

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

**ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ & ΣΤΡΕΣ
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ,
ΣΤΗ ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΕΓΓΥΤΗΤΑ,
ΣΤΙΣ ΕΠΑΦΕΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ**

Χ. Καρέλα, Α. Βάρβογλη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η υπογονιμότητα συχνά προσλαμβάνεται ως η πιο σοβαρή κρίση στη ζωή ενός ζευγαριού και αποτελεί εξέχουσα πηγή ψυχολογικής πίεσης. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η όσον το δυνατόν πληρέστερη ψυχολογική χαρτογράφηση της γυναικείας υπογονιμότητας σε ελληνικό δείγμα. Τα βασικά ερωτήματα της έρευνας επικεντρώθηκαν στο πώς οι γυναίκες βιώνουν (σκέψεις, συναισθήματα, αντιλήψεις) το πρόβλημα της υπογονιμότητας και την αναγκαιότητα αντιμετώπισης του, το βαθμό στρες και την επίδρασή του σε παράγοντες γάμου (σχέση με το σύντροφο, εγγύτητα, επικοινωνία), την επίδραση του στρες από την υπογονιμότητα στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού και τη σημασία που έχει για την υπογόνιμη γυναίκα η ιατρική θεραπεία.

Υλικό-Μέθοδοι: Το δείγμα αποτέλεσαν 67 γυναίκες, οι οποίες υποβάλλονταν σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και συγκεκριμένα σε εξωσωματική γονιμοποίηση. Παρουσία των εξεταστών συμπλήρωσαν τις ακόλουθες κλίμακες: Personal Strain Questionnaire, Infertility Questionnaire και την Κλίμακα Δημογραφικών Μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες βιώνουν στρες ως αντίκτυπο της υπογονιμότητας και της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το στρες συνδέεται με τα αισθήματα αυτοενοχοποίησης, την ποιότητα της σχέσης με το σύζυγό τους, την ενδοσυζυγική επικοινωνία, την κοινωνική απομόνωση ή τη στροφή προς τον εαυτό ακόμα και με τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού που αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας. Επίσης παρατηρήθηκαν διαφοροποιημένες στάσεις προς την υπογονιμότητα μεταξύ των γυναικών που βιώνουν στρες σε υψηλά ή χαμηλά επίπεδα, με τις πιο ψυχολογικά πιεσμένες γυναίκες να νιώθουν υπαίτιες για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, να δηλώνουν λιγότερη ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση και την επικοινωνία με το σύντροφο.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θεωρούνται ενδεικτικά για το συγκεκριμένο ελληνικό δείγμα και συνάδουν με προηγούμενες έρευνες σε Ευρώπη και Αμερική που δείχνουν ότι η υπογονιμότητα μπορεί να προκαλέσει μεγάλη συναισθηματική αναταραχή, έντονο στρες και προβλήματα στην επικοινωνία και την ερωτική σχέση του ζευγαριού.

Όροι ευρετηρίου: γυναικεία υπογονιμότητα, στρες, ποιότητα σχέσης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει την υπογονιμότητα ως «αποτυχία σύλληψης έπειτα από σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία για περίοδο ενός έτους»¹. Η απόκτηση παιδιού είναι συνυφασμένη με τη συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής: εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μια μορφή αθανασίας. Η κύηση και η απόκτηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζουν την έννοια της «παραγωγικότητας» του Erickson (1950) και συχνά αποτελούν τα θεμέλια στα οποία ένα ζευγάρι χτίζει μια σχέση². Οι Benedek και Bibring (1959) περιέγραψαν πώς με την κύηση το άτομο εισέρχεται σε μια νέα αναπτυξιακή φάση και ότι η στέρηση της ευκαιρίας για απόκτηση παιδιού, λόγω υπογονιμότητας, μπορεί να προκαλέσει τη διακοπή της ανάπτυξης, η οποία οδηγεί σε στασιμότητα³⁻⁴. Η ανεπιθύμητη ατεκνία γίνεται αφορμή για μια απροσδόκητη κρίση ζωής, για την αντιμετώπιση της οποίας πολλά ζευγάρια είναι απροετοίμαστα.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τα υπογόνιμα ζευγάρια αποτελούν περίπου το 15% του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό αυτό δεν είναι ισομερώς κατανομημένο γεωγραφικά και η χώρα μας δείχνει να κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις⁵⁻⁶. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα τα υπογόνιμα ζευγάρια υπολογίζονται περίπου σε 250.000-300.000⁶. Επίσης, εκτιμάται ότι περίπου το 10% των ζευγαριών που βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής έρχονται αντιμέτωπα με αδυναμία αυτόματης σύλληψης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική συναισθηματική διαταραχή⁷.

Η στρεσογόνα φύση της υπογονιμότητας έχει αναγνωριστεί από πολλούς ερευνητές⁸⁻¹⁷. Ο Lazarus (1978) χρησι-

μπούησε για το στρες έναν ορισμό που αναφερόταν σε «μια σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του, την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται ως δοκιμασία ή υπέρβαση των αντοχών του και ως επικίνδυνη για την ευημερία του»¹⁸.

Οι Stanton και Dunkel-Schetter (1991) υποστήριξαν ότι η υπογονιμότητα χαρακτηρίζεται από τις διαστάσεις εκείνες που προκαλούν συχνά στο άτομο περισσότερο στρες: το απρόβλεπτο της κατάστασης, η αρνητικότητα, η έλλειψη ελέγχου και η ασάφεια¹⁹. Έτσι η στειρότητα αποτελεί πηγή στρες εκτεταμένης χρονικής διάρκειας, η οποία υπερβαίνει τα όρια ελέγχου των ατόμων και συνεπάγεται αρνητικές επιπτώσεις, αντιδράσεις και αποτελέσματα, που είναι άγνωστα και απρόβλεπτα.

Η Menning²⁰ και άλλοι ερευνητές υποστήριξαν ότι η ψυχολογική ένταση που παρατηρείται σε αυτόν τον πληθυσμό είναι σε μεγάλο βαθμό συνέπεια της υπογονιμότητας και της θεραπείας της.

Υπάρχουν συναισθηματικές διακυμάνσεις όταν ακολουθείται κάποια θεραπεία υπογονιμότητας. Τα υπογόνιμα άτομα, και κατά συνέπεια, τα ζευγάρια, περνούν διάφορα συναισθηματικά στάδια, όπως, παραδείγματος χάριν, κλονισμό, άρνηση, θυμό, ενοχή, θλίψη και επίλυση προβλήματος²¹. Τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας περνούν τις φάσεις της εμπλοκής (αρχική συνειδητοποίηση, αντιμετώπιση μιας νέας πραγματικότητας), της εμπύθισης (εντατικοποιημένες προσπάθειες θεραπείας, αυξανόμενη συναισθηματική ένταση) και της απεμπλοκής (τερματισμός θεραπείας, αναζήτηση νέου στόχου)²². Τέλος, η υπογονιμότητα θεωρείται επίσης ότι ενέχει και τη «μετάβαση στη μη-γονεϊκότητα»²³.

Πολλές γυναίκες θεωρούν τη θεραπεία της υπογονιμότητας την πιο δυσάρεστη εμπειρία της ζωής τους, πιο οδυνηρή και από την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή από ένα διαζύγιο^{24,25}. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που ακολουθούν θεραπεία για υπογονιμότητα έχουν παρόμοιο, και συχνά υψηλότερο επίπεδο στρες, από ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν μια απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια, όπως ο καρκίνος και τα καρδιακά επεισόδια²⁶.

Οι δευτεύεις από την ιατρική θεραπεία (π.χ. προγραμματισμένη σεξουαλική επαφή), η επεμβατικότητα και η δυσχέρεια από την καθημερινή θεραπεία με ενέσεις, οι εξετάσεις αίματος, η πληροφόρηση για τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας, η αναμονή για τα αποτελέσματα διαφόρων σχετικών εξετάσεων προστίθενται στο «μόχθο» του ζευγαριού, επιφορτίζοντας το με στρες.

Παρόλο που η πλειονότητα των ασθενών δεν παρουσιάζει εμφανείς ψυχικές διαταραχές ως αποτέλεσμα της ακούσιας ατεκνίας, οι ερευνητές έχουν καταγράψει συμπτώματα στρες και κατάθλιψης^{27,24,28}. Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το άγχος και η μελαγχολία αυξάνονται κατά την ωορρηξία, μειώνονται κατά την εμβρυομεταφορά, για να αυξηθούν πάλι την ημέρα του τεστ εγκυμοσύνης¹⁷.

Επιπροσθέτως, μερικά από τα συμπτώματα που ίσως βιώνουν για μεγάλη χρονική περίοδο τα υπογόνιμα ζευγάρια περιλαμβάνουν έλλειψη ενδιαφέροντος για συνηθισμένες δραστηριότητες, υψηλά επίπεδα άγχους, δυσκολία συγκέντρωσης, αλλαγή στις συνήθειες ύπνου, στην όρεξη ή στο βάρος, συνεχείς εναλλαγές της διάθεσης ή συναισθηματικές ταλαντεύσεις, μόνιμη απορρόφηση στο πρόβλημα της υπογονιμότητας, ασυμφωνία στο γάμο και δυσκολία με τις προγραμματισμένες συνεντεύξεις (The American Society for Reproductive Medicine, 2002).

Το στρες που προκαλεί η υπογονιμότητα συνδέεται με διάφορους παράγοντες²⁵, όπως η προσωπική της στάση απέναντι στο πρόβλημα της υπογονιμότητας (αίσθηση απώλειας του ελέγχου, απώλεια της αυτο-εκτίμησης, λύπη που σχετίζεται με τη διάγνωση της υπογονιμότητας, ανασφάλεια για την επιτυχία της θεραπείας)²⁹, ζητήματα οικογενειακής προσαρμογής (εγγύτητα με το σύντροφο, υποστήριξη και συμπαράσταση συντρόφου, σχέσεις ανάμεσα στο ζευγάρι)²⁸, αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία^{28,30} κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία και τέλος, πίεση από την πατρική οικογένεια και την εργασία.

Όσον αφορά τις υπογόνιμες γυναίκες, η συμπεριφορά τους απέναντι στη θεραπεία της υπογονιμότητας, η σηματικότητα της απόκτησης ενός παιδιού, η ανάγκη για μητρότητα, οι κοινωνικές απαιτήσεις και τα επίπεδα της κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζουν την ένταση του στρες που βιώνουν³¹. Μάλιστα, οι κοινωνικές, σεξουαλικές και οικογενειακές πιέσεις που σχετίζονται με την υπογονιμότητα είναι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες για συναισθηματικές διαταραχές, κατάθλιψη ή συζυγική δυσπροσαρμογή, απ' ό,τι η ανάγκη και η προσδοκία της μητρότητας.

Επίσης, προβλήματα στην επικοινωνία και την επαφή μεταξύ των συζύγων, ώστε να μην μπορούν να μοιράζονται σκέψεις και να αποκτήσουν ενσυναίσθηση ο ένας για τα προβλήματα του άλλου, επιβαρύνουν την ψυχολογική πίεση που βιώνεται. Για παράδειγμα, ο σύζυγος μπορεί να αντιμετωπίζει το πρόβλημα αποφεύγοντας το ή με συναισθηματική αποστασιοποίηση και αυτοέλεγχο, ενώ η σύζυγος να επιθυμεί να συζητήσει το πρόβλημα και να εκφράσει τα συναισθήματά της.

Η συζυγική συνδιαλλαγή ορισμένες φορές φαντάζει άκαρπη λόγω των διαφορετικών στρατηγικών που χρησιμοποιούν οι άνδρες και οι γυναίκες κατά την αντιμετώπιση του προβλήματος της υπογονιμότητας. Στα υπογόνιμα ζευγάρια, οι άνδρες συνήθως αποστασιοποιούνται με γνωστικούς αντιπερισπασμούς, ελέγχουν τα συναισθήματά τους και αντιμετωπίζουν την υπογονιμότητα πρακτικά, ως πρόβλημα που χρειάζεται να λυθεί. Αντίθετα, οι γυναίκες είναι πιθανότερο να επιζητήσουν κοινωνική υποστήριξη και να καταφύγουν σε στρατηγικές φυγής/αποφυγής (προσδοκία,

ελπίδα, φαντασίωση, κοινωνική αποφυγή)¹⁹.

Ο Frank et al διαπίστωσαν ότι το στρες που προκαλείται από την υπογονιμότητα αυξάνει τις συζυγικές συγκρούσεις και μειώνει τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, την ικανοποίηση από την προσωπική σεξουαλική επίδοση και τη συχνότητα των σεξουαλικών επαφών³². Για πολλά υπογόνιμα ζευγάρια, η ευχάριστη εμπειρία της σεξουαλικής οικειότητας αλλάζει και η σεξουαλική επαφή γίνεται προγραμματισμένη, προβλέψιμη και καθόλου συναρπαστική. Παύει να είναι ένας τρόπος επικοινωνίας και οικειότητας και στοχεύει μόνο στην τεκνοποίηση.

Οι σεξουαλικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα άτομα είναι, συνήθως, αποτέλεσμα της προγραμματισμένης σεξουαλικής επαφής και της πίεσης για επίδοση «κατά παραγγελία». Πράγματι, η ιατρική συνταγή κατά τη θεραπεία (καμπύλη θερμοκρασίας, ελεγχόμενες επαφές, εξέταση μετά την επαφή κ.ά.) μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να κάνει το ζευγάρι να αισθανθεί υπεύθυνο, τις περισσότερες φορές όμως, βιώνεται από τα ζευγάρια ως εξαναγκασμός και ταπείνωση.

Συνοψίζοντας, το στρες που σχετίζεται με την ανικανότητα απόκτησης παιδιού συνδέεται με όψεις της οικογενειακής ζωής του ζευγαριού (στρες στο γάμο-οικογενειακές συγκρούσεις, οικειότητα και εγγύτητα με το σύντροφο, σεξουαλική πίεση-σεξουαλική αυτοεκτίμηση, συχνότητα επαφής, ικανοποίηση από τις ατομικές επιδόσεις, οικογενειακή πίεση, οικονομική πίεση) και με διαστάσεις που αφορούν στην ποιότητα ζωής και τις προσωπικές ανησυχίες του υπογόνιμου μέλους (αβεβαιότητα για την επιτυχία της θεραπείας, λύπη ως προς τη διάγνωση, αίσθημα απώλειας του ελέγχου, μείωση της αυτοεκτίμησης ή/και της αυτοαποτελεσματικότητας, μειωμένη εκτίμηση της ζωής ως σύνολο)³³.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετήσει τους παράγοντες που μπορούν συναισθηματικά να επιβαρύνουν τα ζευγάρια που έχουν διαγνωστεί ως υπογόνιμα και/ή αναζητούν θεραπεία για την υπογονιμότητα, εντείνοντας το στρες που βιώνουν.

Με την παρούσα μελέτη επιδιώξαμε να διερευνήσουμε:

- Το πως οι γυναίκες βιώνουν (σκέψεις, συναισθήματα, αντιλήψεις) το πρόβλημα της -υπογονιμότητας και την αναγκαιότητα αντιμετώπισής του.
- Την πρόκληση στρες στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας.
- Την επίδραση του στρες από τη γονιμότητα σε παράγοντες γάμου (σχέση με το σύντροφο, εγγύτητα, επικοινωνία).
- Την επίδραση του στρες από την υπογονιμότητα στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού.
- Τι σημασία έχει για την υπογόνιμη γυναίκα η ιατρική θεραπεία.

Υποθέτουμε συνεπώς ότι:

- Οι γυναίκες με διαγνωσμένο πρόβλημα υπογονιμότητας θα βιώνουν έντονο στρες ως αντίκτυπο του εν λόγω προβλήματος και της ιατρικής θεραπείας- τεχνολογία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.
- Το στρες από την υπογονιμότητα θα αυξάνει τις συζυγικές συγκρούσεις και θα μειώνει τη σεξουαλική αυτοεκτίμηση, την ικανοποίηση και τη συχνότητα της επαφής.
- Τέλος, το στρες από την υπογονιμότητα θα συνδέεται με μειωμένες εκτιμήσεις για την αυτοεικόνα, για το σχέδιο ζωής και την υγεία των υπογόνιμων ζευγαριών.

ΜΕΘΟΔΟΣ

ΔΕΙΓΜΑ

Προκειμένου να δοθούν απαντήσεις στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα συγκροτήσαμε δείγμα 67 Ελληνίδων γυναικών, που συμμετείχαν κατά τους μήνες Ιανουάριο έως και Μάιο του 2007 σε προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης σε τρεις Μονάδες Ιατρικής Αναπαραγωγής και σε ένα Σωματείο Αλληλοϋποστήριξης υπογόνιμων ζευγαριών.

Η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ήταν $X=35,90$ με τυπική απόκλιση $SD=3,802$ έτη. Οι απαντήσεις των συμμετεχουσών στη δημογραφική μεταβλητή «χρόνια γάμου» (ποσοτική μετεβλητή), ομαδοποιήθηκαν και προέκυψαν οι εξής κατηγορίες: Από τις 67 γυναίκες του δείγματος, οι 8 (11,9%) ήταν από 1 έως 4 χρόνια παντρεμένες, οι 31 (46,3%) ήταν από 5 έως 8 χρόνια, οι 21 (31,3%) μετρούσαν 9 έως 12 χρόνια γάμου, οι 6 (9%) από 13 έως 16 χρόνια και 1 γυναίκα (1,55%) είχε 18 χρόνια γάμου. Η δειγματοληψία διήρκεσε πέντε μήνες, από τον Ιανουάριο έως το Μάιο του 2006.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία:

- Ένα ερωτηματολόγιο, μετάφραση του σταθμισμένου στην Αγγλία ερωτηματολογίου Infertility Coping Test του Dr. Servera (2000). Το Infertility Coping Test (<http://www.drncil.com/indextwo.html>), επινοήθηκε για να προσμετρά συγκεκριμένες επιδράσεις της υπογονιμότητας σε τρεις κύριες διαστάσεις: αυτο-εκτίμηση, ενοχή/αυτο-κατηγορία και σεξουαλικότητα. Συγκεκριμένα, το τεστ περιέχει πέντε υποκλίμακες με 41 ερωτήσεις, που μετρούν προσωπική στάση στο πρόβλημα της υπογονιμότητας (ερωτήσεις 1 έως 10), σχέση με το σύντροφο (ερωτήσεις 11 έως 23),

κοινωνική απομόνωση από φίλους, οικογένεια ή συνεργάτες (ερωτήσεις 24 έως 31), σεξουαλική ζωή (ερωτήσεις 32 έως 37) και εγγύτητα με το σύντροφο (ερωτήσεις 38 έως 41).

Επιπλέον, στο τεστ προστέθηκαν δύο ερωτήσεις (25- «Νιώθω ότι η πατρική μου οικογένεια με στηρίζει στο πρόβλημα της υπογονιμότητας» και 33- «Η πατρική μου οικογένεια γνωρίζει για το πρόβλημα της υπογονιμότητας»), που αφορούν την υποστήριξη από την πατρική οικογένεια.

Οι συμμετέχοντες απαντούν επιλέγοντας είτε ΣΩΣΤΟ είτε ΛΑΘΟΣ στις ερωτήσεις του τεστ.

Το Infertility Coping Test, σε συνδυασμό με ένα σταθμισμένο ψυχομετρικό εργαλείο μέτρησης της ψυχολογικής πίεσης, φαίνεται να προσφέρει μια απλή μέθοδο για να υπολογιστεί ή συναισθηματική φόρτιση που συνδέεται με την υπογονιμότητα.

- Το Personal Strain Questionnaire (PSQ) του Osipow & Spokane (1987), το οποίο επικεντρώνεται σε συμπτώματα στρες. Περιέχει τέσσερις υποκλίμακες με 22 προτάσεις συνολικά (εργασιακή πίεση, ψυχολογική πίεση, διαπροσωπική πίεση και σωματική πίεση). Οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας 4βάθμιας κλίμακας τύπου Likert, η οποία κυμαίνεται από Διαφωνώ απόλυτα (1) έως Συμφωνώ απόλυτα (4). Ο δείκτης αξιοπιστίας για το Personal Strain Questionnaire (PSQ) είναι ικανοποιητικός ($\alpha = 0,88$).
- Κλίμακα Δημογραφικών Μεταβλητών. Σε αυτήν την κλίμακα οι συμμετέχουσες δήλωναν τα εξής: την ηλικία τους (αριθμητικά), το επάγγελμα τους, τα χρόνια γάμου (αριθμητικά) και τον αριθμό των προσαπειών εξωσωματικής γονιμοποίησης (αριθμητικά).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ο τρόπος χορήγησης ήταν κοινός σε όλες τις γυναίκες, μετά από σύμφωνη γνώμη των ιδίων και έγκριση της διοίκησης των φορέων. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στο χώρο του σωματείου, του μαιευτηρίου ή των εργαστηρίων, ανεξάρτητα από το στάδιο της εξωσωματικής γονιμοποίησης που βρισκόταν οι γυναίκες, με κύρια προϋπόθεση όμως, να έχουν προβεί στο πρώτο στάδιο (ωοληψία).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά στην κύρια μεταβλητή της έρευνας, ο μέσος όρος στρες των συμμετεχουσών ήταν $X=45,13$ με τυπική απόκλιση $SD=10,02$. Στο ελληνικό-πilotικό δείγμα στάθμισης του Personal Strain Questionnaire (M. Γαλανάκης & Α. Σταλάκας, 2006), ο μέσος όρος στρες ήταν $X=39,84$ με τυπική απόκλιση $SD=12,12$. Για να διαπιστώσουμε αν η παραπάνω διαφορά στους μέσους όρους είναι στατιστικά σημαντική πραγματοποιήσαμε One sample T-test. Βρέθηκε σημαντική διαφορά στους μέσους όρους στρες, με τις υπογόνιμες γυναίκες να δηλώνουν περισσότερο στρεσαρισμένες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό [$t(61) = 4,155, p = 0,000$].

Η πλειονότητα των γυναικών του δείγματος δηλώνουν, σε υψηλότερο βαθμό-επιλέγοντας 3 ή 4 στην κλίμακα, ότι νιώθουν αδικαιολόγητη κόπωση (86,4%), χάνουν εύκολα την ψυχραιμία τους (82,1%), δυσκολεύονται να σηκωθούν το πρωί από το κρεβάτι (67,5%), εκδηλώνουν πονοκεφάλους (67,2%), διαταραχές ύπνου (65,2%), και εν κατακλείδι, ότι βιώνουν έντονο στρες (86,6%).

Πραγματοποιήσαμε γραμμική διμεταβλητή συσχέτιση, με το συντελεστή Pearson r , των δημογραφικών μεταβλητών με το στρες. Βρέθηκε, ότι το στρες σχετίζεται θετικά με τον αριθμό προσαπειών εξωσωματικής γονιμοποίησης ($r=0,363, p=0,004$). Αντίθετα, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών στρες και της ηλικίας των γυναικών ($p=0,267$), ούτε μεταξύ του στρες και της διάρκειας γάμου ($p=0,774$).

Για να ελέγξουμε αν υπάρχουν διαφορές στις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια σειρά εξωσωματικών γονιμοποιήσεων (από μια προσπάθεια έως πέντε και άνω) αναφορικά με το βαθμό βίωσης στρες, πραγματοποιήσαμε απλή ανάλυση διασποράς (one way ANOVA).

Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά [$F(4, 56)=3,329, p=0,016$]. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη μέθοδο Bonferroni, η διαφορά εμφανίζεται μεταξύ της μιας προσπάθειας και των τριών εξωσωματικής γονιμοποίησης, με τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε τρεις προσπάθειες να βιώνουν περισσότερο στρες ($X= 49,25$) σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν δοκιμάσει μια φορά ($X= 38,92$).

Το ερωτηματολόγιο της υπογονιμότητας (Infertility Coping Test), χωρίζεται σε 5 «σπονδυλωτά» μέρη-προσωπική στάση στο πρόβλημα της υπογονιμότητας, σχέση με το σύντροφο, κοινωνική απομόνωση από φίλους, οικογένεια ή συνεργάτες, σεξουαλική ζωή και εγγύτητα με το σύντροφο, με την έννοια ότι καθένα από αυτά αφορά άμεσα κάποια συγκεκριμένη διάσταση του φαινομένου της υπογονιμότητας.

Έτσι, στα ερωτήματα που απαρτίζουν την κάθε θεματική ενότητα εφαρμόσαμε μια συγκεκριμένη στατιστική επεξεργασία-παραγοντική ανάλυση σε κύριες συνιστώσες με ορθογώνια περιστροφή Varimax, χάρη στην οποία προκύπτουν ορισμένες ομαδοποιήσεις ερωτημάτων, τις οποίες αποκαλούμε παράγοντες και συγκροτούν μια νοηματική ενότητα.

Συγκεκριμένα, ως προς την προσωπική στάση στο πρόβλημα της υπογονιμότητας, η στατιστική επεξεργασία των σχετικών πρωτογενών δεδομένων μας παρήγαγε τέσσερις παράγοντες: αισθήματα ανεπάρκειας, αυτοενοχοποίηση, ψυχική κατάπτωση και αντιλήψεις των γυναικών για την υπογονιμότητα.

Ως προς τη σχέση με το σύντροφο, η στατιστική επεξεργασία των σχετικών πρωτογενών δεδομένων μας παρήγαγε τέσσερις παράγοντες: σχέση μεταξύ των συντρόφων, εγγύτητα με το σύντροφο, έγγαμος βίος και ενδοσυζυγική επικοινωνία.

Ως προς την κοινωνική απομόνωση από φίλους, η στατιστική επεξεργασία των σχετικών πρωτογενών δεδομένων μας παρήγαγε δυο παράγοντες: κοινωνική απομόνωση και αισθήματα ενδοστρέφειας.

Ως προς την εγγύτητα, η στατιστική επεξεργασία των σχετικών πρωτογενών δεδομένων μας παρήγαγε δυο παράγοντες: ιατρική θεραπεία και δίκτυα υποστήριξης.

Τέλος, ως προς τη σεξουαλική ζωή, η στατιστική επεξεργασία των σχετικών πρωτογενών δεδομένων μας παρήγαγε δυο παράγοντες: σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού και συναισθηματικό δέσιμο με το σύντροφο.

Για να ελέγξουμε αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στη μεταβλητή στρες και στους παραπάνω παράγοντες πραγματοποιήσαμε γραμμική διμεταβλητή συσχέτιση, με το συντελεστή Pearson r .

Βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής στρες με τις σχέσεις ανάμεσα στο ζευγάρι ($r=-0.499$, $p=0.000$), με την επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων ($r=0.478$, $p=0.000$), με τη σεξουαλική ζωή του υπογόνιμου ζευγαριού ($r=0.411$, $p=0.001$) με την τάση των υπογόνιμων γυναικών να απομακρύνονται από φίλους και να περιορίζουν την επαφή τους με την οικογένεια ($r=0.473$, $p=0.000$), να κλείνεται στον εαυτό τους και να θεωρούν τους εαυτούς τους ανεπαρκείς, αν δεν αποκτήσουν ένα παιδί ($r=0.366$, $p=0.005$).

Τέλος, μια στατιστικά σημαντική, αλλά ασθενής ($r=0.243$) σε ένταση, συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της μεταβλητής στρες και της αυτοενοχοποίησης. Έτσι όσο οι γυναίκες ενοχοποιούν τον εαυτό τους, επωμίζοντας το βάρος για το πρόβλημα της υπογονιμότητας που αντιμετωπίζουν, τόσο περισσότερο στρες θα βιώνουν.

Οι υπόλοιποι παράγοντες που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία (factor analysis) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητή στρες.

Επίσης, προκειμένου να εξετάσουμε αν υπάρχει διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των γυναικών που δηλώνουν ότι βιώνουν στρες σε χαμηλά επίπεδα και σε αυτές που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στρες ως προς τους παραπάνω παράγοντες, πραγματοποιήσαμε T-Test για δυο ανεξάρτητα δείγματα (Two independent samples T-Test). Η διάκριση των υποκειμένων ως προς τα επίπεδα του στρες, η κατηγοριοποίηση τους δηλαδή σε υψηλό και χαμηλό στρες, έγινε με βάση τη διάμεσο (median=43).

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις γυναίκες που εμφανίζουν χαμηλά και υψηλά επίπεδα στρες ως προς τον παράγοντα-σκέψεις για την υπογονιμότητα [$t(59)=1,569$, $p=0.002$], με τις πιο στρεσορρισιμένες γυναίκες να θεωρούν ότι το να αποκτήσουν ένα παιδί είναι το πιο σημαντικό για αυτές και να ντρέπονται για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν περισσότερο από τις γυναίκες που εμφανίζουν ήπια επίπεδα στρες.

Διαφορές παρουσιάστηκαν επίσης ως προς τον παράγοντα εγγύτητα με το σύντροφο μεταξύ των δυο επιπέδων στρες [$t(58)=-1,848$, $p=0.047$], με τις γυναίκες που βιώνουν χαμηλά επίπεδα στρες να θεωρούν το σύντροφό τους πιο πρόθυμο να τους συμπαρασταθεί στο πρόβλημα της υπογονιμότητας και πιο διαθέσιμο, σε σχέση με τις γυναίκες που βιώνουν έντονο στρες.

Συμπληρωματικά, ως προς τον παράγοντα επικοινωνία μεταξύ του ζευγαριού, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές [$t(58)=-1,573$, $p=0.000$] μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων στρες που βιώνουν οι γυναίκες, με τις πιο στρεσορρισιμένες γυναίκες να θεωρούν πιο δύσκολο να επικοινωνήσουν σκέψεις και συναισθήματα στο σύζυγό τους, σε σχέση με τις γυναίκες που εμφανίζουν ήπιο στρες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη επιχειρήσει να διερευνήσει τους παράγοντες που μπορούν συναισθηματικά να επιβαρύνουν τις υπογόνιμες γυναίκες, επιφορτίζοντάς τις με στρες, καθώς και τις διαφοροποιημένες αντιλήψεις ως προς το πρόβλημα της υπογονιμότητας και της θεραπείας της μεταξύ των γυναικών που εμφανίζουν είτε μειωμένα, είτε αυξημένα επίπεδα στρες. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θεωρούνται ενδεικτικά για το συγκεκριμένο δείγμα, και συνάδουν με προηγούμενες έρευνες που αποδεικνύουν ότι η υπογονιμότητα μπορεί να προκαλέσει μεγάλη συναισθηματική αναταραχή^{11,34,17,35,15,10}.

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες του δείγματος φαίνεται να βιώνουν έντονο στρες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, που συχνά σωματοποιείται. Ευρήματα, σε ελληνικό πληθυσμό, δείχνουν ότι οι γυναίκες που ακολουθούν τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, κυρίως κατά τα τελευταία στάδια της θεραπείας, αισθάνονται νευρικότητα, κατάθλιψη, εσωστρέφεια, συχνές αλλαγές στη διάθεση, στο βάρος, στην όρεξη ή στις συνήθειες ύπνου, ντροπή και ενοχή, αφού κατηγορούν τον εαυτό τους για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν (Κανελλοπούλου, 2006). Επιπλέον

παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης, άγχος⁹, γνωστικά ελλείματα, εχθρικότητα, και μειωμένη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους συντρόφους τους¹¹.

Έρευνες αναφέρουν ότι το στάδιο της διαδικασίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης που ακολουθεί μετά τη μεταφορά και την εμφύτευση των εμβρύων και πριν το τεστ εγκυμοσύνης, είναι εκείνο κατά το οποίο οι ασθενείς δηλώνουν ότι νιώθουν περισσότερο άγχος και απομόνωση³⁴, επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη³⁵ και στρες¹⁶.

Βρέθηκε επίσης ότι το στρες σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των εξωσωματικών γονιμοποιήσεων που έχει επιχειρήσει το ζευγάρι, αλλά δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του στρες και άλλων μεταβλητών όπως η ηλικία ή τα χρόνια γάμου. Πράγματι, ο Kee et al (2000) υποστήριξαν ότι για τις γυναίκες αλλά και τους άνδρες με θέματα υπογονιμότητας, το στρες σχετίζεται με το κόστος της ιατρικής θεραπείας και τον αριθμό των τεστ στα οποία υποβάλλονται, και δε σχετίζεται με την ηλικία, τα χρόνια γάμου ή τα χρόνια που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας³⁶.

Φαίνεται λοιπόν πως το στρες εντείνεται όσο περισσότερο οι γυναίκες υποβάλλονται σε πολλαπλές προσπάθειες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, και μάλιστα, στην εν λόγω μελέτη, οι γυναίκες που συμμετέχουν σε ένα πρώτο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι λιγότερο στρεσορριζμένες από τις γυναίκες που έχουν υποστηρίξει τρεις φορές. Ωστόσο, σε άλλη έρευνα υποστηρίζεται ότι οι «βετεράνοι» υπογόνιμοι ασθενείς είναι πιο καταθλιπτικοί σε σχέση με τους «αρχάριους», αλλά όχι πιο αγχωμένοι³⁷. Τέλος ο Newton et al αναφέρουν ότι μετά από ένα αποτυχημένο κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης, το ζευγάρι νιώθει αυξημένα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, και ότι οι γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά είναι πιο επιρρεπείς στο στρες λόγω αποτυχίας³⁸.

Η δυναμική της υπογονιμότητας συνδέεται με ποικίλες πτυχές της ζωής των γυναικών και του ζευγαριού³⁸. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το στρες από την υπογονιμότητα συνδέεται με την αυτοενοχοποίηση, την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού που αντιμετωπίζει προβλήματα υπογονιμότητας, με την ενδοσυζυγική επικοινωνία, με την κοινωνική απομόνωση ή τη στροφή προς τον εαυτό ακόμα και με τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού.

Συγκεκριμένα, τα στοιχεία δείχνουν ότι, καθώς εμφανίζονται τα προβλήματα υπογονιμότητας, οι γυναίκες είναι αυτές που ανησυχούν περισσότερο, κατηγορούν τον εαυτό τους και αναλαμβάνουν πιο ενεργά την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων³¹. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι τα αισθήματα αυτοενοχοποίησης συνδέονται με το στρες, και μάλιστα όσο περισσότερο οι υπογόνιμες γυναίκες αποδίδουν τα αίτια του προβλήματος στον εαυτό τους, τόσο θα αυξάνονται τα επίπεδα στρες.

Η διάγνωση της υπογονιμότητας μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σχέση του ζευγαριού στο γάμο τους, εντείνοντας το στρες που βιώνουν. Ως ομάδα τα υπογόνιμα ζευγάρια αναφέρουν φυσιολογικά επίπεδα συζυγικής σχέσης^{24,38,39}, ωστόσο ορισμένα ζευγάρια παραπονούνται για επιδείνωση της συζυγικής λειτουργίας⁴⁰. Αντίθετα, άλλοι δήλωσαν ότι η κρίση της υπογονιμότητας βελτίωσε τη συζυγική επικοινωνία και, κατά συνέπεια, και τη συναισθηματική επαφή⁴¹. Παρ' όλα αυτά, η παρατεταμένη θεραπεία της υπογονιμότητας μπορεί να προκαλέσει χρόνια ένταση στη σχέση του ζευγαριού.

Φαίνεται λοιπόν για τις γυναίκες του δείγματος ότι όσο λιγότερο υποστηρικτική θεωρούν τη σχέση τους με το σύντροφό τους, προσαρμόζονται τον ως απόμακρο ή ότι δεν τους συμπαράστέκεται στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, τόσο υψηλότερο στρες θα βιώνουν. Τομείς της σχέσης στους οποίους έχει αντίκτυπο το στρες από την υπογονιμότητα είναι η συναισθηματική επικοινωνία, η επικοινωνία γύρω από την επίλυση προβλημάτων, η ικανοποίηση από τη συντροφικότητα, ο χρόνος συνύπαρξης και η διαφωνία στα οικονομικά. Αποτελέσματα άλλων ερευνών έδειξαν επίσης μείωση της συζυγικής ικανοποίησης μετά τη διάγνωση, αλλά η ικανοποίηση από το γάμο παραμένει αναλλοίωτη⁴².

Χαρακτηριστικά, το 97% των γυναικών του δείγματος αναφέρουν ότι «Ο γάμος μας θα συνεχιστεί παρόλα τα προβλήματα υπογονιμότητας», το 16,4% ότι «Τα προβλήματα υπογονιμότητας έχουν βλάψει το γάμο μου» και το 26,9% ότι «Ο γάμος μας έχει γίνει δευτερεύον, από τη στιγμή που μάθαμε για το πρόβλημα της υπογονιμότητας». Τα ευρήματα συνάδουν με έρευνα σε 165 υπογόνιμα ζευγάρια κατά τη διάρκεια θεραπείας 18 μηνών, που δείχνει ότι οι γυναίκες, οι οποίες δε μπορούσαν να συλλάβουν, ανέφεραν ότι η ικανοποίηση από το γάμο παρέμενε σε φυσιολογικά επίπεδα⁴³.

Ένας άλλος παράγοντας που επιφορτίζει με στρες τις υπογόνιμες γυναίκες είναι η αποκοπή που νιώθουν από τα δίκτυα υποστήριξης, όπως η πατρική οικογένεια, οι συγγενείς και οι φίλοι. Οι γυναίκες που μειώνουν τις επαφές τους με φίλους και νιώθουν ότι απομακρύνονται από την πατρική οικογένεια θα βιώνουν αναλογικά περισσότερο στρες. Ακολούθως, κλείνονται περισσότερο στον εαυτό τους και ίσως δεν επικοινωνούν το πρόβλημα της υπογονιμότητας με τους οικείους τους, επιλέγοντας μια μυστικότητα. Το 80,6% του δείγματος δηλώνει ότι «διστάζω να μιλήσω για το πρόβλημα αυτό σε άλλους ανθρώπους», αλλά το 92,5% αναφέρει ότι η πατρική οικογένεια είναι ενήμερη και ότι στηρίζει το ζευγάρι στο πρόβλημα της υπογονιμότητας (95,5%).

Ωστόσο, για τις υπογόνιμες γυναίκες που ακολουθούν κάποια ιατρική θεραπεία είναι σημαντικό να νιώθουν ένα ενισχυτικό περιβάλλον. Συνήθως κάνουν εκτεταμένη χρήση των κοινωνικών δικτύων υποστήριξης κατά τη

διάρκεια της περιόδου αναμονής-μετά την εμβρυομεταφορά, και σε αντίθεση με τους συντρόφους τους αναζητούν συμβουλευτική βοήθεια⁴⁴. Επίσης, οι γυναίκες που μπορεί να μην αισθάνονται ότι έχουν πηγές στήριξης στο πλησίον περιβάλλον τους, ίσως χρειάζονται την υποστήριξη του προσωπικού της κλινικής για να καλύψουν αυτή την ανάγκη¹⁷.

Τέλος βρέθηκε ότι το στρες των γυναικών σχετίζεται με δυσλειτουργίες στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού. Στη δεκαετία του 1970, ο Walker ήταν από τους πρώτους που υποστήριξαν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να είναι αποτέλεσμα των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών, όπως η κατά παραγγελία σεξουαλική επαφή⁴⁵. Ο Huhner διεύρυνε αυτή την άποψη λέγοντας ότι τα σεξουαλικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών οφείλονται στην προγραμματισμένη σεξουαλική επαφή, στις παρατεταμένες και επώδυνες εξετάσεις, στο έντονο στρες και στο γεγονός ότι ένα εντελώς προσωπικό θέμα, όπως η σεξουαλικότητα, περνούσε στον έλεγχο του γιατρού⁴⁶.

Στο παρόν δείγμα, το 73,1% των γυναικών αναφέρει ότι «το πρόβλημα της υπογονιμότητας έχει στερήσει από την ερωτική επαφή την ευχαρίστηση και την απόλαυση», το 52,2% δηλώνει ότι «Από τη στιγμή που άρχισε το πρόβλημα της υπογονιμότητας, έχω λιγότερο ενδιαφέρον για τη σεξουαλική επαφή», και το 55,2% ότι «Παρευρισκόμαστε σεξουαλικά για να αποκτήσουμε ένα μωρό». Σε μια μελέτη, η οποία συνέκρινε γόνιμα και υπογόνιμα ζευγάρια, διαπιστώθηκε ότι οι υπογόνιμες γυναίκες ανέφεραν σημαντικά λιγότερη ικανοποίηση από τις σεξουαλικές τους σχέσεις σε σύγκριση με τις γόνιμες γυναίκες. Σε μια παρόμοια συλλογή δεδομένων, 22% των γυναικών δήλωσε ότι αντιμετώπιζε δυσκολίες ή ότι δεν ήταν ικανοποιημένο με τη σεξουαλική σχέση του⁴⁷.

Όσον αφορά τις διαφοροποιημένες στάσεις των γυναικών που εμφανίζουν υψηλό ή χαμηλό στρες από την υπογονιμότητα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες της παρούσας μελέτης που δηλώνουν υψηλά επίπεδα στρες παρουσιάζονται να θεωρούν την απόκτηση ενός παιδιού ως το πιο σημαντικό πράγμα στη ζωή τους και να αισθάνονται ντροπή που δεν το επιτυγχάνουν σε σχέση με αυτές που έχουν χαμηλό στρες. Έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, περιγράφουν ότι έχουν αποτύχει στο ρόλο τους και ότι έχει μειωθεί η αυτοεκτίμησή τους⁴¹. Επίσης έχουν την τάση να αναλαμβάνουν την ευθύνη ακόμα και στις περιπτώσεις ανεξήγητης στειρότητας. Συνεπώς, ανεξάρτητα από τους άλλους κυρίαρχους στόχους και προσδοκίες, το κοινωνικό μήνυμα είναι σαφές: η μητρότητα είναι πρωταρχική δουλειά στη ζωή μιας γυναίκας.

Όσες από τις γυναίκες βιώνουν ήπια επίπεδα στρες θεωρούν το σύντροφό τους πιο πρόθυμο και διαθέσιμο να τις στηρίξει στο πρόβλημα της υπογονιμότητας και πιο συνεργάσιμο κατά τη θεραπεία, σε σχέση με τις πιο στρεσορριζόμενες γυναίκες. Έτσι εκείνες μπορεί να νιώθουν οργισμένες, απομονωμένες, να αισθάνονται ότι δεν αγαπιούνται ή ότι είναι βάρος στη σχέση.

Το 73,3% των γυναικών του δείγματος με υψηλά επίπεδα στρες αναφέρει ότι «Νιώθω ότι ο σύντροφός μου δεν καταλαβαίνει πως το πρόβλημα της υπογονιμότητας με έχει επηρεάσει», το 43,2% ότι «Από τη στιγμή που μάθαμε για το πρόβλημα της υπογονιμότητας, νιώθω το σύντροφό μου απόμακρο και μη διαθέσιμο σε μένα» και το 43,2% «Έχω πρόβλημα να μοιραστώ τις σκέψεις και τα συναισθήματά μου για την υπογονιμότητα με το σύντροφό μου». Ακόμα παραπονιούνται ότι ο σύντροφός τους δεν ακούει ή δεν ανοίγεται σε θέματα που αφορούν την υπογονιμότητα. Οι γυναίκες ίσως να κατηγορούν το σύζυγό τους ότι δεν έχει επενδύσει αρκετά στη θεραπεία και ότι σωματικά ή συναισθηματικά προσλαμβάνεται ως απών από αυτές⁴⁹.

Αυτός ο τύπος συμπεριφοράς, κατά τον οποίο η γυναίκα, ως «αναζητών», προσπαθεί να συζητήσει το πρόβλημα, καταφεύγοντας συχνά στην καταπίεση και στην απαίτηση, ενώ ο σύζυγος («ο απόμακρος») προσπαθεί να αποφύγει τη συζήτηση, έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένας ιδιαίτερα καταστροφικός τύπος συζυγικής συνδιαλλαγής⁴⁸.

Μάλιστα, στην παρούσα έρευνα οι γυναίκες που εμφανίζουν υψηλό στρες, αναφέρουν περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας με τους συντρόφους τους σε σχέση με τις γυναίκες με χαμηλό στρες. Για παράδειγμα, κάποιες φορές το ζευγάρι αντιμετωπίζει πρόβλημα στο να αποφασίσει ποια τεχνική υποβοηθούμενης αναπαραγωγής να δοκιμάσει: υιοθεσία, δωρεά γαμετών, υψηλής τεχνολογίας θεραπείες κ.ά. Αν δοκιμαστούν ανεπιτυχώς διάφορες θεραπείες, το ζευγάρι θα πρέπει επίσης να συμφωνήσει σε ποιο σημείο να σταματήσει. Άλλα ερωτήματα που πρέπει να συζητηθούν είναι «Κατά πόσο θα πρέπει να ενημερώνονται οι γονείς του υπογόνιμου ζευγαριού για το πρόβλημα», «Αν θα έπρεπε κάποιος εκτός του ζευγαριού να γνωρίζει για την χρήση της τεχνολογίας της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» και μελλοντικά «Αν θα πρέπει να ειπωθεί στο παιδί για τη δωρεά γαμετών». Αν και δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση στα παραπάνω ερωτήματα, ωστόσο προσθέτουν στρες και ένταση στη σχέση του ζευγαριού.

Τα παραπάνω συμπεράσματα είναι αποκαλυπτικά της δυναμικής των θεμάτων της γυναικείας υπογονιμότητας και του τρόπου πρόσληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος από τα πάσχοντα άτομα. Επιπλέον συμβάλλουν στην κατανόηση της συναισθηματικής αναστάτωσης και της ψυχολογικής πίεσης που συνδέεται με την υπογονιμότητα και τη θεραπεία της.

Ωστόσο γίνονται αποδεκτά με μια επιφύλαξη, εφόσον αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα, το μέγεθος του οποίου δεν είναι απόλυτα ικανοποιητικό. Επίσης, ο χώρος διεξαγωγής της έρευνας, σε μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή σε συμβουλευτικά κέντρα υποστήριξης ζευγαριών, και οι συνθήκες διεξαγωγής της-χορήγηση των ερωτηματολογίων πριν ή μετά το προγραμματισμένο ραντεβού, ίσως λειτούργησαν παρασιτικά, προκαλώντας διακύμανση σφάλματος και αλλοιώνοντας την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Ακόμη μεθοδολογικός έωλος, μπορεί να χαρακτηριστεί η μη χρήση ομάδας ελέγχου, ώστε οι όποιες διαφορές επισημαίνονται να μπορέσουν να αποδοθούν στις ιδιαιτερότητες του εν λόγω δείγματος- υπογόνιμες γυναίκες. Γι' αυτό ίσως συνίσταται στους μελλοντικούς ερευνητές η επιλογή σχεδίων συζευγμένων δειγμάτων, για αύξηση της ισχύος των στατιστικών αναλύσεων. Τέλος, ένα άλλο σφάλμα μπορεί να εντοπιστεί στη μη κατηγοριοποίηση του δείγματος των γυναικών ανάλογα με το στάδιο εξωσωματικής γονιμοποίησης που βρίσκονταν, ωστόσο ένα τέτοιο εγχείρημα, δεδομένου του μικρού αριθμού του δείγματος θα δυσκόλευε την επιλογή των μετέπειτα στατιστικών αναλύσεων.

Τελειώνοντας, επισημαίνουμε ότι η μελέτη αυτή εγείρει διάφορα ερωτήματα προς διερεύνηση. Το στρες από την υπογονιμότητα τελειώνει με την επιτυχή έκβαση της τεχνολογίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής; Ποια είναι τα συναισθήματα των γυναικών που δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν τη διαδικασία και να επιτύχουν κύηση; Πως βιώνεται η περίοδος της λοχείας από τις γυναίκες που είχαν «διαγνωστεί» ως υπογόνιμες; Ποιος είναι ο δεσμός του ζευγαριού με το παιδί που γεννιέται με την τεχνική της εξωσωματικής γονιμοποίησης;

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η υπογονιμότητα είναι ένα γόνιμο πεδίο για περαιτέρω προβληματισμό και έρευνα. Τα πορίσματα της έρευνας αυτής μπορούν να αξιοποιηθούν στην παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από τα κέντρα εξωσωματικής γονιμοποίησης και ιατρικής αναπαραγωγής, διευκολύνοντας τα υπογόνιμα ζευγάρια να περάσουν πιο ομαλά από τις «συμπληγάδες της υπογονιμότητας».

SUMMARY

Purpose: Infertility is often considered to be one of the most debilitating crises in the life of a couple and a major source of psychological stress. The purpose of the present study is to examine the psychological profile of infertility in a sample of Greek women. The basic questions of the study centered around how women perceive the problem of infertility (thoughts, emotions, perceptions) and the necessity of addressing it, the degree of related stress and its impact on their marriage (relationship with husband, psychological closeness, communication), the impact of stress on the sexual life of the couple as well as the importance of the medical intervention for the infertile woman.

Material-Method: The sample consisted of 67 women, recruited from infertility centers, who were at the time being treated for infertility with in vitro fertilization (IVF). The examiners were present when the women answered the following questionnaires: Personal Strain Questionnaire, Infertility Questionnaire and the Scale of Demographic Information.

Results: The present study indicated that women treated for infertility suffer stress as a result. Furthermore, it was found that the psychological stress is related to feelings of guilt for the present problem, to the quality of the relationship with their husband, their communication, the degree of social isolation and with their sexual life. There was a difference in the attitude of women feeling higher or lower degrees of stress toward infertility, with the more stressed women blaming themselves and reporting less satisfaction from their marital relationship and communication with their husband.

Discussion: The results of the present study describe a Greek sample of infertile women and coincide with those from European and American studies showing that infertility may cause great emotional turmoil, significant amount of stress and problems in the areas of communication and sexual life of the couple.

Key Words: female infertility, stress, quality of relationship.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Appleton T. *Counseling, care in infertility: The ethic of care. British Medical Bulletin* 1990; 46:842-849.
2. Erickson E. *Childhood and society. New York: Norton, 1950.*
3. Bibring G. *Some consideration of the psychological processes in pregnancy. Psychoanalytic Study of the Child, 1959; 14:113- 121.*
4. Benedek T. *Parenthood as a developmental phase. Journal of the American Psychoanalytic Association, 7, 389-417.*
5. Α. Χ. Καλογερόπουλος. *Υπογονιμότητα στη γυναίκα. Ανθρώπινη αναπαραγωγή. Θεσσαλονίκη, 1997, 40-50.*
6. Τ. Γ. Λαϊνάς. *Επιδημιολογία και διαγνωστική προσέγγιση του υπογόνιμου ζευγαριού. Μονάδα Μελέτης και Θεραπείας της Υπογονιμότητας. Αθήνα: Ιατρική Έρευνα Α.Ε., 2002.*
7. Pfeffer N & Woollett A. *The experience of infertility. London: Vigaro, 1983.*
8. Brkovichand AM, Fisher WA. *Psychological distress and infertility: forty years of research. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 1998; 4:218-228.*

9. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. *Human Reproduction*, 1999; 1:255-261.
10. Kowalcek I, Wihstutz N, Buhrow G, and Diedrich K. Subjective well-being in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2001; 3:143-8.
11. Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility* 1999; 1:100-108.
12. Laffont I, Edelmann RJ. Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1994; 2:85-92.
13. Verhaak CM, Smeenk JM, Eugster A, van Minnen A, Kremer JA, Kraaimaat FW. Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Ceska Gynekology* 2001; 4:264-269.
14. Koryntova D, Sibrtova K, Klouckova E, Cepicky P, Rezabek K, Zivny J. Effect of psychological factors on success of in vitro fertilization. *Ceska Gynekology* 2001; 4:264-9.
15. Csemiczky G, Landgren BM, Collins A. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2000; 2:113-8.
16. Hammarberg K, Astbury J, Baker H. Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction* 2001; 16:374-83.
17. Boivin J, Takefman JE. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction* 1996; 4:903-907.
18. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transaction between person and environment. *Perspective in Interactional Psychology*, 1978.
19. 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: Plenum, 1998, 87-108.
20. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility* 1980; 34:313-319.
21. Menning BE. The infertile couple: A plea for advocacy. *Child Welfare* 1975; 4:454-461.
22. Blenner JL. Passage through infertility: A stage theory. *Journal of Nursing Scholarship* 1990; 22:153-155.
23. Appleton T. Counseling, care in infertility: The ethic of care. *British Medical Bulletin* 1990; 46:842-849.
24. Freeman E, Boxer A, Ricketts K, et al. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility* 1985; 43:48-53.
25. Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer* 1987; 4:232-236.
26. Bassin D. Woman's shifting sense of self- the impact of reproductive technology. In: Offerman- Zuckerberg, J., ed. *Gender in Transition: A Few Frontier*. New York: Plenum, 1989, 191-202.
27. Mazure CM, DeCherney AH. Two methodological issues in the psychological study of in vitro fertilization/ embryo transfer participants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1988; 9:17-21.
28. Baram D, Tourelot E, Muechler E, et al. Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1988; 9:181-190.
29. Micioni G, Jeker L, Zeeb M, et al. Doubtful and negative psychological indications for AID: A study of 835 couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1987; 6:89-99.
30. Downey J, Yingling S, McKinney M. Mood disorders, psychiatric Symptoms and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertility and Sterility* 1989; 52:425-32.
31. Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA. Psychological assessment and follow up after in vitro fertilization assessing the impact failure. *Fertility and Sterility* 1990; 54:879-86.
32. Frank MA, Abbey AL, Halman J. Stress from Infertility, Marriage Factors, and Subjective Well-being of Wives and Husbands. *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 6:238-253.
33. Rubenstein BB. An emotional factor in infertility: A psychosomatic approach., *Fertility and Sterility* 1951; 2:80-6.
34. Goacher L. In vitro fertilisation: a study of clients waiting for pregnancy test results. *Nursing Standard Journal* 1995; 10:31-34.
35. Yong P, Martin C, Thong J. A comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2000; 10:553-556.
36. Kee BS, Jung BJ, Lee SH. A study on psychological strain in IVF patients. *Assistant Reproduction Genetics* 2000; 8:445-8.
37. Thiering P, Beaurepaire J, Jones M, Saunders D, Tennant C. Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/ embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1993; 5:481- 491.
38. Newton CR, Houle M. Gender differences in psychological response to infertility treatment. *Infertility Report in Medical Clinics* 1993; 4:545-558.
39. Berg BJ, Wilson JF. Psychiatric morbidity in the infertile population: A reconceptualization. *Fertility and Sterility* 1990; 53:654-661.
40. Leiblum S, Kemmann E, Lane MK. Psychological concomitants of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1987; 6:165-178.
41. Greil AL, Leitko TA, Porter KL. Infertility: His and her. *Gender and Society* 1958; 2:172-199.
42. Takefman J, Brender W, Boivin J, et al. Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1990; 11:275-290.
43. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1990; 18:273-284.
44. McCartney C, Wada CY. Gender differences in counseling needs during infertility treatment. In: Scotland NL, eds. *Psychiatric Aspects of New Reproductive Technologies*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, 141-54.
45. Walker HE. Psychiatric aspects of infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1978; 5:481-488.
46. Huhner M. *Sterility in the Female and its Treatments*. New York: Robinan Co. 1913.
47. Ζ. Παπαληγούρα. Υπογονιμότητα (Συμβουλευτική). Τόμος α'. Αθήνα: Παπαζήση, 2002.

48. Heavy C, Layne C, Christensen A. Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:16-27.
49. Notarius CL, Pellegrini DS. Differences between husbands and wives: Implications for understanding marital discord. In: Hahlweg K, Goldstein MJ, eds. *Understanding Major Mental Disorder: The Contribution of Family Interaction Research*. New York: Family Process, 1987, 231-49.