό συνηθίζεται, για παράδειγμα σε άντρες που δεν έχουν σπερματοζωάρια κατά την εκσπερμάτωση (αζωοσπερμία). Η αζωοσπερμία μπορεί να οφείλεται σε ελαττωμένη παραγωγή σπέρματος από τους όρχεις ή σε πρόβλημα στην παροχέτευση σπέρματος λόγω απόφραξης των σπερματικών πόρων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, σπερματοζωάρια για μικρογονιμοποίηση μπορεί να βρεθούν στην επιδιδυμίδα και στους όρχεις και να αναρροφηθούν με λεπτή βελόνα (η τεχνική με την βελόνα αναρρόφησης ονομάζεται percutaneous epididymal sperm aspiration (PESA)). Σήμερα, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μωρών που είναι αποτέλεσμα της αναρρόφησης του σπερματοζωαρίου με τέτοιο τρόπο.

Οι θεραπείες υπογονιμότητας σε καμία περίπτωση δεν αγγίζουν την πιθανότητα επιτυχίας σε ποσοστό 100%. Μιλώντας γενικά (καθώς οι πιθανότητες αποτυχίας ποικίλλουν από περίπτωση σε περίπτωση λόγω ηλικίας της ενδιαφερόμενης, του αίτιου της υπογονιμότητας όπως επίσης και της εμπειρίας της ιατρικής ομάδας) τα ποσοστά επιτυχίας αγγίζουν το 20-25% ανά κύκλο (ποσοστά ίδια με αυτά της φυσιολογικής κύησης τον πρώτο χρόνο τακτικής συνουσίας του ζευγαριού). Αυτό σημαίνει ότι συχνά ίσως απαιτηθούν δύο ή και περισσότερες προσπάθειες επίτευξης εγκυμοσύνης.

6.1 Παρένθετη μητρότητα

Στην Ελλάδα, από τον Δεκέμβριο του 2002, τέθηκε σε ισχύ το πρώτο θεσμικό πλαίσιο που επιχειρεί να ρυθμίσει ζητήματα, σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Ο νόμος 3089/ 23-12-2002 προβλέπει την περίπτωση της ανάδοχης μήτρας κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Η γυναίκα που καταφεύγει στην παρένθετη μητρότητα, θα πρέπει να είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει, αλλά δεν θα πρέπει να έχει υπερβεί την "ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής" (δηλαδή τα 50 ηλικιακά χρόνια). Το υπογόνιμο ζευγάρι οφείλει να πάρει δικαστική άδεια πριν από την έναρξη της διαδικασίας. Το ζευγάρι και η ανάδοχη μητέρα, θα πρέπει να κατοικούν στην Ελλάδα και να υπογράψουν ενώπιον συμβολαιογράφου ένα μεταξύ τους ιδιωτικό συμφωνητικό. Δεν επιτρέπεται καμία υλική ανταμοιβή για την παρένθετη μητέρα εκτός από την κάλυψη των εξόδων θεραπείας, κηρύσεως και τοκετού. Μετά τον τοκετό -σε αντίθεση με τον μέχρι πριν ισχύοντα νόμο- ως νόμιμη μητέρα αναγνωρίζεται εκείνη στην οποία δόθηκε η σχετική δικαστική άδεια. Η κυοφορούσα μητέρα είναι δυνατόν να προσβάλλει το "τεκμήριο μητρότητας", μέσα σε έξι μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού. Αν αποδειχθεί και γενετική μητέρα του, τότε με αμετάκλητη δικαστική απόφαση αναγνωρίζεται εκείνη ως νόμιμη μητέρα. Ο νόμος 3089 επιχειρεί να θέσει τους όρους και

τους κανόνες για περιπτώσεις που πιθανότατα συνέβαιναν ούτως ή άλλως στο παρελθόν με ανορθόδοξο τρόπο- όπως η μίσθωση μιας γυναίκας ώστε να έρθει σε σεξουαλική επαφή με τον σύζυγο της υπογόνιμης γυναίκας με σκοπό την εγκυμοσύνη. Επιχειρεί δηλαδή να εφαρμόσει ένα πλαίσιο ρυθμιστικού ελέγχου και να διασφαλίσει τα δικαιώματα όλων των εμπλεκόμενων μερών. Τα προβλήματα όμως δεν είναι μόνο νομικά. Κοινωνικοί φορείς, γυναικείες οργανώσεις, επιστημονικές εταιρίες και η Εκκλησία, έχουν κατά καιρούς πάρει θέση από τη μια ή την άλλη πλευρά των θέσεων, που χωρίζει τη φυσική από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Η προβληματική που αναπτύσσεται είναι πολυεπίπεδη :

Η παρένθετη μητέρα -όπως η ίδια η λέξη αποδεικνύει- αποτελεί μια παρένθεση ανάμεσα στα δύο μέλη του ζευγαριού. Είναι δυνατό να λειτουργήσει ως στοιχείο διάσπασης του θεσμού του γάμου. Η συζυγική και γονεϊκή σχέση μπορεί να παραμείνει εύθραυστη για πολύ περισσότερο από τη διάρκεια της θεραπείας και της κύησης. Για την ίδια τη "φέρουσα" μητέρα, η εγκυμοσύνη δημιουργεί ένα σύνδεσμο με το βρέφος, που είναι δύσκολο να ραγίσει από οποιοδήποτε συμβόλαιο ή δικαστική απόφαση. Οι ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις στην υγεία της δεν έχουν μελετηθεί αρκετά, ή ίσως και να παραγνωρίζονται. Παρά το ότι η οικονομική δοσοληψία μεταξύ των μερών, απαγορεύεται νομικά, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που αυτό γίνεται. Αυτό αποτελεί μια από τις δυσάρεστες εκδοχές που θα μπορούσε να οδηγήσει σε κάτι ανάλογο με το παραεμπόριο οργάνων για μεταμόσχευση - εύκολο πεδίο εκμετάλλευσης των φτωχών, μεταναστών και προσφύγων. Η αναδοχή κυοφορίας για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους, από την άλλη, όπως καταγράφεται στη διεθνή εμπειρία, συμβαίνει συνήθως από την αδερφή ή και τη μητέρα της υπογόνιμης γυναίκας. Οι ενδο-οικογενειακές σχέσεις που προκύπτουν είναι πολύπλοκες και ευαίσθητες. Περισσότερο από όλα βέβαια, εκείνο που επιβάλλεται να προστατεύεται είναι η ευημερία του ίδιου του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί από παρένθετη μητέρα. Στη Βρετανία απαγορεύεται με νόμο (HFE Act, 1990) η παροχή θεραπείας γονιμότητας σε οποιοδήποτε πρόσωπο, αν προηγουμένως δεν έχει ληφθεί υπ' όψιν το καλό του παιδιού που θα προκύψει καθώς και οποιοδήποτε άλλου παιδιού που μπορεί να επηρεαστεί από την θεραπεία αυτή (π.χ. παιδί από προηγούμενη σχέση). Πλήττεται άραγε η ευημερία ενός παιδιού στο οποίο δεν προσφέρεται το δικαίωμα της επιλογής, όταν αποχωρίζεται το "υποκατάστατο" πρόσωπο στου οποίου το ενδομήτριο περιβάλλον ανέπτυξε επί εννέα μήνες το γενετικό κληροδότημα των "βιολογικών" του γονέων; Λαμβάνεται υπ' όψιν το καλό αυτού του παιδιού όταν υπάρχει το ενδεχόμενο να μεγαλώσει χωρίς μητέρα εάν αυτή πάσχει από σοβαρή καρδιοπάθεια ή καρκίνο; Σε κανένα από τα παραπάνω ερωτήματα δεν υπάρχουν εύκολες απαντήσεις. Η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικευμένο σε θέματα γονιμότητας κλινικό ψυχολόγο είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη και θα πρέπει να παρέχεται άμεσα από όλα τα οργανωμένα κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η επιστήμη και η τεχνολογία εξελίσσονται ραγδαία για να μπορούν η νομοθεσία και οι κοινωνικοί μηχανισμοί να την ακολουθήσουν (χαρακτηριστικό παράδειγμα η κλωνοποίηση). Τα ανταντακλαστικά των

φορέων του ήθους και του πολιτισμού μιας ελεύθερης κοινωνίας πολλές φορές είναι επιβραδυμένα. Χρειάζεται επαγρύπνηση τόσο από τους επιστήμονες όσο και από τους κοινωνικούς φορείς και την οργανωμένη Πολιτεία ώστε οι κατακτήσεις στο πεδίο της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να περιφρουρούνται με σεβασμό στις αξίες της ανθρώπινης ζωής και της οικογένειας.

Παρακάτω παρατίθεται η σχετική νομοθεσία.

1. ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Προϋποθέσεις

«Παρένθετη ή υποκατάστατη μητρότητα» ή αλλιώς «δανεισμός μήτρας» υπάρχει όταν ένα ζεύγος έγγαμο ή άγαμο- ή ακόμη και μια μόνη και άγαμη γυναίκα- προσφεύγει στη βοήθεια μιας άλλης γυναίκας, η οποία θα κυοφορήσει για λογαριασμό των ανωτέρω προσώπων το παιδί τους. Προκειμένου να γίνει η μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων στο σώμα της γυναίκας που θα κυοφορήσει, απαιτείται δικαστική άδεια. Απαραίτητη είναι η ύπαρξη έγγραφης και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνίας των προσώπων που επιδιώκουν την απόκτηση τέκνου και της γυναίκας που θα κυοφορήσει, καθώς και του συζύγου της, αν αυτή είναι έγγαμη. Επίσης τα ωάρια που θα εμφυτευθούν πρέπει να είναι ξένα προς την κυοφόρο, δηλαδή να είναι της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει το παιδί ή τρίτης δότριας, ώστε να αποκλειστεί κάθε πιθανότητα διεκδίκησης του παιδιού από την κυοφόρο. Ως προς το σπέρμα που θα χρησιμοποιηθεί, αυτό μπορεί να είναι είτε του συζύγου/συντρόφου είτε τρίτου δότη. Το δικαστήριο, εφόσον βεβαιωθεί ότι η γυναίκα που επιθυμεί την απόκτηση τέκνου (η λεγόμενη μέλλουσα «κοινωνικοσυναισθηματική μητέρα») είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει, ενώ βρίσκεται ακόμη σε ηλικία φυσικής ικανότητας αναπαραγωγής (δηλ. μέχρι τα πενήντα έτη ή και λίγο παραπάνω κατά περίπτωση), και ότι η μέλλουσα κυοφόρος είναι υγιής και κατάλληλη για κυοφορία, παρέχει την άδεια για την εφαρμογή της όλης διαδικασίας (άρθρο 1458 ΑΚ).

Ανωνυμία

Κατά την εφαρμογή της όλης διαδικασίας -όπως και σε όλες τις περιπτώσεις τεχνητής γονιμοποίησης- τηρείται ανωνυμία όλων των εμπλεκόμενων προσώπων. Αυτό σημαίνει ότι η ταυτότητα των δοτών του γεννητικού υλικού που θα χρησιμοποιηθεί δεν γνωστοποιείται στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο, αλλά ούτε και οι δότες θα γνωρίζουν την ταυτότητα του παιδιού που θα γεννηθεί και των γονέων του. Εξασφαλίζεται έτσι σε όλα τα συμμετέχοντα πρόσωπα απόλυτη προστασία της προσωπικής και οικογενειακής τους ζωής και, το κυριότερο, ένα σίγουρο, χωρίς αμφισβητήσεις και δυσάρεστες καταστάσεις, οικογενειακό περιβάλλον για το παιδί (άρθρο 1460 ΑΚ).

Δικαστική άδεια

Η συζήτηση στο δικαστήριο για τη χορήγηση της άδειας μπορεί να διεξαχθεί κεκλεισμένων των θυρών. Η δικαστική αυτή άδεια δημιουργεί τεκμήριο μητρότητας για τη γυναίκα που τη

ζήτησε, και η οποία επιθυμεί την απόκτηση του παιδιού, αποκλείοντας κάθε δυνατότητα διεκδίκησής του από την κυοφόρο (άρθρο 1464 ΑΚ). (Μοναδική εξαίρεση υπάρχει, όταν, παρά την απαγόρευση του νόμου, χρησιμοποιηθεί ωάριο της ίδιας της κυοφόρου και αυτή είναι βιολογική μητέρα του παιδιού, οπότε και μπορεί να ασκήσει αγωγή αναγνώρισης της μητρότητας).

Ήδη έχουν εκδοθεί από τα ελληνικά δικαστήρια δικαστικές αποφάσεις που παρέχουν άδεια για την εφαρμογή της διαδικασίας της παρένθετης μητρότητας (4823/2003 ΜονΠρωτΑθ., 678/2755/671/2003 ΜονΠρωτΗρ. κτλ.).

Εγγραφή στο Ληξιαρχείο

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το γεγονός ότι, με τις νέες ρυθμίσεις, ως μητέρα του παιδιού που γεννιέται με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας εγγράφεται στα μητρώα του ληξιαρχείου η γυναίκα που έλαβε τη δικαστική άδεια για την απόκτησή του (και όχι εκείνη που το κυοφόρησε), και ως πατέρας, εάν υπάρχει, ο σύζυγος ή ο σύντροφός της, εφόσον ο τελευταίος είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο (άρθρο 7§1 Ν.3089/2002) .

6. 2 Οι ψυχολογικές αντιδράσεις στην τεχνολογία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

Στα παραπάνω κεφάλαια, εξετάστηκαν οι τεχνητές θεραπείες υπογονιμότητας, στις οποίες, είναι δυνατόν, να καταφύγει ένα ζευγάρι, το οποίο δεν μπορεί να αποκτήσει παιδί με φυσιολογικό τρόπο. Είναι γεγονός ότι, αν και επιτυχείς, σε ένα ποσοστό ενδιαφερομένων, τέτοιου είδους διαδικασίες δεν αφήνουν ανεπηρέαστη την ψυχική κατάσταση των εμπλεκομένων, ανεξαρτήτως του τελικού αποτελέσματος.

Η Burns L. Hammer Burns στο βιβλίο της Υπογονιμότητα (σελ. 36) αναφέρει πως ένας μεγάλος αριθμός ερευνών μελετά την ψυχική υγεία τόσο πριν, μετά όσο και κατά τη διάρκεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ώστε να εκτιμηθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες "ως μεσολαβητικές δυνάμεις των επιτυχών εκβάσεων και οι ψυχολογικές αντιδράσεις στις ανεπιτυχείς εκβάσεις". Οι Mazure και Greenfeld εξέτασαν τη γενικότερη ψυχολογική εικόνα υποψηφίων ζευγαριών για εξωσωματική γονιμοποίηση, τις κλινικές εκθέσεις που περιέγραφαν την εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και τις μελέτες παρακολούθησης συμμετεχόντων. Βρήκαν πως τα επίπεδα "προϋπάρχουσας ψυχολογίας στους συμμετέχοντες ήταν φυσιολογικά και πως οι ερευνητές (χορηγώντας σταθμισμένα ψυχολογικά τεστ) δεν μπόρεσαν να διαπιστώσουν ψυχολογικά προβλήματα συνδεδεμένα με το στρες, παρόλο που υπήρχαν ανάλογες κλινικές ενδείξεις" (Mazure CM, Greenfeld DA., 1989). Παρόλο, λοιπόν, το ότι είναι πιθανή η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, στεναχώριας ή θλίψης στην περίπτωση που η διαδικασία αποδειχθεί ανεπιτυχής, φαίνεται πως τα άτομα που κάνουν χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής δεν διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχολογικές διαταραχές.

Η ψυχική διάθεση (άγχος, κατάθλιψη, στεναχώρια) παρουσιάζει διακυμάνσεις τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες κατά την πρόοδο μιας θεραπείας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Το άγχος και η μελαγχολία αυξάνονται κατά την διαδικασία της ωοληψίας, μειώνονται κατά την εμβρυομεταφορά, για να αυξηθούν πάλι την ημέρα του τεστ. Ωστόσο η σοβαρότητα των συμπτωμάτων φαίνεται να μειώνεται με την επανάληψη των προσπαθειών

Έρευνες έχουν δείξει ότι η ψυχολογία των γυναικών επηρεάζεται περισσότερο, από ότι αυτή των αντρών. Φαίνεται πως αντιμετωπίζουν με περισσότερο στρες τις διαδικασίες της τεχνητής γονιμοποίησης (καθ' όλη την διάρκεια της θεραπείας), και ιδιαίτερα τις φάσεις που προαναφέρθηκαν (Berg et al., 1991 και Boivin et al, 1988) Είναι δεδομένο, βέβαια, ότι αν το αποτέλεσμα της θεραπείας είναι αρνητικό, το επίπεδο της στεναχώριας αυξάνεται και για τα δύο μέρη. Επίσης όπως φαίνεται, 25% των γυναικών, παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης τρεις εβδομάδες μετά από την αποτυχία της θεραπείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες φτάνει μόλις το 12% (Newton et al., 1992, Berg et al, 1991, Boivin et al, 1988). Άλλη έρευνα (Slade,1997) έδειξε ότι οι διαφορές σε επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των δύο φύλων συνεχίζονται μέχρι και 6 μήνες μετά τα αρνητικά αποτελέσματα. Τέλος ο Baram (1988) σε έρευνά του, διαπίστωσε ότι 13% των γυναικών, αλλά κανέναν από τους άντρες, (σε δείγμα 86 συμμετεχόντων) έκανε σκέψεις για απόπειρα αυτοκτονίας μετά από την αποτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Φαίνεται πως οι γυναίκες κατά την περίοδο της εμβρυομεταφοράς, βιώνουν περισσότερο συναισθήματα συντροφικότητας με το ταίρι τους, ενώ οι άντρες δίνουν περισσότερη έμφαση σε συναισθήματα που έχουν να κάνουν με την επιτυχία της εγκυμοσύνης (ελπίδα και αισιοδοξία για την επιτυχία της θεραπείας) (Leiblum, 1987).

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι άντρες δεν επηρεάζονται. Και αυτοί παρουσιάζουν επίπεδα άγχους, και μάλιστα τις ίδιες περιόδους με τις γυναίκες, απλά σε μικρότερο βαθμό. Βέβαια υπάρχουν κάποια μεθοδολογικά θέματα που μπορεί να διαβρώνουν τα αποτελέσματα που παρουσιάζουν το γυναικείο φύλο, να επηρεάζεται περισσότερο. Πολλές έρευνες, έχουν βασίσει την έρευνα τους σε ζευγάρια που το πρόβλημα της υπογονιμότητας παρουσιάζονται - ποσοτικά- περισσότερο στις γυναίκες. Υπάρχει πιθανότητα, λοιπόν, αυτό το ποσοστό να επηρεάζεται και από τις ενοχές, του φέροντος το πρόβλημα. Εκτός από αυτό, υπάρχει πιθανότητα οι άντρες να έχουν μία τάση να "ωραιοποιούν" τα αποτελέσματα (σε κάποιες έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία με lie scales τα αποτελέσματα των αντρών ήταν μεγαλύτερα από των γυναικών). Αυτό σημαίνει ότι πολλές φορές χρησιμοποιούν ψευδείς απαντήσεις όσον αφορά στο συναισθηματικό κομμάτι, ώστε να μην δείξουν ευάλωτοι. Θα πρέπει να κρατάμε, επίσης, υπ' όψιν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο έτοιμες να μιλήσουν και εμφανίζονται περισσότερο συναισθηματικά ανοιχτές και πιο κοντά σε αυτά που αισθάνονται (δηλαδή τα αποδέχονται περισσότερο), από ότι οι άντρες. Ένα πολύ μεγάλο θέμα, όμως, είναι ότι το γυναικείο συναίσθημα πολλές φορές επηρεάζεται και από την εκάστοτε φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν. Ουσιαστικά, οι γυναίκες εμπλέκονται περισσότερο στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης, και όχι μόνο αισθάνονται

μεγαλύτερη σωματική κούραση αλλά ότι υποβάλλονται και σε φαρμακευτικές θεραπείες καθ' όλη τη διαδικασία, έχει άμεση σχέση με τη ψυχολογία τους (δηλαδή τα φάρμακα επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση των γυναικών). Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία επηρεάζουν τις ορμόνες του οργανισμού με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ευαισθησία. Τέλος δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι πολλές είναι οι φορές που τα δύο φύλα παρουσιάζουν διαφορετική αντίδραση στο άγχος και το στρες, για παράδειγμα οι γυναίκες να το βιώνουν περισσότερο συναισθηματικά, ενώ οι άντρες να το εκτονώνουν μέσα από τη χρήση αλκοόλ ή οτιδήποτε άλλο. (όπως πριν)

Τα πιο στρεσογόνα μέρη της διαδικασίας φαίνεται να είναι και για τα δύο φύλα η αναμονή για το αποτέλεσμα και η αρνητική απάντηση του τεστ. (ίσως αυτό το αποτέλεσμα επηρεάζεται βέβαια και από το γεγονός ότι τα περισσότερα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν σε ζευγάρια που είχαν αποτύχει να αποκτήσουν παιδί). Το πιο σημαντικό κομμάτι της ψυχολογικής αντίδρασης και για τα δύο φύλα έγκειται στην ανασφάλεια και την αμφιβολία για το αποτέλεσμα. Επηρεάζεται και η συνουσία του ζευγαριού, και είναι παρόμοιο με αυτό το επίπεδο της αισιοδοξίας που έχουν τα ζευγάρια. Είναι υψηλότερο στις μέρες της εμβρυομεταφοράς από ότι σε άλλες μέρες και λιγότερο στις τελευταίες μέρες πριν τα αποτελέσματα (όπως πριν). Φαίνεται πως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες απέναντι στις συζυγικές ισορροπίες, συμπεριλαμβανομένης και της συνουσίας (Daniluk, 1997, Abbey et al., 1991, Wright et al., 1989, Raval et al., 1987). Ίσως μια εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι γυναίκες προσπαθούν να προστατέψουν το σύντροφό τους από μία πιθανή αποτυχία εγκυμοσύνης. Έρευνες δείχνουν πως οι γυναίκες είναι τόσο προστατευτικές απέναντι στους συζύγους τους, ώστε παίρνουν επάνω τους το βάρος της ευθύνης για το πρόβλημα των αντρών όσον αφορά στην υπογονιμότητα. (Miall 1986, Abbey et al., 1991, Daniluk, 1997)

Μία άλλη μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι ότι οι γυναίκες φαίνεται να έχουν περισσότερη επικοινωνία με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον από ότι οι άντρες. Φαίνεται πως οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες, επίσης, προσεγγίζουν πρώτες κάποιον ειδικό και επιθυμούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση.

Λόγω του ότι, οι άντρες και οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, κάποιες έρευνες προτείνουν να αντιμετωπίζονται με διαφορετική ψυχολογική προσέγγιση (Berg et al). Κάποιες άλλες, με το σκεπτικό ότι τα δύο φύλα, ανεξάρτητα από τον τρόπο και το βαθμό που επηρεάζονται, έχουν ως κοινή πηγή άγχους την αβεβαιότητα της θεραπείας, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ειδικοί θα πρέπει ως στόχο να έχουν την μείωση του άγχους που πηγάζει από αυτήν, ακριβώς, την αβεβαιότητα (Boivin et. al).

Κεφάλαιο 7. Σημαντικότητα της σεξουαλικής υγείας του ζευγαριού στην σχέση

Ένας αποδοτικός και ουσιαστικός τρόπος έκφρασης συναισθημάτων, μοιράσματος και δέσμευσης, και φυσικά ενδυνάμωσης των δεσμών μεταξύ ενός άνδρα και μιας γυναίκας αποτελεί η σεξουαλική επαφή. Η εκάστοτε σεξουαλικότητα, όπως και η σεξουαλική δραστηριότητα συμβάλουν στην δημιουργία ενός μοναδικού συνδυασμού σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής έκφρασης, που ενισχύει τις διαπροσωπικές σχέσεις των ατόμων και τους ωθεί στο να κάνουν παιδιά, να διασκεδάσουν, αλλά συνάμα και να εξωτερικεύσουν τον πόθο, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους. Η σεξουαλικότητα του κάθε ανθρώπου διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από τα κοινωνικά ήθη, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τους νόμους, τα συναισθήματα, τις σχέσεις και από πολλούς οργανικούς παράγοντες, ο σημαντικότερος των οποίων είναι ο εγκέφαλος. Συνάμα, η σεξουαλική δραστηριότητα επηρεάζεται και οριοθετείται από την υγεία και την ευημερία, τη διαθεσιμότητα ενός συντρόφου, την εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας, τα σεξουαλικά ερεθίσματα, το κοινωνικό πλαίσιο και τις προηγούμενες σεξουαλικές εμπειρίες. Έτσι η σεξουαλική επαφή αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια από τις πιο μοναδικές, έντονες και ικανοποιητικές εμπειρίες στην ζωή ενός ανθρώπου.

Ο όρος σεξουαλική υγεία κατά καιρούς έχει χρησιμοποιηθεί με διαφορετικές έννοιες. Για κάποιους χρησιμοποιήθηκε ως ευφημισμός για πληροφορίες σχετικά με τις σεξουαλικώς μεταδιδόμενες ασθένειες. Για άλλους χρησιμοποιήθηκε για να προάγει μια περιορισμένη προσέγγιση προς την εκπαίδευση της αναπαραγωγής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι σεξουαλική Υγεία υπάρχει όταν το άτομο βιώνει μια κατάσταση απόλυτης σωματικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά απουσίας σεξουαλικής ασθένειας ή Υπογονιμότητας. Σεξουαλική υγεία είναι η εμπειρία της συνεχόμενης διαδικασίας της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευμάρειας ,αναφέρεται στην ελεύθερη και συγχρόνως υπεύθυνη έκφραση των σεξουαλικών ικανοτήτων που καλλιεργούν αρμονική προσωπική και κοινωνική ευημερία, εμπλουτίζοντας την ατομική και κοινωνική ζωή.

Η σεξουαλικότητα ως όρος χρησιμοποιείται για να συνθέσει την ταυτότητα ενός ατόμου ως προς το φύλο του, τα συναισθήματα του, το σεξουαλικό προσανατολισμό του και τη στάση του και είναι διαφορετική από την σεξουαλική συμπεριφορά. Εμπειριέχει την ανάγκη για συναισθηματική και σωματική οικειότητα με ένα άλλο ανθρώπινο πλάσμα και συμπεριλαμβάνει τα πιο προσωπικά και από καρδιάς συναισθήματα της ατομικότητας του καθενός. Αποτελεί λοιπόν μια θεμελιώδη πτυχή της ανθρώπινης φύσης. Η σεξουαλική υγεία συμπεριλαμβάνει την γνώση της σεξουαλικής λειτουργίας, μια θετική εικόνα του σώματος, αυτογνωσία σχετικά με τις στάσεις προς το σεξ, την κατανόηση και την αναγνώριση των

σεξουαλικών συναισθημάτων ενός ανθρώπου ένα καλά ανεπτυγμένο και λειτουργικό σύστημα αξιών, την ικανότητα δημιουργίας αποτελεσματικών και ικανοποιητικών σχέσεων, καθώς και συναισθηματική στήριξη, αλληλεξάρτηση και σταθερότητα στις σεξουαλικές σχέσεις. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν ένδειξη αυτογνωσίας, σε ότι έχει να κάνει με προσωπικές αξίες και διαπροσωπικές σχέσεις, συντελούν στη σεξουαλική υγεία και ευημερία όσο και οι ορμόνες, τα γεννητικά όργανα και τα κέντρα του εγκεφάλου. Η ανθρώπινη σεξουαλική ανταπόκριση δεν έχει μεγάλες διαφορές από άλλες ανθρώπινες συναλλαγές, έτσι αρχικά ακολουθεί μια σειρά αντιδράσεων ψυχολογικών και αισθητηριακών ερεθισμάτων που οδηγούν σε βιολογικές αντιδράσεις, αντιπροσωπεύοντας έτσι την αλληλεπίδραση οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών επιδράσεων που καθορίζουν την συμπεριφορά. Τα τρία στάδια του κύκλου της ανθρώπινης σεξουαλικής ανταπόκρισης είναι η επιθυμία, η διέγερση και ο οργασμός. (Masters WH et all, 1983)

Όταν διαταράσσεται η σεξουαλική υγεία σε μια σχέση προκύπτουν μια σειρά από προβλήματα όπως απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας ή της libido, η οποία ονομάζεται και διαταραχή υποενεργούς σεξουαλικής επιθυμίας, εμφανίζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες και αποτελεί μια δυσλειτουργία του πρώτου σταδίου της σεξουαλικής ανταπόκρισης (επιθυμία ,διέγερση, οργασμός) (LoPiccolo L., 1980). Η χαμηλή libido μπορεί να είναι ένα μεμονωμένο ή περιστασιακό σεξουαλικό πρόβλημα, μια μακροχρόνια πάθηση ή το σύμπτωμα ενός προβλήματος που δεν είναι σεξουαλικό στην φύση του, όπως η κατάθλιψη, η σωματική ασθένεια (πχ. Καρδιακό νόσημα, υπέρταση) ή κοινωνικά προβλήματα (πχ. εργασιακό στρες , κοινωνική απομόνωση). Η συχνότητα διαταραχών σεξουαλικής επιθυμίας αυξήθηκε σταθερά και θεαματικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες και τώρα πια, είναι το πρωταρχικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που επιζητούν σεξουαλική θεραπεία (Spector IP and Carey MP. 1990, Schover LR, et al,1982). Κατά παράδοση, η απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας ήταν πιο συνήθης στις γυναίκες, αλλά σήμερα η χαμηλή libido επικρατεί περισσότερο στους άνδρες. Το στάδιο της επιθυμίας της σεξουαλικής λειτουργίας χαρακτηρίζεται από το ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή και από την ανάγκη για σεξουαλική οικειότητα, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραγμένης σεξουαλικής επιθυμίας είναι παρουσία ή η απουσία σεξουαλικών φαντασιώσεων, ο αυνανισμός, η σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς διείσδυση, η συνουσία με τον ή τη σύντροφο και η πρωτοβουλία σεξουαλικής δραστηριότητας σε σχέση με την δεκτικότητα του συντρόφου (LoPiccolo L. 1980, Schover LR, et al 1982). Οι διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας σπάνια εμφανίζονται ως μεμονωμένο φαινόμενο. Στο πλαίσιο και στους μεσολαβητικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται η ηλικία , τα χρόνια γάμου, η κοινωνική – οικονομική κατάσταση, η θρησκευτικότητα, η συζυγική ευτυχία , η σωματική ευημερία, η προηγούμενη σεξουαλική διάθεση και οι υπάρχοντες κοινωνικοί παράγοντες του στρες. Η πρωτογενής διαταραχή σεξουαλικής υποενεργούς σεξουαλικής επιθυμίας είναι η πλήρης απουσία επιθυμίας συναισθημάτων, σκέψεων, φαντασιώσεων ή ενδιαφέροντος γύρω από το σεξ και, συνήθως, εμφανίζεται στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής.

Είναι ένα χρόνιο πρόβλημα που αντιμετωπίζεται πολύ δύσκολα, καθώς οφείλεται, συνήθως, σε ένα συνδυασμό οργανικών και ψυχολογικών παραγόντων. Η δευτερογενής διαταραχή υποενεργούς σεξουαλικής επιθυμίας, η οποία προκύπτει ύστερα από μια περίοδο φυσιολογικής σεξουαλικής επιθυμίας, χαρακτηρίζεται από την απουσία επιθυμίας, συναισθηματικών, σκέψεων, φαντασιώσεων ή ενδιαφέροντος γύρω από το σεξ. Η χαμηλή libido ή η μειωμένη σεξουαλική επιθυμία μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα στη σχέση, στα οιοπνευματώδη ή στα ναρκωτικά, σε ασθένεια στη σεξουαλική ανία, στην ανεπαρκή σεξουαλική πληροφόρηση στην αυστηρή ανατροφή ή σε προβλήματα της εικόνας που έχει το άτομο για το σώμα του. Μερικές φορές, η απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας οφείλεται σε ψυχολογικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, το στρες το ιστορικό τραυματικών σεξουαλικών εμπειριών ή στην ανασφάλεια του ατόμου για τον ψυχοσεξουαλικό του ρόλο – όλα εκ των οποίων επηρεάζουν τη σεξουαλική ανταπόκριση και απόλαυση. Για τα υπογόνιμα άτομα, οι διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας είναι, συνήθως, περιστασιακές ή αποτελούν περιοδικές αντιδράσεις, ενδεικτικές της συναισθηματικής δυσφορίας και της σωματικής επιβάρυνσης της υπογονιμότητας ή κάποιας συγκεκριμένης ιατρικής θεραπείας.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε πολλές περιπτώσεις προβλήματα στην σχέση όπως για παράδειγμα έλλειψη επικοινωνίας, θυμός, απόρριψη, αποφυγή δέσμευσης και περιπλεγμένες ή διαφορετικές προτεραιότητες εμφανίζονται, συχνά ως σεξουαλικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται άμεσα η σεξουαλική υγεία του ζευγαριού ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι υπογονιμότητας. Ενδοψυχικά ζητήματα, όπως η κρυφή ομοφυλοφιλία, το εξωσυζυγικό σεξ, ο υπερβολικός αυνανισμός ή η ψυχαναγκαστική σεξουαλική δραστηριότητα δεν είναι προβλήματα σεξουαλικής επιθυμίας, όπως παρουσιάζονται, αλλά, στην πραγματικότητα, αντιπροσωπεύουν προβλήματα του ίδιου του ατόμου ή της σχέσης. Τα επίμονα 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 του ζευγαριού (Berger DM. 1980). Σε ορισμένα ζευγάρια, οι σύντροφοι κατηγορούν τον εαυτό τους ή ο ένας τον άλλο για την υπογονιμότητα (ανεξάρτητα από την πραγματική αιτία), προκαλώντας θυμό, ο οποίος επηρεάζει την σεξουαλική επιθυμία και λειτουργία (Utian WH, et al, 1983). Η έλλειψη συναισθηματικής οικειότητας μπορεί να εμφανίζεται ως σεξουαλικό πρόβλημα, όταν το πραγματικό πρόβλημα είναι η ανάρμοστη ή η καταστρεπτική συμπεριφορά, όπως η βία, η κακοποίηση ή η παραβίαση των ορίων. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπεία των σεξουαλικών προβλημάτων δεν είναι τόσο σημαντική όσο η επίλυση των σοβαρότερων συζυγικών προβλημάτων (βλ. κεφ.6) .

7.1 Επιδράσεις της υπογονιμότητας στην σεξουαλική υγεία και πρακτική

Η σεξουαλική υγεία σε συνδυασμό με την υπογονιμότητα δεν είχε αποτελέσει αντικείμενο επιστημονικής μελέτης μέχρι πρόσφατα.. Οι πιο παλιές μελέτες που αφορούσαν

τόσο τη σεξουαλική λειτουργία, όσο και την υπογονιμότητα στηρίζονταν, ως επί το πλείστον, σε ειδικές κλινικές περιπτώσεις ή σε θεωρητικές υποθέσεις που εστίαζαν στους συναισθηματικούς φραγμούς (κυρίως των γυναικών) ή και στα δύο, ως αιτίες της μειωμένης γονιμότητας. Έτσι η επικρατέστερη άποψη των πρώτων ψυχαναλυτικών θεωριών εστίαζε στις Ψυχολογικές και συναισθηματικές διαταραχές ως αιτία της υπογονιμότητας, αφού το 50% των περιπτώσεων υπογονιμότητας δεν μπορούσε να αιτιολογηθεί σύμφωνα με ιατρική διάγνωση.

Επίσης, η σεξουαλική δυσλειτουργία ορίζεται ως η ύπαρξη διαταραχών στην σεξουαλική επιθυμία και επηρεάζεται από τις ψυχολογικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν την σεξουαλική ανταπόκριση και προκαλούν στρες και διαπροσωπικές δυσκολίες. Είναι ένας συνδυασμός προβλημάτων που έχει βιολογικές και ψυχολογικές προεκτάσεις και η αιτιολογία του είναι πολυπαραγοντική. (Marthol H, et al, 2004)

Η συχνότητα εμφάνισης σεξουαλικών δυσλειτουργιών σε άνδρες που υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας ή που ζητούν θεραπεία υπογονιμότητας, έχει εξετασθεί σε αρκετές μελέτες. Ο Van Zyl (Van Zyl JA, 1987) διαπίστωσε ότι το 27% των υπογόνιμων αντρών απέδιδε τις σεξουαλικές δυσκολίες που αντιμετώπιζε (χαμηλή libido, πρόωρη εκσπερμάτωση και ανικανότητα) στην υπογονιμότητα. Οι Pepe και Byrne (Pepe MV, Byrne Tj. 1991) διαπίστωσαν ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας, οι σεξουαλικές σχέσεις αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα (κυρίως όσον αφορά την πρωτοβουλία για σεξουαλική επαφή και αμηχανία του συντρόφου ή της συντρόφου). Αν και οι γυναίκες δήλωσαν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις τους βελτιώθηκαν μετά την διακοπή της θεραπείας, σε περιπτώσεις που δεν είχε επιτευχθεί εγκυμοσύνη, δεν έφτασαν στα επίπεδα που ήταν πριν την θεραπεία, ακόμη και δυο χρόνια μετά τον τερματισμό της. Ο Slade (Slade P., 1981) διαπίστωσε ότι οι υπογόνιμες γυναίκες ήταν πιο συγκροτημένες και είχαν περισσότερη ενοχή ως προς τη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ έβλεπαν τη σεξουαλική επαφή κυρίως ως μέσο αναπαραγωγής. Σε μια μελέτη που συνέκρινε υπογόνιμες γυναίκες με άλλες ομάδες γυναικών, ο Benazon (Benazon N, et al, 1992; 18:273-84) διαπίστωσε ότι, έπειτα από 12 μήνες, οι γυναίκες που δεν έμειναν έγκυοι παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα στρες και χαμηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης από τις γυναίκες που είχαν μείνει έγκυοι. Οι Keye & Deneris (Keye WR, Deneris A. 1982) σε μια ερευνά συνέκριναν υπογόνιμες γυναίκες με μια ομάδα γυναικών, οι οποίες είχαν παραπεμφθεί σε γυναικολογική κλινική, αλλά δεν είχαν συμπτώματα. Παρόλο που διαπίστωσαν ότι οι δύο ομάδες δεν παρουσιάζουν διαφορές, το 18% των υπογόνιμων γυναικών απέδιδε τα σεξουαλικά προβλήματα που αντιμετώπιζε στην υπογονιμότητα και το 37% δήλωσε ότι δεν ικανοποιείτο σεξουαλικά εξαιτίας της υπογονιμότητας και της απουσίας αυθορμητισμού στην διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

Οι ιατρικές θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται οι γυναίκες, ανεξάρτητα από την αιτία της υπογονιμότητας προκαλούν μια σειρά δυσλειτουργιών εξαιτίας του αυξημένου στρες που επηρεάζουν άμεσα την σεξουαλική υγεία του ζευγαριού. Οι κυριότερες είναι η

απώλεια της libido, η απουσία οργασμού και η διαταραχή της σεξουαλικής ταυτότητας (Karahasanoglu A, et al,1972). Αρκετοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι η θεραπεία της υπογονιμότητας οδήγησε στην αίσθηση απώλειας του ελέγχου, της οικειότητας, της ιδιωτικής ζωής και του σεβασμού, καθώς και στην μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας των γυναικών (Leader A, et al,1984). Σε μια ιταλική έρευνα (Barraglia AR, et al,1983) σε υπογόνιμες γυναίκες, οι ερευνητές δεν εντόπισαν καμία αλλαγή στα επίπεδα της σεξουαλικής ικανοποίησης, αλλά διαπίστωσαν μείωση της συχνότητας των σεξουαλικών επαφών και της σεξουαλικής επιθυμίας. Ο Keye (Keye WR. 1984) διαπίστωσε ότι τα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας των γυναικών είναι ανάλογα με αυτά των γόνιμων γυναικών, αν και το 58% των υπογόνιμων γυναικών ανέφερε μειωμένη σεξουαλική απόλαυση λόγω των προγραμματισμένων σεξουαλικών επαφών. Σε μια μελέτη υπογόνιμων γυναικών, ο Boivin και οι συνεργάτες του (Boivin J, et al,1992) βρήκαν ότι το 1/3 ένιωθε αμηχανία και νευρικότητα κατά την διάρκεια της εξέτασης μετά την συνουσία, ενώ το 20%, που είχε φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία, ανέφερε ότι, πριν από την εξέταση μετά την σεξουαλική επαφή, η σεξουαλική ανταπόκριση δεν ήταν ικανοποιητική. Επίσης, η πλειονότητα των γυναικών ανέφερε ότι, σε σύγκριση με τις σεξουαλικές σχέσεις άλλων περιόδων, η σεξουαλική ικανοποίηση ήταν μικρότερη. Οι συγγραφείς κατέληξαν ότι η πίεση που ασκεί η εξέταση, αμέσως μετά την συνουσία, μπορεί να δημιουργήσει στρες στις γυναίκες, συμβάλλοντας στην μειωμένη σεξουαλική απόλαυση και στην έλλειψη σεξουαλικής ανταπόκρισης, με αποτέλεσμα τα χαμηλότερα οργανικά αποτελέσματα. Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στις στυτικές δυσκολίες και την γυναικεία σεξουαλική ικανοποίηση, τη διέγερση και τον οργασμό.

Ο Van Zyl (Van Zyl JA, 1987) ανέφερε ότι το 43% των γυναικών ένιωθαν πως η αδυναμία σύλληψης είχε σημαντικές αρνητικές επιδράσεις στην ζωή τους και, κυρίως, στις σεξουαλικές σχέσεις τους. Ελλείπει σεξουαλικής υγείας οι γυναίκες ανέφεραν σοβαρή συζυγική ένταση, καθώς και σεξουαλικές αναστολές, έλλειψη οργασμού και μειωμένο ενδιαφέρον για το σεξ. Ο Andrews και οι συνεργάτες του κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το προκαλούμενο από την Υπογονιμότητα στρες επηρεάζει πολύ περισσότερο την σεξουαλική ταυτότητα των γυναικών από ότι των αντρών. Ελάχιστες έρευνες εξέτασαν την επίδραση μιας συγκεκριμένης διάγνωσης υπογονιμότητας ή μιας θεραπευτικής διαδικασίας στην ανδρική σεξουαλική λειτουργία.

Οι σύζυγοι ανδρών που δεν παρουσίαζαν δυσλειτουργία στύσης, δεν είχαν κανένα σύμπτωμα. Σε μια μελέτη υπογόνιμων ζευγαριών, οι Drake και Grunert (Drake T, Grunert G. 1979) διαπίστωσαν ότι η πλειονότητα των ανδρών είχε έντονη σεξουαλική δυσλειτουργία στη μέση του έμμηνου κύκλου, την οποία απέδιδαν :1) στο σύνδρομο «αυτή είναι η νύχτα» 2) στην αλλαγή του σκοπού της σεξουαλικής επαφής 3) στο στρες της κλινικής εξέτασης από τρίτο πρόσωπο 4) στις αμφιβολίες σχετικά με την επαρκή μελλοντική επίδοση. Σε μια έρευνα γύρω από το στίγμα των υπογόνιμων ζευγαριών, των οποίων η υπογονιμότητα οφειλόταν στον αντρικό παράγοντα, ο Nachtigall και οι συνεργάτες του (Nachingall RD, et al,1992)

διαπίστωσαν ότι οι άνδρες που ήταν υπεύθυνοι για την υπογονιμότητα αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο στίγμα από αυτούς που δεν ήταν οι ίδιοι υπεύθυνοι για την υπογονιμότητα.

Οι Berg και Wilson (Berg Bj, Wilson JF 1991) αξιολόγησαν ζευγάρια σε διαφορετικά στάδια της διερεύνησης της υπογονιμότητας (πρώτο, δεύτερο και τρίτο χρόνο) και διαπίστωσαν ότι , με την πάροδο του χρόνου, τα ζευγάρια αντιμετώπιζαν αυξημένα συζυγικά και σεξουαλικά προβλήματα, ενώ οι άνδρες δήλωναν, γενικά, μειωμένη ικανότητα έλεγχου της εκσπερμάτισης και μειωμένη ικανοποίηση από την σεξουαλική απόδοση τους. Σε μια ερευνά σύγκρισης υπογόνιμων ανδρών με ομάδα ελέγχου, Ο Kemer και οι συνεργάτες του (Kemer P, et al,1990; 63(pt 10): 73-80) βρήκαν ότι οι υπογόνιμοι άνδρες ανέφεραν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, μεγαλύτερο άγχος, περισσότερα σωματικά συμπτώματα και εντονότερη σεξουαλική ανεπάρκεια, καθώς και μεγαλύτερη κατάθλιψη, η οποία , με την σειρά της, επηρέαζε την λειτουργία της στύσης.

Η υπογονιμότητα είναι μεταξύ άλλων μια συναισθηματική κρίση και μια σωματική πρόκληση επειδή επεμβαίνει σε μια από τις πιο σημαντικές ανθρώπινες λειτουργίες (Mahlstedt PP. 1985). Σε αυτήν την έρευνα το 11% (46/405) των αντρών που έλαβαν μέρος βίωσαν προβλήματα με την στύση ή τον οργανισμό μετά την εντόπιση μιας ανωμαλίας στα αποτελέσματα από την ανάλυση σπέρματος. Το γεγονός ότι αυτοί οι άνδρες είχαν φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία πριν την εξέταση Υπογονιμότητας μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το πρόβλημα στύσης είναι ψυχολογικής προελεύσεως, το οποίο πυροδοτήθηκε από τα σχετικά αποτελέσματα(Ramadan A, 2003).

Ο Baram και οι συνεργάτες του μελέτησαν τις αντιδράσεις των ζευγαριών προς την ανεπιτυχή σεξουαλική γονιμοποίηση και διαπίστωσαν ότι η μειοψηφία (20% των γυναικών και 17% των ανδρών) πίστευε ότι η εμπειρία της εξωσωματικής γονιμοποίησης επέδρασε αρνητικά στις σεξουαλικές σχέσεις τους, μειώνοντας την επικοινωνία και την συναισθηματική οικειότητα και προκαλώντας σεξουαλικά προβλήματα και αλληλοκατηγορίες. Οι γυναίκες παραπονέθηκαν για δυσκολία στη διέγερση ή /και στην επίτευξη οργασμού, ενώ οι άνδρες αντιμετώπιζαν ανικανότητα ή πρόωρη εκσπερμάτιση. Παρ'όλο που η πλειονότητα των ασθενών (58% των γυναικών και 67% των ανδρών) δεν ανέφερε καμία αλλαγή στη σεξουαλική λειτουργία μετά την εξωσωματική γονιμοποίηση ,ένας σημαντικός αριθμός ανδρών και γυναικών παρατήρησε μείωση του αυθορμητισμού και της ικανοποίησης. Ο Fagan και οι συνεργάτες του (Fagan PJ, et al,1986)στην έρευνα τους για την αξιολόγηση της σεξουαλικής λειτουργίας και της ψυχολογικής κατάστασης ζευγαριών που θα υποβάλλονταν σε εξωσωματική γονιμοποίηση διαπίστωσαν παρόμοια σεξουαλικά προβλήματα. Διαπιστώθηκε σεξουαλική δυσλειτουργία στο 15,5 % των ζευγαριών (ένα επιπλέον 14,4% είχε ψυχική νόσο διαγνωσμένη με το DSM III). Σύμφωνα με την έρευνα αυτή το 20% των ασθενών που υποβάλλονταν σε εξωσωματική γονιμοποίηση, ξεκίνησαν την διαδικασία με μετρήσιμα ψυχολογικά και σεξουαλικά προβλήματα. Καθώς ο στόχος της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι η αναπαραγωγή τα υπογόνιμα άτομα μπορεί να νιώθουν κατάθλιψη, να χάσουν το ενδιαφέρον τους για το κατά παραγγελία σεξ ή να μην

έχουν σεξουαλική διάθεση, όταν, τον περισσότερο χρόνο, νιώθουν απογοήτευση και θλίψη. Τα χρόνια προβλήματα υγείας ή η «εισβολή» της ιατρικής θεραπείας αποθαρρύνουν, συνήθως τις ερωτικές σκέψεις και τα ερωτικά συναισθήματα, με αποτέλεσμα η σεξουαλική επαφή να μην είναι πια μια ελκυστική πηγή τρυφερότητας, αλλά μια αναπαραγωγική υποχρέωση. Τέλος, μια άλλη αιτία για την απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας ανδρών και γυναικών είναι τα φάρμακα, όπως τα αντισυλληπτικά χάπια, αντισυλληπτικές ενέσεις προγεστερόνης medroxy (Depo – Provera), ανταγωνιστές της ορμόνης που διεγείρει τη γοναδοτροπίνη, φάρμακα για την πρόκληση Ωορρηξίας, αντιυπερτασικά και αντικαταθλιπτικά, που παρεμβαίνουν στη σεξουαλική ανταπόκριση ή/και το σεξουαλικό ενδιαφέρον διαφοροποιώντας τα επίπεδα ορμονών, επηρεάζοντας τη σεξουαλική επιθυμία ή διέγερση ή μετατρέποντας την εμπειρία του οργασμού.

Οι διαταραχές σεξουαλικής επιθυμίας είναι, συνήθως πολύ δύσκολο να θεραπευτούν κυρίως γιατί οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν μάθει να επικεντρώνονται ακουσίως και αυτομάτως σε αρνητικές ή αποδιοργανωτικές σκέψεις που καταπιέζουν τα σεξουαλικά συναισθήματα τους.

Έρευνες σχετικά με την θεραπεία των διαταραχών σεξουαλικής επιθυμίας έχουν δείξει ότι η συνηθισμένη σεξουαλική θεραπεία, συνήθως αποτυγχάνει να αυξήσει τη σεξουαλική επιθυμία (Reading AE, 1993).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Υπογονιμότητα μπορεί να αλληλεπιδράσει με την σεξουαλική λειτουργία με δυο κυρίως τρόπους. Τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να προκληθούν ή να διογκωθούν από την διάγνωση, την έρευνα, ή την θεραπεία που αφορά την Υπογονιμότητα. Όταν υπάρχει το πρόβλημα της υπογονιμότητας πολλοί άνθρωποι αντιδρούν αισθανόμενοι θυμό, πανικό, απελπισία και θλίψη και αυτά τα αισθήματα μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην σεξουαλική λειτουργία. Το στρες (άγχος) της υπογονιμότητας και της θεραπείας της μπορεί να είναι η αιτία σεξουαλικών δυσλειτουργιών τόσο για τον άντρα όσο και για την γυναίκα. Η σεξουαλική επαφή μπορεί να αποφεύγεται από τον έναν από τους δυο συντρόφους καθώς του υπενθυμίζει την αδυναμία του να τεκνοποιήσει. Οι διάφορες εξετάσεις και τα δείγματα σπέρματος που σε κάποιες περιπτώσεις καλείται να κάνει ο άνδρας μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα να αισθάνεται αυξημένο άγχος και πίεση και να μην μπορεί να εκφράσει ελεύθερα και λειτουργικά την σεξουαλικότητα του. Επίσης για κάποιους άνδρες μια ή δυο αποτυχίες κατά την σεξουαλική επαφή μπορεί να οδηγήσει σε ένα φαύλο κύκλο όπου κάθε νέα αποτυχία εντείνει το άγχος και οδηγεί σε περαιτέρω αποτυχίες. Ακόμα σε κάποιες περιπτώσεις ο ένας από τους δυο συντρόφους αισθάνεται ότι ο σύντροφος του τον ποθεί σεξουαλικά μόνο όταν υπάρχει πιθανότητα σύλληψης και η σεξουαλική λειτουργία μπορεί τότε να μετατραπεί σε πρόσφορο έδαφος για θέματα δύναμης και ελέγχου ανάμεσα στο ζευγάρι. Όλες αυτές οι δυσκολίες σε πολλές περιπτώσεις λειτουργούν συγκεντρωτικά ώστε να αποξενώνουν το ζευγάρι από τις αναπαραγωγικές πτυχές της σεξουαλικής έκφρασης και να το επικεντρώνουν στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει, προκαλώντας έτσι έντονο άγχος.

Κεφάλαιο 8 Η Ψυχολογία της Υπογονιμότητας

Ένα σημαντικότατο κομμάτι της ζωής του ανθρώπου, αν όχι το σημαντικότερο ήταν και συνεχίζει να είναι η απόκτηση ενός παιδιού και συνάμα ο επικείμενος πόνος που προκαλεί η στειρότητα. Η επιδίωξη της απόκτησης ενός παιδιού για διαφορετικούς λόγους, όπως βιολογικές ορμές, κοινωνικές αναγκαιότητες (πχ διάδοχος) η απλά λόγω ψυχολογικής ανάγκης έχει πολλές φορές αναγκάσει άντρες και γυναίκες να αναζητήσουν διάφορες θεραπείες, πολλές εκ των οποίων θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ακραίες. Σε όλους τους πολιτισμούς η ακούσια ατεκνία χαρακτηρίζεται κρίση, η οποία ενδεχομένως απειλεί την σταθερότητα ατόμων, σχέσεων και κυρίως κοινοτήτων. Όλες οι κοινωνίες -ως μέρος του πολιτισμού τους-έχουν ενσωματώσει λύσεις προκειμένου να αντιμετωπίσουν την στειρότητα. Οι πιο συνηθισμένες περιλαμβάνουν αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις (π.χ., διαζύγιο, υιοθεσία), πνευματική μεσολάβηση (π.χ., προσευχή, προσκύνημα σε πνευματικούς χώρους) ή ιατρικές παρεμβάσεις (π.χ., παροχή βοτάνων, επίσκεψη σε πρακτικό γιατρό)(Rosenblatt PC< Peterson P, 1973)

Τόσο οι πνευματικές όσο και οι ιατρικές θεραπείες αποτελούν συνηθισμένες λύσεις για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και τα εν λόγω ζευγάρια τις δοκιμάζουν συχνά από νωρίς, ενώ αντίθετα οι κοινωνικές λύσεις, οι οποίες απαιτούν αλλαγή στις ισορροπίες της σχέσης αποτελούν συνήθως την τελευταία εναλλακτική λύση για κάθε άτομο ή ζευγάρι (Rosenblatt PC< Peterson P, et al,1973).

Η διστακτικότητα αυτή που παρατηρείται στα άτεκνα ζευγάρια για να λάβουν μια κοινωνική λύση, ίσως να οφείλεται στις αυξημένες ελπίδες που δίνουν τόσο στην πνευματική όσο και στην Ιατρική κάθε φορά παρέμβαση. Επίσης αρκετές φορές βλέπουμε να διστάζουν να διαταράξουν ή να διαφοροποιήσουν τις ισορροπίες στη σχέση προσδοκώντας ότι το πρόβλημα της υπογονιμότητας θα αποδειχθεί παροδικό και όχι μόνιμο. Πάντως στην προσπάθειά τους τα άτεκνα ζευγάρια να ξεπεράσουν το πρόβλημα αυτό, βλέπουμε να επιστρατεύουν και τα τρία προαναφερθέντα μέσα (πνευματικά, ιατρικά, κοινωνικά) ως θεραπείες.

Ανάλογα κάθε φορά με τις συνθήκες παρατηρούμε διαφορετικές κοινωνικές λύσεις για το πρόβλημα της ατεκνίας. Εκ των οποίων μια από τις γνωστότερες ήταν αυτή του Βασιλιά Ερρίκου Η' της Αγγλίας, ο οποίος άλλαξε την θρησκεία και τους νόμους μιας χώρας για να καλύψει την ανάγκη του για ένα παιδί(αν και ο ίδιος χρειαζόταν αγόρι). Πιο καθημερινές κοινωνικές λύσεις αποτελούν το διαζύγιο, η πολυγαμία και οι εξωσυζυγικές σχέσεις κυριότερα στο Δυτικό Πολιτισμό, ενώ άλλα παραδείγματα κοινωνικών λύσεων σε κάποιους πολιτισμούς της Αφρικής και της Μέσης Ανατολής περιλαμβάνουν την συνεχιζόμενη πρακτική των πολλών συζύγων για την αντιμετώπιση της στειρότητας (ή της έλλειψης γιου) ή το έθιμο που συναντάμε στην Ανατολική Ασία , όπου ο μεγαλύτερος

αδερφός προσφέρει έναν από τους γιους του στο νεότερο, άτεκνο αδερφό. Σε κάθε ένα από τα παραπάνω παραδείγματα φαίνονται καθαρά η κοινωνική και κυρίως συναισθηματική οδύνη, καθώς και η καταφυγή σε λύσεις που εμπεριέχουν την μεταβολή των κοινωνικών σχέσεων. Αυτό εν μέρει δικαιολογεί την διστακτικότητα που χαρακτηρίζει τα περισσότερα άτομα να καταφύγουν σε αυτές τις λύσεις, εάν δεν έχουν προηγουμένως εξαντλήσει της πιθανότητες για άλλες θεραπείες του προβλήματος.

Πέρα όμως από τις κοινωνικές λύσεις για την αντιμετώπιση της στειρότητας πολλές φορές καταφεύγουμε από την αρχαιότητα ακόμα και στην θρησκευτική πίστη. Η δύναμη της πίστης σε πνεύματα και θεούς ως θεραπεία της στειρότητας εμφανίζεται σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς. Έτσι η θρησκευτική πίστη ανεξάρτητα από τις συνήθειες του κάθε λαού αποτελούσε και αποτελεί σημαντικό καταφύγιο για τα υπογόνιμα ζευγάρια. Είτε αποτελεί πραγματική λύση στο πρόβλημα, είτε πηγή παρηγοριάς η αξία της δεν πρέπει να παραβλέπεται.

Πάντως οι ιατρικές λύσεις για την υπογονιμότητα είναι οι συνηθέστερες και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι είναι και οι πιο αποδεκτές του 20^{ου} αιώνα. Παλιότερα οι ιατρικές θεραπείες που είχαμε στην διάθεση μας για την υπογονιμότητα κυρίως επικεντρώνονταν στη λήψη ειδικών τροφών, σε κοιλικές θεραπείες ή φάρμακα που αυξάνουν την ανδρική σεξουαλικότητα, (τα αποτελέσματα των οποίων δεν μπορούν να αξιολογηθούν με σιγουριά αφού δεν γίνονταν παράλληλα και οι ανάλογες εξετάσεις). Όπως και με τις θρησκευτικές τελετές και πρακτικές είτε πρόκειται για απλή παρηγοριά, είτε για ουσιαστική βοήθεια στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, οι ιατρικές λύσεις είχαν και έχουν ιδιαίτερη απήχηση και προτιμώνται από τα άτεκνα ζευγάρια.

Το γεγονός ότι όλοι οι πολιτισμοί αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα ως μια κατάσταση έντονης κρίσης, αντικατοπτρίζει την θεμελιώδη σημασία που έχει η τεκνοποίηση για το ίδιο το ζευγάρι αρχικά και στην συνέχεια για την ευρύτερη οικογένεια και για την κοινωνία. Ενώ η υπογονιμότητα από μόνη της ωθεί τον άνθρωπο σε μια διαδικασία εύρεσης θεραπείας, η τελική επιλογή της εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων όπως προσωπικές αντιλήψεις και προτιμήσεις, πολιτισμικά δεδομένα, θρησκευτικά πιστεύω, τόπο διαμονής και χρονική περίοδο.

Σχετικά με τις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα, Οι Dunkel-Scetter & Lobel (Stanton AL, Dunkel-Scetter C, 1991) κάνοντας μια συνεκτική ανασκόπηση των ερευνών, συμπέραναν ότι το μεγαλύτερο βάρος δινόταν στον συναισθηματικό αντίκτυπο της υπογονιμότητας παρά στην έλλειψη ελέγχου ή στις αλλαγές ταυτότητας και στην αυτοεκτίμηση ή ακόμα και στις κοινωνικές επιδράσεις. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσοι πήραν μέρος στην έρευνα αντιπροσώπευαν ίσως ένα μοναδικό και επιλεγμένο δείγμα ατόμων που είχαν αποφασίσει να αναζητήσουν ιατρική θεραπεία ή συμβουλευτική αγωγή γύρω από την υπογονιμότητα. Εξέφρασαν επίσης την άποψη ότι οι ψυχολογικές επιδράσεις της υπογονιμότητας ανήκουν σε ένα δίκτυο αλληλένδετων αντιδράσεων και δεν αποτελούν ξεχωριστή και ανεξάρτητη αντίδραση.

Όσον αφορά το εμπειρικό κομμάτι οι Dunkel-Scetter & Lobell (Stanton AL, Dunkel-Scetter C, 1991) κατέληξαν ότι δεν μπορούμε να ισχυριστούμε με σαφήνεια, βάση στοιχείων ότι η υπογονιμότητα έχει δυσμενή αντίκτυπο στην ψυχοπαθολογία των ασθενών, αν και αναφέρουν ότι γίνεται λόγος αρνητικών επιδράσεων σε κάποιες έρευνες. Βρήκαν ότι «τα εμπειρικά δεδομένα επιστημονικών ερευνών πάνω στις σχετικές με την υπογονιμότητα ψυχολογικές αντιδράσεις δεν στηρίζουν την άποψη ότι ορισμένες αντιδράσεις είναι κοινές» (Dunkel-Scetter C, et al, 1991). Παρόλο που σε κάποιες έρευνες παρουσιάστηκαν αφύσικα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης, στη συνέχεια λίγες από τις έρευνες αυτές επιβεβαιώθηκαν. Αντίθετα μεθοδικές έρευνες έδειξαν ότι η πλειονότητα των υπογόνιμων ανθρώπων δεν αντιμετωπίζει κλινικής σημασίας ψυχολογικά προβλήματα, έλλειψη αυτοεκτίμησης ή αρνητικές επιπτώσεις στις συζυγικές και σεξουαλικές σχέσεις. Ωστόσο, υπάρχουν στοιχεία που έδειχναν ότι η υπογονιμότητα επιδρά στην ατομική ταυτότητα και στην εικόνα του εαυτού των ατόμων, κυρίως ως προς τον εαυτό και τον ιδανικό «εαυτό». Οι Dunkel-Scetter & Lobell (Stanton AL, Dunkel-Scetter C, 1991) κατέληξαν στο ότι «το μέσο άτεκνο άτομο δεν αντιμετωπίζει σοβαρά ή μεγάλης κλινικής σημασίας συζυγικά, σεξουαλικά ή άλλα ψυχολογικά προβλήματα, ούτε υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν την ύπαρξη συγκεκριμένου κύκλου ψυχολογικών αντιδράσεων».

8.1 Υπογονιμότητα στον άνδρα

Η διάγνωση της υπογονιμότητας φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα της ψυχολογικής προσαρμογής των ανδρών στην ατεκνία, γιατί, αν η υπογονιμότητα οφείλεται στους ίδιους, παρουσιάζουν πιο έντονες αρνητικές αντιδράσεις, μεταξύ των οποίων, αίσθηση στίγματος, απώλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Nachtigall RD, et al, 1997). Επίσης οι άνδρες τείνουν να κάνουν περισσότερα αυτοσαρκαστικά σχόλια, εάν η ατεκνία οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Σε σχετική έρευνα με 22 υπογόνιμους άντρες Mason (as cited in Daniluk 1997) αναφέρει ότι οι άντρες βίωσαν συναισθήματα ενοχής, ντροπής, θυμού, απομόνωσης, απώλειας και προσωπικής αποτυχίας. Οι άντρες συχνά κρύβουν τα συναισθήματα τους για την υπογονιμότητα με αποτέλεσμα πολλές γυναίκες να μην συνειδητοποιούν τα συναισθήματα που βιώνει ο άντρας τους. Αντίστοιχα ο MEYERS 1990 αναφέρει ότι οι υπογόνιμοι άντρες απέκτησαν την εμμονή της αναποτελεσματικότητας τους και αμφισβητούν την ταυτότητα τους. Οι Morrow, Thoreson, Penney 1995 αναφέρουν ότι η μεγάλη ηλικία αποτελούσε σημαντικό παράγοντα στεναχώριας για τους υπογόνιμους άντρες, ενώ ο Abbey, Andrews, and Halman 1992 σημειώνουν ότι σε 185 ζευγάρια δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της προκαλούμενης από υπογονιμότητα στεναχώριας τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών επακόλουθων της υπογονιμότητας, πιο συχνά οι άνδρες χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως είναι η

άρνηση, η απομάκρυνση, η αποφυγή του προβλήματος και το κλείσιμο στον εαυτό τους, ενώ σπάνια θα αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη ή συμβουλευτική αγωγή.(Abbey A, et al,1991, Wright J, et al, 1991, Stanton AI, et al,1991). Σε μια άλλη έρευνα, η οποία αναφέρονταν στην αντρική υπογονιμότητα φάνηκε ότι η στρατηγική αντιμετώπισης της υπογονιμότητας σε αρχικά στάδια είχε άμεσο αντίκτυπο στην μετέπειτα προσαρμογή. Συγκεκριμένα, οι άνδρες που βρήκαν υποκατάστατο φροντίζοντας ένα αντικείμενο (π.χ. στο σπίτι, σε ένα κατοικίδιο, στον κήπο) ή κάποιο παιδί (π.χ. αναλαμβάνοντας μία ομάδα νέων στην εκκλησία) κατά την περίοδο αυτή, είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν πατέρες, ενώ εκείνοι που χρησιμοποίησαν εγωκεντρικά υποκατάστατα (π.χ. body building) δεν μπόρεσαν να αποκτήσουν παιδί έως την μέση ηλικία (Snarey J, Son L, Kuihie et al 1987).

Οι παραδοσιακοί ορισμοί της ανδρικής ψυχολογίας βασίζονταν συχνά σε υποθέσεις και προσδοκίες για την ανδρική συμπεριφορά, δίνοντας έμφαση κυρίως στην αυτοπεποίθηση, στην επιτυχία και στην επιθετικότητα, όπως μπορούμε να καταλάβουμε και από τα παραδείγματα που μας δίνει ο Staudacher(Staudacher C.men&Grief. Oakland, CA:New Harbinger Publications,1991)., περιγράφοντας τους 5 βασικούς τύπους αντίδρασης των αντρών :1) παραμένουν σιωπηλοί, 2) βυθίζονται σε μοναχικό πένθος ή «μυστικό» πόνο, 3) αναλαμβάνουν δράση με την χρήση βίας ή μέσο του νόμου, 4) απορροφώνται από κάποια δραστηριότητα ή εργασία ή 5) εμφανίζουν εξαρτημένες συμπεριφορές.

Με το φεμινιστικό κίνημα, η ψυχολογία των αντρών άρχισε να ασχολείται με τους κινδύνους που κρύβει η παραδοσιακή κοινωνικοποίηση των ανδρών και κυρίως το γεγονός ότι αναμένεται από τους άνδρες να παραμείνουν στωικοί, να μην είναι συναισθηματικά ευάλωτοι και να εξακολουθήσουν να ασχολούνται με την εργασία, τα επιτεύγματα και την επιτυχία τους και να έχουν δυναμική και επιθετική συμπεριφορά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις 82-83(Philpot CL, et al,1997, Goldberg H, 1979). Άρχισε επίσης, να τονίζει πόσο η απομάκρυνση των αντρών από τα συναισθήματα τους οδηγεί σε συναισθηματική απομόνωση, επιβάρυνση της σωματικής τους υγείας και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Philpot CL, et al, 1997). Σε μια άλλη έρευνα υπολογίστηκε ότι πάνω από το 10% των περιπτώσεων υπογονιμότητας σχετίζεται άμεσα, ή ξεκινά από την αντρική ανικανότητα, ή άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία (Seibel and Taylor 1992). Σε σχετική έρευνα με 16 ζευγάρια με προβλήματα υπογονιμότητας το 63% των αντρών, είχαν βιώσει προσωρινή ανικανότητα που κράτησε από 1 έως 3 μήνες (Berger as cited in Daniluk 1997). Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι σε αρκετές περιπτώσεις η ανικανότητα είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα στην αντρική υπογονιμότητα, κάτι το οποίο περιπλέκει το πρόβλημα. Οι Irvine and Caswood αναφέρουν ότι από τότε που η αντρική υπογονιμότητα απειλεί τον παραδοσιακό ρόλο του άντρα ως πατέρα, συχνά οι ίδιοι καταλήγουν να αισθάνονται σεξουαλικά ανεπαρκής. Σαν αποτέλεσμα οι άντρες μπορεί να προσπαθήσουν να αποφύγουν τέτοια συναισθήματα ρίχνοντας τον εαυτό τους στην δουλειά ή σε εξωσυζυγικές σχέσεις (Irvine and Cawood 1996). Οι άντρες αισθάνονται αδύναμοι να ανταπεξέλθουν στο πρόβλημα της υπογονιμότητας, επειδή το βλέπουν σαν ένα πρόβλημα που είναι άλυτο, αυτή η ανικανότητα

τους να ανταπεξέλθουν άμεσα στο πρόβλημα μπορεί να συντελεί στην δυσκολία που έχουν να συζητήσουν τα συναισθήματα τους που σχετίζονται με την υπογονιμότητα (Daniluk 1997).

8.2 Υπογονιμότητα στην Γυναίκα

Σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες που αναφέρονται στις διαφορές των δύο φύλων, σε σχέση με τις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τους άνδρες (Griel AL., Abbey A, et al,1991, Link PW, et al, 1986).Ο Wright και οι συνεργάτες του (Wright J, et al,1991) συμπέραναν ότι οι γυναίκες έχουν μια τάση να επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες από την εμπειρία της ατεκνίας και της θεραπείας της, ακόμη και όταν η διάγνωση της υπογονιμότητας δεν αφορά τις ίδιες(Nachtigall RD, et al,1997) ή είναι αμφιλεγόμενη (Daniluk JC., 1988, McEwan et al,1987). Οι γυναίκες συχνά αντιλαμβάνονται την ανικανότητα τους να συλλάβουν σαν άμεση αντανάκλαση στην ταυτότητα τους και στην εικόνα τους για τον εαυτό τους, ειδικά οι αποκαλούμενες επιτυχημένες γυναίκες (Robinson & Stewart 1996). Ωστόσο οι γυναίκες θα ζητήσουν πιο εύκολα πληροφορίες ή βοήθεια και θα βρουν πιθανή κοινωνική υποστήριξη από άλλες πηγές έξω από τον γάμο (Griel AL. 1991)(Abbey A, et al,1991). Επίσης χρησιμοποιούν μηχανισμούς διαφυγής, θετική αναπλαισίωση και αναζητούν κοινωνική υποστήριξη περισσότερο από τους άντρες (Jordan&Revenson 1999). Η Έρευνα έδειξε ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο κάθε υπογόνιμος ασθενής την κατάσταση που βιώνει σχετίζεται άμεσα με το χρονικό σημείο της εκτίμησης της κατάστασης (πριν ή μετά την θεραπεία υπογονιμότητας).

Εδώ θα ήταν καλό να αναφέρουμε ότι σε κάποιες έρευνες φαίνεται ότι η υπογονιμότητα οδηγεί σε Ψυχιατρικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο ποσοστό από το 1/3 των υπογόνιμων γυναικών που αποτυγχάνει η θεραπεία (Downey, Mckinney, 1992, McEwan, Costello and Talor 1987). Επίσης η αυτοκτονική συμπεριφορά έχει διπλάσιες πιθανότητες στις υπογόνιμες γυναίκες , υπονοώντας ότι σε κάποιες από αυτές υπάρχουν σημαντικά επίπεδα θλίψης (Fachineneti et, al., 1992). Σύμφωνα με τον Domar Zuttermeister και Friedman1993, οι υπογόνιμοι ασθενείς αναφέρουν ανάλογα επίπεδα ψυχολογικής στεναχώριας (άγχος και κατάθλιψη) με αυτά των γυναικών με καρδιακά προβλήματα, καρκίνο και HIV. Σε σχετική ερευνά που συμμετείχαν 59 υπογόνιμες γυναίκες, βρέθηκε ότι το 9% των ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια για οξύ καταθλιπτικό επεισόδιο, σε σύγκριση με το 3% σε γόνιμες γυναίκες και το 75% ανέφερε αλλαγές στην διάθεση (Downey et, al., 1989).

Αρχικά η Ψυχολογία των γυναικών, ξεκινώντας με το έργο της Horney (Horney K., 1967/1973) , ήταν βασισμένη σε προσαρμογές των θεωριών της ανδρικής ψυχολογίας και έδινε έμφαση στη σημασία της αυτοσυνειδητοποίησης των γυναικών. Θα ήταν βάσιμο να

πούμε ότι όλες οι ψυχολογικές θεωρίες με τον έναν ή τον άλλο τρόπο υποστηρίζουν ότι «η ικανότητα αναπαραγωγής μιας γυναίκας διαμορφώνει την ψυχική της υγεία»(Ireland MS., 1993). Η μητρότητα και η αναπαραγωγή, ως βάσεις της ζωής και της ταυτότητας μιας γυναίκας, θεωρούνταν ισχυροί παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του εαυτού, την προσωπική ολοκλήρωση και τις επιλογές της ζωής. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση αποτέλεσε την βάση για τις θεωρίες υπογονιμότητας και κυρίως, ενέτεινε τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στις γυναίκες, οι οποίες δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά. Ακόμα είναι σημαντικό να ξεκαθαρίσουμε ότι υπάρχει μια αλληλουχία που προκύπτει μεταξύ της θλίψης και της υπογονιμότητας. Είναι παραδεκτό ότι η θλίψη μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από αρνητικές συμπεριφορές που επηρεάζουν αρνητικά την γονιμότητα. Για παράδειγμα η θλίψη μπορεί να οδηγήσει στο κάπνισμα που σχετίζεται με την υπογονιμότητα (Facchinetti, Demyttenaeve, Fiorini, Neri, Genazzami, 1992, Hull, North, Taylor, Farrow & Ford 2000), ή σε σεξουαλικές δυσλειτουργίες, οι οποίες αναστέλλουν την γονιμότητα (Burns, 1999). Έτσι είναι σημαντικό για τους θεραπευτές να περιορίσουν την θλίψη και την στεναχώρια γενικότερα, δίδοντας καλύτερη πρόγνωση στην έκβαση της επικείμενης θεραπείας. Η σύγχρονη φεμινιστική θεωρία πρεσβεύει ότι τον κύριο ρόλο στη ζωή μιας γυναίκας και στην αίσθηση του εαυτού της παίζουν οι σχέσεις και το αίσθημα συνένωσης με τους άλλους (Miller JB. Et al,1994). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή η ποιότητα των προσωπικών σχέσεων μιας γυναίκας καθορίζει την συναισθηματική της σταθερότητα, ενώ οι ψυχολογικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα αποξένωσης και παραβίασης των πιο προσωπικών της σχέσεων. Όσον αφορά την υπογονιμότητα, η σημασία των προσωπικών σχέσεων για τις γυναίκες θεωρείται βασικός παράγοντας για την λήψη αποφάσεων, την προσαρμογή τους στην υπογονιμότητα, τις σκέψεις τους γύρω από τις εναλλακτικές λύσεις για την δημιουργία οικογένειας και την ικανοποίηση τους από τον γάμο.

Πάντως, οι γυναίκες συχνά αιτιολογούν την υπογονιμότητα τους σε βιολογική αποτυχία, ή σε συμπεριφορές του παρελθόντος όπως εκτρώσεις, ή εξωσυζυγικές σχέσεις, ακόμα και όταν το πρόβλημα είναι σε αρκετές περιπτώσεις διαγνωσμένο στον άντρα (Daniluk ,1997). Η ικανοποίηση της γυναίκας (από την σεξουαλική της ζωή και τον γάμο) είναι πιθανό να αρχίσει να μειώνεται από την στιγμή που αντιμετωπίζει την κρίση της υπογονιμότητας (Sadler & Syrop 1998) (Downey & Mckinney 1992) : η πλειοψηφία των γυναικών που έλαβαν μέρος σε ερευνά για την υπογονιμότητα ανέφεραν αρνητικές αλλαγές στην ψυχολογική λειτουργικότητά τους, το 75% ανέφερε εμφανείς αλλαγές στην διάθεση, το 50% περίπου αλλαγές στην σεξουαλική λειτουργία και πάνω από το 1/3 χαμηλά επίπεδα αυτοσεβασμού. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, σε πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες αισθάνονται ένοχες εξαιτίας συναισθημάτων ζήλιας και θυμού απέναντι σε άλλες εγκύους γυναίκες ή γυναίκες με παιδιά (Robinson & Stewart 1996).

8.3 Ψυχοπαθολογία ασθενών με προβλήματα Υπογονιμότητας

Δεδομένου ότι η υπογονιμότητα βιώνεται ως απώλεια σε πολλά επίπεδα, όπως την απώλεια της αίσθησης του εαυτού, της πίστης στις δημιουργικές και αναπαραγωγικές δυνάμεις του σώματος και άρα την απώλεια της ευκαιρίας να αποκτήσει και να αναθρέψει κάποιος το βιολογικό του παιδί, συνοδεύεται από θλίψη. Οι αντιδράσεις προς την θλίψη είναι λίγο έως πολύ κοινές για άντρες και γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπείες υπογονιμότητας.

Πιο συγκεκριμένα, O Dunkel ,Schetter and Lobel 1991 αναφέρουν ότι η θλίψη και η κατάθλιψη αποτελούν τις επικρατέστερες συναισθηματικές αντιδράσεις (77% των άρθρων) και άγχος ως το δεύτερο πιο κοινό (44% των άρθρων). Αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις εναλλάσσονται μεταξύ τους κατά την διάρκεια αναμονής της θεραπείας της υπογονιμότητας και συνοδεύονται από έντονη απογοήτευση και καταθλιπτική διάθεση όταν η εγκυμοσύνη αποτυγχάνει, το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως «το τρενάκι της Ελπίδας και της απόγνωσης»(Roller Coaster of hope and Dispair,Greil 1997). Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι πολλές γυναίκες θεωρούν την θεραπεία της υπογονιμότητας την πιο δυσάρεστη εμπειρία της ζωής τους – πιο οδυνηρή και από την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή από ένα διαζύγιο (Freeman Ew, et al,1985, Mahlstedt PP, et al,1987). Αλλά και πολλοί άνδρες, επίσης, αναφέρουν σημαντική συναισθηματική ένταση εξαιτίας της διάγνωσης και της θεραπείας της υπογονιμότητας 4,5(Newton CR, et al,1990, Baram D, et al, 1988). Αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις των αντρών και των γυναικών σε θέματα υπογονιμότητας σχετίζονται κυρίως με την επίδραση της υπάρχουσας κουλτούρας και τις κοινωνικοποιήσεις του καθενός, θρησκεία, γονείς, οικογενειακές παραδόσεις, κοινωνικές νόρμες. (Abbey et. , al, 1997 Daniluk 1997, Dereraux & Hammerman 1998). Αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις των αντρών και των γυναικών σε θέματα υπογονιμότητας σχετίζονται κυρίως με την επίδραση της υπάρχουσας κουλτούρας και τις κοινωνικοποιήσεις του καθενός, θρησκεία, γονείς, οικογενειακές παραδόσεις, κοινωνικές νόρμες (Abbey et. , al, 1997 Daniluk 1997, Dereraux & Hammerman 1998). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η υπογονιμότητα βάζει ένα τείχος μεταξύ ζευγαριών και της ικανότητας τους να ταιριάζουν με τους ρόλους που τους υπαγορεύει η κουλτούρα τους.

Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην συχνότητα, στη ένταση και στην διάρκεια των αντιδράσεων θλίψης και οι περισσότεροι συμφωνούν στο ότι οι γυναίκες υποφέρουν πιο πολύ από τους άνδρες σε μια διάγνωση υπογονιμότητας.(Leiblum SR, et al,1987)

Συμπερασματικά λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι πολύ σημαντικό οι κλινικοί να είναι σε θέση να διακρίνουν και να ξεχωρίσουν με σαφήνεια την αναμενόμενη

και φυσιολογική αντίδραση θλίψης, η οποία εμφανίζεται στους περισσότερους υπογόνιμους ασθενείς, από την πολύ πιο σπάνια και σοβαρή περίπτωση της παθολογικής θλίψης.

Η φυσιολογική θλίψη χαρακτηρίζεται από τον ακόλουθο συνδυασμό συμπτωμάτων που περιλαμβάνει τον αρχικό κλονισμό και το μούδιασμα, που ακολουθούνται από επίμονη λύπη και στεναχώρια, συχνό θυμό και επιθετικότητα, ενοχές και αυτοκατηγορία. Στο DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of Mental disorders, 4th edition American Psychiatric Association) οι αντιδράσεις θλίψης συνήθως εντάσσονται στις Διαταραχές Προσαρμογής. Είναι φυσιολογικό για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας να αισθάνονται θλίψη και μάλιστα, πιστεύεται ότι η διεργασία πένθους παίζει σημαντικό ρόλο στην τελική λύση της κρίσης που προκαλεί η υπογονιμότητα (Menning BE. 1980, Rosenfeld DL, et al, 1979). Αντίθετα, η παθολογική θλίψη θεωρείται Ψυχιατρική ασθένεια και απαιτεί άμεση αξιολόγηση και αντιμετώπιση. Η παθολογική θλίψη είναι, σύμφωνα με το DSM-IV, ανάλογη με την κατάθλιψη σοβαρής μορφής και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως διαταραχές στην όρεξη και τον ύπνο, ψυχοκινητικές διαταραχές, ανηδονία, αυτοκτονική ιδεοποίηση και προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης. Η παθολογική θλίψη μπορεί να περιλαμβάνει και ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως παρανοϊκές ή σωματικές παραισθήσεις και υπερβολικές τιμωρικές σκέψεις.

Η συχνότητα κατάθλιψης σοβαρής μορφής σε ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερη από όσο πιστεύετο παλαιότερα. Πολλές παλιότερες έρευνες δεν κατόρθωσαν να καθορίσουν σημαντικές πληθυσμιακές μεταβλητές, όπως η διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας, η διάγνωση και η χρήση φαρμάκων, για τις οποίες γνωρίζουμε τώρα πια ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Golombok S. 1992) Για παράδειγμα, ο Hearn και οι συνεργάτες του (Hearn MT, et al, 1987) και ο Downey και οι συνεργάτες του (Downey J, et al, 1989) αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory = DBI) σε γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας δεν διέφεραν από τις βαθμολογίες μιας ομάδας έλεγχου γόνιμων γυναικών. Πάντως Ο Downey, Husami, Yingling, Jewelewicz, McKinney and Maidman 1990 βρήκαν ότι 59 υπογόνιμες γυναίκες δεν διέφεραν σημαντικά από 35 ασθενείς με γυναικολογικά προβλήματα άλλου είδους, αν και το 75% των υπογόνιμων γυναικών ανέφεραν ότι η υπογονιμότητα είχε δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις πάνω τους. Συμπερασματικά τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε δεν ήταν η επαρκής για να ερμηνεύσει τα δεδομένα, επίσης γίνεται λόγος για την μεγάλη διαφορά που υπάρχει μεταξύ των κλινικών/ ανέκδοτων ευρημάτων και των επίσημων σε αυτόν τον κλάδο. Ωστόσο οι ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας ετοιμάζονταν να κάνουν εξωσωματική γονιμοποίηση και οι έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει πιθανώς μια περίοδος αισιοδοξίας πριν από τον πρώτο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης από όσο σε γόνιμες ομάδες έλεγχου. Ο Domar και οι συνεργάτες του (Domar AD et al 1992) αξιολόγησαν, με την βοήθεια της Κλίμακας Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (Center of Epidemiological Studies Depression Scale = CES-D), 338 ασθενείς που

αντιμετώπιζαν προβλήματα Υπογονιμότητας, συγκρίνοντας τους με 38 υγιείς μάρτυρες που διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη ήταν κατά το διπλάσιο συχνότερη σε ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας : τα αποτελέσματα του 37% του BDI ήταν μέσα στα όρια κατάθλιψης, ενώ το 18% της ομάδας ελέγχου παρουσίασε παρόμοια αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα του BDI σχετίζονταν με την διάρκεια της θεραπείας. Οι γυναίκες με ιστορικό υπογονιμότητας 2-3 ετών είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο BDI από τις γυναίκες που υποβάλλονταν στην θεραπεία για λιγότερο από ένα χρόνο ή περισσότερο από 6 χρόνια. Άλλες έρευνες έδειξαν αυξημένη συναισθηματική ένταση με το χρόνο, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ασθενείς με προβλήματα υπογονιμότητας, λόγω των επαναλαμβανόμενων αποτυχιών της θεραπείας (Baram D, et al,1988). Το άγχος, η στεναχώρια και τα σχετικά συναισθήματα είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι αλλάζουν ανάλογα με τον χρόνο που διαρκεί η υπογονιμότητα. Η συναισθηματική στεναχώρια που αισθάνεται το ζευγάρι μπορεί να μεγαλώσει μετά από κάποιες ανεπιτυχείς προσπάθειες να συλλάβουν παιδί (Moller&Fallstrom, 1991), όπως και με τον χρόνο που χρειάζονται οι θεραπευτικές διαδικασίες που απαιτούνται (Hunt & Monach , 1997). Επίσης η συναισθηματική στεναχώρια είναι ιδιαίτερα μεγάλη όταν το ζευγάρι αναμένει τα αποτελέσματα τις θεραπείας (Boivin et, al., 1998). Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα των θεραπειών επηρεάζονται επίσης από τον βαθμό άγχους και θλίψης του ζευγαριού (Thiering et, al., 1993 , Sweenk et, al., 2001).

Ο Domar και οι συνεργάτες του (Domar AD, 1993) διαπίστωσαν επίσης ότι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στις υπογόνιμες γυναίκες είναι εξίσου διαδεδομένα, όπως σε ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν άλλες χρονιές καταστάσεις, όπως υπέρταση και καρκίνο. Καμία μελέτη δεν διερεύνησε τον επιπολασμό ή την εμφάνιση διπολικής διαταραχής σε υπογόνιμους ασθενείς. Η συχνότητα εμφάνισης της διπολικής διαταραχής στο γενικό πληθυσμό είναι χαμηλή (0,7% - 1,6%), σε σύγκριση με τη σοβαρή κατάθλιψη(25%)(Lalos A, et al. 1985). Παρόλα αυτά, είναι πιθανότερο να εμφανιστεί διπολική διαταραχή την περίοδο που μια γυναίκα βρίσκεται σε περίοδο αναπαραγωγής. Συνεπώς, οι κλινικοί που εργάζονται με υπογόνιμους ασθενείς μπορούν να αναμένουν ότι θα αντιμετωπίζουν αυτή την διαταραχή οι γυναίκες ασθενείς τους.

Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι τα επίπεδα άγχους είναι αυξημένα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας(Lalos A, 1985, Domar AD, et al,1993). Επομένως, είναι αναμενόμενο να υπάρχει μεγάλη συχνότητα εμφάνισης την Διαταραχής Προσαρμογής με άγχος στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης άλλων Διαταραχών άγχους, σε αυτό τον πληθυσμό, όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, δεν έχει διαπιστωθεί. Οι διαταραχές άγχους, και κυρίως οι φοβίες, είναι πολύ συνήθεις στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων φοβιών, σε ένα εξάμηνο, κυμαίνεται μεταξύ 4,5% και 11,8% 20. Η φοβία προς το αίμα και τις σύριγγες μπορεί να βλάψει σοβαρά την θεραπεία της υπογονιμότητας. Τα ζευγάρια των οποίων ο ένας ή και οι

δύο πάσχουν από τις συγκεκριμένες φοβίες, μπορεί να προβάλουν σημαντικές δυσκολίες ως προς τις ενέσεις και να αντιμετωπίσουν σοβαρές συναισθηματικές εντάσεις κατά την προετοιμασία και την ανάρρωση από χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες ιατρικές διαδικασίες. Κατά τον σχεδιασμό της θεραπείας, οι γιατροί πρέπει να εξετάζουν τόσο το ατομικό όσο και το οικογενειακό ιστορικό ως προς τις φοβίες του αίματος και των ενέσεων, γιατί οι διαταραχές άγχους έχουν έντονη γενετική βάση (Fyer AJ, et al, 1990).

Η Ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία είναι πολύ συχνές αιτίες δυσλειτουργιών στη ωορρηξία, ωστόσο, οι διατροφικές διαταραχές συχνά παραβλέπονται στην αξιολόγηση γυναικών οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Σε μία μελέτη 66 γυναικών που παρουσιάστηκαν σε κλινική υπογονιμότητας, ο Stewart και οι συνεργάτες του (Stewart DE, et al,1990) διαπίστωσαν ότι το 7,6% ανταποκρινόταν στα κριτήρια ταξινόμησης του DSM – III για την ανορεξία και την βουλιμία και το 16,7% παρουσίασε μια άλλη, αδιευκρίνιστη διαταραχή στην πρόσληψη τροφής, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Δοκιμασίας Στάσεων Διατροφής(Eating Attitude test) και μιας δομημένης κλινικής συνέντευξης. Όταν εξετάστηκαν χωριστά οι γυναίκες που παρουσίαζαν ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο, διαπιστώθηκε ότι το 58% των γυναικών αυτών είχε διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Οι ενεργείς διαταραχές τροφής συνδέονται όχι μόνο με την μειωμένη γονιμότητα, αλλά και με αυξημένη περιγενετική νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένης και της καθυστέρησης της ενδομήτριας ανάπτυξης, καθώς και αυξημένων συγγενών δυσπλασιών (Stewart DE.,1992). Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο τους, πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά για την παρουσία υποκείμενης διαταραχής στην πρόσληψη τροφής, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί πριν την έναρξη της θεραπείας της υπογονιμότητας(Stewart DE, et al,1990) Μελέτες που έγιναν σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες με την χρήση σταθμισμένων ψυχομετρικών tests, όπως το πολυδιάστατο Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα (Minnesota Multiphasic Personality Inventory = MMPI ή MMPI – 2) και το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenk (Eysenk Personality Inventory), δεν βρήκαν αυξημένη συχνότητα προϋπαρχουσών διαταραχών προσωπικότητας σε γυναίκες που κάνουν θεραπεία υπογονιμότητας (Mazure C, et al,1989). Παρόλα αυτά, λόγω της εμφάνισης αυτών των ασθενειών στο γενικό πληθυσμό, είναι πιθανόν οι γιατροί να συναντήσουν υπογόνιμα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, τα οποία μπορεί να δυσκολέψουν το έργο της θεραπευτικής ομάδας. Οι οριακές, ναρκισσιστικές και οιστρογονικές διαταραχές της προσωπικότητας, είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν.

Κεφάλαιο 9 Συμβουλευτική στα υπογόνιμα ζευγάρια

Οι γρήγορες επιστημονικές και ιατρικές εξελίξεις στις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και η εξάπλωση των κλινικών γονιμότητας σε όλο τον κόσμο έχουν βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση και εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών ανησυχιών και των συναισθηματικών αναγκών των ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Καθώς η διαθέσιμη τεχνολογία αναπτύσσεται μαζί με τη θεραπεία γονιμότητας, οι ασθενείς στρέφονται στους ειδικούς ψυχικής υγείας για να τους βοηθήσουν στην κατανόηση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ενέχονται στη θεραπεία και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις διαδικασίες της θεραπείας και τους τρόπους απόκτησης παιδιού.

Η συμβουλευτική υπογονιμότητας είναι ένας νέος αναπτυσσόμενος κλάδος για τον οποίο οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, σύμβουλοι γάμου και θεραπευτές οικογενειών) έχουν γίνει πολύ σημαντικοί στην αναπαραγωγική ιατρική, τη γενετική και την περιγενετική. Υπάρχουν θετικές και αρνητικές προσεγγίσεις στους τρόπους με τους οποίους παρέχονται οι συμβουλευτικές υπηρεσίες γύρω από την υπογονιμότητα: ανεξάρτητος θεραπευτής που συνεργάζεται με μια κλινική, ανεξάρτητος σύμβουλος με ανάθεση έργου ή υπάλληλος κλινικής. Με οποιονδήποτε τρόπο κι αν παρέχονται οι υπηρεσίες της συμβουλευτικής αγωγής σχετικά με την υπογονιμότητα, είναι σημαντικό ο σύμβουλος να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος, ώστε να παρέχει εξαιρετικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με πλήρη γνώση και κατανόηση των ιατρικών ζητημάτων. Επίσης, ο σύμβουλος πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τις ηθικές προεκτάσεις της στειρότητας και τις νομικές διαστάσεις της θεραπείας (π.χ. αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου) και να συμβουλεύει τους ασθενείς αναλόγως.

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει ένα θεωρητικό πλαίσιο το οποίο να διεκδικεί τόσο την εξήγηση όσο και τον έλεγχο των υποθέσεων σχετικά με τον αντίκτυπο της υπογονιμότητας στις σχέσεις των ζευγαριών. Αντ' αυτού, οι θεωρητικές περιγραφές της επίδρασης της υπογονιμότητας στα ζευγάρια είναι, στην πραγματικότητα, θεωρίες για το άτομο, οι οποίες θεωρούνται ότι ισχύουν γενικότερα. Αγνοούν όμως, τις διαφορές των δυο φύλων και δεν συμβάλουν ιδιαίτερα στην κατανόηση μορφών αλληλεπίδρασης.

Τη δεκαετία του 1970, για παράδειγμα, η αιτιώδης σχέση ανάμεσα στο στρες και την υπογονιμότητα αμφισβητήθηκε από τον Menning (Menning BE., 1975) και άλλους, οι οποίοι υποστήριξαν ότι η ψυχολογική ένταση που παρατηρείται σε αυτόν τον πληθυσμό δεν

προκαλεί την υπογονιμότητα, αλλά, αντίθετα είναι σε μεγάλο βαθμό συνέπεια της υπογονιμότητας και της θεραπείας της.

9.1 Πότε τα υπογόνιμα ζευγάρια πρέπει να ζητήσουν βοήθεια

Η σεξουαλική επαφή είναι ένας ουσιαστικός τρόπος έκφρασης συναισθημάτων, μοιράσματος και δέσμευσης, καθώς και ενίσχυσης των δεσμών ανάμεσα σε έναν άνδρα και μια γυναίκα. Η σεξουαλικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα αποτελούν ένα μοναδικό συνδυασμό σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής έκφρασης, που φέρνει τα άτομα κοντά και τους δίνει την ευκαιρία να κάνουν παιδιά, να παίξουν, αλλά και να εκφράσουν τον πόθο, τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους. Η σεξουαλική δραστηριότητα επηρεάζεται από την υγεία και την ευημερία, τη διαθεσιμότητα ενός συντρόφου, την εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας, τα σεξουαλικά ερεθίσματα, το κοινωνικό πλαίσιο και τις προηγούμενες σεξουαλικές εμπειρίες.

Για πολλά υπογόνιμα ζευγάρια, όμως, η ευχάριστη εμπειρία της σεξουαλικής οικειότητας αλλάζει κι η σεξουαλική επαφή γίνεται προγραμματισμένη, προβλέψιμη και καθόλου συναρπαστική. Παύει να είναι ένας τρόπος επικοινωνίας και οικειότητας και στοχεύει στην τεκνοποίηση. Συχνά επηρεάζεται από την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες νιώθουν λιγότερο αρρενωποί και οι γυναίκες λιγότερο θηλυκές ή ανολοκλήρωτες όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας. (Edelmann RJ, et al,1994). Τα συνήθη συναισθήματα που πηγάζουν από την υπογονιμότητα, όπως η απώλεια, ο θυμός, η ενοχή, η απόγνωση, η κατάθλιψη, η ντροπή και το άγχος, επισκιάζουν, συχνά, τα συνηθισμένα αισθήματα της ζεστασιάς, της τρυφερότητας και του συναισθηματικού δεσίματος που αποτελούν τις φυσιολογικές προϋποθέσεις των απολαυστικών σεξουαλικών επαφών. Επίσης η υπογονιμότητα είναι μια μελαγχολική υπενθύμιση τόσο του παιδιού που θα έπρεπε να υπάρχει όσο και των παλαιότερων αναπαραγωγικών αποτυχιών και των πολλών «προσβολών» που επιβάλλει η ιατρική θεραπεία. Η αυθόρμητη, περιπετειώδης και συναρπαστική ερωτική πράξη παύει να υπάρχει.

Για την αξιολόγηση των επιδράσεων της υπογονιμότητας σε μια σχέση, οι κλινικοί πρέπει να έχουν υπόψη τους ορισμένους παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν την προσέλευση του ζευγαριού προς θεραπεία. Τα ζευγάρια που κάνουν χρήση των τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι πιθανό να έχουν υποστεί σωρεία αποτυχημένων θεραπευτικών προσπαθειών στο πρόσφατο παρελθόν που τους έχουν αποθαρρύνει. Οι προσπάθειες αυτές τους έχουν προκαλέσει τόσο συναισθηματική αναστάτωση όσο και ένταση στη σχέση. Ωστόσο, η επίσκεψη τους σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αισιοδοξία στο ζευγάρι και μια προσωρινή

αίσθηση ευεξίας. Έτσι, τα ζευγάρια μπορεί να παρουσιάσουν το στρες της υπογονιμότητας και τον αντίκτυπο του στη σχέση σαν ένα πρόβλημα του παρελθόντος, το οποίο τώρα έχει ξεπεραστεί. Με τον ίδιο τρόπο, τα ζευγάρια μπορεί να προσπαθούν να κάνουν καλή εντύπωση, ελαχιστοποιώντας ή αρνούμενα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Ακόμη και όταν τα ζευγάρια επιζητούν συμβουλευτική, τα προβλήματα της σχέσης τους μπορεί να είναι σχετικά περιορισμένα και ο ένας σύντροφος να διατηρεί απόθεμα καλής θέλησης απέναντι στον άλλο. Αυτό μπορεί να οδηγήσει μερικά ζευγάρια στην προσπάθεια προστασίας του ενός από τον άλλο, κατηγορώντας ο καθένας τον εαυτό του και αποφεύγοντας την ανοιχτή κριτική της συμπεριφοράς του άλλου.

Τα τελευταία 20 χρόνια, οι έννοιες της θλίψης και της απώλειας, μαζί με τις θεωρίες των σταδίων, επηρέασαν έντονα τις απόψεις γύρω από την εμπειρία της υπογονιμότητας. Τα άτομα και κατά συνέπεια τα ζευγάρια, περνούν διάφορα συναισθηματικά στάδια, όπως παραδείγματα χάριν, κλονισμό, άρνηση, θυμό, ενοχή, θλίψη και επίλυση του προβλήματος (Menning BE., et al, 1980). Τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας περνούν τη φάση εμπλοκής (αρχή συνειδητοποίησης, αντιμετώπιση μιας νέας πραγματικότητας), της εμβύθισης (εντατικοποιημένες προσπάθειες θεραπείας, αυξανόμενη συναισθηματική ένταση) και της απεμπλοκής (τερματισμός θεραπείας, αναζήτηση νέου στόχου). Η υπογονιμότητα θεωρείται επίσης ότι ενέχει και τη «μετάβαση στη μη γονεϊκότητα». Βάσει αυτού του μοντέλου, οι θεραπευτικές προτάσεις καλούν συχνά το ζευγάρι να διεργαστεί την περίοδο της θλίψης.

9.2 Λόγοι για τους οποίους ένα ζευγάρι θα κατέφευγε στη συμβουλευτική

Πολλά θεραπευτικά προγράμματα υπογονιμότητας και κυρίως, όσα ασχολούνται με τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση, προσφέρουν στα ζευγάρια τη δυνατότητα ή απαιτούν από αυτά να υποβληθούν σε ψυχολογική αξιολόγηση πριν από τη θεραπεία. Η εξέταση προσφέρει τη δυνατότητα διερεύνησης προσωπικών προβλημάτων (άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών,) ή προβλημάτων στη σχέση, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα του ζευγαριού να συμφωνήσει για τη θεραπεία, να την αντιμετωπίσει και να συμμορφωθεί με αυτήν.

Η συμβουλευτική, προτού ξεκινήσει η θεραπεία, έχει συχνά ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα, ώστε να εξασφαλίσει ότι τα ζευγάρια κατανοούν τη θεραπευτική διαδικασία και να τα βοηθήσει να εντοπίσουν και να λύσουν ενδεχόμενα προβλήματα που σχετίζονται με τη θεραπεία. Στα ζητήματα που περιλαμβάνονται είναι η κατανόηση των ποσοστών επιτυχίας της θεραπείας, ο διακανονισμός άδειας από την εργασία, το σε ποιόν και με ποιόν τρόπο θα μιλήσει να μιλήσει στο ζευγάρι για την θεραπεία, ο ενδεχόμενος αντίκτυπος της θεραπείας στη διάθεση της γυναίκας και, επομένως, στη σχέση, η αντιμετώπιση της αποτυχίας της

θεραπείας και η συμφωνία του ζευγαριού ως προς τη φύση και τη διάρκεια της θεραπείας υπογονιμότητας.

Αν και τα περισσότερα ζευγάρια μπορεί να μην αναφέρουν δυσαρέσκεια από το γάμο ή συγκρούσεις σε αυτό το στάδιο, είναι μια σημαντική ευκαιρία να προληφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν πιθανά μελλοντικά προβλήματα. Αυτό μπορεί να έχει μεγάλη σημασία, ιδιαίτερα αν το ζευγάρι έχει διαμετρικά αντίθετους τρόπους αντιμετώπισης. Στα υπογόνιμα ζευγάρια, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να επιζητούν κοινωνική υποστήριξη και να καταφύγουν σε κάποιες στρατηγικές φυγής/αποφυγής (προσδοκία, ελπίδα, φαντασίωση, κοινωνική αποφυγή). Αντίθετα, οι άνδρες συνήθως αποστασιοποιούνται με γνωστικούς αντιπερισπασμούς, ελέγχουν τα συναισθήματα τους και αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα πρακτικά, ως πρόβλημα που χρειάζεται να λυθεί. (Stanton A. et al, 1991). Τα ζευγάρια που δεν μπορούν να αναγνωρίσουν αυτές τις διαφορές και να προσαρμοστούν σε αυτές, ενδέχεται να παρερμηνεύσουν τις αντιδράσεις του συντρόφου τους και να τους αποδώσουν αρνητικές διαστάσεις. Για παράδειγμα, ο σύζυγος μπορεί να αντιμετωπίζει πρόβλημα αποφεύγοντας το ή με συναισθηματική αποστασιοποίηση και αυτοέλεγχο, ενώ η σύζυγος να επιθυμεί να συζητήσει το πρόβλημα και να εκφράσει τα συναισθήματα της. Έτσι, όταν η θεραπεία αποτύχει, εκείνος μπορεί να εκλάβει την αντίδραση της γυναίκας του ως υπερβολική και να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι εκείνη ασχολείται υπερβολικά με το θέμα της υπογονιμότητας και ότι υποτιμά τη σχέση τους. Εκείνη, με τη σειρά της, μπορεί να πιστέψει ότι το θέμα δεν τον επηρεάζει συναισθηματικά και, επομένως, ότι είναι αναισθητος, ότι δεν ενδιαφέρεται ή ότι δεν συμμετέχει. Αντί οι δύο σύντροφοι να παραιτούνται μπροστά στις διαφορές αυτές και να αποδέχονται μια συναισθηματική απόσταση μεταξύ τους, είναι προτιμότερο, να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον, μαθαίνοντας να προσαρμόζονται στους τρόπους αντίδρασης του συντρόφου τους.

Δεδομένου ότι οι γυναίκες τείνουν περισσότερο από τους άνδρες να καταφεύγουν στην κοινωνική υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν ορισμένες καταστάσεις, τα παράπονα για τις δυσκολίες επικοινωνίας προέρχονται συνήθως από τη γυναίκα του ζευγαριού. Καθώς η συμβουλευτική προϋποθέτει έναν τύπο σχέσης, όταν εκφράζεται ένα τέτοιο παράπονο, μπαίνουμε στον πειρασμό να προσφέρουμε αμέσως έναν χώρο για πιο ανοιχτή συζήτηση. Παρόλο που ο τύπος αυτός είναι πιθανόν αρεστός στις γυναίκες, όταν ο σύζυγος είναι εμφανώς απρόθυμος να συμμετάσχει ή δεν νιώθει άνετα με τη θεραπεία «συζήτησης» ή και τα δύο, η προσέγγιση αυτή μπορεί να αποτελεί λάθος στρατηγικής. Μια άμεση και αδέξια συζήτηση για την υπογονιμότητα ενδέχεται να εξυπηρετήσει απλώς και μόνο τη διαιώνιση του κύκλου των αρνητικών συναλλαγών που ήδη υπάρχουν. Αντίθετα, αξίζει τον κόπο να υιοθετήσουμε μια πιο ευρεία οπτική επί του θέματος.

Για παράδειγμα, ένα ζευγάρι μπορεί να αντιμετωπίζει «διάβρωση της ενίσχυσης». Σε σχέση με τα πρώτα στάδια της σχέσης, κατά τα οποία και μόνο η συνύπαρξη με τον σύντροφο ήταν από μόνη της συναρπαστική και ικανοποιητική, τα περισσότερα ζευγάρια διαπιστώνουν ότι, με την πάροδο του χρόνου, η ευχαρίστηση του συντρόφου και η

εξασφάλιση κοινών θετικών δραστηριοτήτων απαιτούν προσπάθεια και προγραμματισμό. Το γεγονός ότι η υπογονιμότητα είναι μακρόχρονη και συνδέεται με επαναλαμβανόμενες αποτυχίες της θεραπείας, μπορεί να επιταχύνει αυτή τη διάβρωση. Με την πάροδο του χρόνου, η σωματική και συναισθηματική ενέργεια αναλώνονται όλο και περισσότερο στην αντιμετώπιση της θεραπείας και των απογοητεύσεων που προκαλεί. Έτσι, ο χρόνος και η προσπάθεια που χρειάζεται για να τραφεί η σχέση αποκτούν δευτερεύουσα σημασία. Ο χρόνος των διακοπών αφιερώνεται στη συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας και οι γιορτές, όπως τα Χριστούγεννα, όπου τα παιδιά παίζουν κυρίαρχο ρόλο, μπορεί να γίνουν αντικείμενο αποστροφής. Το ζευγάρι μπορεί να αρχίσει να αποφεύγει ψυχαγωγικές ή κοινωνικές δραστηριότητες, τις οποίες παλαιότερα απολάμβανε με φίλους ή συγγενείς, επειδή του υπενθυμίζουν το πρόβλημα ή επειδή αναγκάζεται να απαντά σε ερωτήσεις σχετικά με την υπογονιμότητα. Οι συγγενείς και οι φίλοι, με τη σειρά τους, μη ξέροντας πως να αντιδράσουν, μπορεί να αποφεύγουν να συζητήσουν για την υπογονιμότητα ή να αποφεύγουν το ίδιο το ζευγάρι. Αν και κατανοητή, η αποφυγή από την πλευρά του ζευγαριού προκαλεί μεγαλύτερη στενοχώρια τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. (Stanton A. et al, 1991) Έτσι, το ζευγάρι αφενός χρειάζεται βοήθεια (π.χ παίζοντας και δοκιμάζοντας ρόλους) για να αναπτύξει νέους τρόπους, ώστε να αποκτήσει η υπογονιμότητα του ένα δημόσιο πρόσωπο, και αφετέρου ενθάρρυνση για να επιστρέψει σε δραστηριότητες που απολάμβανε στο παρελθόν.

Με το ίδιο σκεπτικό, φαίνεται ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στην ικανότητα αναγνώρισης θετικών πτυχών της υπογονιμότητας και στην προσαρμογή. Σε μια μελέτη, στο πλαίσιο της οποίας γυναίκες βίωσαν την υπογονιμότητα ως μια ευκαιρία για εξέλιξη ή ενδυνάμωση της σχέσης, είχαν συζύγους, οι οποίοι βίωναν λιγότερο στρες γενικά, αλλά και λιγότερο στρες οφειλόμενο αποκλειστικά στην υπογονιμότητα. (Stanton AL, et al, 1991) Παρόλο που οι συγγραφείς θεωρούν τη φράση «κοίτα τη θετική πλευρά» αντιθεραπευτική, η βοήθεια προς το ζευγάρι να ανακαλύψει ξανά τις θετικές πλευρές της σχέσης έχει μεγάλη σημασία. Για ορισμένα ζευγάρια, αυτό μπορεί να συνεπάγεται μια άμεση μορφή γνωστικής αναδιάρθρωσης, με στόχο τον εντοπισμό και την τροποποίηση των γνωστικών παραμορφώσεων (π.χ τρόπος σκέψης «όλα ή τίποτα», παράβλεψη θετικών στοιχείων, μεγιστοποίηση). Για άλλα ζευγάρια, μια θετική γνωστική μεταστροφή μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα με έμμεσο τρόπο, αν το ζευγάρι πειραματιστεί, πρώτα με νέες ή παραμελημένες θετικές συμπεριφορές ως προς τη σχέση. Ωστόσο η αποκατάσταση των θετικών συμπεριφορών στη σχέση πρέπει να αποτελεί ένα ξεκάθαρο στόχο, γιατί η έκφραση θετικών και αρνητικών συμπεριφορών φαίνεται ότι είναι, σε μεγάλο βαθμό, ανεξάρτητη. Με άλλα λόγια, η αλλαγή των αρνητικών συμπεριφορών που προκαλούν ένταση ή δυστυχία, δεν οδηγεί απαραίτητα σε αύξηση των θετικών συναλλαγών. Αντίθετα, η αύξηση των θετικών συμπεριφορών στη σχέση έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τις αρνητικές συναλλαγές.

Η αύξηση της συχνότητας των θετικών ανταλλαγών (Jacobson NS, et al, 1979) ή ο σχεδιασμός δραστηριοτήτων αλλαγής αντίληψης, ώστε να ασχοληθούν τα ζευγάρια με άλλες

θετικές πλευρές του προβλήματος τους, (O'Hanlon-Hudson P, et al, 1991), έχουν αρκετά θεραπευτικά πλεονεκτήματα. Ενθαρρύνοντας τα άτομα να επικεντρώσουν και πάλι ορισμένες από τις προσπάθειες τους στην ευχαρίστηση του άλλου, το επίκεντρο της θεραπείας παύει να είναι τα προβλήματα και τα παράπονα και γίνεται η εύρεση λύσεων. Εάν τα ζευγάρια, αποκομίσουν από τη θεραπεία ορισμένα οφέλη σε σύντομο χρονικό διάστημα, αυτό δημιουργεί θετικές προσδοκίες από την περαιτέρω θεραπεία, μια επιθυμία επιμονής στην περίπτωση που προκύψουν εμπόδια και ένα θετικό κλίμα συνεργασίας, που είναι απαραίτητο αν πρόκειται να ζητηθεί από το ζευγάρι πρόγραμμα πιο απαιτητικών θεραπευτικών στόχων, όπως είναι η αλλαγή συμπεριφορών επικοινωνίας.

Όταν ένα ζευγάρι καταφεύγει στη συμβουλευτική, ο ένας από τους δύο (συνήθως η γυναίκα) μπορεί να παραπονιέται ότι, στο θέμα της υπογονιμότητας, ο σύντροφος της αποφεύγει τη συζήτηση, δεν ακούει ή δεν ανοίγεται. Έτσι εκείνη νιώθει οργισμένη, απομονωμένη, αισθάνεται ότι δεν αγαπιέται ή ότι είναι βάρος για τη σχέση. Αυτός ο τύπος συμπεριφοράς, κατά το οποίο ένας σύντροφος προσπαθεί να συζητήσει το πρόβλημα, καταφεύγοντας συχνά στην καταπίεση και την απαίτηση, ενώ ο άλλος προσπαθεί να αποφύγει τη συζήτηση, έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένας ιδιαίτερα καταστρεπτικός τύπος συζυγικής συναλλαγής.(Heavy C, et al,1993). Έχει ενδιαφέρον το γεγονός ότι η σοβαρότητα του προβλήματος από το ποιος από τους δύο συντρόφους απομακρύνεται από τον άλλον. Ενώ η απομάκρυνση του άνδρα έχει διαπιστωθεί ότι προκαλεί την επιθετικότητα της συζύγου, η απομάκρυνση της γυναίκας δεν προκαλεί την επιθετικότητα του συζύγου. (Gottman JM, et al,1989)

Για τη βελτίωση της ικανότητας ενός ζευγαριού να υποστηρίξει με τρόπο αποτελεσματικό ο ένας τον άλλο, πρέπει να επιτευχθεί ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες της γυναίκας για συζήτηση και την ανάγκη του άνδρα να κρατήσει τις αποστάσεις και τον έλεγχο των συναισθημάτων του. Η συζήτηση μπορεί να βελτιωθεί, αν τα άτομα μάθουν να χρησιμοποιούν δεξιότητες για να ακούν καλύτερα και ενεργά. Αν αγνοηθούν οι βασικές μη λεκτικές δεξιότητες (στάση του σώματος, εκφράσεις του προσώπου, οπτική επαφή, τόνος της φωνής), ο ένας σύντροφος μένει με την αίσθηση ότι ο άλλος δεν τον άκουσε και οποιαδήποτε άλλη προσπάθεια του ακροατή να προσφέρει την υποστήριξη του συχνά αγνοείται. Επειδή οι άνδρες χρησιμοποιούν συνήθως στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος ή προσφέρουν υποστήριξη με εκφράσεις που αποτελούν πρόταση λύσης του προβλήματος ή τρόπους με τους οποίους οι γυναίκες θα μπορούσαν να ανακτήσουν τον έλεγχο των συναισθημάτων τους. Παρόλο που γίνονται με τις καλύτερες προθέσεις, οι προσπάθειες αυτές μπορεί να εκληφθούν ως παράβλεψη σημαντικών συναισθημάτων ή προσπάθεια συντόμευσης της συζήτησης. Με την πάροδο του χρόνου, οι άνδρες μπορεί να αρχίσουν να νιώθουν όλο και περισσότερο ανίκανοι να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια, αλλά η επακόλουθη αποφυγή της συζήτησης δημιουργεί όλο και μεγαλύτερη συναισθηματική απεμπλοκή. Να μαθαίνουν να συνοψίζουν ιδέες που έχουν ακούσει και να αντικατοπτρίζουν συναισθήματα, δεν παρέχει μόνο στα ζευγάρια καλύτερες δεξιότητες να ακούν, αλλά τους προσφέρει και την ευκαιρία να

δίνουν αποτελεσματική υποστήριξη χωρίς να πρέπει να προσφέρουν λύσεις για ένα πρόβλημα για το οποίο ελάχιστα ελέγχουν.

Καθώς ενθαρρύνεται η επικοινωνία, η ανάγκη των ανδρών για απόσταση και έλεγχο μπορεί να καλυφθεί, αν δώσουμε έμφαση στη σημασία να υπάρχει αμοιβαία συμφωνία για το συγκεκριμένο χρόνο και χώρο, που μπορεί να γίνεται συζήτηση. Τα ζευγάρια μπορούν, επίσης, να συμφωνήσουν και για τη χρονική διάρκεια αυτών των συζητήσεων, τις οποίες, μάλιστα, μπορούν να ακολουθούν κοινές δραστηριότητες ευχάριστες και για τους δυο.

Από τη στιγμή που και οι δυο σύντροφοι νιώσουν ότι ακούστηκε η γνώμη τους και ότι έγιναν κατανοητοί, είναι μάλλον πιο εύκολο για τον καθένα να αποδεχτεί το γεγονός ότι ο άλλος επηρεάζεται διαφορετικά από το πρόβλημα της υπογονιμότητας. Κατά τη θεραπεία τα ζευγάρια, έχουν την τάση να διηγούνται ιστορίες ο ένας για τον άλλο και μετά να διαφωνούν για πιστότητα της περιγραφής. Αντ' αυτού, οι δυο σύντροφοι έχουν ανάγκη να αποδεχτούν ο ένας την εμπειρία του άλλου, χωρίς να προσπαθούν να την αλλάξουν (O'Hanlon-Hudson P, et al, 1991). Μαθαίνοντας να χρησιμοποιούν τη συναισθηματική επιβεβαίωση (να συμπάσχουν με τα συναισθήματα του συντρόφου, χωρίς αναγκαστικά να συμφωνούν μαζί του), οι δυο σύντροφοι μπορούν να έχουν τελείως διαφορετική αντίληψη για την εμπειρία της υπογονιμότητας, αλλά να εξακολουθούν να υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον.

9.3 Στάδια που περνάνε τα υπογόνιμα ζευγάρια

α) Προβλήματα θυμού

Η υπογονιμότητα είναι πιθανό να εκλαμβάνεται από έναν ή και από τους δυο συντρόφους ως αυθαίρετη και άδικη, ενώ η έλλειψη ελέγχου της λύσης μπορεί να προκαλέσει έντονη αίσθηση ματαίωσης. Το ζευγάρι μπορεί να διαφωνεί για την ανάγκη της θεραπείας ή για τον κατάλληλο τρόπο δράσης. Ένας άνδρας μπορεί να νιώθει αβοήθητος, επειδή δεν μπορεί να μειώσει τη συναισθηματική ένταση της συντρόφου και ανησυχεί για την συναισθηματική σταθερότητα της. Ωστόσο, είναι δύσκολο για πολλούς άνδρες να παραδεχτούν την αδυναμία τους και, έτσι, εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους με μορφή θυμού. Μάλιστα, συχνά, οι άνδρες χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιπαράθεσης, οι οποίες περιλαμβάνουν παρορμητικές και εχθρικές κατηγορίες, γεγονός που μοιάζει με ένδειξη κακής προσαρμογής στην υπογονιμότητα, ενώ υποδηλώνει μια αδέξια έκφραση θυμού (Stanton A. 1991).

Κάθε έκφραση απογοήτευσης και θυμού, αν δεν είναι σαφής, ενδέχεται να εκληφθεί από το σύντροφο ως άδικη κατηγορία. Στις περιπτώσεις αυτές, τα ζευγάρια χρειάζονται βοήθεια, για να αναγνωρίσουν και να εκδηλώσουν τα συναισθήματα τους με περισσότερη ακρίβεια, να εκφράσουν τα παράπονα τους πιο εποικοδομητικά και να αναπτύξουν καλύτερες δεξιότητες επίλυσης των συγκρούσεων. Τα ζευγάρια μπορούν να μάθουν να μεταφράζουν τα ασαφή παράπονα σε συγκεκριμένες περιγραφές συμπεριφορών, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της «ομιλίας video» (O'Hanlon-Hudson P, et al, 1991). Με αυτήν τη μέθοδο, οι παραπονούμενοι εκπαιδεύονται να περιγράφουν τη συμπεριφορά του συντρόφου τους χωρίς,

όμως, να την ερμηνεύουν. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί να ρωτήσει, «Πώς συμπεριφέρεται όταν φέρεται σαν “αναίσθητος”»;» Όταν εκφράζουν παράπονα, τα ζευγάρια μπορούν να μάθουν να συμπεριλαμβάνουν και θετικά σχόλια για το σύντροφο, να αποφεύγουν μειωτικούς χαρακτηρισμούς, να μιλούν για συγκεκριμένες συμπεριφορές, να χρησιμοποιούν το «εγώ» αντί για «εσύ», όταν εκφράζουν συναισθήματα, και να αναλαμβάνουν μερική ευθύνη για τα προβλήματα.

Εκτός από αλλαγή των αρνητικών αμοιβαίων συμπεριφορών, η χρήση γνωστικών-συμπεριφορικών τεχνικών μπορεί να βοηθήσει τα ζευγάρια να εξετάσουν ορισμένες πεποιθήσεις τους, οι οποίες κρύβονται πίσω από το συναίσθημα του θυμού. Εν συντομία, σύμφωνα με την προσέγγιση αυτήν, οι αντιλήψεις ενός ατόμου για τον εαυτό του, τις καταστάσεις ή το μέλλον μπορεί να πυροδοτούν και να συντηρούν ορισμένες συναισθηματικές αντιδράσεις (Beck AT, et al, 1979). Τα άτομα μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να αμφισβητούν την ηττοπάθεια ή τις παράλογες σκέψεις και να τις αντικαθιστούν με σκέψεις που συμβαδίζουν περισσότερο με την πραγματικότητα και που βοηθούν περισσότερο στην προσαρμογή. Για παράδειγμα, τα ζευγάρια ενθαρρύνονται να αναλογιστούν το κόστος και τα οφέλη της πεποίθησης ότι η υπογονιμότητα είναι «άδικη» και να σκεφτούν, στη συνέχεια, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους, ώστε να συμπεριφερθούν σαν να έχουν απορρίψει την άποψη αυτήν.

β) Προβλήματα ενοχής και αυτοκατηγορίας

Απέναντι στη διάγνωση της υπογονιμότητας, οι γυναίκες δείχνουν να παίρνουν το πρόβλημα πιο προσωπικά από ότι οι άνδρες. Οι γυναίκες περιγράφουν ότι νιώθουν ότι έχουν αποτύχει στο ρόλο τους και ότι έχει μειωθεί η αυτοεκτίμηση τους, ανεξάρτητα από την αιτία του προβλήματος, ενώ οι αντιδράσεις των ανδρών είναι ανάλογες με αυτές των γυναικών, μόνο στην περίπτωση που η υπογονιμότητα οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Ακόμη και όταν έχει διαγνωσθεί ότι ο ένας μόνο από τους δυο έχει πρόβλημα υπογονιμότητας, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης από τους άνδρες. Έτσι, όταν η θεραπεία της υπογονιμότητας αποτυγχάνει, τα έντονα συναισθήματα ενοχής και αυτοκατηγορίας προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα στη σχέση ενός ζευγαριού.

Τα αισθήματα ενοχής ή η αλτρουιστική πεποίθηση ότι το καλύτερο για το σύντροφο ή τη σύντροφο θα ήταν να βρει ένα άλλο ταίρι, μπορεί να οδηγήσουν το στείρο άτομο να προτείνει ανοιχτά το χωρισμό, να υπονομεύσει τη σχέση προκαλώντας εκούσιες συγκρούσεις ή, σε ακραίες περιπτώσεις, να καταφύγει ανοιχτά σε συζυγική απιστία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γνωστικές - συμπεριφορικές τεχνικές μπορούν να βοηθήσουν το άτομο το οποίο νιώθει ενοχές, να κάνει διαχωρισμό ανάμεσα στις «αθέμιτες ενοχές» (που βασίζονται σε εξωπραγματικές προσδοκίες και κριτήρια) και τις «θεμιτές ενοχές» (όπου υπάρχει άμεση σχέση αιτίου- αιτιατού ανάμεσα στη συμπεριφορά του ατόμου και την υπογονιμότητα). Αν οι ενοχές είναι θεμιτές, πρέπει να αντιμετωπισθούν με το «ένοχο άτομο», σε συνεργασία με τον/τη σύντροφο του, μπορεί να βρει άλλους πιο εποικοδομητικούς τρόπους να εξιλεωθεί.

Μπορούμε, επίσης, να απομυθοποιήσουμε τις ιδεαλιστικές προβλέψεις ότι ο χωρισμός θα διασφαλίσει την ευτυχία του ενός συντρόφου ή να βοηθήσουμε τον ενοχοποιημένο σύντροφο να ακούσει και να αποδεχθεί τις πραγματικές προτεραιότητες που θέτει ο/η σύντροφος του για τη σχέση.

Σε περιπτώσεις απιστίας, τα κίνητρα μπορεί να είναι πιο περίπλοκα. Τέτοιου είδους συμπεριφορά μπορεί να είναι αντίδραση στην ενοχή, σε μια προσπάθεια να επουλωθεί η πληγωμένη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, ή τιμωρία του υπογόνιμου συντρόφου ή λόγω της γενικής έλλειψης ικανοποίησης από τη συζυγική ζωή. Παρ'όλα αυτά, η συχνότητα εμφάνισης τέτοιας συμπεριφοράς είναι δύσκολο να καθοριστεί και, χωρίς τη βοήθεια μιας ομάδας σύγκρισης από γόνιμα ζευγάρια της ίδιας ηλικίας, είναι δύσκολο να γνωρίζουμε το βαθμό στον οποίο η συμπεριφορά αυτή είναι αποκλειστική αντίδραση στην υπογονιμότητα.

Παρόλο που η τάση των γυναικών να αναλαμβάνουν την ευθύνη(ακόμη και στις περιπτώσεις ανεξήγητης στειρότητας) μπορεί να είναι προβληματική, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αντικατοπτρίζει μια προσπάθεια προσαρμοστικής αντιμετώπισης. Αποδίδοντας την αιτία της υπογονιμότητας στον εαυτό της, μια γυναίκα μπορεί να επιτυγχάνει αυτό που ονομάζουμε «ερμηνευτικό έλεγχο»: να δίνει, δηλαδή, νόημα ή σκοπό σε μια απειλητική και μη ελεγχόμενη κατάσταση. Το γεγονός ότι μερικές γυναίκες νιώθουν «ανακούφιση» όταν θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για το πρόβλημα υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν, μπορεί να αντικατοπτρίζει και μια προσπάθεια από μέρους τους να προστατεύσουν το σύντροφο τους. Μπορεί, επίσης, να αντανακλά ως ένα βαθμό την επανάκτηση μιας αίσθησης ελέγχου. Επομένως, οι άνδρες και οι γυναίκες δεν χρειάζεται να εξηγούν με τον ίδιο τρόπο το πρόβλημα της υπογονιμότητας και ο θεραπευτής πρέπει να ζυγίσει τη σημασία και τις ωφέλειες της ενδεχόμενης αλλαγής αυτών των ερμηνειών.

γ) Λήψη αποφάσεων

Η απόφαση για τερματισμό μιας ανεπιτυχούς ιατρικής θεραπείας της υπογονιμότητας μπορεί να προκαλέσει μια σειρά πολύπλοκων ζητημάτων για ένα ζευγάρι. Ο ένας μπορεί να είναι έτοιμος να τερματίσει τη θεραπεία πριν από τον άλλον. Ενδέχεται να υπάρξει διαφωνία στο ζευγάρι σχετικά με την αποδοχή ή όχι εναλλακτικών μεθόδων δημιουργίας οικογένειας, όπως η υιοθεσία. Μπορεί, επίσης, ο ένας από τους δυο να αποδέχεται ή να τον ευχαριστεί περισσότερο το ενδεχόμενο της ατεκνίας. Η κατάσταση, συνήθως βελτιώνεται, αν βοηθήσουμε τα ζευγάρια να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν τι νιώθουν για τις διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις και να τα διευκολύνουμε να ξεκαθαρίσουν τις προτεραιότητες τους. Ωστόσο, αν ο ένας σύντροφος αποφεύγει ή αρνείται το πρόβλημα, ίσως απαιτείται μια γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των απροσάρμοστων πεποιθήσεων, μια ήπια αντιπαράθεση ή εκπαίδευση δεξιοτήτων επικοινωνίας.

δ) Διευκόλυνση της μακροπρόθεσμης προσαρμογής

Όταν ληφθεί η απόφαση για τερματισμό της θεραπείας και απορριφθούν οι εναλλακτικές λύσεις για δημιουργία οικογένειας, το ζευγάρι αντιμετωπίζει ένα μέλλον χωρίς παιδιά. Σύμφωνα με τις θεωρίες των σταδίων, αυτή χαρακτηρίζεται φάση θλίψης, καθώς τα άτομα συνειδητοποιούν τη μονιμότητα της υπογονιμότητας τους και αντιμετωπίζουν την οριστική απώλεια των εμπειριών της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της ανατροφής ενός παιδιού. Σήμερα, όλοι οι κλινικοί συμφωνούν ότι τα τελικά στάδια της αποδοχής και της λύσης επιτυγχάνονται μόνο όταν τα αισθήματα θλίψης αναγνωρίζονται και εκφράζονται, ενώ η αποφυγή των συναισθημάτων αυτών μπορεί να εμποδίσει τη λύση. Παρ'όλα αυτά, τα στάδια μιας αντίδρασης θλίψης δεν έχουν ακόμα αξιολογηθεί πλήρως και υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι μπορεί να επιτευχθεί ανάκαμψη και χωρίς να έχει προηγηθεί ιδιαίτερη συναισθηματική διεργασία (Wortman CB, et al, 1989; 57:349-57). Επίσης, η διεργασία με την οποία τα ζευγάρια καταλήγουν να σταματήσουν τις θεραπευτικές προσπάθειες φαίνεται πως είναι πιο μακρόχρονη και πιο δύσκολη για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες (Baram D, et al, 1988; 9:181-90). Συνεπώς, ο ένας μπορεί να δυσκολεύεται περισσότερο από τον άλλο να προσαρμοστεί στη νέα αυτή πραγματικότητα και ο θεραπευτής πρέπει να αποφασίσει αν θα προτείνει ατομική ή από κοινού συμβουλευτική. Δεν είναι σαφές κατά πόσο η παρουσία του λιγότερο επηρεασμένου συναισθηματικά συντρόφου διευκολύνει και, προς το παρόν, δεν υπάρχουν πληροφορίες που να καθοδηγούν αυτή την απόφαση. Ο θεραπευτής θα μπορούσε να προτείνει, ως συμβιβασμό, ατομική θεραπεία για το άτομο που αντιμετωπίζει συναισθηματική ένταση, με την συμμετοχή του συντρόφου του στις συζητήσεις συγκεκριμένων θεμάτων που αφορούν τη σχέση τους. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες και οι δυο σύντροφοι αντιμετωπίζουν έντονα συναισθηματικά προβλήματα ή τα προβλήματα προσαρμογής απειλούν τη σχέση, ενδείκνυται περισσότερο η θεραπεία και των δύο μαζί ως ζευγάρι.

ε) Αποδόμηση

Αν η θεωρία των σταδίων είναι σωστή, η διευκόλυνση των ζευγαριών να αποδομήσουν την εμπειρία της υπογονιμότητας, ενθαρρύνοντας τα να συζητήσουν την απώλεια τους και να εκφράσουν όλα τα συναισθήματα τους που συνδέονται με τη θλίψη, θα διευκολύνει και τη διαδικασία του πένθους. Η συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν τα συναισθήματα απώλειας και την έλλειψη ελέγχου, να αναγνωρίσουν και να αποδεχθούν τις διαφορές των δυο φύλων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης καταστάσεων και να επικοινωνήσουν μεταξύ τους πιο αποτελεσματικά και πιο εποικοδομητικά. Με ανάλογο τρόπο, σύμφωνα με τη γνωστική- συμπεριφορική οπτική, υπάρχουν ενδείξεις ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός, ακόμα και από μνήμης, μπορεί να είναι ευεργετική. Έχει διαπιστωθεί ότι μέσω της συναισθηματικής διεργασίας (π.χ επαναλαμβανόμενη πρόσβαση και μερική αναβίωση οδυνηρών συναισθημάτων) ορισμένες εμπειρίες χάνουν το συναισθηματικό αντίκτυπο τους. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις έχουν

αποδειχθεί αποτελεσματικές σε περιπτώσεις παθολογικής θλίψης, ενώ η χρησιμότητα τους στον περιορισμό της φυσιολογικής θλίψης δεν έχει αποδειχθεί.

στ) Αναδόμηση

Καθώς τα ζευγάρια αποδομούν την προηγούμενη πραγματικότητα, είναι αναγκαίο να δομήσουν μια νέα πραγματικότητα και ένα καινούριο κοινό μέλλον. Ο θεραπευτής πρέπει να διατηρήσει τις ισορροπίες, δίνοντας βάρος στην εμπειρία του ζευγαριού, ωστόσο, χωρίς να παραβλέπει τις πιθανότητες αλλαγής. Η υπερβολική έμφαση στην αναγνώριση της συναισθηματικής οδύνης ενδέχεται είτε να ενθαρρύνει τη μόνιμη ενασχόληση με αρνητικά συναισθήματα είτε να περάσει το μήνυμα ότι η κατάσταση δεν μπορεί να βελτιωθεί. Από την άλλη μεριά, η πρόωγη έμφαση στην πραγματοποίηση αλλαγών μπορεί να δημιουργήσει την εντύπωση ότι ο θεραπευτής μπορεί να αναγνωρίσει την οδύνη του ζευγαριού. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στη λύση προσφέρουν ενδιαφέροντες, αλλά μη ελεγμένους τρόπους, με τους οποίους ο θεραπευτής μπορεί να αναγνωρίσει την οδύνη του ζευγαριού, ενθαρρύνοντας, ταυτόχρονα και την πρόοδο. Η αντίληψη ότι η υπογονιμότητα είναι οικουμενική και αμετάβλητη μπορεί να διαψευστεί, αν τονίσουμε και ενισχύσουμε ορισμένες εξαιρέσεις που συχνά περνούν απαρατήρητες από το ζευγάρι. Τα προβλήματα μπορεί να θεωρηθεί ότι αφορούν συγκεκριμένο χρόνο και τόπο και να μην είναι, απλώς παρόντα, και τα προβλήματα μπορεί να αναδιατυπωθούν ως επιθυμητοί ή μελλοντικοί στόχοι.

Δεδομένου ότι η υπογονιμότητα είναι μεγάλο πλήγμα στην αυτοεκτίμηση, ο ένας ή και οι δυο σύντροφοι μπορεί να παρουσιάσουν αυτό που έχει ονομαστεί «παραποιημένη ταυτότητα». Τα άτομα δηλαδή, αντί να θεωρούν ότι έχουν ένα πρόβλημα, ορίζουν τον εαυτό τους σαν να είναι οι ίδιοι το πρόβλημα, δηλ. «είμαστε στείροι». Σε αυτή την περίπτωση, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει το ζευγάρι να εξωτερικεύσει και να εντοπίσει ένα «πρόβλημα υπογονιμότητας» και, έτσι, να προσφέρει στο ζευγάρι την ευκαιρία να βρει λύσεις. Η κατάλληλη χρήση μεταφορικών σχημάτων μπορεί να διευκολύνει την αντιληπτική μεταστροφή. Για παράδειγμα, η υπογονιμότητα χαρακτηρίζεται «τυφώνας» που απειλεί «τη συζυγική στέγη», η οποία κατά συνέπεια, έχει ανάγκη να «ενισχυθεί» (μέσω της επικοινωνίας), ώστε να αντέξει στην καταιγίδα. Επίσης, τα ζευγάρια (και κυρίως οι γυναίκες) συνηθίζουν να αγωνίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και έντονα, ώστε να ξεπεράσουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας και αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ενθαρρύνει τη διαφορετική ταυτότητα «ήρωα», σύμφωνα με την οποία το άτομο εκτιμάται για τις δυνάμεις του και γιατί αντιστάθηκε στο πρόβλημα της υπογονιμότητας (O'Hanlon WH, et al, 1988)

Για τη δόμηση μιας νέας πραγματικότητας, τα ζευγάρια έχουν συχνά ανάγκη να επανεξετάσουν τη βάση της σχέσης τους. Την εποχή του γάμου, το ζευγάρι μπορεί να είχε κάποιες πεποιθήσεις για το ρόλο του καθενός, καθώς και για το ρόλο του παιδιού μέσα στο γάμο. Τώρα είναι μια περίοδος, κατά την οποία το υπογόνιμο άτομο μπορεί να νιώθει φόβο εγκατάλειψης, χωρίς να μπορεί να τον εκφράσει ή να φοβάται ότι τα συναισθήματα

αποδοκιμασίας και η πικρία μπορεί να προκαλέσουν μόνιμη ψυχρότητα στη σχέση. Ο θεραπευτής μπορεί να εκμαιεύσει αυτές τις ανησυχίες από το άτομο και να βοηθήσει τους δυο συντρόφους να συζητήσουν και να μοιραστούν τις μελλοντικές προτεραιότητες τους. Μερικές φορές, είναι θετικό να βοηθηθεί το ζευγάρι να γυρίσει πίσω και να αξιολογήσει τις ατομικές αρχές που πυροδότησαν την αρχική αμοιβαία έλξη και τους πραγματικούς λόγους που οδήγησαν στην επιλογή συζύγου.

ζ) Ιεροτελεστία

Τέλος, για να σηματοδοτηθεί και να διευκολυνθεί η μετάβαση από το υπογόνιμο άτομο στην «κατάσταση του ανθρώπου απαλλαγμένου από παιδιά», συχνά συνιστάται η χρήση μιας ειδικής τελετής ή ιεροτελεστίας. Στο σχεδιασμό της ιεροτελεστίας, σε συνεργασία με το ζευγάρι, μπορούν να χρησιμοποιηθούν «συνδεδεμένα αντικείμενα» (σύμβολα συνδεδεμένα με την υπογονιμότητα) και να δημιουργηθούν τελετές «ενηλικίωσης»- μπορούν να πεταχτούν φάρμακα, να δοθούν βρεφικά αντικείμενα. Άλλες φορές τα ζευγάρια έχουν την επιθυμία να δημιουργήσουν σύμβολα που να διευκολύνουν το πένθος (ένα γράμμα στο παιδί που δεν θα υπάρξει ποτέ) ή να βρουν ένα τρόπο μνημόνευσης της απώλειας τους (να κάνουν τακτικές δωρεές σε ορισμένους φιλανθρωπικούς σκοπούς).

Παρ'όλα αυτά, για να επιτευχθεί με την τελετή μια αίσθηση τέλους για το ζευγάρι, πρέπει να προηγηθεί πολύ συζήτηση, έκφραση και διερεύνηση των συναισθημάτων. Ο κατάλληλος χρόνος για τέτοιου είδους τελετές δεν έχει καθοριστεί μέχρι τώρα. Επιπλέον, επειδή τα υπογόνιμα ζευγάρια καταφεύγουν σε ποικίλες και συχνά, αντικρουόμενες στρατηγικές αντιμετώπισης, δεν είναι ακόμα σαφές ποια ζευγάρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να επωφεληθούν από τέτοιες τελετές και κατά πόσο οι άνδρες και οι γυναίκες βοηθούνται εξίσου από αυτήν την διαδικασία.

9.4 Θεραπευτικές ομάδες υπογόνιμων ζευγαριών.

Η σύγχρονη βιβλιογραφία σχετικά με τις ομάδες για υπογόνιμα ζευγάρια μας υπενθυμίζει ότι αυτές οι ομάδες παρέχουν την ευκαιρία για σημαντική υποστήριξη, νέες γνώσεις, προσωπική γνώση και μείωση το άγχους (Abbey A, et al,1991; 15:295-316). Έρευνες για την αποτελεσματικότητα των ομάδων αποκαλύπτουν τη θετική επίδραση τους στην αίσθηση του ανήκειν, στην εκπαίδευση και στη δύναμη να συνεχίσουν. Επίσης έχει διαπιστωθεί ότι η συμμετοχή σε μια ομάδα υποστήριξης για υπογόνιμα ζευγάρια μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στη μείωση της ανησυχίας και της κατάθλιψης. Οι εξειδικευμένες ομάδες υποστήριξης, όπως αυτές που ασχολούνται με την πρόωρη ανεπάρκεια ωοθηκών, την έκθεση σε διαιθυλοστιλβεστρόλη και άλλα θέματα παρέχουν πληροφορίες και ψυχολογική υποστήριξη στις γυναίκες και τους συντρόφους τους. Οι περισσότερες ομάδες υποστήριξης ασχολούνται με ειδικά ζητήματα κοινά σε όλα τα υπογόνιμα ζευγάρια, όπως: απώλεια κύησης, κύηση μετά την υπογονιμότητα, ζωή χωρίς παιδιά και διερεύνηση της υιοθεσίας.

Τα θεωρητικά μοντέλα που μπορούν να εφαρμοστούν στην ομαδική συμβουλευτική ποικίλουν. Ωστόσο, παρ'όλο που υπάρχουν σαφείς θεωρητικές κατευθύνσεις, οι θεραπευτές και συντονιστές των ομάδων συνηθίζουν να χρησιμοποιούν μια εκλεκτική προσέγγιση, ανάλογα με την ειδικότητα τους και τις ανάγκες των συμμετεχόντων στην ομάδα. Οι Middleman και Wood ισχυρίστηκαν ότι, σε ένα σύγχρονο μοντέλο εργασίας με ομάδες, ο σύμβουλος πρέπει:

Να βοηθά τα μέλη της ομάδας να αναπτύξουν ένα σύστημα αμοιβαίας υποστήριξης.

Να κατανοεί, να αξιολογεί και να σέβεται τις διεργασίες της ομάδας ως ισχυρή δυναμική προς την αλλαγή.

Να βοηθά τα μέλη, ώστε να μπορούν να λειτουργούν αυτόνομα τόσο μέσα όσο και έξω από την ομάδα.

Να βοηθά τα μέλη να αναβιώνουν την ομαδικότητα τους μετά τον τερματισμό της ομαδικής συμβουλευτικής.

Τα μοντέλα που ακολουθούν έχουν αντλήσει στοιχεία από πολλές σημαντικές θεωρίες, σε συνδυασμό με τη θεωρία των συστημάτων, την οποία οι περισσότεροι που εργάζονται με ομάδες, θεωρούν βασική για την ομαδική εργασία. Όσοι εργάζονται με ομάδες χρησιμοποιούν την ψυχαναλυτική θεωρία, τη θεωρία της μάθησης, τη θεωρία των πεδίων και τη θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής για να πλαισιώσουν τις παρεμβάσεις τους στα μέλη της ομάδας, ανάλογα με τις ανάγκες και τους στόχους της. Θα εξετάσουμε τώρα αυτά τα μοντέλα και θα εντοπίσουμε παραδείγματα ομάδων υπογονιμότητας που θα ταίριαζαν στον καθένα.

Θεραπευτικό μοντέλο

Αυτό το μοντέλο, το οποίο συνδέεται στενά με το ιατρικό μοντέλο, χρησιμοποιεί την ομάδα ως πλαίσιο και ως μέσο για την αλλαγή των δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτήν, η οποία αναπτύχθηκε από τον Vinter και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο του Michigan, ο αρχηγός της ομάδας τοποθετείται σε θέση εξουσίας και αυθεντίας, ενώ δίνεται μικρή σχετικά έμφαση στην επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στη συναισθηματική προβολή κατά του ατόμου. Αυτή η προσέγγιση είναι κατάλληλη, κυρίως για υπογόνιμα άτομα, των οποίων η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αποξένωση εκλαμβάνεται ως ενδοπροσωπική και των οποίων η ανάγκη για αλλαγή του εξωτερικού περιβάλλοντος είναι ελάχιστη. Το θεραπευτικό μοντέλο επειδή επικεντρώνεται κυρίως στο άτομο, δεν ενδείκνυται τόσο για ζευγάρια όσο άλλα μοντέλα.

Μεσολαβητικό μοντέλο

Το μεσολαβητικό μοντέλο, που ανέπτυξε ο William Schwartz, έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τη θεωρία των συστημάτων, την ανθρωπιστική ψυχολογία και μια υπαρξιακή οπτική, με σκοπό να ενθαρρύνει τα μέλη της ομάδας να αντιμετωπίσουν περιβαλλοντικά προβλήματα και εμπόδια στην επίλυση των προβλημάτων τους. Στο μοντέλο αυτό, τόσο τα άτομα όσο και το κοινωνικό περιβάλλον παρέχουν στον συντονιστή της ομάδας ευκαιρίες να ενθαρρύνει τις συναλλαγές. Αυτή η προσέγγιση ενδείκνυται, κυρίως, για υπογόνιμους πελάτες που έχουν απογοητευθεί από τους επαγγελματίες υγείας, τις ιατρικές υπηρεσίες, τους συναδέλφους τους, τα μέλη της οικογένειας ή και άλλα άτομα, τα οποία θεωρούνται εμπόδια στην ομαλή επίλυση των προβλημάτων των υπογόνιμων ατόμων. Στο μοντέλο αυτό ο συντονιστής ενθαρρύνει την ομάδα να θέσει στόχους δράσης και να αναζητήσει τη λύση των συγκρούσεων με τις εξωτερικές κοινωνικές δυνάμεις.

Αναπτυξιακό μοντέλο

Το αναπτυξιακό μοντέλο ξεκίνησε στο Πανεπιστήμιο της Βοστώνης, βασίζεται, κυρίως, στη δυναμική της οικειότητας και επηρεάζεται από την ψυχολογία του Εγώ, τη δυναμική της ομάδας και τη θεωρία των συγκρούσεων. Στο μοντέλο αυτό, ο θεραπευτής ενθαρρύνει τα μέλη να αγωνιστούν να θέσουν σε εφαρμογή τους στόχους τους, ενώ αξιολογούν ταυτόχρονα, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Τα υπογόνιμα άτομα που έχουν παγιδευτεί σε συναισθήματα απώλειας, στασιμότητας και σύγχυσης είναι πιθανόν να βρουν ότι το αναπτυξιακό μοντέλο μπορεί να καλύψει τις ανάγκες τους.

Το όνομα του που συντονίζει μια ομάδα υπογόνιμων ατόμων- group worker, αρχηγός της ομάδας, συντονιστής της ομάδας ή θεραπευτής – καθορίζεται από το σκοπό της ομάδας. Ο σκοπός της ομάδας πρέπει να είναι ξεκάθαρος, πράγμα που έχει αποφασιστική σημασία για το ρόλο του επαγγελματία στην ομάδα, ο οποίος θα πρέπει να συμπαρασταθεί στα μέλη να θέσουν στόχους, να καλλιεργήσει μια αίσθηση συνοχής, να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων, τα οποία συχνά είναι επώδυνα, και, τελικά, να βοηθήσει την ομάδα να βοηθήσει τα μέλη της. Τόσο οι ομάδες υποστήριξης όσο και οι θεραπευτικές ομάδες αντιμετωπίζουν αρκετές προκλήσεις, καθώς προσπαθούν να βοηθήσουν τα μέλη τους να γίνουν ευέλικτα κατά τη διάρκεια του αγώνα τους με την υπογονιμότητα.

9.5 Ομάδες υποστήριξης υπογόνιμων ζευγαριών

Οι βασικότερες διαφορές ανάμεσα στις ομάδες υποστήριξης και τις θεραπευτικές ομάδες σχετίζονται με τους σκοπούς και το πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιούνται. Σε γενικές γραμμές, μια θεραπευτική ομάδα προσπαθεί να αλλάξει συμπεριφορές τις οποίες τα μέλη της

θεωρούν δυσλειτουργικές. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να ενθαρρύνει τα μέλη της ομάδας να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές που κυμαίνονται από την ενορατική γνώση έως την τροποποίηση της συμπεριφοράς, για να βελτιώσουν τους τρόπους αντιμετώπισης τους στρες που τους προκαλεί η υπογονιμότητα. Οι θεραπευτικές ομάδες οργανώνονται, συνήθως, από κάποιον φορέα, μια κλινική ή έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, στοχεύουν, στην πελατεία ενός συγκεκριμένου φορέα (ζευγάρια που ελπίζουν ότι θα υιοθετήσουν, άτομα ή ζευγάρια που υποβάλλονται σε τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία σε συγκεκριμένη κλινική υπογονιμότητας). Σε άλλες περιπτώσεις, ο θεραπευτής μπορεί να συγκεκριμενοποιήσει το στόχο της ομάδας (για άτομα που βρίσκονται σε συγκεκριμένο στάδιο υπογονιμότητας, που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες απώλειες ή που παρουσιάζουν κάποια δυσλειτουργική αντίδραση προς την υπογονιμότητα). Συνήθως τα μέλη των ομάδων που διευθύνονται από κάποιον επαγγελματία, καταβάλλουν ένα ποσό για τη συμμετοχή τους. Ο επαγγελματίας συντονιστής διαθέτει γνώσεις και δεξιότητες στην ομαδική εμπειρία, οι οποίες καθοδηγούν τις ενέργειες του μέσα στην ομάδα. Ο επαγγελματίας δίνει μεγάλη προσοχή στη δυναμική της ομάδας, στα στάδια εξέλιξης της ομάδας και στα άτομα και τα ζητήματα που τα απασχολούν. Επίσης, ο επαγγελματίας γνωρίζει την επαγγελματική δεοντολογία και συνήθως εισάγει προς συζήτηση στην ομάδα θέματα, όπως η εμπιστευτικότητα. Ο επαγγελματίας μπορεί να έχει, ή να μην έχει, προσωπική εμπειρία της υπογονιμότητας και επικεντρώνει συνήθως, τη συζήτηση περισσότερο στα μέλη της ομάδας και όχι στην αποκάλυψη των προσωπικών εμπειριών του. Παρόλο που οι θεραπευτικές ομάδες, ενδέχεται, να είναι ανοικτές, το πιο σύνηθες είναι να έχουν ορισμένο αριθμό μελών για καθορισμένο χρονικό διάστημα.

Αντίθετα μια ομάδα υποστήριξης είναι πολύ πιθανό να έχει σχηματιστεί από υπογόνιμα άτομα, τα οποία στοχεύουν στην ανάπτυξη της επικοινωνίας και της υποστήριξης, αλλά που ενδέχεται να μην έχουν μεγάλη εμπειρία στην ομαδική εργασία. Στις ομάδες υποστήριξης είναι, συνήθως, επικεφαλής, κάποιο άτομο, το οποίο συγκάλυψε αρχικά την ομάδα, ενώ αργότερα η ηγεσία περνάει σε άλλα μέλη της ομάδας τα οποία νιώθουν ότι μπορούν να αναλάβουν αυτόν τον ρόλο. Σε ορισμένες ομάδες υποστήριξης, ο αρχηγός αναλαμβάνει την εύρεση του χώρου για τις συναντήσεις της ομάδας, ενώ ενθαρρύνει άλλα μέλη να αναλάβουν την ευθύνη της συζήτησης. Το περιεχόμενο των συζητήσεων των ομάδων υποστήριξης είναι, συνήθως, πληροφοριακό αλλά και ανακουφιστικό, με λιγότερη έμφαση στη δυναμική της ομάδας, σε αντίθεση με τις θεραπευτικές ομάδες. Οι προσωπικές αποκαλύψεις, τόσο από τον συντονιστή όσο και από τα μέλη της ομάδας, είναι αρκετά συνηθισμένες.

Θέματα διαχείρισης

Ο συντονιστής της ομάδας πρέπει πρώτα να ασχοληθεί με το στόχο της ομάδας, διότι αυτός θα επηρεάσει άλλα οργανωτικά θέματα. Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ομάδα θα είναι ανοιχτή (εισάγοντας συνεχώς νέα μέλη) ή κλειστή (με μέλη που συμμετείχαν στην πρώτη συνάντηση). Το μοντέλο της ανοιχτής ομάδας είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για άτυπες ή επιμορφωτικές ομάδες, των οποίων τα θέματα συζήτησης εξελίσσονται σύμφωνα με τις ανάγκες των μελών και οι οποίες νιώθουν άνετα με την εναλλαγή μελών. Αντίθετα το μοντέλο της κλειστής ομάδας είναι προτιμότερο για άτομα που επιδιώκουν ένα επίπεδο οικειότητας και εμπιστοσύνης, στο οποίο μπορούν να μοιραστούν τα επώδυνα συναισθήματα και να αντέξουν την κατά μέτωπο αντιπαράθεση και τις επικοινωνιακές παρατηρήσεις ή να συμμετέχουν σε μια ομάδα με δομημένη μορφή. Η συχνότητα των συναντήσεων είναι συνήθως, θέμα που συζητείται από τη πρώτη συνάντηση. Οι εβδομαδιαίες συναντήσεις είναι μάλλον κατάλληλες για ομάδες περιορισμένης διάρκειας, αλλά οι περισσότερες ομάδες μεγάλης διάρκειας προτιμούν τις συναντήσεις σε μηνιαία βάση.

Στις αποφάσεις για το μέγεθος της ομάδας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι δε θα μπορούν όλα τα μέλη να παρευρίσκονται σε όλες τις συνεδρίες. Η παρουσία των μελών θα είναι πιο σταθερή σε ομάδες περιορισμένης διάρκειας ή σε ομάδες στις οποίες τα μέλη καταβάλλουν ένα ποσό για τη συμμετοχή τους. Από την άλλη μεριά, οι ανοικτές ομάδες, η παρουσία των μελών ποικίλλει ανάλογα με το θέμα που συζητείται από την ομάδα σε κάθε συνεδρία, το βαθμό που τα μέλη αισθάνονται συναισθηματικά εξαντλημένα με το πρόβλημα της υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν και το βαθμό σύνδεσης που νιώθουν τα μέλη με την ομάδα σε μια δεδομένη χρονική στιγμή. Το ιδανικό μέγεθος για την ομάδα είναι περίπου οχτώ συμμετέχοντες, πράγμα που επιτρέπει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και την άνετη συμμετοχή των μελών.

Οι περισσότερες συναντήσεις διαρκούν 1 1/2 έως 2 ώρες. Πολλές ομάδες προτιμούν να υπάρχει χρόνος για ανεπίσημες συζητήσεις πριν ή μετά τη συνάντηση της ομάδας. Δεν τίθεται θέμα διάρκειας για τις ανοικτές ομάδες καθώς συνεχίζουν τις συναντήσεις όσο υπάρχουν αρκετά μέλη για να συνεισφέρουν στην ζωτικότητα της ομάδας. Για τις ομάδες περιορισμένης χρονικής διάρκειας, όμως, ο αριθμός των συναντήσεων καθορίζεται εκ των προτέρων από τον συντονιστή, ανάλογα με τον σκοπό της ομάδας. Ένα αρχικό πλάνο 8-έως 12 συνεδριών είναι λογικό για τις περισσότερες ομάδες. Τα μέλη που επιθυμούν να συνεχίσουν έπειτα από αυτό το διάστημα, παραγματοεύουν εκ νέου με τον συντονιστή ή να ξανασυναντηθούν ως ανοιχτή ομάδα, με ή χωρίς αρχηγό της ομάδας.

Ο χώρος συναντήσεων της ομάδας ενδέχεται να έχει κάποια επίδραση στη σωματική και συναισθηματική άνεση των μελών. Σε ιδανικές συνθήκες, όλα τα μέλη πρέπει να έχουν

εύκολη πρόσβαση στο χώρο, ο οποίος πρέπει να παραμένει ο ίδιος για όλη τη διάρκεια των συναντήσεων.

Εμπιστευτικότητα

Η ανάπτυξη της οικειότητας και της εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη αντιμετωπίζουν τις πληροφορίες που μοιράζονται μεταξύ τους.

Τα μέλη της ομάδας ίσως χρειαστούν κάποιες διευκρινίσεις σχετικά με το πώς επηρεάζει η εμπιστευτικότητα τις μεταξύ τους συζητήσεις στα διαστήματα μεταξύ των συναντήσεων της ομάδας. Η πιο λογική απάντηση είναι ότι το έργο της ομάδας πρέπει να συντελείται μέσα στην ομάδα. Επομένως, το περιεχόμενο ή η δυναμική των συναντήσεων δεν πρέπει να συζητείται με κανέναν άλλον, ούτε καν με κάποιο μέλος της ομάδας, εκτός των συνεδριών. Παρ'όλα αυτά, τα μέλη της ομάδας που επιθυμούν να κάνουν παρέα μεταξύ τους, συζητώντας εκτός ομάδας και θέματα σχετικά με το πρόβλημα της υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν, πρέπει αν έχουν την δυνατότητα να το κάνουν όπως θα το έκαναν με οποιονδήποτε φίλο, με την προϋπόθεση ότι η ομάδα συναινεί σε αυτό.

Μέλη της ομάδας που βρίσκονται σε κύηση

Η παρουσία εγκύων γυναικών σε μια ομάδα είναι ένα ζήτημα που θα τεθεί και θα πρέπει να συζητηθεί στην ομάδα. Είναι πολύ πιθανόν να προκύψει μια πολύ επιθυμητή κύηση κατά τη διάρκεια των συναντήσεων μιας ομάδας και τα μέλη πρέπει να έχουν αποφασίσει εκ των προτέρων αν μια έγκυος γυναίκα θα παραμείνει στην ομάδα ή αν η εγκυμοσύνη της θα απειλήσει ή θα αποσυντονίσει τα άλλα μέλη της ομάδας. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση σε αυτό το ενδεχόμενο δίλημμα. Οι ομάδες καταλήγουν σε διαφορετικές λύσεις, ανάλογα με τις ανάγκες των μελών τους. Αυτό που έχει σημασία, όμως, είναι η ικανότητα της ομάδας να ασχοληθεί με αυτό το ζήτημα πριν από την εμφάνιση του και να καταλήξει σε μια απόφαση κοινής αποδοχής για το καλό της συγκεκριμένης ομάδας.

9.6 Προβλήματα που εμφανίζονται κατά τη θεραπευτική παρέμβαση και τρόποι επίλυσης

Ο συντονιστής της ομάδας έχει πιθανόν να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα τα οποία απασχολούν τα άτομα που βρίσκονται σε μια ομάδα υπογονιμότητας.

Απώλεια

Όλα τα μέλη, κατά τη διάρκεια των συναντήσεων της ομάδας, θα αναφερθούν, πιθανότατα, στα ζητήματα απώλειας που τα απασχολούν. Η απώλεια του παιδιού, των ονείρων είναι συχνά πιο τρομακτική, αλλά τα μέλη μπορεί να αντιμετωπίζουν και άλλες απώλειες: ο ρόλος του φυσικού γονιού, η εμπιστοσύνη στην αναπαραγωγική τους ικανότητα, η αίσθηση ότι ελέγχουν τα σχέδια τους για τη ζωή και ότι είναι φυσιολογικοί σε έναν κόσμο που αποτελείται κυρίως από γόνιμα άτομα. Στις απώλειες μπορεί, επίσης, να συγκαταλέγονται και μέλη της οικογένειας ή φίλοι που δεν μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη, οικονομικοί ή επαγγελματικοί παράγοντες (π.χ ένα άτομο δεν παίρνει προαγωγή λόγω μειωμένης παραγωγικότητας). Τα μέλη της ομάδας πρέπει να βοηθήσουν να εντοπίσουν τις απώλειες τους, ώστε να μπορέσουν να εκφράσουν τα συναισθήματα που συνδέονται με την κάθε απώλεια.

Θυμός

Ο θυμός είναι ένα σύνθετο συναίσθημα που συνδέεται με την υπογονιμότητα. Ενώ ο συντονιστής της ομάδας πρέπει να αναγνωρίσει στα μέλη ότι έχουν κάθε δικαίωμα να νιώθουν θυμό, πρέπει, ταυτόχρονα, να εντοπίσει και τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη διοχετεύουν το θυμό τους. Αυτό το συναίσθημα μπορεί να είναι πιο λογικό, καθώς εμφανίζεται όταν οι φίλοι, οι συγγενείς ή οι συνάδελφοι δεν μπορούν να προσφέρουν στο υπογόνιμο άτομο την υποστήριξη που χρειάζεται. Σε άλλες περιπτώσεις, το συναίσθημα του θυμού μπορεί να έχει λιγότερο λογική βάση ή μπορεί να μετατίθεται σε άλλους (σύντροφο, γονείς, γιατρούς) ή να στρέφεται εναντίον του ίδιου του ατόμου, πράγμα το οποίο, συνήθως εξελίσσεται σε κατάθλιψη. Η εμπειρία της ομάδας μπορεί να προσφέρει ένα ασφαλές χώρο για την εξερεύνηση των συναισθημάτων θυμού, για την έκφραση του θυμού χωρίς το φόβο της αρνητικής κριτικής και για τη συζήτηση στρατηγικών αντιμετώπισης του θυμού με άλλα μέλη της ομάδας.

Θλίψη

Καθώς η απελπισία αυξάνεται, μερικά μέλη της ομάδας θα ομολογήσουν ότι νιώθουν μεγάλη θλίψη και θα έχουν την ανάγκη να μιλήσουν για την επίδραση που έχουν οι απώλειες που βιώνουν. Η κοινωνία δεν παρέχει παρηγορητικές τελετές που βιώνουν τα υπογόνιμα άτομα και, έτσι, τα μέλη αναζητούν συχνά την ομάδα την ανακούφιση που έχουν ανάγκη, όταν τα δάκρυα βγαίνουν αβίαστα, όταν η ζωή έχει χάσει το νόημα της και όταν το κενό είναι αβάσταχτο. Ο συντονιστής πρέπει να αναγνωρίσει ότι αυτά τα συναισθήματα είναι ένα προβλέψιμο στάδιο συμφιλίωσης του ατόμου με την υπογονιμότητα και ότι πρέπει να ενθαρρύνει τα άλλα μέλη να στηρίξουν και να παρηγορήσουν αυτούς που αγωνίζονται να ξεπεράσουν τη θλίψη τους. Ο συντονιστής που γνωρίζει τεχνικές συμβουλευτικής για τη

θλίψη, θα βρει πολλές ευκαιρίες να εφαρμόσει αυτές τις γνώσεις, όταν προκύπτουν στην ομάδα ζητήματα σχετικά με τη θλίψη.

Αδυναμία

Τα μέλη μιας ομάδας υπογονιμότητας δεν νιώθουν αδύναμα μόνο μπροστά στο πρόβλημα υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν, αλλά και μπροστά σε συγκεκριμένες καταστάσεις, οικογενειακές και επαγγελματικές περιστάσεις, στις οποίες ενέχονται παιδιά ή έγκυοι γυναίκες, ιατρικά πλαίσια που δεν παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη ή προκαλούν έντονο άγχος και συναλλαγές με τους συντρόφους τους, όπου τα προβλήματα επικοινωνίας είναι πολύ συνηθισμένα. Ο συντονιστής της ομάδας πρέπει να εμποδίσει τα μέλη της ομάδας από το να θεωρούν τον εαυτό τους ως θύμα και να στρέψει την προσοχή τους στους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά δύσκολες καταστάσεις.

Αίσθηση απώλειας του ελέγχου

Είτε αυτό το συναίσθημα συνδέεται αποκλειστικά με την ανικανότητα των μελών να ξεπεράσουν το πρόβλημα της υπογονιμότητας (πράγμα το οποίο, τώρα πια, βρίσκεται κυρίως στα χέρια των γιατρών), είτε σχετίζεται με άλλα σχέδια για τη ζωή, τα οποία ματαιώθηκαν λόγω της υπογονιμότητας, η αντίδραση των μελών είναι συνήθως να αγωνίζονται να διατηρήσουν τον έλεγχο - για να ανακαλύψουν απλώς ότι η εξουθενωτική προσπάθεια σύλληψης είναι από μόνη της διαταρακτική. Ματαιώνονται διακοπές, αναβάλλονται επαγγελματικές ή εκπαιδευτικές ευκαιρίες και τα επαγγελματικά ταξίδια κανονίζονται σύμφωνα με τα ραντεβού με γιατρούς και την ωορρηξία. Ένας χρήσιμος τρόπος άμυνας απέναντι στην αίσθηση της απώλειας του ελέγχου είναι η πληροφόρηση. Οι άνθρωποι που αποκτούν γνώσεις για το συγκεκριμένο τομέα που τους απασχολεί, μπορούν να νιώσουν ότι συμμετέχουν ενεργά στην όλη διαδικασία, αποκτώντας έτσι, ένα βαθμό νοητικής κυριαρχίας πάνω σε ιατρικές διαδικασίες, που προηγουμένως τους προκαλούσαν μόνο φόβο, και αλλόκοτες συναισθηματικές αντιδράσεις που σχετίζονται με την υπογονιμότητα. Η ομάδα μπορεί να αποδειχθεί μια εξαιρετική πηγή πληροφοριών, καθώς ο συντονιστής ενθαρρύνει τα μέλη να συγκρίνουν τις εμπειρίες τους, να μοιράζονται τις πηγές τους, να φέρνουν εκπαιδευτικό υλικό και να προτείνουν στρατηγικές αντιμετώπισης.

Θέματα φύλου

Όλοι οι ερευνητές που έχουν μελετήσει το θέμα του φύλου σε σχέση με την υπογονιμότητα έχουν καταλήξει, ουσιαστικά, στο ίδιο συμπέρασμα, ότι άνδρες και γυναίκες στην αμερικάνικη κοινωνία ερμηνεύουν την υπογονιμότητα και αντιδρούν προς αυτήν με διαφορετικούς τρόπους και ότι η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο την βιώνουν τα ζευγάρια διαφέρει κατά περίπτωση. Οι σχετικές με το φύλο διαφορετικές συμπεριφορές

διαπιστώθηκαν ανεξάρτητα από το ποιος από τους δυο συντρόφους είχε το πρόβλημα γονιμότητας.

Τερματισμός

Το τέλος μιας ομάδας με περιορισμένη διάρκεια είναι πολύ πιθανό να επαναφέρει προβλήματα απομόνωσης για πολλά από τα μέλη της ομάδας. Αν και τα μέλη γνωρίζουν καλά ότι θα έρθει η ώρα που η ομάδα θα σταματήσει να συναντιέται, ο συντονιστής πρέπει να καταβάλει κάθε προσπάθεια για να βοηθήσει τα μέλη να συνειδητοποιήσουν το νόημα του τερματισμού των συναντήσεων της ομάδας. Ο συντονιστής πρέπει αν προετοιμάσει την ομάδα για το θέμα του τερματισμού, αναφέροντας συστηματικά κατά τη διάρκεια των συναντήσεων το χρόνο που απομένει μέχρι την τελευταία συνεδρία. Καθώς πλησιάζουν οι τελευταίες συνεδρίες, ο συντονιστής θα μπορούσε να ρωτήσει τα μέλη πώς νιώθουν που πλησιάζει το τέλος της ομάδας. Οι περισσότεροι θα νιώθουν την απώλεια ενός ασφαλούς μέρους για να μοιράζονται τους αγώνες τους. Πολλοί θα θεωρήσουν ότι οι νέες σχέσεις που δημιουργούνται είναι αποτέλεσμα της συμμετοχής τους στην ομάδα. Ορισμένοι θα εκφράσουν το συναίσθημα ότι δεν είναι ακόμη έτοιμοι να συνεχίσουν τον αγώνα τους με την υπογονιμότητα αυτή καθαυτή συνεπάγεται μια σειρά από απώλειες, η απώλεια της ομάδας μπορεί να είναι για μερικούς μια ιδιαίτερα οδυνηρή και φορτισμένη συναισθηματικά εμπειρία. Όταν η μια σχέση που επιθυμούν πολύ - του εαυτού τους με ένα παιδί - παραμένει απραγματοποίητη, η θλίψη για την απώλεια της σχέσης με την ομάδα είναι ακόμα πιο έντονη. Η έκφραση της θλίψης από τα μέλη της ομάδας μπορεί να είναι φευγαλέα ή έντονη, ανάλογα με την ομάδα και την άνεση του συντονιστή με την εξωτερική οδυνηρών συναισθημάτων.

9.7 Αξιολόγηση των προγραμμάτων θεραπείας

Τα υπογόνιμα άτομα και ζευγάρια αντιμετωπίζουν τόσο ιατρικά διλήμματα όσο και συναισθηματικά τέλματα. Είναι σχεδόν αδύνατον να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στη βιολογική κατάσταση της υπογονιμότητας και τις συναισθηματικές διεργασίες που την συνοδεύουν. Ωστόσο, πολλά υπογόνιμα άτομα έχουν πολύ πιο εύκολη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες, όχι όμως και στη συναισθηματική υποστήριξη που χρειάζονται ταυτόχρονα. Επίσης, στην περίπτωση που πρέπει να καταβληθεί κάποιο χρηματικό ποσό για τη συμβουλευτική της υπογονιμότητας ή για ομάδες υποστήριξης, πολλά άτομα αναγκάζονται να επιλέξουν ανάμεσα στην ιατρική και στην ψυχολογική υποστήριξη, εξαιτίας της μειωμένης οικονομικής ευχέρειας τους και της περιορισμένης ασφαλιστικής κάλυψης. Οι επαγγελματίες που αναγνωρίζουν τη σημασία της απαρτίωσης των ιατρικών και των συναισθηματικών αντιδράσεων της υπογονιμότητας μπορούν να βρουν ορισμένους

δημιουργικούς τρόπους επίλυσης του διλήμματος, στο οποίο βρίσκονται τα άτομα που βιώνουν την υπογονιμότητα.

Αντιλαμβανόμενοι, λοιπόν το μέγεθος της προσφοράς και της βοήθειας που μπορούν να παρέχουν αυτές οι ομάδες υποστήριξης και θεραπείας υπογόνιμων ζευγαριών, γίνεται αντιληπτή και η ανάγκη για δυνατότητα εύρεσης και συμμετοχής σε τέτοιου είδους ομάδες από όλα τα υπογόνιμα άτομα ή ζευγάρια.

Έτσι λοιπόν, οι κλινικές υπογονιμότητας και άλλες ιατρικές ομάδες που παρέχουν υπηρεσίες τεχνολογιών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να αναγνωρίσουν τα πλεονεκτήματα της πρόσληψης ενός κοινωνικού λειτουργού ή ενός ψυχολόγου. Το άτομο αυτό πρέπει να είναι παρών στην αρχική διαδικασία εισαγωγής, κατά την οποία οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι στο αναμενόμενο στρες που προκαλεί η θεραπεία της υπογονιμότητας. Εκτός από την ατομική συμβουλευτική. Ο επαγγελματίας στο πλαίσιο της κλινικής βρίσκεται σε ιδανική θέση να διευκολύνει τη δημιουργία των ομάδων υποστήριξης ή θεραπευτικές ομάδες για τους ασθενείς της κλινικής. Οι ομάδες αυτές πρέπει να θεωρούνται αναπόσπαστο μέρος των ιατρικών υπηρεσιών και να παρέχονται οι υπηρεσίες τους δωρεάν στους ασθενείς της κλινικής. Έτσι, οι ασθενείς θα νιώσουν ότι το πρόβλημα τους αντιμετωπίζεται πολυδιάστατα, αλλά και ο επαγγελματίας που παρέχει την ψυχολογική υποστήριξη θα έχει την δυνατότητα να συνηγορεί υπέρ των ασθενών, να ενθαρρύνει τη θετικότερη επικοινωνία με τους γιατρούς και να έχει έγκαιρη πρόσβαση σε ακριβείς ιατρικές πληροφορίες.

Η κύρια προσφορά των ομάδων θα πρέπει να είναι να βοηθά τα μέλη, ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν αυτόνομα τόσο μέσα όσο και έξω από την ομάδα. Το χτίσιμο με τη βοήθεια του ειδικού μιας προσωπικότητας που θα μπορεί πλέον να αναγνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο θα επιλύει κάποιο ενδεχόμενο πρόβλημα που θα παρουσιαστεί, είναι το μεγαλύτερο κέρδος ενός μέλους αλλά και η αναγνώριση της σπουδαίας δουλειάς που μπορεί να παρέχει μια ομάδα υποστήριξης. Το ζητούμενο λοιπόν δεν είναι να είναι κάποιος συνεχώς μέλος μιας ομάδας αλλά να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ενδεχόμενες δυσκολίες χρησιμοποιώντας τις τεχνικές που θα του έχει εμφυσήσει η ομάδα αλλά και ο συντονιστής.

Εν κατακλείδι, θέλοντας να αξιολογήσουμε την προσφορά των προγραμμάτων θεραπείας των υπογόνιμων ατόμων ή ζευγαριών, κατανοούμε ότι δεν μπορεί να διαχωριστεί η θεραπεία της υπογονιμότητας μόνο από την ιατρική της πλευρά χωρίς να λάβουμε υπ' όψιν την συναισθηματική κάλυψη. Η ύπαρξη των ομάδων αλλά και η προσφορά τους δημιουργούν το έδαφος για να απενεχοποιηθούν τα άτομα από την κατάσταση αυτή και να αντιληφθούν ότι υπάρχει αμοιβαία υποστήριξη σε αυτές τις ομάδες και ότι η εμπειρία αυτή μπορεί να είναι καθοριστική για τη ζωή τους σε μια στιγμή συναισθηματικής απομόνωσης.

B. Ερευνητικό μέρος

1. Περιγραφή της έρευνας

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να εκτιμηθεί το κατά πόσο η υπογονιμότητα επηρεάζει τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών. Αξιολογήθηκε επίσης ο βαθμός επίδρασης της υπογονιμότητας στη σχέση του ζευγαριού η διάβρωση ή όχι των δεσμών τους και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται και βιώνει το κάθε μέρος του ζευγαριού το πρόβλημα της υπογονιμότητας.

1.2 Υποθέσεις εργασίας

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

α. Η υπογονιμότητα επηρεάζει τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών και κατά επέκταση τη μεταξύ τους σχέση.

β. Η θεραπεία της υπογονιμότητας δημιουργεί stress στα ζευγάρια με συνέπεια τη διάβρωση των σεξουαλικών τους σχέσεων.

γ. Οι συναισθηματικές δυσκολίες, που συνοδεύουν την υπογονιμότητα και τις θεραπευτικές διαδικασίες της, δημιουργούν απόσταση στο ζευγάρι(μειωμένες πιθανότητες σεξουαλικών σχέσεων).

2. Υλικό και μέθοδος

2.1 Πιλοτική μελέτη

Έπειτα από διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και αντίστοιχων ερευνών, όπως επίσης και με τη βοήθεια του επόπτη καθηγητή (του οποίου η εμπειρία στην έρευνα για θέματα υπογονιμότητας είναι πολυετής) δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, το οποίο περιέχει ερωτήματα για τον τρόπο ζωής των ερωτώμενων όπως για παράδειγμα τη διαχείριση των οικογενειακών πόρων, την επιλογή ίδιων φίλων, τον καταμερισμό της οικιακής εργασίας, την απόφαση για το πότε και εάν θα αποκτήσουν παιδί και τον τρόπο που βλέπουν τη ζωή γενικότερα. Ακόμα συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν τα μέτρα αντισύλληψης(συχνότητα χρήσης αντισυλληπτικών μέτρων), σεξουαλικές συνήθειες και γενικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα.

Πραγματοποιήθηκαν συζητήσεις με ειδικούς (γυναικολόγο και κοινωνικό επιστήμονα), σχετικά με το θέμα της υπογονιμότητας και τα θέματα που αντιμετωπίζουν τα ζευγάρια, που δέχονται θεραπεία με σκοπό να αποκτήσουν παιδί. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο αυτό δόθηκε στους αρμόδιους γυναικολόγους που δέχτηκαν να

συνεργαστούν στη διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Μετά από τις απαραίτητες διευκρινήσεις σχετικά με το ερωτηματολόγιο, ζητήθηκε από τους ίδιους να προωθήσουν τα ερωτηματολόγια στα υπογόνιμα ζευγάρια όπου δέχονται θεραπεία.

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δεκαπέντε ζευγάρια με σκοπό να διευκρινιστεί ο βαθμός κατανόησης και ανταπόκρισης των υπογόνιμων ζευγαριών στο ερωτηματολόγιο. Το πιλοτικό ερωτηματολόγιο δε χρειάστηκε να τροποποιηθεί, διότι σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων και μετά από σχετική συζήτηση με τους ίδιους, φάνηκε ότι ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της έρευνας.

2.2 Δειγματοληψία

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν 73 υπογόνιμα ζευγάρια, ηλικίας από 23 έως 49 ετών, (146 άτομα). Αρχικά έγινε προσέγγιση σε περισσότερες κλινικές από μία, στο λεκανοπέδιο της Αττικής, συμπτωματικά όμως, οι κλινικές που δέχτηκαν να συνεργαστούν στο πλαίσιο της έρευνας είχαν έδρα τον Πειραιά.

2.3 Διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων

Όπως προαναφέρθηκε τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τα ίδια τα ζευγάρια, με τις απαιτούμενες επεξηγήσεις, -σε όποιο μέρος του ερωτηματολογίου κρίθηκε απαραίτητο- από τους γυναικολόγους, ενίοτε και από τους ερευνητές. Ο λόγος που επιλέχθηκε αυτός ο τρόπος προσέγγισης ήταν τα ζευγάρια να συμπληρώσουν με ειλικρίνεια το ερωτηματολόγιο χωρίς επιρροή από εξωτερικούς παράγοντες (όπως π.χ. η ύπαρξη ενός τρίτου αγνώστου προς αυτούς πρόσωπο ή η επίδραση της παρουσίας του συντρόφου).

2.4 Ερωτηματολόγιο και μετρήσεις

Το οριστικό ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε 4 ενότητες

2.4.1 Κοινωνικό –δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το πρώτο μέρος αναφερόταν στο γενικό προφίλ των ερωτωμένων και αφορούσε 6 κλειστές ερωτήσεις σχετικά με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως το γένος, η ηλικία, το επάγγελμα, η εκπαίδευση, η ημερομηνία τέλεσης γάμου και η ημερομηνία διάγνωσης υπογονιμότητας.

2.4.2 Μέτρηση ποιότητας σχέσης

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου μετρήθηκε η ποιότητα της σχέσης με 10 κλειστές ερωτήσεις, με τη μορφή πίνακα, που εκτιμούσαν το επίπεδο συμφωνίας στη σχέση του ζευγαριού, στις περιόδους πριν, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος.

Ένα μέρος από τα παραπάνω ερωτήματα μελέτησε τις καθημερινές δραστηριότητες των ζευγαριών όπως τη «διαχείριση των οικογενειακών πόρων», «τον ελεύθερο χρόνο», «την

εκδήλωση τρυφερότητας μεταξύ τους», «την επιλογή ίδιων φίλων», «τον καταμερισμό της οικιακής εργασίας» και τη «σεξουαλική τους επαφή». Εκτός από αυτό μετρήθηκαν και γενικότερες πλευρές και τρόποι αντιμετώπισης της ζωής όπως «η συμπεριφορά απέναντι στους άλλους», «οι σχέσεις με γονείς ή πεθερικά», «ο τρόπος που βλέπουν τη ζωή» και η «απόφαση για το πότε και εάν θα αποκτήσουν παιδιά». Η ποιότητα σχέσης του ζευγαριού διερευνήθηκε σε τρεις χρονικές περιόδους, πριν το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος. Οι χρονικές περιόδους χωρίστηκαν με αυτόν τον τρόπο, ώστε να μελετηθεί ο βαθμός επίδρασης της υπογονιμότητας στη σχέση του ζευγαριού. Θεωρήθηκε πως οι χρονικές περιόδους μετά το γάμο και το τελευταίο έτος αφορούν χρονική περίοδο υπογονιμότητας.

Όλες οι παραπάνω ερωτήσεις απαντήθηκαν σε κλίμακα από 1 έως 5 όπου: 1=σχεδόν πάντα διαφωνούσαμε, 2=συχνά διαφωνούσαμε, 3=ποτέ δεν το συζητούσαμε, 4=συχνά συμφωνούσαμε, 5=σχεδόν πάντα συμφωνούσαμε.

2.4.3 Μέτρηση σεξουαλικής ζωής.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, περιείχε 8 ερωτήσεις, που αξιολόγησε τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού. Εδώ συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις που μελέτησαν τη συχνότητα της επαφής α)πριν το γάμο, β)μετά το γάμο και γ)το τελευταίο έτος, την ικανοποίηση και την αντισυλληπτική συμπεριφορά των ζευγαριών. Συγκεκριμένα χωρίστηκε σε τέσσερις επιμέρους κατηγορίες που η κάθε μία από αυτές ερεύνησε διαφορετικές πτυχές της σεξουαλικής ζωής του ζευγαριού. Η πρώτη ασχολήθηκε με τη συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, η δεύτερη με την ποιότητα της σεξουαλικής επαφής, η τρίτη με την αντισυλληπτική συμπεριφορά των ζευγαριών και η τέταρτη με τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών την περίοδο της υπογονιμότητας. Επίσης εκτιμήθηκε το ενδιαφέρον, η απόλαυση και ο αυθορμητισμός για επαφή μετά την εμφάνιση της υπογονιμότητας, όπως και εκπλήρωση του συζυγικού τους ρόλου.

2.4.4 Μέτρηση συζυγικών σχέσεων

Το τέταρτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου επικεντρώθηκε στις σχέσεις του ζευγαριού και την αντιμετώπιση του καθενός προσωπικά προς την υπογονιμότητα αλλά και ως προς τον σύντροφο του. Προκειμένου να μελετηθούν οι συζυγικές σχέσεις, η στήριξη και η τοποθέτηση του κάθε συντρόφου ως προς το θέμα της υπογονιμότητας, αλλά και ως προς τον/την σύντροφό του, δημιουργήθηκε κλίμακα μέτρησης *συζυγικών σχέσεων*, αυτή η κλίμακα συμπεριέλαβε δεκαεφτά θέματα με δυνατότητα απαντήσεων από 1 έως 4, όπου 1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=αρκετά συχνά και 4=συχνά. Παρακάτω παρατίθενται τα θέματα που χρησιμοποιήθηκαν στην κλίμακα

1. Νιώθω ενοχή για την υπογονιμότητα
2. Νιώθω ντροπή για την υπογονιμότητα

3. Αισθάνομαι θυμωμένος ως προς την υπογονιμότητα μου
4. Δυσκολεύομαι να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου για την υπογονιμότητα με τον/την σύζυγό μου
5. Αισθάνομαι ότι η σύζυγός μου και εγώ μιλάμε διαφορετικές γλώσσες σε ό,τι αφορά την επικοινωνία μας σχετικά με την υπογονιμότητα
6. Με βοηθάει να συζητώ με τον/την σύντροφό μου για την υπογονιμότητα
7. Αισθάνομαι ότι η σύζυγός μου με στηρίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογονιμότητας
8. Παρά την υπογονιμότητα νομίζω ότι δείχνω ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες του/της συζύγου μου
9. Αφότου μάθαμε για την υπογονιμότητα, βρίσκω ότι ο/η σύζυγος μου έχει απομακρυνθεί και δεν είναι διαθέσιμος/η για μένα
10. Η περίοδος της υπογονιμότητας έχει ως επίπτωση να κλειστώ στον εαυτό μου
11. Αφότου έμαθα για την υπογονιμότητα μου, νιώθω σαν να χάνω το μυαλό μου
12. Το να γίνω γονέας είναι τόσο σημαντικό για μένα που δεν μπορώ να φανταστώ ότι θα νιώσω ικανοποίηση για οτιδήποτε άλλο, αν δεν αποκτήσω παιδί
13. Αισθάνομαι ότι η υπογονιμότητα δεν με επηρέασε αρνητικά
14. Διστάζω να μιλήσω για το πρόβλημα αυτό με άλλους ανθρώπους
15. Αφότου παρουσιάστηκε η υπογονιμότητα, επικοινωνώ καλύτερα με τον/την σύζυγό μου
16. Ο γάμος μου περνάει σε δεύτερη μοίρα αφότου έμαθα για την υπογονιμότητά μου
17. Δεν θα μπορούσα να αντιμετωπίσω την περιόδό της υπογονιμότητας χωρίς τη βοήθεια του/της συζύγου μου

3. Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκαν κυρίως απλές κατανομές. Κρίθηκε όμως απαραίτητη η χρήση στατιστικών μεθόδων όπως Logistic regression, t-tests και principal component analysis. Πιο συγκεκριμένα στα παρακάτω υποκεφάλαια αναλύονται οι βασικότερες μέθοδοι οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την προσπάθεια διεξαγωγής συμπερασμάτων.

Η πρώτη και δεύτερη υπόθεση εργασίας ελέγχθηκαν με τη μέθοδο Logistic regression, χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη σεξουαλική ικανοποίηση των ζευγαριών και ως ανεξάρτητη το χρόνο διάγνωσης της υπογονιμότητας, την ποιότητα της σχέσης και η σεξουαλική συχνότητα, τον παράγοντα προσωπικών συναισθημάτων, τον παράγοντα επικοινωνίας μεταξύ των συζύγων (εκτός από αυτές ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν επίσης το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, το επάγγελμα.). Επίσης για τη δεύτερη υπόθεση εργασίας μετρήθηκε, (με Pearson correlation) ο βαθμός συσχέτισης που υπάρχει ανάμεσα στην ποιότητα της σχέσης των ζευγαριών κατά τις τρεις χρονικές περιόδους (πριν το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος). Για την τρίτη υπόθεση εργασίας μετρήθηκαν οι απαντήσεις που δόθηκαν στον τέταρτο τομέα του ερωτηματολογίου.

3.1 Ανάλυση κυρίων συνιστωσών (principal component analysis) των 22 ερωτήσεων που αναφέρονται στις συζυγικές σχέσεις και στη σεξουαλική συμπεριφορά

Η παραπάνω κλίμακα (υποκεφάλαιο 2.4.4) αναλύθηκε σε δύο παράγοντες με εργαλείο την **principal component analysis**. Στις δεκαεφτά ερωτήσεις προστέθηκαν τέσσερις ερωτήσεις από το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου (υποκεφάλαιο 2.4.3). Αυτή η διαδικασία χρησιμοποιήθηκε για τη διευκόλυνση της εξαγωγής συμπερασμάτων. Ο πρώτος παράγοντας, από τις ερωτήσεις τις οποίες συγκεντρώνει, αναφέρεται στον παράγοντα *προσωπικών συναισθημάτων*, ενώ ο δεύτερος στην *επικοινωνία με τον/την σύζυγο*. Το κριτήριο που χρησιμοποιείτε είναι το μέγεθος φόρτισης της κάθε μεταβλητής (ερώτησης) στους παράγοντες. Δηλαδή η κάθε ερώτηση ανήκει στον παράγοντα στον οποίο έχει μεγαλύτερη φόρτιση. Στην συνέχεια οι δύο αυτοί παράγοντες, χρησιμοποιήθηκαν στη διαδικασία πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα σεξουαλικής σχέσης πριν, μετά και το τελευταίο έτος του γάμου. Για τον κάθε παράγοντα πραγματοποιήθηκε t-test σε σχέση με το φύλο. Όσον αφορά στον πρώτο παράγοντα εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, ενώ στο δεύτερο παράγοντα όχι.

Πίνακας 1. Ανάλυση κυρίων συνιστωσών των 22 ερωτήσεων που αναφέρονται στις συζυγικές σχέσεις και στη σεξουαλική συμπεριφορά principal component analysis

<i>προσωπικών συναισθημάτων</i>	Παράγοντας 1 ^{ος}	Παράγοντας 2 ^{ος}
Μείωση ενδιαφέροντος για σεξ μετά την παρουσίαση της υπογονιμότητας	,626	
Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων μετά την παρουσίαση της υπογονιμότητας	,734	
Δυσκολεύομαι να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματα μου για την υπογονιμότητα με τον /την σύζυγο μου	,836	
Αισθάνομαι ότι ο/ η σύζυγος μου και εγώ μιλάμε διαφορετικές γλώσσες σε ό,τι αφορά την επικοινωνία μας σχετικά με την υπογονιμότητα	,852	
Με βοηθάει να συζητώ με τον/ την σύντροφο μου για την υπογονιμότητα	-,779	
Αισθάνομαι ότι ο/ η σύζυγος μου με στηρίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογονιμότητας	-,802	
Παρά την υπογονιμότητα νομίζω ότι δείχνω ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες του/ της συζύγου μου	-,476	
Αφότου μάθαμε για την υπογονιμότητα βρίσκω ότι ο/ η σύζυγος μου έχει απομακρυνθεί και δεν είναι διαθέσιμος/ η για μένα	,793	
Η περίοδος της υπογονιμότητας έχει ως επίπτωση να κλειστώ στον εαυτό μου	,587	
Αφότου παρουσιάστηκε η υπογονιμότητα, επικοινωνώ καλύτερα με τον/ την σύζυγο μου	-,826	
Ο γάμος μου περνάει σε δεύτερη μοίρα αφότου έμαθα για την υπογονιμότητα μου	,683	
Δεν θα μπορούσα να αντιμετωπίσω την περίοδο της υπογονιμότητας χωρίς τη βοήθεια του/ της συζύγου μου	-,339	
<i>επικοινωνία με τον/την σύζυγο</i>		
Εξαιτίας της υπογονιμότητας δεν αισθάνομαι ότι εκπληρώνω το ρόλο μου ως άντρας /γυναίκα		,849
Εξαιτίας της υπογονιμότητας αισθάνομαι λιγότερο άντρας/ γυναίκα		,870
Η υπογονιμότητα έχει αφαιρέσει μέρος της απόλαυσης αυθορμητισμού της σεξουαλικής πράξης		,537
Αισθάνομαι ένοχος για την υπογονιμότητα μου		,835
Αισθάνομαι ντροπή για την υπογονιμότητα μου		,819
Είμαι θυμωμένος με την υπογονιμότητα μου		,515
Αφότου έμαθα για την υπογονιμότητα μου, νιώθω σαν να χάνω το μυαλό μου		,627
Το να γίνω γονέας είναι τόσο σημαντικό για μένα που δεν μπορώ να φανταστώ ότι θα νιώσω ικανοποίηση για οτιδήποτε άλλο, αν δεν αποκτήσω παιδί		,690
Αισθάνομαι ότι η υπογονιμότητα δεν με επηρέασε αρνητικά		-,548
Διστάζω να μιλήσω για το πρόβλημα αυτό με άλλους ανθρώπους		,365

4. Αποτελέσματα έρευνας

4.1 Γενικά κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν τα 33,89 έτη, ηλικία όπου δεν αποτρέπει τη φυσική αναπαραγωγή στις γυναίκες, με μικρότερη ηλικία τα 23 και μεγαλύτερη τα 49 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38,4%) διέγνωσε το πρόβλημα της υπογονιμότητας μέσα στο επόμενο έτος από το γάμο τους, ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό (27,4%) μέσα στα επόμενα δύο χρόνια. Παρόλα αυτά υπήρξε ένα ποσοστό το οποίο γνώριζε από πριν την τέλεση του γάμου, την ύπαρξη της υπογονιμότητας (12,3%). Στο 13,7% των ερωτηθέντων, διαγνώσθηκε η υπογονιμότητα μετά το τρίτο έτος του γάμου τους, ενώ ένα μικρό ποσοστό (μόλις 8,2%) αναγνώρισε το πρόβλημα μεταξύ του τέταρτου και του έβδομου έτους. Αναφορικά με την επαγγελματική απασχόληση 56 από τους 146 ερωτώμενους εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, 50 απασχολούνται στο δημόσιο τομέα, 24 δήλωσαν ελεύθεροι επαγγελματίες και 16 (γυναίκες) ασχολούνται με τα οικιακά. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό έχει αποφοιτήσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση (51,4%)(πίνακας 1).

Πίνακας 2. Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	Μ.Τ.	Τ.Α
Ηλικία	33,89	5,45
Διάγνωση υπογονιμότητας (σε έτη)	1,78	1,4
Απασχόληση	n	%
Οικιακά	16	10,9
Δημόσιος Υπάλληλος	50	34,2
Ιδιωτικός Υπάλληλος	56	38,3
Ελεύθερος επαγγελματίας/ Άλλο	24	16,4
Εκπαίδευση		
Δευτεροβάθμια	71	48,6
Τριτοβάθμια	75	51,4

4.2 Γενικά στοιχεία ποιότητας της σχέσης

4.2.1 Ποιότητα σχέσης πριν από το γάμο (πίνακας 2)

Η κλίμακα και για τις τρεις χρονικές περιόδους α)πριν το γάμο, β)μετά το γάμο και γ)το τελευταίο έτος έχει συνοψιστεί σε 3 κατηγορίες (συμφωνούσαμε, δεν το συζητούσαμε ποτέ, διαφωνούσαμε) από 5 που ήταν πριν.

Πριν από το γάμο παρατηρήθηκε πως από τα 146 άτομα, τα 72 άτομα (49,3%) συμφωνούσαν ενώ το αμέσως μικρότερο ποσοστό 43,8%(64 άτομα), δεν συζητούσαν ποτέ για τη διαχείριση οικογενειακών πόρων με το σύντροφό τους Όσον αφορά στην αξιοποίηση

του ελεύθερου χρόνου, 105 άτομα (71,9%) συμφωνούσαν με το ταίρι τους, ενώ 29 (19,9%) ποτέ δεν το συζητούσαν. Το μεγαλύτερο ποσοστό 86,3%(126 άτομα) συμφωνούσε στον τρόπο εκδήλωσης τρυφερότητας από το σύντροφό του. Τα ζευγάρια στο μεγαλύτερό τους ποσοστό 55,5%(81 άτομα) συμφωνούσαν ως προς την επιλογή ίδιων φίλων, ενώ 49 από τους 146 (33,6%) δεν το συζητούσαν ποτέ. Πολύ λίγα άτομα, 13 από τα 146 (8,9%) δεν συζητούσαν ποτέ για τη σεξουαλική τους επαφή, ενώ διαφωνούσαν ακόμα λιγότεροι (6 άτομα, 4,1%). Το 58,9% (86 άτομα) συμφωνούσε ως προς την ορθή συμπεριφορά απέναντι σε τρίτα πρόσωπα, ενώ 34,2% (50 άτομα) δεν το συζητούσε ποτέ. Το 64,4% (94 άτομα) ποτέ δεν συζητούσε για τον καταμερισμό της οικιακής εργασίας. Ενώ ένα μεγαλύτερο ποσοστό 83,6% (122 άτομα) συμφωνούσε στον τρόπο που βλέπουν τη ζωή και 56,2% (82 άτομα) δεν συζητούσε ποτέ για τις σχέσεις με τους γονείς του ή του άλλου φύλου. Τέλος το 49,3% (72 άτομα) πριν παντρευτεί, δεν συζητούσε ποτέ για το αν θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και τότε, ενώ 40,4% (59 άτομα) συμφωνούσε.

Πίνακας 3. Απλές κατανομές ποιότητας σχέσης για τη χρονική περίοδο πριν από το γάμο

Ποιότητα σχέσης						
	διαφωνούσαμε		ποτέ δεν το συζητούσαμε		συμφωνούσαμε	
	n	%	n	%	n	%
Διαχείριση οικογενειακών πόρων	10	6,9	64	43,8	72	49,3
Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου	12	8,2	29	19,9	105	71,9
Εκδήλωση τρυφερότητας ο ένας για τον άλλο	6	4,1	14	9,6	126	86,3
Επιλογή ίδιων φίλων	16	10,9	49	33,6	81	55,5
Μεταξύ σας σεξουαλική επαφή	1	0,7	13	8,9	132	90,4
Ορθή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους	10	6,8	50	34,2	86	58,9
Καταμερισμός οικιακής εργασίας	23	15,8	94	64,4	29	19,9
Τρόπος που βλέπουν τη ζωή	11	7,6	13	8,9	122	83,6
Σχέσεις με γονείς / πεθερικά	22	15	82	56,2	42	28,7
Απόφαση για το πότε και εάν αποκτήσουν παιδιά	5	10,2	72	49,3	59	40,4

4.2.2 Ποιότητα σχέσης μετά από το γάμο(πίνακας 4).

Μετά από το γάμο παρατηρήθηκε μια αύξηση στη συμφωνία των ζευγαριών σε όλους τους τομείς. Αναλυτικότερα το 77,4% (113 άτομα) συμφωνούσε, όσον αφορά στη διαχείριση των οικογενειακών πόρων, ενώ 16,5% (24 άτομα) συχνά διαφωνούσε. Στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου το 80,8%(118 άτομα) συμφωνούσε, ενώ το 8,2% (12 άτομα) διαφωνούσε

συχνά. Το 89,8% (131 άτομα) συμφωνούσε στην εκδήλωση τρυφερότητας από τον σύντροφο του. Μεγάλο ποσοστό 69,9%(102 άτομα) των ερωτηθέντων δεν αντιμετώπισε πρόβλημα στην επιλογή των ίδιων φίλων διότι απάντησαν πως συμφωνούσαν, όμως 30 άτομα (20,6%) διαφωνούσαν. Όσον αφορά στη σεξουαλική επαφή πολύ λίγα ήταν τα άτομα που διαφωνούσαν μεταξύ τους αφού το 86,3% (126 άτομα) δήλωσε πως συμφωνούσε, παρ' όλα αυτά συναντάται και ένα μικρό ποσοστό 8,3%(12 άτομα) το οποίο διαφωνούσε σε αυτόν τον τομέα, γεγονός αξιολογείται αφού πριν από το γάμο μόνο ένας βρέθηκε να διαφωνεί με τον/την σύντροφο του. Στην ορθή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους 110 άτομα (75,3%) δήλωσαν πως συμφωνούν και 21 από τους 146(14,4%) ότι δεν το συζητούσαν ποτέ. Στον καταμερισμό της οικιακής εργασίας 63 άτομα (43,1%) απάντησαν πως συμφωνούσαν ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 32,8% διαφωνούσε (48 άτομα). Επίσης 35 άτομα(24%) δεν το συζητούσαν ποτέ. Το 89% (130 άτομα) συμφωνούσε στον τρόπο που βλέπουν τη ζωή. Όσον αφορά στις σχέσεις με τους γονείς ή τα πεθερικά 73 άτομα (50%) συμφωνούσαν συχνά ενώ 39,7 (58 άτομα) διαφωνούσαν. Για την απόφαση του πότε και εάν θα αποκτήσουν παιδιά το 71,9% συμφωνούσε (105 άτομα) ενώ το 19,8% (29 άτομα) δήλωσε ότι διαφωνούσε συχνά.

Πίνακας 4. Απλές κατανομές ποιότητας σχέσης για τη χρονική περίοδο μετά το γάμο

Ποιότητα σχέσης						
	διαφωνούσαμε		ποτέ δεν το συζητούσαμε		συμφωνούσαμε	
	n	%	n	%	n	%
Διαχείριση οικογενειακών πόρων	24	16,5	9	6,2	113	77,4
Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου	12	8,2	16	11,0	118	80,8
Εκδήλωση τρυφερότητας ο ένας για τον άλλο	7	4,8	8	5,5	131	89,8
Επιλογή ίδιων φίλων	30	20,6	14	9,6	102	69,9
Μεταξύ σας σεξουαλική επαφή	12	8,3	8	5,5	126	86,3
Ορθή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους	15	10,3	21	14,4	110	75,3
Καταμερισμός οικιακής εργασίας	48	32,8	35	24,0	63	43,1
Τρόπος που βλέπουν τη ζωή	11	7,6	5	3,4	130	89
Σχέσεις με γονείς/πεθερικά	58	39,7	15	10,3	73	50
Απόφαση για το πότε και εάν αποκτήσουν παιδιά	29	19,8	12	8,2	105	71,9

4.2.3 Ποιότητα σχέσης το τελευταίο έτος (πίνακας 5).

Το τελευταίο έτος παρατηρείται επίσης μία γενική συμφωνία των ζευγαριών, καθώς και εδώ τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στο «συμφωνούσαμε». Το 80,9% (117 άτομα)

συμφωνούσε στη διαχείριση οικογενειακών πόρων, ενώ το 14,4% (21 άτομα) διαφωνούσε. Στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου το 82,9% (121 άτομα) συμφωνούσε. Από τα 146 άτομα τα 123 (84,2%) συμφωνούσαν στην εκδήλωση τρυφερότητας ο ένας για τον άλλο. Το 67,8% (99 άτομα) συμφωνούσε συχνά, στην επιλογή των ίδιων φίλων, το τελευταίο έτος, σε αντίθεση με το 19,8% (29 άτομα) που διαφωνούσε. Όσον αφορά στη σεξουαλική επαφή το 86,3% (105 άτομα) συμφωνούσε, ενώ 21,3% (31 άτομα) διαφωνούσε. Για την ορθή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους 110 άτομα στα 146 (75,3%) συμφωνούσαν με τον/την σύζυγό τους και 21(14,4%) δεν το συζητούσαν ποτέ. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 78,8%, (115 άτομα) συμφωνούσε συχνά με τον καταμερισμό της οικιακής εργασίας ενώ το 9,6% (14 άτομα) δεν το συζητούσε ποτέ. Το ίδιο ποσοστό συναντάται και στον τρόπο που βλέπουν τα ζευγάρια τη ζωή, 115 άτομα δηλαδή στους 146(78,8%) συμφωνούν. Στις σχέσεις με τους γονείς ή τα πεθερικά το 50,7% (74 άτομα) δήλωσε πως συμφωνεί, ενώ 37% (54 άτομα) πως διαφωνεί. Τέλος στην απόφαση για το πότε και εάν θα αποκτήσουν παιδιά συμφωνεί το 80,8% (118 άτομα), το 17,2%(25 άτομα) διαφωνεί και το 2,1%(3 άτομα) δεν το συζητά ποτέ.

Πίνακας 5. Απλές κατανομές ποιότητας σχέσης για τη χρονική περίοδο του τελευταίου έτους.

Ποιότητα σχέσης						
	διαφωνούσαμε		ποτέ δεν το συζητούσαμε		συμφωνούσαμε	
	n	%	n	%	n	%
Διαχείριση οικογενειακών πόρων	21	14,4	8	5,5	117	80,9
Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου	8	5,5	17	11,6	121	82,9
Εκδήλωση τρυφερότητας ο ένας για τον άλλο	11	7,5	12	8,2	123	84,2
Επιλογή ίδιων φίλων	29	19,8	18	12,3	99	67,8
Μεταξύ σας σεξουαλική επαφή	31	21,3	10	6,8	105	86,3
Ορθή συμπεριφορά απέναντι στους άλλους	19	13	21	14,4	106	72,6
Καταμερισμός οικιακής εργασίας	11	7,6	14	9,6	115	78,8
Τρόπος που βλέπουν τη ζωή	20	13,7	11	7,5	115	78,8
Σχέσεις με γονείς/ πεθερικά	54	37	18	12,3	74	50,7
Απόφαση για το πότε και εάν αποκτήσουν παιδιά	25	17,2	3	2,1	118	80,8

Όσον αφορά στην ποιότητα σχέσης των ζευγαριών δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ των τριών χρονικών περιόδων (πριν το γάμο, μετά και το τελευταίο έτος), παρατηρήθηκε όμως συσχέτιση μεταξύ των τιμών. Χρησιμοποιώντας τα αποτελέσματα του συντελεστή συσχέτισης κατά Pearson, τα οποία έγιναν στις μεταβλητές της ποιότητας σχέσης

των ζευγαριών σε σχέση με τις χρονικές περιόδους, πριν, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος ώστε να βρεθεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους, παρατηρούμε ότι όσο περισσότερο ευχαριστημένα είναι τα ζευγάρια πριν από το γάμο, τόσο πιο ισχυρή είναι η πρόσληψη ευχαρίστησης για την ποιότητα του γάμου και το τελευταίο έτος. Δηλαδή, όσο πιο καλή εικόνα παρουσιάζαν στην αρχή της σχέσης τους, τόσο καλή συνεχίζεται και κατά το τελευταίο έτος. Το ίδιο παρατηρείται και για τις χρονικές περιόδους μετά το γάμο και το τελευταίο έτος, με σημαντικότερο βαθμό συσχέτισης όπως επίσης και για τις τιμές πριν το γάμο και μετά.

4.2.4 Μέσες τιμές για την ποιότητα σχέσης πριν το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος

Προκειμένου να εκτιμηθεί η ποιότητα σχέσης δημιουργήθηκαν 3 νέες μεταβλητές οι οποίες συνόψισαν τις απαντήσεις που δόθηκαν σε 10 ερωτήσεις που μελετούσαν την ποιότητα σχέσης πριν, μετά το γάμο και στη διάρκεια το τελευταίου έτος (π.χ. πόσο συχνά συμφωνούσατε ή διαφωνούσατε εσείς και ο/η σύντροφός σας όσον αφορά «στη διαχείριση οικογενειακών πόρων», «στο πώς να περνάτε τον ελεύθερο σας χρόνο», «στην εκδήλωση τρυφερότητας ο ένας για τον άλλο» βλ. υποκεφάλαιο 2.4.3). Στον πίνακα 5 παρατίθενται οι μέσες τιμές που αφορούν στη μεταβλητή για την ποιότητα σχέσης των ζευγαριών πριν και μετά το γάμο και το τελευταίο έτος, στη συνέχεια συσχετίστηκαν αυτές οι μεταβλητές και βρέθηκε υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην προσλαμβανόμενη ποιότητα σχέσης πριν από το γάμο με την ποιότητα σχέσης μετά το γάμο (Pearson correlations=770 , P=0,000) και το τελευταίο έτος (Pearson correlations=655 P=0,000).

Πίνακας 6. Μέσες τιμές για την ποιότητα σχέσης πριν το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος

Με κλίμακα μέτρησης 10=σχεδόν πάντα διαφωνούσαμε, 20=συχνά διαφωνούσαμε, 30=ποτέ δεν το συζητούσαμε, 40=συχνά συμφωνούσαμε, 50= σχεδόν πάντα συμφωνούσαμε

Μεταβλητές	Πριν το γάμο		Μετά το γάμο		Τελευταίο έτος	
	Μ.Τ.	Τ.Α.	Μ.Τ.	Τ.Α.	Μ.Τ.	Τ.Α.
Ποιότητα σχέσης	36,72	4,37	36,99	5,22	36,75	6,36

4.3 Σεξουαλική ζωή των ζευγαριών.

4.3.1 Συχνότητα σεξουαλικής επαφής

Σχετικά με την συχνότητα της Σεξουαλικής επαφής το 67,1%(98 άτομα) απάντησε ότι την περίοδο πριν από τον γάμο είχε σεξουαλική επαφή σπανιότερα από μια φορά τη μέρα, ενώ το 32,9%(48 άτομα) κάθε μέρα. Μετά το γάμο το 31,5%(46 άτομα) απάντησε ότι σπανιότερα

από μια φορά τη μέρα είχε σεξουαλική επαφή και το 68,5%(100 άτομα) κάθε μέρα. Τέλος τον τελευταίο χρόνο το 61%(89 άτομα) απάντησε ότι είχε σεξουαλική επαφή σπανιότερα από μια φορά τη μέρα, ενώ το 57% (39 άτομα) απάντησε κάθε μέρα. Βλέπουμε λοιπόν ότι μετά το γάμο το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχει σεξουαλική επαφή κάθε μέρα αυξάνεται από 32,9%(που ήταν πριν το γάμο) σε 68,5%, για να μειωθεί πάλι τον τελευταίο χρόνο στο 39%.

Πίνακας 7. Απλές κατανομές συχνότητας σεξουαλικής επαφής

	Πριν το γάμο		Μετά το γάμο		Το τελευταίο έτος	
	n	%	n	%	n	%
Σπανιότερα	98	67,1	46	31,5	89	61,0
Κάθε μέρα	48	32,9	100	68,5	57	39,0
Σύνολο	146	100	146	100	146	100

4.3.2 Ποιότητα σεξουαλικής επαφής.

Όσον αφορά την ποιότητα της σεξουαλικής επαφής, σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι, σχετικά ικανοποιημένοι ήταν πριν από το γάμο το 47.9% (70 άτομα), μετά το γάμο το 72,6% (106 άτομα) και τον τελευταίο χρόνο το 79,5% (116 άτομα). Αντίστοιχα πολύ ικανοποιημένοι ήταν πριν από το γάμο το 52,1%(76 άτομα), μετά το γάμο το 27,4%(40 άτομα) και τον τελευταίο χρόνο το 20,5%(30 άτομα).

Πίνακας 8. Απλές κατανομές ποιότητας σεξουαλικής επαφής.

	Πριν το γάμο		Μετά το γάμο		Το τελευταίο έτος	
	n	%	N	%	n	%
Σχετικά ικανοποιημένοι	70	47,9	106	72,6	116	79,5
Πολύ ικανοποιημένοι	76	52,1	40	27,4	30	20,5
Σύνολο	146	100	146	100	146	100

4.3.3 Αντισυλληπτική συμπεριφορά.

Στην προσπάθεια μας να καταγράψουμε την αντισυλληπτική συμπεριφορά των ερωτηθέντων συγκεντρώσαμε τα ακόλουθα στοιχεία, που αναγράφονται στο σύνολο τους στον παρακάτω πίνακα. Βλέπουμε ότι ενώ πριν από το γάμο το 52,1% (76 άτομα) χρησιμοποιούσε μέτρα αντισύλληψης κάθε φορά και το 21.9% (32 άτομα) συχνά, μετά το γάμο το 56,2% (82 άτομα) αναφέρει ότι πότε δεν χρησιμοποιούσε και το 37% (54 άτομα) σπάνια. Τον τελευταίο χρόνο το ποσοστό που αναφέρει ότι πότε δεν χρησιμοποιεί μέτρα αντισύλληψης αυξάνεται ακόμα

περισσότερο φτάνοντας το 80,1% (117 άτομα), ενώ μειώνεται το ποσοστό που χρησιμοποιεί σπάνια μέτρα αντισύλληψης στο 11% (16 άτομα).

Πίνακας 9. Απλές κατανομές αντισυλληπτικής συμπεριφοράς

	Πριν το γάμο		Μετά το γάμο		Το τελευταίο έτος	
	n	%	N	%	n	%
Ποτέ	12	8,2	82	56,2	117	80,1
Σπάνια	26	17,8	54	37,0	16	11,0
Συχνά	32	21,9	6	4,1	3	2,1
Κάθε φορά	76	52,1	4	2,7	10	6,8
Σύνολο	146	100	146	100	146	100

4.3.4 Σεξουαλική ζωή των ζευγαριών κατά την περίοδο της υπογονιμότητας.

Η κλίμακα της σεξουαλικής ζωής των ζευγαριών κατασκευάστηκε από την άθροιση των τιμών που δόθηκαν στις ερωτήσεις που παρουσιάζονται παρακάτω (πίνακας 10 α και β), ώστε στη συνέχεια να μελετηθεί η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Στους ακόλουθους πίνακες (9 α και β), εμφανίζονται τα αποτελέσματα που δόθηκαν ξεχωριστά σε κάθε ερώτηση, για την επιρροή της υπογονιμότητας στην σεξουαλική ζωή του ζευγαριού. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($P=0,01$), βάσει της μεθόδου t-test, και για το λόγο αυτό οι πίνακες αποτυπώθηκαν ξεχωριστά για τα δύο φύλα. Οι ερωτήσεις μετρήθηκαν σε κλίμακα από 1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=αρκετά συχνά, 4=συχνά

Σε ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνονται ότι δεν εκπληρώνουν το ρόλο τους ως γυναίκες (εξαιτίας της υπογονιμότητας) το 42,5% (31 άτομα) απάντησε ποτέ, σε αντίθεση με το 13,7% (10 άτομα) που απάντησε συχνά. Αντίστοιχα στην ερώτηση πόσο συχνά αισθάνονται λιγότερο γυναίκες (εξαιτίας της υπογονιμότητας) το 37% (27 άτομα) απάντησε ποτέ, ενώ το 30,1% (22 άτομα) αρκετά συχνά. Όσον αφορά το πόσο συχνά αφαιρείται μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού γύρω από το σεξ το 35,6% (26 άτομα) απάντησε αρκετά συχνά και το 26% (19 άτομα) συχνά. Ακόμα σε ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά μειώνεται το ενδιαφέρον για το σεξ το 38,4% (28 άτομα) απάντησε σπάνια, ενώ το 24,7% (18 άτομα) συχνά. Τέλος στην ερώτηση που αφορά τα σεξουαλικά προβλήματα εξαιτίας της υπογονιμότητας το 28,8% (21 άτομα) αναφέρει ότι σπάνια προκύπτουν και το 37% (27 άτομα) ποτέ.

Πίνακας 10.α Απλές κατανομές για τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών (γυναίκες)

Εξαιτίας της υπογονιμότητας	Ποτέ		Σπάνια		Αρκετά Συχνά		Συχνά	
	n	%	n	%	n	%	n	%
..δεν αισθάνομαι ότι εκπληρώνω το ρόλο μου	31	42,5	20	27,4	12	16,4	10	13,7
..αισθάνομαι λιγότερο γυναίκα	27	37	17	23,3	22	30,1	7	9,6
..αφαιρείται μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού	10	13,7	18	24,7	26	35,6	19	26
..έχει μειωθεί το ενδιαφέρον για το σεξ	12	16,4	28	38,4	15	20,5	18	24,7
..αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων	27	37	21	28,8	16	21,9	9	12,3

Στον αντίστοιχο πίνακα που διαμορφώθηκε για τους άντρες το 58,9% (43 άτομα) αναφέρει ότι ποτέ δεν αισθάνθηκε ότι δεν εκπληρώνει τον ρόλο του ως άντρας εξαιτίας της υπογονιμότητας και το 21,9% σπάνια (16 άτομα). Ακόμα στην ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνεται λιγότερο άντρας εξαιτίας της υπογονιμότητας το 56,2% (42 άτομα) απάντησε ποτέ και το 27,4% (20 άτομα) απάντησε σπάνια. Όσον αφορά το κατά πόσον αφαιρείται μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού γύρω από το σεξ εξαιτίας της υπογονιμότητας το 47,9% (35 άτομα) απάντησε αρκετά συχνά, ενώ το 20,5% (15 άτομα) απάντησε ποτέ. Συνεχίζοντας στην ερώτηση που σχετίζεται με τη μείωση του ενδιαφέροντος για το σεξ το 41,1% (30 άτομα) απάντησε ότι σπάνια συμβαίνει κάτι τέτοιο, ενώ το 27,4% (20 άτομα) απάντησε ποτέ. Τέλος στην ερώτηση πόσο συχνά προκαλούνται σεξουαλικά προβλήματα εξαιτίας της υπογονιμότητας το 37% (20 άτομα) απάντησε ότι ποτέ δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο, ενώ το 35,6% (26 άτομα) απάντησε σπάνια.

Πίνακας 10.β Απλές κατανομές για τη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών (άνδρες)

Εξαιτίας της υπογονιμότητας	Ποτέ		Σπάνια		Αρκετά Συχνά		Συχνά	
	n	%	n	%	n	%	n	%
..δεν αισθάνομαι ότι εκπληρώνω το ρόλο μου	43	58,9	16	21,9	12	16,4	2	2,7
..αισθάνομαι λιγότερο άντρας	41	56,2	20	27,4	10	13,7	2	2,7
..αφαιρείται μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού	15	20,5	14	19,2	35	47,9	9	12,3
..έχει μειωθεί το ενδιαφέρον για το σεξ	20	27,4	30	41,1	13	17,8	10	13,7
..αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων	27	37	26	35,6	15	20,5	5	6,8

4.4 Συζυγικές σχέσεις κατά την περίοδο της υπογονιμότητας.

Τα συναισθήματα (όπως θυμός, ενοχή κ.α.) που αναπτύσσονται στη σχέση του ζευγαριού κατά την περίοδο της υπογονιμότητας, αποτελούν ένα πολύ σημαντικό μέρος της έρευνας γιατί έτσι μπορεί να γίνει ευδιάκριτος ο διαχωρισμός στο θέμα του φύλου σε σχέση με την υπογονιμότητα. Στη συνέχεια ακολουθεί ένας πίνακας από ερωτήσεις που σχετίζονται με τις συζυγικές σχέσεις και τις απαντήσεις που έδωσαν σε αυτές οι γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα. Και εδώ οι πίνακες αποτυπώθηκαν ξεχωριστά για τα δύο φύλα, προκειμένου να φαίνονται πιο ξεκάθαρα οι ομοιότητες και οι διαφορές στις απαντήσεις τους. Πιο συγκεκριμένα, σε ερώτηση σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνονται ενοχή για την υπογονιμότητα, το 34,2% (25 άτομα) απάντησε αρκετά συχνά ενώ το 28,8% (21 άτομα) απάντησε συχνά. Σε αντίστοιχη ερώτηση που αφορούσε την ντροπή που προκαλείται από την υπογονιμότητα, το 43,8% (32 άτομα) δήλωσε ότι ποτέ δεν αισθάνεται κάτι τέτοιο, ενώ το 21,9% (16 άτομα) απάντησε αρκετά συχνά. Όσον αφορά στο θυμό που προκαλείται από την υπογονιμότητα το 30,1% (22 άτομα) απάντησε ότι αρκετά συχνά αισθάνεται κάτι τέτοιο και το 39,7% (29 άτομα) απάντησε συχνά. Συνεχίζοντας, σε ερώτηση σχετικά με το κατά πόσον δυσκολεύονται να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα για την υπογονιμότητα, το 43,8% (32 άτομα) ανέφερε ότι ποτέ δεν συμβαίνει, έναντι του 27,4% (20 άτομα) που απάντησε αρκετά συχνά. Στην ερώτηση πόσο συχνά αισθάνονται ότι ο σύζυγος μιλάει διαφορετική γλώσσα σε ότι έχει να κάνει με την επικοινωνία τους σχετικά με την υπογονιμότητα, το 38,4% (28 άτομα) απάντησε ποτέ και το 28,8% (21 άτομα) ότι σπάνια συμβαίνει κάτι τέτοιο. Ακόμα σε ερώτηση που ασχολείται με το πόσο συχνά είναι βοηθητικό να συζητά με τον σύζυγο για την υπογονιμότητα το 32,9% (24 άτομα) απάντησε αρκετά συχνά και το 31,5% (23 άτομα) απάντησε συχνά. Στην ερώτηση κατά πόσον δέχεται στήριξη από τον σύζυγο στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας το 38,4% (28 άτομα) δήλωσε ότι αρκετά συχνά γίνεται κάτι τέτοιο και το 34,2% (25 άτομα) δήλωσε συχνά. Σε σχετική ερώτηση αναφέρθηκε ότι το 47,9% (35 άτομα) θεωρούν ότι παρά την υπογονιμότητα δείχνουν συχνά ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες του συζύγου και 43,8% (32 άτομα) αρκετά συχνά. Ενώ στην ερώτηση που αφορά το πόσο συχνά βρίσκω ότι ο σύζυγος μου έχει απομακρυνθεί και δεν είναι διαθέσιμος 41,1% (30 άτομα) απάντησε ότι ποτέ δεν συμβαίνει αυτό και 28,8% (21 άτομα) ότι συμβαίνει σπάνια. Ακόμα το 35,6%(26 άτομα) των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η υπογονιμότητα δεν είχε ποτέ ως επίπτωση να κλειστούν στον εαυτό τους ενώ το 30,1% (22 άτομα) απάντησε ότι συμβαίνει σπάνια. Αντίστοιχα σε ερώτηση σχετικά με το κατά πόσον από όταν έμαθαν για την υπογονιμότητα νιώθουν σαν να χάνουν το μυαλό τους το 41,1% (30 άτομα) απάντησε ποτέ και το 35,6% (26 άτομα) απάντησε σπάνια. Επίσης το 37% (27 άτομα) αρκετά συχνά πιστεύει ότι το να γίνει γονέας είναι τόσο σημαντικό που δεν νομίζει ότι θα ξαναβιώσει ικανοποίηση για οτιδήποτε άλλο άμα δεν αποκτήσει παιδί, εν αντιθέσει με το 32,9% (24 άτομα) που σπάνια αισθάνεται έτσι. Στην

ερώτηση κατά πόσον η υπογονιμότητα δεν με επηρέασε αρνητικά το 52,1% (38 άτομα) δήλωσε σπάνια, ενώ το 17,8% (13 άτομα) δήλωσε αρκετά συχνά. Επίσης, σε σχετική ερώτηση αναφορικά με το πόσο συχνά αισθάνεται ότι διστάζει να μιλήσει για το πρόβλημα της υπογονιμότητας με άλλους ανθρώπους το 37% (27 άτομα) απάντησε ότι συμβαίνει αρκετά συχνά και το 30,1% (22 άτομα) συχνά. Ακόμα το 39,7% (29 άτομα) θεωρεί ότι αρκετά συχνά επικοινωνεί καλύτερα με τον σύντροφο αφότου παρουσιάστηκε η υπογονιμότητα, ενώ το 35,3% (25/73) διαφωνεί λέγοντας ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει σπάνια. Τελειώνοντας, στην ερώτηση πόσο συχνά ο γάμος περνάει σε δεύτερη μοίρα αφότου έμαθε για την υπογονιμότητα το 45,2% (33 άτομα) απαντά ποτέ ενώ το 26% (19 άτομα) αρκετά συχνά και το 28,8% (21 άτομα) πιστεύει ότι ποτέ δεν θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την υπογονιμότητα χωρίς τη βοήθεια του συζύγου και το 27,4% (20 άτομα) σπάνια.

Πίνακας 11.α Απλές κατανομές για τις συζυγικές σχέσεις (γυναίκες)

Γυναίκες	Ποτέ		Σπάνια		Αρκετά Συχνά		Συχνά	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ενοχή για την υπογονιμότητα	21	28,8	18	24,7	25	34,2	9	12,3
Ντροπή για την υπογονιμότητα	32	43,8	14	19,2	16	21,9	11	15,1
Θυμός με την υπογονιμότητα	7	9,6	15	20,5	22	30,1	29	39,7
Δυσκολία να μοιραστώ τις σκέψεις για την υπογονιμότητα με τον/ την σύζυγο μου	32	43,8	14	19,2	20	27,4	7	9,6
Ο / η σύζυγος μου και εγώ μιλάμε διαφορετικές γλώσσες σε ό,τι αφορά την επικοινωνία μας σχετικά με την υπογονιμότητα	28	38,4	21	28,8	17	23,3	7	9,6
Με βοηθάει να συζητώ με τον / την σύντροφο μου για την υπογονιμότητα	3	4,1	23	31,5	24	32,9	23	31,5
Ο/ η σύζυγος μου με στηρίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματος	2	2,7	18	24,7	28	38,4	25	34,2
Δείχνω ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες του / της συζύγου μου	1	1,4	5	6,8	32	43,8	35	47,9
Ο / η σύζυγος μου έχει απομακρυνθεί και δεν είναι διαθέσιμος /η για μένα	30	41,1	21	28,8	18	24,7	4	5,5
Η περίοδος της υπογονιμότητας έχει ως επίπτωση να κλειστώ στον εαυτό μου	26	35,6	22	30,1	16	21,9	9	12,3
Νιώθω σαν να χάνω το μυαλό μου	30	41,1	26	35,6	12	16,4	5	6,8
Το να γίνω γονέας είναι τόσο σημαντικό που δεν θα νιώσω ικανοποίηση αν δεν αποκτήσω παιδί	5	6,8	24	32,9	27	37,0	17	23,3
Η υπογονιμότητα δεν με επηρέασε αρνητικά	11	15,1	38	52,1	13	17,8	11	15,1
Διστάζω να μιλήσω για το πρόβλημα αυτό με άλλους	5	6,8	19	26,0	27	37,0	22	30,1
Επικοινωνώ καλύτερα με τον / την σύζυγο μου	4	5,5	25	35,2	29	39,7	15	20,5
Ο γάμος μου περνάει σε δεύτερη μοίρα αφότου έμαθα για την υπογονιμότητα μου	33	45,2	13	17,8	19	26,0	8	11,0
Δεν θα μπορούσα να αντιμετωπίσω την περίοδο της υπογονιμότητας χωρίς τη βοήθεια του / της συζύγου μου	21	28,8	20	27,4	16	21,9	16	21,9

Στον αντίστοιχο πίνακα για τους άντρες τώρα, το μεγαλύτερο ποσοστό των αντρών 49,3%, (36 άτομα) απάντησε πως ποτέ δεν ένιωσε ενοχή για το πρόβλημα της υπογονιμότητας, ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό σπάνια ένιωσε ενοχή. Σε ερώτηση που αφορούσε την ντροπή για την υπογονιμότητα το 60,3% (44 άτομα) δήλωσε πως ποτέ δεν ένιωσε ντροπή, ενώ το 27,4% (20 άτομα) αισθάνθηκε σπάνια. Αρκετά συχνά με ποσοστό 35,6% (26 άτομα) αισθάνθηκαν θυμωμένοι με την υπογονιμότητα και το 34,2% (25 άτομα) σπάνια. Το 32,9% (24 άτομα) σπάνια δυσκολεύτηκε να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του για την υπογονιμότητα, με την σύζυγο του ενώ το 31,5%(23 άτομα) δεν δυσκολεύτηκε ποτέ.

Διαφορετική γλώσσα με τη σύντροφό του, σπάνια, αισθάνθηκε ότι μιλάει το 37%(27 άτομα) και ποτέ το 35,6%(26 άτομα), ενώ το 32,9% (24 άτομα) βρίσκει αρκετά συχνά, βοηθητικό το να συζητά με τη σύζυγό του για την υπογονιμότητα, ποσοστό ίδιο και για εκείνους που βρίσκουν ότι σπάνια τους βοηθάει. Το 50,7% (37 άτομα) δηλώνει πως δείχνει ευαισθησία συχνά, απέναντι στις ανάγκες της συζύγου, ενώ το 41,1% (30 άτομα) αρκετά συχνά. Το 52,1% (38 άτομα) δηλώνει πως αρκετά συχνά νιώθει ότι η σύντροφος τον στηρίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογονιμότητας και το 27,4% (20 άτομα) ότι αισθάνεται να γίνεται συχνά. Το 37% (27 άτομα) δε νιώθει ότι η σύζυγος του έχει απομακρυνθεί μετά από τη διάγνωση της υπογονιμότητας ενώ σπάνια, νιώθει το 34,2% (25 άτομα). Το 50,7% (37 άτομα) ποτέ δεν αισθάνθηκε ότι η υπογονιμότητα είχε ως επίπτωση να κλειστεί στον εαυτό του, ενώ το 34,2%(25 άτομα) το ένιωσε σπάνια. Ποτέ δεν ένιωσε να χάνει το μυαλό του το 57,5% (42 άτομα) και σπάνια ένιωσε το 32,9% (24 άτομα). Το 53,4% (39 άτομα) δήλωσε ότι σπάνια ένιωσε ότι το να γίνει γονέας είναι τόσο σημαντικό για αυτόν, που δεν μπορεί να φανταστεί ότι θα νιώσει ικανοποίηση για οτιδήποτε άλλο, εάν δεν αποκτήσει παιδί και το 23,3% (17 άτομα) δεν αισθάνθηκε ποτέ έτσι. Σπάνια το 43,8% (32 άτομα) αισθάνθηκε ότι δεν το επηρέασε αρνητικά η υπογονιμότητα, ενώ αρκετά συχνά το 24,7% (18 άτομα). Σπάνια διστάζει να μιλήσει για το πρόβλημα της υπογονιμότητας σε τρίτους το 39,7% (29 άτομα), ενώ συχνά το 24,7% (18 άτομα). Αφότου παρουσιάστηκε η υπογονιμότητα το 39,7% (29 άτομα) αρκετά συχνά, ένιωσε πως επικοινωνεί καλύτερα με τη σύζυγο του, ενώ σπάνια το 32,9% (24 άτομα). Επίσης το 54,8% (40 άτομα) ποτέ δεν αισθάνθηκε πως ο γάμος του πέρασε σε δεύτερη μοίρα, ενώ το 28,8% (21 άτομα) σπάνια. Τέλος, το 27,4% (20 άτομα) σπάνια ένιωσε πως δεν θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την περίοδο της υπογονιμότητας χωρίς τη βοήθεια της συζύγου του, ενώ το 26% (19 άτομα) αρκετά συχνά.

Πίνακας 11.β Απλές κατανομές για τις συζυγικές σχέσεις (άνδρες)

Ανδρες	Ποτέ		Σπάνια		Αρκετά Συχνά		Συχνά	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ενοχή για την υπογονιμότητα	36	49,3	22	30,1	11	15,1	4	5,5
Ντροπή για την υπογονιμότητα	44	60,3	20	27,4	8	11,0	1	1,4
Θυμός με την υπογονιμότητα	9	12,3	25	34,2	26	35,6	13	17,8
Δυσκολία να μοιραστώ τις σκέψεις για την υπογονιμότητα με τον /την σύζυγο μου	23	31,5	24	32,9	22	30,1	4	5,5
Ο /η σύζυγος μου και εγώ μιλάμε διαφορετικές γλώσσες σε ό,τι αφορά την επικοινωνία μας σχετικά με την υπογονιμότητα	26	35,6	27	37,0	13	17,8	7	9,6
Με βοηθάει να συζητώ με τον/ την σύντροφο μου για την υπογονιμότητα	3	4,1	24	32,9	24	32,9	22	30,1
Ο /η σύζυγος μου με στηρίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματος	0	0	15	20,5	38	52,1	20	27,4
Δείχνω ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες του /της συζύγου μου	0	0	6	8,2	30	41,1	37	50,7
Ο/ η σύζυγος μου έχει απομακρυνθεί και δεν είναι διαθέσιμος/ η για μένα	27	37,0	25	34,2	12	16,4	9	12,3
Η περίοδος της υπογονιμότητας έχει ως επίπτωση να κλειστώ στον εαυτό μου.	37	50,7	25	34,2	9	12,3	2	2,7
Νιώθω σαν να χάνω το μυαλό μου	42	57,5	24	32,9	6	8,2	1	1,4
Το να γίνω γονέας είναι τόσο σημαντικό που δεν θα νιώσω ικανοποίηση για οτιδήποτε άλλο, αν δεν αποκτήσω παιδί	17	23,3	39	53,4	10	13,7	7	9,6
Η υπογονιμότητα δεν με επηρέασε αρνητικά	6	8,2	32	43,8	18	24,7	17	23,3
Διστάζω να μιλήσω για το πρόβλημα αυτό με άλλους	10	13,7	29	39,7	16	21,9	18	24,7
Επικοινωνώ καλύτερα με τον / την σύζυγο μου	3	4,1	24	32,9	29	39,7	17	23,3
Ο γάμος μου περνάει σε δεύτερη μοίρα αφότου έμαθα για την υπογονιμότητα μου	40	54,8	21	28,8	8	11,0	4	5,5
Δεν θα μπορούσα να αντιμετωπίσω την περίοδο της υπογονιμότητας χωρίς τη βοήθεια του /της συζύγου μου	17	23,3	20	27,4	19	26,0	17	23,3

4.5 Η σχέση φύλου, ηλικίας και άλλων μεταβλητών με το βαθμό σεξουαλικής ικανοποίησης των ζευγαριών. Αποτελέσματα Λογαριθμικής Παλινδρόμησης .

Για να χρησιμοποιήσουμε τη διαδικασία της logistic regression επανακωδικοποιήσαμε την εξαρτημένη μεταβλητή που μετράει την ικανοποίηση της σεξουαλικής ζωής σε δύο κατηγορίες (0=σχετικά ικανοποιημένοι, 1=πολύ ικανοποιημένοι). Επανακωδικοποιημένες, επίσης, χρησιμοποιήθηκαν και οι ακόλουθες ανεξάρτητες μεταβλητές: εκπαίδευση (0=δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 1=τριτοβάθμια εκπαίδευση),

επάγγελμα (0=δημόσιοι υπάλληλοι,1=ιδιωτικοί υπάλληλοι,2= οικιακά), συχνότητα σεξουαλικής επαφής (0=σπανιότερα, 1= κάθε μέρα). Ακόμα, από την ανεξάρτητη μεταβλητή της *ποιότητας σχέσης* δημιουργήθηκαν τρεις νέες μεταβλητές, μία για κάθε χρονική περίοδο,(πριν το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος), οι οποίες σχηματίστηκαν από την πρόσθεση των απαντήσεων που δόθηκαν στο δεύτερο κομμάτι του ερωτηματολογίου. Υιοθετήσαμε τρία μοντέλα logistic regression ένα για κάθε χρονική περίοδο.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογαριθμικής παλινδρόμησης. Η κατηγορία αναφοράς της εξαρτημένης μεταβλητής –δηλαδή της ύπαρξης ή μη σεξουαλικής ικανοποίησης- είναι η απουσία της σεξουαλικής ικανοποίησης. Για κάθε κατηγορία της εξαρτημένης μεταβλητής «τρέχει» ένα υπόδειγμα δίτιμης λογαριθμικής παλινδρόμησης στο οποίο ελέγχεται το ενδεχόμενο για την ύπαρξη ή μη σεξουαλικής ικανοποίησης.. Δηλαδή ένα υπόδειγμα όπου ελέγχεται το ενδεχόμενο σεξουαλικής ικανοποίησης σε σχέση με την απουσία της. Οι συντελεστές του υποδείματος αντιλογαριθμισμένοι ορίζουν τις μεταβολές των αντίστοιχων σχετικών πιθανοτήτων (odds ratio) για μεταβολή μιας μονάδας των ανεξάρτητων μεταβλητών. Μετρήθηκε ο βαθμός συσχέτισης της εξαρτημένης μεταβλητής σε σχέση με τις ανεξάρτητες όπως αυτό υπολογίστηκε από το P (significance) ($f < \text{ή} = 0,05$), όπου f όσο πιο κοντά στην τιμή 0,0 τόσο μεγαλύτερη η συσχέτιση των δύο τιμών, όσο απομακρύνεται τόσο μικρότερη. Φαίνεται πως μεγαλύτερη συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή της σεξουαλικής ικανοποίησης, έχουν οι εξής μεταβλητές:

Για την χρονική περίοδο πριν το γάμο

- ποιότητα σχέσης του ζευγαριού γενικότερα και για τις τρεις περιόδους
- συχνότητας της σεξουαλικής επαφής
- εκπαίδευση
- χρόνος διάγνωσης της υπογονιμότητας

Για την χρονική περίοδο μετά το γάμο

- ποιότητα σχέσης του ζευγαριού γενικότερα και για τις τρεις περιόδους
- συχνότητας της σεξουαλικής επαφής
- εκπαίδευση
- χρόνος διάγνωσης της υπογονιμότητας

Για την χρονική περίοδο του τελευταίου έτους

- ποιότητα σχέσης του ζευγαριού γενικότερα και για τις τρεις περιόδους
- συχνότητας της σεξουαλικής επαφής
- χρόνος διάγνωσης της υπογονιμότητας

Παρατηρούμε από τα αποτελέσματα, πως η μεταβλητή που συσχετίζεται περισσότερο με την ποιότητα της σεξουαλικής σχέσης είναι η ποιότητα σχέσης του ζευγαριού γενικότερα και για τις τρεις περιόδους (πριν το γάμο $P=0.011$, μετά το γάμο $P=0.021$ και το τελευταίο έτος

$P=0.049$ επειδή όλες οι τιμές μικρότερες του 0.05). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο τα ζευγάρια θεωρούν πως έχουν μια καλή σχέση μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η σεξουαλική ικανοποίηση από το σύντροφό τους. Παρατηρήθηκε επίσης ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης και της συχνότητας της σεξουαλικής επαφής, με την περίοδο μετά τον γάμο να έχει την μεγαλύτερη εξάρτηση ($P= 0.040$, $P=0.001$ και $P=0.041$). Αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνεται η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, τόσο αυξάνεται και η ποιότητα της. Επίσης βλέπουμε την μεταβλητή της εκπαίδευσης να έχει μια σχέση με την σεξουαλική ικανοποίηση των ζευγαριών, μονάχα τις δυο πρώτες χρονικές περιόδους όμως ($P= 0.035$, $P=0.026$ και $P=0.215$ αντίστοιχα), δηλαδή φαίνεται ότι τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν λιγότερες πιθανότητες να είναι ικανοποιημένοι από τη σχέση. Τέλος ο χρόνος διάγνωσης της υπογονιμότητας φαίνεται και στις τρεις χρονικές περιόδους να σχετίζεται οριακά με την ποιότητα της σεξουαλικής σχέσης ($P= 0.053$, $P=0.050$ και $P=0.057$ αντίστοιχα).

Πίνακας 12. Πίνακας logistic regression με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα σεξουαλικής σχέσης πριν το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος

	Πριν το γάμο			Μετά το γάμο			Το τελευταίο έτος		
	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	<i>P</i>	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	<i>P</i>
Φύλο	-.674	.212-1.22	.133	-.046	.349-2.61	.928	-.628	.177-1.61	.265
Ηλικία	-.064	.402-2.18	.882	-.421	.245-1.75	.401	-.099	.298-2.75	.862
Επάγγελμα	-	-	-	-	-	.522	-	-	.648
οικιακά	-.278	.149-3.85	.738	-.934	.047-3.30	.390	-.571	.074-4.34	.583
δημόσιοι υπάλληλοι	.599	.558-5.93	.320	.441	.378-6.38	.541	.454	.344-7.20	.559
ιδιωτικοί υπάλληλοι	-.115	.267-2.97	.851	.293	.304-5.90	.699	-.103	.184-4.42	.899
Εκπαίδευση	-.909	.173-.93	.035	1.071	.133-.880	.026	-.638	.192-1.45	.215
<i>Ποιότητα σχέσης</i>	.157	1.03-1.32	.011	.150	1.02-1.32	.021	.141	1.00-1.32	.049
<i>Παράγοντας επικοινωνίας με τον/την σύζυγο</i>	-.134	.545-1.40	.579	-.171	.474-1.49	.561	.220	.522-2.97	.621
<i>Παράγοντας προσωπικών συναισθημάτων</i>	.169	.785-1.78	.420	.124	.672-1.90	.641	-.272	.395-1.47	.418
Συχνότητα σεξουαλικής επαφής	.888	1.04-5.67	.040	2.657	2.89-7.33	.001	1.228	1.05-11.07	.041
Χρόνος διάγνωσης υπογονιμότη τας	-.291	.556-1.04	.053	-.437	.412-1.01	.050	-.556	.323-1.01	.052

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση – Συμπεράσματα

5.1 Εισαγωγή

Η υπογονιμότητα είναι ένα πρόβλημα το οποίο καλούνται πολλά ζευγάρια, τόσο παγκοσμίως, όσο και στη χώρα μας, να αντιμετωπίσουν, γεγονός που αποδεικνύεται από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στο εξωτερικό (Gibson et al. 2000, Schmidt, et al 2003). όσο και στον ελλαδικό χώρο (Chliaoutakis 2002). Όσο περνάει ο καιρός, από έρευνες φαίνεται, ότι το ποσοστό υπογόνιμων ζευγαριών αυξάνεται ετησίως (Chun- Shi Hahn, 2001, Nyboe A et al. 2000, Henderson, 1998, Oddens J. et al 1999). Σημαντικό θα ήταν να παραθέσουμε πως βάσει διαφορετικής έρευνας (Mosher, 1987) η αναλογία των ζευγαριών τα οποία αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα δεν φαίνεται να έχει αλλάξει από το 1965, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως αυτό που αυξάνεται είναι η ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών.

Αρκετές είναι οι έρευνες στο εξωτερικό που έχουν ασχοληθεί με την ψυχολογική επίπτωση της υπογονιμότητας και της διαδικασίας τεχνητής γονιμοποίησης σε άντρες και γυναίκες (Oddens J. et al 1999, Chun- Shi Hahn, 2001, T.-Ylee et al 2001). Θα πρέπει να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει αντίστοιχη έρευνα στον ελλαδικό χώρο, όσον αφορά στην επίδραση της υπογονιμότητας στη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών, γεγονός το οποίο μας παρακίνησε στη διεξαγωγή της παρούσας εργασίας.

Το θέμα που εξετάζετε στην παρούσα μελέτη εντάσσεται στο ερευνητικό πεδίο του προβλήματος της υπογονιμότητας και συγκεκριμένα μελετά την επίδραση της υπογονιμότητας στη σεξουαλική ζωή των ζευγαριών και κατ' επέκταση στη μεταξύ τους σχέση. Γίνεται προσπάθεια να δοθούν εύστοχες ερμηνείες στα ευρήματα που προκύπτουν, καθώς επίσης και σύγκριση με αντίστοιχα ευρήματα άλλων ερευνών, προκειμένου να καταδειχθούν ομοιότητες και διαφορές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη, στο μεγαλύτερο ποσοστό των ζευγαριών διαγνώστηκε υπογονιμότητα ένα με δύο περίπου χρόνια μετά το γάμο τους. Το τελευταίο έτος και η χρονική περίοδος μετά το γάμο θεωρούνται λοιπόν περίοδος επίγνωσης υπογονιμότητας και συγκρίνεται με την περίοδο πριν το γάμο, όπου τα ζευγάρια δεν γνώριζαν για την αδυναμία σύλληψης. Παρ' όλα αυτά στο δείγμα υπήρξαν και ζευγάρια που γνώριζαν για την ύπαρξη υπογονιμότητας και πριν παντρευτούν (συγκεκριμένα από τα 73 ζευγάρια τα 9), όπως επίσης και ένα ζευγάρι που προσπαθούσε να συλλάβει εφτά χρόνια, ώστε να αποφασίσει να επισκεφτεί έναν ειδικό. Αυτό καταδεικνύει πως τα ζευγάρια, στο μεγαλύτερο τους ποσοστό, δείχνουν να ευαισθητοποιούνται σχετικά νωρίς με την καθυστέρηση σύλληψης ώστε να απευθυνθούν σε ειδικούς, με σκοπό να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και να αποκτήσουν παιδί. Από έρευνες φαίνεται πως και στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία έχει αυξηθεί το ποσοστό των ζευγαριών που επισκέπτονται κάποιο εξειδικευμένο κέντρο που σχετίζεται με την υπογονιμότητα (Chliaoutakis, 2002), πράγμα το

οποίο σημαίνει ότι και στη χώρα μας η εμπιστοσύνη απέναντι στην ιατρική τεχνολογία αυξάνεται και τα ζευγάρια πιο εύκολα προσεγγίζουν κάποιον ειδικό.

Στα περισσότερα από τα ζευγάρια εργάζονταν και οι δύο σύντροφοι, γεγονός το οποίο ήταν αναμενόμενο, αφού η θεραπεία της τεχνητής γονιμοποίησης έχει σε γενικές γραμμές (ανάλογα με το αίτιο της υπογονιμότητας) υψηλό κόστος. Γενικότερα είδαμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό είχε λάβει ανώτατη εκπαίδευση (Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι), γεγονός το οποίο μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως άνθρωποι με υψηλότερη εκπαίδευση προσεγγίζουν κάποιον ειδικό με μεγαλύτερη ευκολία και εμπιστοσύνη. Παρόμοια δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται και σε άλλες έρευνες, όπως του Braverman και των συνεργατών του (Braverman, 1998).

Όσον αφορά στην ποιότητα της σχέσης των ζευγαριών, παρατηρήθηκε πως συμφωνούσαν αρκετά συχνά σε θέματα καθημερινής φύσης και στις τρεις χρονικές περιόδους. Η ποιότητα της σχέσης μετά τον γάμο και το τελευταίο έτος, εμφανίζεται στενά εξαρτημένη με την ποιότητα της σχέσης πριν από τον γάμο. Όπως παρατηρήθηκε από τα αποτελέσματα του Pearson correlation η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού μετά τον γάμο έχει άμεση σχέση με την ποιότητα της σχέσης πριν το γάμο. Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε, δεδομένου ότι οι χρονικές περίοδοι πριν και μετά το γάμο αντιστοιχούν στις περιόδους πριν και μετά την διάγνωση της υπογονιμότητας ότι η υπογονιμότητα δεν επηρεάζει την σχέση των ζευγαριών. Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορούμε να πούμε πως η ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού μετά το γάμο, εξαρτάται από την ποιότητα της σχέσης που είχε το ζευγάρι πριν από το γάμο. Όσο καλή ένιωθαν να είναι η σχέση τους πριν, τόσο καλή φαίνεται να την αντιλαμβάνονται και μετά. Όσον αφορά στην ποιότητα της σχέσης, τέλος, δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, αποτέλεσμα που συμφωνεί και με προηγούμενη έρευνα (Berg et al, 1991).

Από τα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας σεξουαλικών επαφών μετά το γάμο συγκριτικά με πριν, ενώ το τελευταίο έτος συγκριτικά με πριν από γάμο τα ποσοστά παρέμειναν ίδια. Αν και παρατηρήθηκε αυτή η αύξηση συχνότητας σεξουαλικών επαφών, παρατηρήθηκε ταυτόχρονα, σταδιακή μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης. Για να δούμε με τι σχετίζεται αυτή η μείωση, πραγματοποιήσαμε τη διαδικασία πολλαπλής παλινδρόμησης.

Για το πρόβλημα της υπογονιμότητας διερευνήθηκε εάν η αντισυλληπτική συμπεριφορά των ζευγαριών, ή /και η αραιά σεξουαλική επαφή αποτελούσαν εμπόδιο για τη σύλληψη. Τα δεδομένα έδειξαν πως αυτά τα δύο στοιχεία δεν είχαν επίδραση, στο συγκεκριμένο δείγμα, αφού το 52% που χρησιμοποιούσε προφυλακτικά πριν από τον γάμο κάθε φορά που έκανε σεξ, το τελευταίο έτος είναι μόνο το 6,8%, ενώ η μερίδα του δείγματος που δεν χρησιμοποιούσε ποτέ προφυλακτικά πριν από τον γάμο ήταν της τάξης του 8,2% το οποίο αυξήθηκε στο 80,1% τον τελευταίο χρόνο (ποσοστό επί της εκατό συχνότητας σεξουαλικής επαφής πριν και μετά τον γάμο). Όσον αφορά στη συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, παρατηρείται μία μικρή αύξηση στο ποσοστό, ανάμεσα στις τρεις χρονικές

περιόδους. Πριν από το γάμο το ποσοστό των ζευγαριών που είχαν σεξουαλική επαφή καθημερινά ήταν 32,9%, ενώ μετά 39%.

Οι γυναίκες σε γενικές γραμμές φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από την υπογονιμότητα από ότι οι άντρες, ειδικά σε ό,τι αφορά τα προσωπικά τους συναισθήματα. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, συμπίπτουν με άλλες (Berg et al, 1991, Boivin et al 1998,) οι οποίες αναφέρουν πως οι γυναίκες συναισθηματικά επηρεάζονται περισσότερο από τους άντρες. Συναισθήματα όπως ο θυμός, η ενοχή και η ντροπή παρατηρούνται περισσότερο στις γυναίκες, με αποτέλεσμα ίσως να επηρεάζεται η στάση τους στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Επίσης η υπογονιμότητα φαίνεται να επιδρά περισσότερο από ότι στους άντρες στην χαμηλή αυτοεκτίμηση τους. Αυτό είναι ένα στοιχείο το οποίο θα έπρεπε να αξιοποιηθεί από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και συμβούλους σε θέματα τεχνητής γονιμοποίησης με σκοπό την καλύτερη προσέγγιση του θέματος και καλύτερη παρέμβαση. Οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται, επίσης, περισσότερο από τους άντρες στο κομμάτι που αφορά τη σεξουαλική ζωή, κατά την περίοδο της υπογονιμότητας. Παρατηρούμε δηλαδή, ότι αφαιρείται μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού από τη σεξουαλική ζωή των γυναικών πιο συχνά από τους άντρες. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί πως σε έρευνα της Berg και των συνεργατών της βρέθηκε πως όσον αφορά στη σεξουαλική ικανοποίηση τα δύο φύλα δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές (Berg, 1991). Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι αφαιρείται μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού από τη σεξουαλική ζωή των γυναικών πιο συχνά από τους άντρες. Επίσης ότι αισθάνονται περισσότερο συχνά, από τους άνδρες, πως δεν εκπληρώνουν το ρόλο τους ως γυναίκες. Ο ρόλος του γονέα συχνά επιβεβαιώνει την σεξουαλική ταυτότητα και την αυτοεκτίμηση που ανθρώπου (Shepherd, 1992). Και τα δύο φύλα υπάρχει πιθανότητα να επηρεαστούν από την υπογονιμότητα αρνητικά όσον αφορά στα συναισθήματά τους, αλλά φαίνεται από έρευνες ότι στις γυναίκες συμβαίνει σε μεγαλύτερη ένταση. (Abbey et al., 1991, , Berg et al, 1991, Boivin et al 1998, Daniluk, 1997; Raval et al 1987; Ulbrich et al., 1990; Wright et al 1989,). Η διάγνωση της υπογονιμότητας προκαλεί πολλές φορές συναισθήματα απώλειας, ειδικότερα στο γυναικείο πληθυσμό. Για παράδειγμα απώλεια των στόχων στη ζωή, έλλειψη αυτοπεποίθησης, έλλειψη συγκροτημένης σκέψης και απομάκρυνση από φίλους, συγγενείς και λοιπά (Leader et al., 1984; Mahlstedt, 1985; Matthews & Matthews, 1986). Τα συναισθήματα που συνοδεύουν αυτές τις σκέψεις, συνήθως είναι η ενοχή, ο θυμός (Kerr et al 1999), η αδυναμία, η ντροπή και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης έχει βρεθεί ότι νιώθουν εκνευρισμό και λειτουργούν με απρόβλεπτο τρόπο, παρόλο που στην παρούσα έρευνα δεν εξετάστηκαν αυτοί οι παράγοντες. (Atwood & Dobkin, 1992; Butler & Koraleski, 1990; Daniluk, 1997; Fleming & Burry, 1987; Menning, 1980; Porter & Christopher, 1984). Η απόκτηση παιδιού πιθανότατα επιβεβαιώνει τη σημασία που έχει για το ζευγάρι ο γάμος, και η ύπαρξη τους ως σύντροφοι (Matthews & Matthews, 1986) και εδώ επίσης φαίνεται οι γυναίκες να το βιώνουν εντονότερα. Οι γυναίκες περισσότερο επίσης από τους άντρες νιώθουν πως δεν θα τους ικανοποιήσει τίποτε άλλο, πέρα από το να γίνουν γονείς, και εδώ

κατέληξε και έρευνα του Miall (Miall, 1985). Παρ' όλα αυτά η Berg και οι συνεργάτες της (Berg, 1991) αναφέρουν πως σε αρκετές μελέτες που διερεύνησαν το συγκεκριμένο θέμα και κατέληξαν στα παραπάνω συμπεράσματα, το δείγμα ήταν από ζευγάρια που στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, τη διάγνωση της υπογονιμότητας έφεραν οι γυναίκες. Τονίζει λοιπόν πως ίσως θα πρέπει να είμαστε σκεπτικοί απέναντι στη διεξαγωγή ενός τέτοιου συμπεράσματος, καθώς θα μπορούσαν αυτά τα συναισθήματα να σχετιστούν όχι αναφορικά με το φύλο τόσο, όσο με αυτόν που φέρει τη διάγνωση.

Σε αντίθεση με τα προσωπικά συναισθήματα που το γένος φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, παρατηρήθηκε πως στην ομάδα των ερωτήσεων που αφορούσε την επικοινωνία μεταξύ των συζύγων, η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα δεν είναι στατιστικά σημαντική. Συμπερασματικά τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο την επικοινωνία μεταξύ τους και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα ικανοποίησής τους, κατά τη διάρκεια της υπογονιμότητας. Συμπέρασμα στο οποίο έχει καταλήξει και η προαναφερθείσα έρευνα της Berg και των συνεργατών της (1991). Όσον αφορά, δηλαδή, στην επικοινωνία του ζευγαριού, παρατηρήθηκε ότι και τα δύο φύλα βρίσκουν αρκετά βοηθητικό να μοιράζονται τις σκέψεις τους για την υπογονιμότητα. Όπως και σε έρευνα των McGrade και Tolor (1981) έτσι και εδώ τα ζευγάρια σπάνια φαίνεται να δυσκολεύονται να μοιραστούν τις σκέψεις τους και θεωρούν σημαντικό και βοηθητικό, το να συζητάνε μεταξύ τους για την κατάσταση την οποία αντιμετωπίζουν. Άλλος ερευνητής (Mahlstedt, 1985) παρατήρησε πως όταν και οι δύο στο ζευγάρι είναι κάτω από ψυχολογική πίεση, δύσκολα θα μπορέσουν να καλύψουν τα κενά του συντρόφου τους. Επίσης νιώθουν και οι δύο πως μετά τη διάγνωση υπογονιμότητας επικοινωνούν καλύτερα μεταξύ τους. Ίσως επειδή μία τέτοιου είδους κατάσταση δένει το ζευγάρι όπως έχει δείξει και προϋπάρχουσα έρευνα (Kerr et al, 1999). Και τα δύο φύλα θεωρούν πως δείχνουν ευαισθησία στις ανάγκες του συντρόφου τους, αλλά και εισπράττουν το ίδιο, καλύπτοντας έτσι τα συναισθηματικά κενά που μπορεί να προκύψουν από την περίοδο της υπογονιμότητας. Έρευνα έχει δείξει πως τα ζευγάρια που ένιωθαν ικανοποιημένα από το γάμο τους, μπορούσαν να παρέχουν στήριξη στους συντρόφους τους πιο συχνά από ότι τα ζευγάρια που δεν ήταν ικανοποιημένα (Abey et al, 1995).

Ανεξάρτητα από το φύλο φαίνεται πως η ντροπή ίσως σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό, από ότι τα συναισθήματα της ενοχής και του θυμού, με την έκφραση των συναισθημάτων και την έκφραση των σκέψεων μεταξύ των ζευγαριών. Φαίνεται να είναι ένας από τους παράγοντες που τα ζευγάρια κλείνονται στον εαυτό τους και απομακρύνονται μεταξύ τους.

5.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την σεξουαλική ικανοποίηση

Όπως αναφέρθηκε, και παραπάνω, παρατηρήθηκε μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης, παρόλο που η συχνότητα σεξουαλικών επαφών αυξήθηκε. Για να διερευνηθούν οι λόγοι αυτής της μείωσης, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος λογαριθμικής

παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη σεξουαλική ικανοποίηση. Η εξαρτημένη μεταβλητή συσχετίστηκε με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, την εκπαίδευση, την ποιότητα σχέσης, τον παράγοντα επικοινωνίας, τον παράγοντα των προσωπικών συναισθημάτων, τη συχνότητα σεξουαλικής επαφής και τη διάγνωση της υπογονιμότητας (κεφάλαιο 4.5). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η σεξουαλική ικανοποίηση επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες

- Ποιότητα σχέσης (πριν από το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος)
- Συχνότητα σεξουαλικής επαφής (πριν από το γάμο, μετά το γάμο και το τελευταίο έτος)
- Εκπαίδευση(πριν το γάμο, μετά το γάμο)
- Διάγνωση της υπογονιμότητας

Ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη σεξουαλική ικανοποίηση των ζευγαριών φαίνεται να είναι η ποιότητα σχέσης. Όσον αφορά στη συσχέτιση της ποιότητας σχέσης με τη σεξουαλική ικανοποίηση, βρέθηκε ότι η καλή εικόνα της ποιότητας σχέσης επηρεάζει θετικά τα ζευγάρια στη σεξουαλική τους ικανοποίηση κατά την περίοδο της υπογονιμότητας, συμπέρασμα στο οποίο έχει καταλήξει και η Berg με τους συνεργάτες της (Berg, 1991). Η σεξουαλική ικανοποίηση, συνδέεται ούτως ή άλλως με το βαθμό συντροφικότητας / ποιότητας σχέσης και μάλιστα με ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους (Chliaoutakis, 2002)

Ο δεύτερος παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει τη σεξουαλική ικανοποίηση των ζευγαριών και στις τρεις χρονικές περιόδους, είναι η συχνότητα σεξουαλικής επαφής. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της έρευνας, δεν έγινε δυνατόν να συγκριθεί με τα αποτελέσματα κάποιας άλλης παρόμοιας έρευνας και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πηγή μελέτης για επόμενες έρευνες.

Ο τρίτος παράγοντας, ο παράγοντας της εκπαίδευσης φαίνεται να έχει σχέση με τη σεξουαλική ικανοποίηση μόνο για τις περιόδους πριν και μετά το γάμο, ενώ για το τελευταίο έτος δεν παρουσιάζει καμία συσχέτιση.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως και για τις τρεις χρονικές περιόδους η μεταβλητή του χρόνου διάγνωσης της υπογονιμότητας εμφανίζει σχέση οριακά, γεγονός που καταλήγει στο συμπέρασμα πως η διάγνωση της υπογονιμότητας δεν επηρέασε ιδιαίτερα τη σεξουαλική ικανοποίηση των ζευγαριών.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως παρόλο που τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν πως υπάρχει μείωση στη σεξουαλική ικανοποίηση των ζευγαριών κατά την περίοδο της υπογονιμότητας, δεν βρέθηκε όμως ένα ικανοποιητικό και ξεκάθαρο αίτιο για το γεγονός αυτό. Θα μπορούσε κανείς να συμπεράνει πως έχει σχέση με την αφαίρεση του αυθορμητισμού και της απόλαυσης του σεξ, όπου τα ζευγάρια στο μεγαλύτερο τους ποσοστό απάντησαν πως αυτό συμβαίνει αρκετά συχνά.

5.3 Χρησιμότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Κοινωνική Εργασία

Τη σημερινή εποχή όπου το πρόβλημα της υπογονιμότητας φαίνεται να αφορά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και στη χώρα μας, κρίναμε πως θα ήταν πολύ χρήσιμη μια τέτοια μελέτη. Μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνας γίνεται προσπάθεια καλύτερης κατανόησης της ψυχολογίας της υπογονιμότητας και του τρόπου με τον οποίο επιδρά η υπογονιμότητα στη σχέση του ζευγαριού.

Δεδομένου ότι τα συγκεκριμένο θέμα δεν έχει ερευνηθεί ξανά στον ελλαδικό χώρο, τα συμπεράσματα μπορούν να φανούν χρήσιμα σε γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και γενικότερα σε επαγγελματίες που εργάζονται σε νοσοκομεία, σε μαιευτικές κλινικές και σε εξειδικευμένα κέντρα τεχνητής γονιμοποίησης.

Ιδιαίτερα χρήσιμα κρίνονται τα αποτελέσματα, όσον αφορά στην προσέγγιση για ψυχολογική υποστήριξη, καθώς τα δύο φύλα φαίνεται να αντιδρούν διαφορετικά στην υπογονιμότητα. Τα παρόντα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ασχολούνται με τη συμβουλευτική υπογόνιμων ζευγαριών, ειδικότερα των κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων, ώστε να βοηθήσουν τα ζευγάρια να ανοιχτούν περισσότερο και να κατανοήσουν καλύτερα την ψυχολογία ανθρώπων που αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα. Επίσης γνωρίζοντας τον τρόπο και το βαθμό επίδρασης της υπογονιμότητας στην ψυχολογία των ζευγαριών, μπορούν να παρέμβουν με αποτελεσματικότερο τρόπο ώστε να αντιμετωπίσουν πιθανά προβλήματα που εμφανίζονται στη σχέση τους.

Το βασικότερο όλων, όμως, είναι πως η παρούσα έρευνα αποτελεί μία καλή αρχή για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, καθώς επίσης και για ενίσχυση της υπάρχουσας Κοινωνικής Πολιτικής πάνω στο θέμα της υπογονιμότητας.

5.4 Αδυναμίες μελέτης

Αναφορικά με τις αδυναμίες της συγκεκριμένης μελέτης, η κυριότερη είναι το σχετικά μικρό δείγμα (146 άτομα) που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, από όπου και προέκυψαν τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στον αρχικό σχεδιασμό είχαν υπολογιστεί 300 άτομα, έναντι των 146 που δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Όπως αναφέραμε και στις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε, το πρόβλημα αυτό δεν καταφέρθηκε να ξεπεραστεί, αυξάνοντας τον αριθμό των συμμετεχόντων, καθώς πολλά ήταν τα ζευγάρια που αρνήθηκαν να συμμετέχουν. Δεν ήταν εφικτό να περιμένουμε να συμπληρωθεί ο καθορισμένος, στην αρχή, αριθμός ερωτηματολογίων, καθώς κάτι τέτοιο θα παρέτεινε ακόμα περισσότερο τον χρόνο εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας. Επίσης το δείγμα προήλθε από συγκεκριμένη περιοχή της Αττικής, καθιστώντας το μη αντιπροσωπευτικό, ώστε να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα για όλο τον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος μια επιπλέον αδυναμία θα μπορούσε να είναι και το καταπόσον οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους ταυτίζονται με τα πραγματικά τους συναισθήματα γύρω από το θέμα της υπογονιμότητας και

δεν αποτελούν σε ένα βαθμό μια προσπάθεια ωραιοποίησης της κατάστασης και των επιπτώσεων της.

5.5. Δυνατά σημεία της μελέτης

Το θέμα της σεξουαλικής ικανοποίησης, κατά την περίοδο της υπογονιμότητας, και ο βαθμός συσχέτισης τους, όπως προαναφέρθηκε, δεν απασχόλησε άλλους ερευνητές στον ελλαδικό χώρο, προς το παρόν, και καθιστά αυτήν την εργασία τη μοναδική, στην Ελλάδα, που αναδεικνύει ως κύριο παράγοντα επίδρασης την ποιότητα της σχέσης των ζευγαριών. Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως βάση, με σκοπό την ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των πολιτών αλλά κυρίως των αρμόδιων φορέων και των επαγγελματιών που κινούνται στο χώρο της υπογονιμότητας.

5.6 Γενικό Συμπέρασμα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά μελετήθηκαν και αναλύθηκαν, οι υποθέσεις εργασίας δεν επαληθεύονται.

Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη υπόθεση, η οποία αφορούσε την υπογονιμότητα και την επίδραση που έχει στην σεξουαλική ζωή του ζευγαριού και κατ' επέκταση την μεταξύ τους σχέση δεν επαληθεύεται. Πράγματι η σεξουαλική ικανοποίηση μειώνεται την περίοδο της υπογονιμότητας, αλλά με βάση τα αποτελέσματα σχετίζεται κυρίως με την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού. Η σεξουαλική ζωή των ζευγαριών, δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια, αλλά από το πόσο καλύπτονται οι ίδιοι από τη σχέση τους.

Όσον αφορά στην δεύτερη υπόθεση εργασίας η θεραπεία της υπογονιμότητας επηρεάζει ψυχολογικά τα ζευγάρια και κυριότερα τις γυναίκες προκαλώντας συναισθήματα ντροπής, θυμού και ενοχής, δεν φαίνεται όμως να κλονίζει τις σεξουαλικές τους σχέσεις.

Τέλος σύμφωνα με τα αποτελέσματα ο τρόπος που αντιλαμβάνονται την επικοινωνία μεταξύ τους είναι ταυτόσημος για τους άντρες και τις γυναίκες και βρίσκουν βοηθητικό να μιλάνε για την υπογονιμότητα, χωρίς να δυσκολεύονται ιδιαίτερα να μοιραστούν τα συναισθήματα τους. Έτσι βλέπουμε ότι η τρίτη υπόθεση εργασίας που αναφέρεται στις συναισθηματικές δυσκολίες που προκαλεί η υπογονιμότητα και στην ενδεχόμενη σεξουαλική απόσταση που δημιουργείται στο ζευγάρι εξαιτίας της δεν επαληθεύεται εξίσου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbey A., Andrews F.M., Halman L.J., Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of personality and social support*, Vol.68, no3, 1995, 455-469
- Abbey A., Andrews F.M., Halman L.J. Gender's role in responses to infertility. *Psychology of women quarterly*, 1991
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ, Gender's role in response to Infertility *PSychol Women* 3 1991; 15:295-316
- Abraham S, Mira M et al. Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers? *Fertil steril* 1990; 53:566-8
- Baram D, Tourtelot E, Muechler E, Hunng K. Psychological adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1988; 9:181-90
- Barraglia AR, Graziano MR, Scafidi MG. Experimental research into the changes in the way sexuality is experienced by the Infertile female. *Acta Eur Fertil* 1983; 14:67-73
- Beck AT, Rush JA, Shaw BF, emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford, 1979
- Benazon N, Wright J, Sabourin S, et al. Stress, sexual satisfactions and marital adjustment in infertile couples. *J sex marital Ther* 1992; 18:273-84
- Berg J. Barbara, Wilson F. John, Weingartner J.Paul, Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification, *Soc. Sci. Med. Vol. 33, no. 9, Great Britain, 1991*
- Berg J., Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment in infertility. */Behav Med* 1991; 4:11-26
- Berger DM. Impotence following the discovery of azoospermia. *Fertil Steril* 1980; 34:154-6
- Boivin J., Appleton T.C., Baetens P., Baron J., Bitzer J., Corrigan E., Daniels K.R., Darwish J., Guerra-Diaz D., HAMmar M., Whinnie A., Strauss B., Thorn P., Wishmann T., Kentenich H., Guidelines for counselling in infertility: outline version, *Human Reproduction Vol.16, No.6 2001, pp 1301-1304*
- Boivin J, Andersson L., Skoog –Svanberg A., Hjelsredt A., Collins A. and Bergh T. Psychological reactions during in vitro fertilization: similar response pattern in husbands and wives, 1998 *Human reproduction* vol.13, no.11, p. 3266
- Boivin J, Takefman JE, Brender W, et al. The effects of female sexual response in coitus on early reproductive process. *J Behav med* 1992; 15:509-18

- Braverman-Mechanic A., Boxer A.S., Corson, Coutifaris C., Hendrix A., Characteristics and attitudes of parents of children born with the use of assisted reproductive technology, *Fertility and sterility*, Vol. 70, no 5, 1998 November
- Burns Hammer Linda, Covington N. Sharon, Υπογονιμότητα (συμβουλευτική), τόμος Α', εκδόσεις Παπαζήση, 2002
- Chliaoutakis J., A relationship between traditionally motivated patterns and gamete donation and surrogacy in urban areas of Greece, 2002, *Human Reproduction*, Vol.17, no 8, August 2002
- Chliaoutakis J., Koukouli S., Papadaki M., Using attitudinal indicators to explain the public's intention to have recourse to gamete donation and surrogacy, *Human Reproduction* Vol.17 no11, 2002, 2995-3002
- Daniluk JC. Gender and infertility. In: Leiblum SR, ed *Infertility: psychosocial issues and counselling strategies*, New York, Wiley, 1997)
- Daniluk JC. Infertility fertile. *Steril*. 1988; 49:982-90)(McEwan KL, Costello CG, Taylor PJ. Adjustment to Infertility. *J Abnorm Psychol* 1987; 96:108-16
- Dickens B.M., Cook R.J., Ethical and legal issues in reproductive health, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 66, 1999, 55-61
- Domar AD, Friedman R. The Psychological Impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993; 14:45-52
- Domar AD et al. The Prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil steril* 1992; 58:1158-63
- Donna M. Gibson and Jane E. Myers Gender and infertility: a relational approach to counseling women *Journal of Counselling & Development*, Fall 2000, Vol. 78, p.401
- Downey J, Yingling S, Mckinney M et al. Mood disorders, psychiatric symptoms in women presenting for infertility evaluation. *Fertil steril* 1989; 52:425-32
- Drake T, Grunert G. A cyclic pattern of sexual dysfunction in the Infertility Investigation. *Fertil Steril* 1979; 32:542-5
- Dunkel-Scetter C, Lobel M. Psychological reactions to infertility. In: Stanton AL, Dunkel-Scetter C, eds. *Infertility: Perspectives from stress and coping Research*. NY: Plenum Press, 1991; 29-57
- Edelmann RJ, Humphrey M, Owens DJ, The meaning of parenthood and couples' reactions to male infertility. *Br J Med Psychol* 1994;67:291-9
- *ESHRE Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) Consortium: preliminary assessment of data from January 1997 to September 1998*, *Human Reproduction* Vol.14 no.12,1999, pp 3138-3148
- Fagan PJ, Schmidt CW, Rock JA et al. Sexual functioning and psychological evaluation of in vitro fertilization couples. *Fertil Steril* 1986; 46:668-72

- Fassino S., Piero A., Boggio S., Piccioni V., Garzaro L., Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study, *Human Reproduction Vol.17, no 11,2002, pp 2986-2994*
- Freeman EW, Boxer AS, Ricketts K, et al. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985; 43:48-53
- Fyer AJ, et al. Familial transmission of simple phobias and fears: A preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:252-6
- Gottman JM, Krokoff LJ, Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *J Couns Clin Psychol* 1989; 57:47-52
- Golombok S. Psychological functioning in infertility patients. *Hum Reprod* 1992; 7:208-12
- Griel AL. Not yet pregnant: Infertile Couples in Contemporary America. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1991
- Griel AL. Infertile couples in contemporary America. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press (Abbey A, Andrews FM, Halman LJ, Gender's role in response to Infertility *Psychol Women* 3 1991; 15:295-316) (Link PW, Darling CA. Couples undergoing treatment for Infertility: Dimensions of life satisfaction. *J Sex Marital Ther* 1986 12:46-59
- Heavy C, Layne C, Christensen A, Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61:16-27
- Hearn MT, Yuzpe AA, Brown SE, Caspar RF. Psychological Characteristics of in vitro fertilization participants. *Am J Obstet Gynecol* 1987 156:879-86
- Horney K. *Feminine Psychology*. New York :Norton, 1967/1973
- Ireland MS. *Reconceiving Women: Separating Motherhood from female Identity*. New York Guilford Press, 1993
- Jacobson NS, Margolin G. *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles*, New York: Brunner/Mazel, 1979
- Jadv V., Murray C., Lycett E., MacCallum F., Golombok S., Surrogacy: the experiences of surrogate mothers, *Human Reproduction Vol. 18 No 10,2003, pp 2196-2204*
- Kagitcibasi C., Esmer Y., Development, Value of children and fertility: a multiple indicator approach, 1980, *Istanbul, mimeo*.
- Karahasanoglu A, Barglow P, Grove G. Psychological aspects of Infertility. / *Reprod Med* 1972; 9:241-7
- Kemer P, Mikulincer M, Nathanson YE, et al. Psychological aspects of male infertility. *Br J Med Psychol* 1990; 63(pt 10): 73-80

- Kerr J., Brown C., Balen A., The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: results of a survey, performed in 1997, *Human Reproduction Vol. 14, 1999, no. 4, pp. 934-938*
- Keye WR. Psychosexual responses to Infertility, *Clin Obstet Gynecol* 1984; 27:760-6
- Keye WR, Deneris A. Female sexual activity, satisfaction and function in infertile women. *Infertility* 1982; 5:265-85
- Lalos A, et al. Psychological reactions to the medical investigation and surgical treatment of infertility. *Gynecol Obstet* 1985; 20:209-17
- Leader A, Infertility: Clinical and Psychological aspects. *Psych. Ann* 1984; 14:461-7
- Leiblum SR, Kemmann E, Laue MK. The Psychological concomitants of in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 6:165-78
- LoPiccolo L. Low sexual desire. In : Leiblum SR, Pervin LA, eds. *Principles and practice of sex therapy*. New York : Guilford Press, 1980; 27-64
- Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J. Emotional Factors and the in Vitro Fertilization and embryo transfer process. *J In vitro Fer. Emb Transfer* 1987; 4:232-6
- Mahlstedt PP. The Psychological component of Infertility, *Fertil steril* 1985; 43:335-46
- Marsh M, Ronner W. *The empty Cradle: The infertility in America from Colonial Times to the Present*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990
- Marthol H, Hilz MJ. Sexual Dysfunction a system overview of classification pathophysiology, diagnosis and treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72, (3) : 121-35 ; 2004
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown, 1966 / Kaplan HS. *Evaluation of sexual disorders: Psychological and Medical Aspects*. New York: Brunner/Mazel, 1983
- Matthews, R., & Matthews, A. M. Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood, 1986 *Journal of Marriage and Family*, 48, 641-649.
- May ET. *Barren in the Promised Land: Childless Americans and the Pursuit of Happiness*. New York: Basic Books, 1995
- Mazure CM, Greenfeld DA. Psychological studies of in vitro fertilization /embryo transfer participants. *In Vitro Fertil Emb Transfer*, 1989
- Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil steril* 1980; 34:313-19
- Menning BE. The infertile couple: A plea for advocacy. *Child Welfare* 1975; 4:454-61
- Menning Barbara Eck, *Infertility: A guide for the childless couple*. Prentice Hall, New York, 1977

- Menning Barbara Eck, The infertile couple for advocacy, *Child Welfare, Vol. LIV, no. 6, 1975*
- Miall CE. Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Deviant Behav, 1985*
- Miller JB. Women's Psychological Development: Connections, Disconnections and Violations. In: Berger MM, ed Women beyond Freud :New Concepts of Feminine Psychology. New York: Brunner/Mazel 1994; 79-98
- Michelle Plachot et.all, 2002, Outcome of conventional IVF and ICSI on sibling oocytes in mild male factor infertility, *Human Reproduction, Vol. 17, pp. 362-369*
- Mosher WD., Pratt WF. Fertility and infertility in United States. *Advance data 1990;3-5)*
- Nachtigall RD, Quiroga SS, Tschann JM, et al. Stigma, disclosure, and family functioning among parents with children conceived through donor insemination fertile steril 1997; 68:1-7
- Nachingall RD, Becker G, Wozny M. The effects of gender- specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil steril 1992; 57:113-21*
- Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA. Psychological assessment and follow up after in Vitro Fertilization: Assessing the impact of failure. *Fertil Steri 1990; 879-86*(Baram D, Tourtelot E, Muechler E, Hunng K. Psychological Adjustment following unsuccessful in Vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol 1988; 9:181-90*
- Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA, Houle M. Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization : Implications for counseling. *Assist Reprod Technol Genet 1992, p.29-57*
- Nyboe A., Cianaroli L.Andersen, Nygen K.G. Assisted reproductive technology in Europe, 2000, results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction, 2004, Vol. 19, pp. 490- 503*
- Nygren K.G., Nyboe A Andersen, Assisted reproductive technology in Europe, 1999, results generated from European registers by ESHRE, *Human Reproduction, 2002, Vol. 17, pp. 3260- 3274*
- Oddens Bjorn J., Isolde de Tolkelaar, NieuwenhuysenH., Psychosocial experiences in women facing fertility problems- a comparative survey, *Human Reproduction Vol.14 no1,1999 pp 255-261*
- O'Hanlon WH, Weiner-Davis M. In search of Solutions: A New Direction in Psychotherapy. New York: Norton, 1988
- O'Hanlon-Hudson P, Hudson-O'Hanlon W, Reuiring Love Stories: Brief Marital Therapy, New York:Norton, 1991
- Pepe MV, Byrne Tj. Women's Perceptions of immediate and long – term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Fam Rel 1991; 40:303-9*

- Philpot CL, Brooks GR, Luterman D, Nutt RL. Bridging Separate Gender Worlds Washington DC: American Psychological Association, 1997
- Philpot CL, Brooks GR, Luterman D, Nutt RL. Bridging Separate Gender Worlds Washington DC: American Psychological Association, 1997)(Goldberg H. The Hazards of being male. In: Self-Destruction to self-care. New York: New American Library, 1979
- Plachot M, Bellaish-Allart J., Mayenga J., Chouraqui A., Tesquier L., Serkine A., Outcome of conventional IVF and ICSI on sibling oocytes in mild male factor infertility, *Human Reproduction Vol.17, no2 2002,pp 362-369*
- Psychological Reactions to Infertility. In: Stanton AL, Dunkel-Schetter C, eds. Infertility: Perspectives from stress and coping Research New York : Plenum Press, 1991 29-57
- Ramadan A Saleh. Et al, Center of Advanced research in human reproduction fertil steril vol 49, 2003 Rossenblatt PC, Peterson, Portner J, et.al. A cross-cultural study of responses to childlessness, *Behav Sci Notes 1973;8:221-31*
- Reading AE, Sexual aspects of infertility and its treatment. *Infertil Reprod Med Clin North Am 1993; 4:559-67*
- Rosenfeld DL, Mitchell E. Treating the emotional aspects of Infertility: counseling services in an Infertility clinic *AM J Obstet Gynecol 1979; 135:177-80*
- Rosenblatt PC< Peterson P, Portner J, et al. Cross-cultural study responses to childlessness. *Behav Sci Notes 1973 ; 8:221-31*
- Rutledge A.L., Psychomarlital evaluation and treatment of the infertile couple, *Clinical Obstetrics and Gynaecology, Vol.22,no1, 199, March*
- Schmidt L., Holstein B.E., Boivin J., Sangren H., Tjornoh T.-Thomsen, Blaabjerg J,Hald F., Nyboe Andersen A., Rasmussen P.E., Patients' attitudes to medical and psychosocial aspects of care in fertility clinics: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility(COMPI) Research Programme, *Human Reproduction,2003 Vol.18, No.3, pp. 628-637*
- Schover LR, LoPiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *J Sex Marital Ther 1982; 8:179*-Stewart DE. Reproductive functions in eating disorders. *Ami Med 1992; 24:287-91*
- Sha JL. Mothers of Thyme: Customs and Rituals of infertility and Miscarriage. Ann Arbor, MI: Lida Rose Press, 1990
- Slade P. Sexual attitudes and social role orientations in infertile women. *J Psychosom Res 1981; 25:183-6*
- Slade P., Emery J.,Lieberman B.A. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in- vitro fertilization treatment. *Human Reproduction, Vol. 12*

- Spector IP, Carey MP. Incidence and Prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch sex beh* 1990; 19:389-408
- Stanton AL, Dunkel-Schetter C. Psychological Adjustment to Infertility. In: Stanton AL, Dunkel-Schetter C, eds. *Infertility: Perspectives from stress and coping Research*. New York :Plenum Press, 1991;3-16
- Stanton A. Cognitive appraisals, coping processes, and adjustment to infertility. In: Stanton AL, Dunkel-Schetter C, eds: *Infertility: Perspectives from Stress and Coping Research*, New York:1991;87-108
- Stanton AL, Tennen H, Affleck G, et al. Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women Health* 1991;17:1-15
- Stewart DE, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *AM J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1196-9)
- Suckov Jana, Klaus Daniela, *Value of children in six cultures, 200, proceedings of the symposium, organized by faculty of social studies, Masaryk University BRNO (19-21 Sept, 2002)*
- Utian WH, 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; 231-48
- Van Balen F., Trimbos-Kemper TCM, Involuntary childless couples: Their desire to have children and their motives. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 1995
- Van Zyl JA, Sex and Infertility, part II: Influence of psychogenic factors and psychosexual problems. *S Afr Med J* 1987; 72:485-7
- Wischmann T., Stammer H., Scherg H., Gerhard I., Verres R., Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Hidelberg Fertility Consultation Service', *Human Reproduction Vol. 16, 2001, No.8, pp. 1753-1761*
- Wortman CB, Silver RC, The myths of coping loss. *J Consult clin Psychol* 1989; 57:349-57
- Wright J, Duchesne C, Sabourin S, et al. Psychosocial Distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril* 1991; 55:100-8)
- Wright J., Allard M, Lecours A., Sabourin . S. Psuchosocial distress and infertility: a review of controlled research, 1989, *Int. J. Fertil*, 34
- Y-Lee T., Sun G., Chao S., The effect f an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan, *Human Reproduction Vol.16, No 8, 2001, pp1762-1767*

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ
ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ/ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ**

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ :

ΦΥΛΟ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΑΜΟΥ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ:

B. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πόσο συχνά εσείς και ο σύζυγος σας συμφωνούσατε ή διαφωνούσατε για τα παρακάτω:

1=Σχεδόν πάντα διαφωνούμε, 2=Συχνά διαφωνούμε, 3=Ποτέ δεν το συζητάμε,

4=Συχνά συμφωνούμε, 5=Σχεδόν πάντα συμφωνούμε

Συμφωνούσα ή διαφωνούσα μαζί του/της ...	Πριν από το γάμο	Μετά από το γάμο	Το τελευταίο έτος
B1. Στη διαχείριση οικογενειακών πόρων			
B2. Στο πως να περνάτε τον ελεύθερό σας χρόνο			
B3. Στην εκδήλωση τρυφερότητας ο ένας για τον άλλο			
B4. Στην επιλογή ίδιων φίλων			
B5. Στη μεταξύ σας σεξουαλική επαφή			
B6. Στην ορθή συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους			
B7. Στον καταμερισμό της οικιακής εργασίας			
B8. Στον τρόπο που βλέπουμε τη ζωή			
B9. Στις σχέσεις με γονείς ή πεθερικά			
B10. Στην απόφαση για πότε και αν αποκτήσουμε παιδιά			

Γ. Σεξουαλική ζωή

Παρακαλώ σημειώσατε με X και στις τρεις κάθετες στήλες (πριν το γάμο, μετά από το γάμο και το τελευταίο έτος)

Πόσο συχνά έρχεστε σε σεξουαλική επαφή.....	Πριν το γάμο	Μετά από το γάμο	Το τελευταίο έτος
Γ.1 Κάθε μέρα			
Γ.2 Μια φορά την εβδομάδα			
Γ.3 Μια φορά τον μήνα			
Γ.4 Μια φορά το εξάμηνο			
Γ.5 Αραιότερα			

Χρησιμοποιούσαμε μέτρα αντισύλληψης.....	Πριν το γάμο	Μετά από το γάμο	Το τελευταίο έτος
Γ.6 Ναι			
Γ.7 Όχι			

Είμαι ικανοποιημένος/η, ερωτικά από το σύντροφό μου....	Πριν το γάμο	Μετά από το γάμο	Το τελευταίο έτος
Γ.8 Ναι			
Γ.9 Όχι			

	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Συχνά
Γ.10 Δεν αισθάνομαι ότι εκπληρώνω τον ρόλο μου ως άντρας/γυναίκα εξαιτίας της υπογονιμότητάς μου				
Γ.11 Εξαιτίας της υπογονιμότητάς μου αισθάνομαι λιγότερο άντρας/ γυναίκα				
Γ.12 Η υπογονιμότητα έχει αφαιρέσει μέρος της απόλαυσης και του αυθορμητισμού της σεξουαλικής πράξης				
Γ.13 Αφότου παρουσιάστηκε η υπογονιμότητά μου έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για το σεξ				
Γ.14 Μετά την γνωστοποίηση της υπογονιμότητάς αντιμετωπίζω σεξουαλικά προβλήματα με τον/την σύζυγό μου				

Δ. Συζυγικές σχέσεις

Πόσο συχνά νιώσατε κάτι από τα παρακάτω; Παρακαλώ σημειώσατε με X στο κουτάκι με τη συχνότητα που σας αντιπροσωπεύει (ποτέ, σπάνια, αρκετά συχνά, συχνά)

	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Συχνά
Δ.1 Αισθάνομαι ένοχος για την υπογονιμότητά μου				
Δ.2 Αισθάνομαι ντροπή για την υπογονιμότητά μου				
Δ.3 Είμαι θυμωμένος με την υπογονιμότητα				
Δ.4 Δυσκολεύομαι να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου για την υπογονιμότητα με τον/την σύζυγό μου				
Δ.5 Αισθάνομαι ότι η σύζυγός μου και εγώ μιλάμε διαφορετικές γλώσσες σε ό,τι αφορά την επικοινωνία μας σχετικά με την υπογονιμότητα				
Δ.6 Με βοηθάει να συζητώ με τον/την σύντροφό μου για την υπογονιμότητα				
Δ.7 Αισθάνομαι ότι η σύζυγός μου με στηρίζει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογονιμότητας				
Δ.8 Παρά την υπογονιμότητα νομίζω ότι δείχνω ευαισθησία απέναντι στις ανάγκες του/της συζύγου μου				
Δ.9 Αφότου μάθαμε για την υπογονιμότητα, βρίσκω ότι ο/η σύζυγος μου έχει απομακρυνθεί και δεν είναι διαθέσιμος/η για μένα				
Δ.10 Η περίοδος της υπογονιμότητας έχει ως επίπτωση να κλειστώ στον εαυτό μου				
Δ.11 Αφότου έμαθα για την υπογονιμότητα μου, νιώθω σαν να χάνω το μυαλό μου				
Δ.12 Το να γίνω γονέας είναι τόσο σημαντικό για μένα που δεν μπορώ να φανταστώ ότι θα νιώσω ικανοποίηση για οτιδήποτε άλλο, αν δεν αποκτήσω παιδί				
Δ.13 Αισθάνομαι ότι η υπογονιμότητα δεν με επηρέασε αρνητικά				
Δ.14 Διστάζω να μιλήσω για το πρόβλημα αυτό με άλλους ανθρώπους				
Δ.15 Αφότου παρουσιάστηκε η υπογονιμότητα, επικοινωνώ καλύτερα με τον/την σύζυγό μου				
Δ.16 Ο γάμος μου περνάει σε δεύτερη μοίρα αφότου έμαθα για την υπογονιμότητά μου				
Δ.17 Δεν θα μπορούσα να αντιμετωπίσω την περιόδο της υπογονιμότητάς χωρίς τη βοήθεια του/της συζύγου μου				

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας

