



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΑΤΕΚΝΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Κατσαρδή Μαρία

Τασιού Σοφία



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Δρ Θεοδωράτου Μαρία

Πάτρα 2005

Στον Γέροντά μου

...Μαρία

Στους Γονείς μου

...Σοφία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

α/α	Κεφάλαιο	Σελ
	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
I	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
1	ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	15
	1.1 Ορισμός	15
	1.2 Επιδημιολογία της υπογονιμότητας στην Ελλάδα	18
	1.3 Ιστορική αναδρομή	19
	1.4 Το φαινόμενο της υπογονιμότητας στην Αμερική	21
	1.5 Υπογονιμότητα: δεσμός και απώλεια	26
	1.6 Κίνητρα για την απόκτηση παιδιού	27
2	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	29
	1. Εισαγωγή	29
	2. Τρόποι αντιμετώπισης στην πορεία της ιστορίας	29
	Α. ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ	31
	1. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	31
	1.1 Ιστορική αναδρομή (1978-2000)	31
	1.2 Αντιμετώπιση υπογονιμότητας με σπερματέγχυση (IUI)	35
	1.3 Ένα βήμα πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)	36 42
	1.4 Εξωσωματική Γονιμοποίηση (IVF)	45
	1.5 Στάδια εξωσωματικής γονιμοποίησης	47
	1.6 Γονιμοποίηση	49
	1.7 Υποβοηθούμενη εκκόλαψη	50
	1.8 Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Π.Γ.Δ)	50
	1.9 Κατάψυξη εμβρύων	51
	1.10 Εμβρυομεταφορά	55
	1.11 Τεστ κυήσεως	56
	1.12 In vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM)	

1.13 Ποσοστά επιτυχίας μετά τον κύκλο προσπάθειας	59
1.14 Το κόστος που έχει μια προσπάθεια εξωσωματικής	62
1.15 Σωματικά / οργανικά προβλήματα εξαιτίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης	63
1. 16 «Βιοηθική» και «Νομιμότητα» στην τεχνητή γονιμοποίηση	68
Β. ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	71
1. Παρένθετη μητρότητα	71
1.1 Παρένθετη μητρότητα (με άγνωστη κυοφόρο)	71
1.2 Παρένθετη μητρότητα (με γνωστή κυοφόρο)	73
2. Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση	77
Γ. ΥΙΟΘΕΣΙΑ	85
1. Η υιοθεσία ως μέσο αντιμετώπισης της ακούσιας ατεκνίας	85
2. Η νομοθεσία στην Ελλάδα	85
3. Στατιστικά στοιχεία	86
4. Η νομοθεσία σχετικά με την υιοθεσία και η σχέση της με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	86
5. Υιοθεσία μετά την Υπογονιμότητα	89
3 ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΑΤΕΚΝΙΑΣ	91
Κριτική παρουσίαση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας	91
1. Τα ψυχολογικά προβλήματα της υπογονιμότητας	91
1.1 Η ψυχολογία της υπογονιμότητας	92
1.2 Θεωρητική προσέγγιση	94
1.3 Ψυχολογικές αντιδράσεις των δύο φύλων προς την υπογονιμότητα	112
2. Κοινωνικά προβλήματα	118
2.1 Η υπογονιμότητα ως κοινωνικό φαινόμενο	118
2.2 Οι Κοινωνικές διάστασεις της υπογονιμότητας	119
2.3 Η περίπτωση της Αμερικής	120

	2.4 Κοινωνικές θεωρίες	122
	2.5 Κοινωνικά προβλήματα των υπογόνιμων ατόμων	124
4	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	128
	1. Κλινικά ζητήματα	128
	1.1 Αξιολόγηση	129
	1.2 Θεραπευτικές μέθοδοι	130
	1.3 Θέματα ιατρικής συμβουλευτικής	131
	1.4 Ειδικό πληθυσμό	132
	1.5 Ζητήματα συμβουλευτικής πρακτικής στην υπογονιμότητα	134
	2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	135
	2.1 Θεωρητικό πλαίσιο	135
	2.2 Διευκολύνοντας το πένθος και την απώλεια	137
	2.3 Διευκολύνοντας τη λήψη μιας απόφασης	139
	2.4 Αντιμετώπιση της πίεσης για αναπαραγωγή	144
	2.5 Αντιμετώπιση του αντίκτυπου στις σχέσεις	146
	2.6 Αντιμετώπιση διαπολιτισμικών ζητημάτων	147
	3. ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΟΚΥΨΟΥΝ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	148
	4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΣΙΑ	149
	4.1 ΚΛΙΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ	149
5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	154
	1. Εμπλοκή της κοινωνικής εργασίας στην Υπογονιμότητα	154
	2. Πρακτικά ζητήματα της Κ.Ε.	154
	2.1 Εκπαίδευση	155
	3. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην πράξη	157
	3.1 Μικρο-κλίμακα	157
	3.2 Μεσο-κλίμακα	158
	3.3 Μακρο-κλίμακα	159
	4. Τομείς δράσης της Κοινωνικής Εργασίας	160
	4.1 Πρόληψη	160
	4.2 Αποκατάσταση	161
	4.3 Θεραπεία	161

II	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	163
1	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	164
2	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	164
3	ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	167
4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	172
5	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	211
6	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	217
7	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	218
8	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	221
9	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	227

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε κάθε πολιτισμό η ακούσια ατεκνία χαρακτηρίζεται ως 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 «στεριρότητα», οι οποίες εμπεριέχουν αλλαγές στις κοινωνικές σχέσεις, πνευματική μεσολάβηση ή ιατρικές παρεμβάσεις. Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας ως έντονης κρίσης σε όλους τους πολιτισμούς, αντικατοπτρίζει τη θεμελιώδη σημασία που έχει η τεκνοποίηση για άνδρες και γυναίκες, για τις οικογένειές τους και για την κοινωνία. Για τους παραπάνω λόγους, έχει τα τελευταία χρόνια αναπτυχθεί στην διεθνή πρακτική μια ομάδα στρατηγικών υποστήριξης των υπογόνιμων ατόμων με εμπλοκή διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας. Η Κοινωνική Εργασία είναι πιθανότατα η πιο κατάλληλη ειδικότητα για την παροχή υπηρεσιών στις ανάγκες του υπογόνιμου πληθυσμού και απευθύνεται σε ολόκληρο το φαινόμενο της υπογονιμότητας, όχι μόνο όσο επηρεάζει τα υπογόνιμα άτομα, αλλά και όσο επηρεάζει τα περιβάλλοντα συστήματα.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί ίσως και για πρώτη φορά στην Ελλάδα, να αναδείξει το ψυχοκοινωνικό άλγος των υπογόνιμων ατόμων, που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό, αφού δεν είναι κατανοητό είτε ως ασθένεια, είτε ως αναπηρία, είτε ως απώλεια, αλλά απλά ως ανεκπλήρωτο σύνολο ονείρων και επιθυμιών.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα προσπάθεια, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την υπεύθυνη καθηγήτρια Δρ Μαρία Θεοδωράτου-Μπέκου, Κλινική Ψυχολόγο, για την καθοριστική επιστημονική και γενικότερη υποστήριξη που μας παρείχε όλο το διάστημα το ενασχόλησής μας με το συγκεκριμένο θέμα. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και όλους εκείνους που συμμετείχαν στην έρευνά μας, οι οποίοι αποκαλύπτοντας την προσωπική τους εμπειρία προθυμοποιήθηκαν να βοηθήσουν στην επιτυχία των στόχων μας και κυρίως το σύλλογο των υπογόνιμων ατόμων Ελλάδας «ΚΥΒΕΛΗ». Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε και στον Δρ Κουτσογιάννη Κων/νο, Βιοφυσικό, για την πολύτιμη συμβολή του σε θέματα επιστημονικής εγκυρότητας και στατιστικής επεξεργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού είναι περίπλοκη, καθώς εμπλέκει μια σειρά συνειδητών όσο και ασυνείδητων κινήτρων που ωθούν τους ανθρώπους να αναπαράγονται, και κάτω από τις πλέον αντίξοες συνθήκες, όπως για παράδειγμα στη διάρκεια πολέμων ή λοιμών. Ένας υποψήφιος δότης σπέρματος έλεγε : " Να έχει κανείς παιδιά είναι παρηγοριά, είναι χαρά, είναι τρυφερότητα. Πεθαίνουμε αργότερα όταν έχουμε γίνει γονείς, δεν πεθαίνουμε μόνοι. Η εργασία μας αποκτά νόημα γιατί τα οφέλη που αποκομίζουμε προορίζονται για κάποιον, το παιδί είναι η προέκταση του εαυτού μας. Μπορεί και να υποδηλώνει ότι θα έχει κανείς μια υποστήριξη όταν γεράσει. Εγώ έχασα τον πατέρα μου πολύ νέος και επιθυμώ διακαώς να γίνω πατέρας". Στη μαρτυρία αυτή συμπεριλαμβάνονται σχεδόν όλα τα κίνητρα που ωθούν τους άνδρες και τις γυναίκες να επιθυμούν να γίνουν γονείς. Διαπιστώνουμε ότι στην περιγραφή, δεν επιζητείται ένα πραγματικό αλλά ένα φανταστικό μωρό το οποίο καλείται να εκπληρώσει και να επανορθώσει τα πάντα, να καλύψει όλα τα κενά, τη μοναξιά, την απώλεια, τα πένθη. Στην πραγματικότητα, συνεπώς, αυτό που επιθυμείται δεν είναι ένα συγκεκριμένο παιδί αλλά η πραγματοποίηση όλων των παιδικών επιθυμιών. Η επιθυμία απόκτησης παιδιού πρωτοεμφανίζεται στο κορίτσι γύρω στους δεκαοκτώ πρώτους μήνες της ζωής. Αφετηρία είναι η ταύτιση με την τρυφερή μητέρα της βρεφικής ηλικίας, που την ωθεί να επιθυμεί να γίνει και η ίδια μητέρα. Για τους άνδρες επίσης, η επιθυμία αυτή προέρχεται από μια ταύτιση με τον δικό τους πατέρα. Σημαντικό στοιχείο στην επιθυμία απόκτησης παιδιού αποτελεί, επίσης, η προσαρμογή στις κοινωνικές και οικογενειακές επιταγές. Η απόκτηση παιδιού σήμερα θεωρείται επιβεβλημένη. Συμβολίζει τη σεξουαλική ταυτότητα του ζευγαριού, τη σωματική του υγεία, καθώς και την κοινωνική του ένταξη. Παράλληλα, η χρήση αντισύλληψης ενίσχυσε την παντοδυναμία των ατόμων οι οποίοι θεωρούν έκτοτε, ότι ελέγχουν απολύτως την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Χρησιμοποιούν αντισύλληψη όσο χρόνο δεν επιθυμούν παιδί και την διακόπτουν αναμένοντας ένα παιδί αμέσως. Όταν λοιπόν το παιδί αυτό δεν έρχεται βιώνουν αφ' ενός, την έλλειψη του παιδιού και αφ' ετέρου,

την αδυναμία του σώματός τους να ανταποκριθεί σε αυτό που θεωρούσαν βέβαιο ότι θα συνέβαινε με τη διακοπή της αντισύλληψης. Μια αναδρομή στη μυθολογία καταδεικνύει ότι η γυπογονιμότητα συσχετιζόταν με την τιμωρία. Ο Λάιος, βασιλιάς της Θήβας, έλαβε χρησμό από το μαντείο των Δελφών να μείνει άτεκνος. Εκείνος παράκουσε τον χρησμό με αποτέλεσμα να τον φονεύσει ο γιος του Οιδίποδας. Αλλά και στην Παλαιά Διαθήκη η στειρότητα θεωρείται μειονεξία και ταυτίζεται με την τιμωρία. Τα ζευγάρια που αποκτούν πολλά παιδιά θεωρούνται ευλογημένα σε αντίθεση με εκείνα που παραμένουν άτεκνα. Και σήμερα παρατηρείται συχνά, ότι οι γυναίκες που δυσκολεύονται να αποκτήσουν παιδιά αναζητούν στοιχεία της προσωπικής τους ζωής που θα εξηγούσαν γιατί δεν μπορούν να αποκτήσουν αυτό που τόσο επιθυμούν και που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι τόσο απλό. Επιχειρούν να εντοπίσουν το ή τα γεγονότα της προσωπικής τους ιστορίας για τα οποία τώρα "τιμωρούνται" μη μπορώντας να αποκτήσουν παιδί. Στις περιπτώσεις όπου οι γυναίκες αυτές έχουν υποστεί έκτρωση ή είχαν μια εξωσυζυγική σχέση, οι ενοχές εντοπίζονται στην πράξη αυτή. Η έλλειψη παιδιού έχει όμως και μια σημαντική κοινωνική διάσταση, καθώς τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για τις γυναίκες, γιατί η μητρότητα παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, εξακολουθεί να θεωρείται ως ο κύριος ρόλος της γυναίκας. Παράλληλα, ανθρωπολογικές μελέτες καταδεικνύουν την οικουμενική σημασία που αποδίδεται στη γονιμότητα τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Οι στείρες γυναίκες, ειδικότερα, στην Αφρική θεωρούνται "επικίνδυνες" τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τον περίγυρό τους, σε σημείο που να περιθωριοποιούνται απολύτως. Ακόμα, οι κοπέλες που είναι στείρες δεν θεωρείται ότι ολοκληρώνονται ως γυναίκες, γιατί πιστεύεται ότι η εγκυμοσύνη τις καθιστά γυναίκες και μάλιστα ασχέτως της έκβασής της. Συνεπώς, μια γυναίκα που δεν μένει ποτέ έγκυος δεν θεωρείται αυτόνομο ενήλικο άτομο. Η αδυναμία απόκτησης παιδιού βιώνεται ως ένα βαθύ ναρκισσιστικό τραύμα. Η εικόνα του σώματος τραυματίζεται. Σε αυτό συμβάλλει και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με τη γλώσσα που χρησιμοποιεί στη διάγνωση της

υπογονιμότητας. Τα σπερματοζωάρια θεωρούνται "φτωχά", η βλέννη στον κόλπο της γυναίκας «απούσα». Σε κάθε μια από τις παραπάνω προτάσεις τα υπογόνιμα άτομα καταγράφουν μια "έλλειψη". Παράλληλα, η επιστημονικά λαθεμένη εξίσωση μεταξύ γονιμότητας και σεξουαλικής ικανότητας για τους άνδρες και θηλυκότητας και γονιμότητας για τις γυναίκες, οδηγεί τα υπογόνιμα άτομα να βιώνουν μια ψυχοσεξουαλική κρίση. Όταν η υπογονιμότητα δεν μπορεί να αποδοθεί σε οργανική αιτία, εκεί δηλαδή όπου η επίτευξη εγκυμοσύνης δεν αποκλείεται από κάποιο συγκεκριμένο οργανικό πρόβλημα, αλλά δεν επιτυγχάνεται για άγνωστους λόγους, υπάρχει ενίοτε μια ψυχολογική σύγκρουση η οποία παρεμποδίζει τη φυσιολογική πορεία. Η στειρότητα αυτή ονομάζεται "ψυχογενής" και αναφέρεται σε μια βαθύτερη ψυχική επιθυμία παρεμπόδισης της εγκυμοσύνης. Η ασυνείδητη παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης έρχεται σε ευθεία αντίθεση με την συνειδητή πρόθεση της απόκτησης μωρού. Η ψυχογενής στειρότητα μπορεί να έχει πολλές αιτίες. Ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα μιας ασυνείδητης άμυνας στους κινδύνους που ενυπάρχουν στην αναπαραγωγική διαδικασία. Μπορεί ακόμη να οφείλεται σε μια εξιδανίκευση του πατέρα με τον οποίο κανένας σύντροφος ή σύζυγος δεν μπορεί να είναι εφάμιλλος. Οι ψυχολογικές συγκρούσεις που οδηγούν στην υπογονιμότητα είναι συχνά τόσο βαθιά απωθημένες, ώστε οι γυναίκες αυτές όταν αντιληφθούν την αδυναμία τους να κάνουν παιδιά, με φοβερή επιμονή επιθυμούν ένα παιδί. Η ψυχανάλυση ανακαλύπτει αυτές τις συγκρούσεις και τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ που προστατεύουν τις γυναίκες αυτές από μια εγκυμοσύνη και ένα τοκετό που θα μπορούσαν να κλονίσουν επικίνδυνα την προσωπικότητά τους. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις, όμως, δεν περιορίζονται στη διάγνωση της υπογονιμότητας αλλά επεκτείνονται και στη διάρκεια της θεραπείας της. Όλες οι θεραπείες προϋποθέτουν προγραμματισμένες σεξουαλικές επαφές, με μοναδικό στόχο την επίτευξη της εγκυμοσύνης. Συνεπώς, η σεξουαλική σχέση γίνεται μηχανιστική και καταναγκαστική, ενώ περιορίζεται στις γόνιμες μέρες καθώς παρατηρείται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και συσχέτισή της μόνο με την αναπαραγωγή. Παράλληλα, τα ζευγάρια που βρίσκονται σε θεραπεία υπογονιμότητας βιώνουν

διαδοχικούς κύκλους ελπίδας και πένθους. Ελπίδας στην πρώτη φάση του κύκλου όπου ακολουθείται η θεραπεία και πένθος στη δεύτερη φάση όταν αποτυγχάνει η θεραπεία και επανέρχεται η περίοδος. Η αποτυχία επίτευξης της εγκυμοσύνης που επανέρχεται κάθε μήνα έχει ονομασθεί μηνιαίο πένθος, γιατί βιώνεται σαν τον θάνατο ενός βρέφους. Τα ζευγάρια που ακολουθούν τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι εκείνα που έχουν το ισχυρότερο κίνητρο να αποκτήσουν παιδιά. Είναι εκείνα που έχουν υποβληθεί σε πολλές θυσίες για να πραγματοποιήσουν το όνειρό τους να αποκτήσουν ένα μωρό. Γι αυτό το λόγο ίσως είναι και τα ζευγάρια εκείνα που είναι περισσότερο ψυχολογικά ευάλωτα στην αποτυχία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (Newton & Hearn, 1990). Τι απογίνονται όμως τα ζευγάρια εκείνα που παρά τις αλλεπάλληλες προσπάθειες παραμένουν άτεκνα; Είναι βέβαιο ότι ένας αριθμός εξ αυτών θα στραφεί προς την υιοθεσία. Η έρευνα δείχνει μάλιστα ότι περίπου το 40% των ανθρώπων που είναι σε λίστα αναμονής για εξωσωματική γονιμοποίηση έχουν ήδη κάνει αίτηση υιοθεσίας. Ο κίνδυνος εδώ, είναι ο τρόπος με τον οποίο θα υποδεχθούν το υιοθετημένο παιδί τα ζευγάρια που είναι ακόμα βυθισμένα μέσα στο άγχος της εξωσωματικής. Και παρ' ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση και η υιοθεσία δεν αποκλείουν αναγκαστικά η μια την άλλη, είναι απαραίτητη η παρέλευση μιας περιόδου "χάριτος" μετά τις προσπάθειες εξωσωματικής, καθώς επίσης είναι αναγκαία η επεξεργασία του πένθους για τη μη απόκτηση του βιολογικού παιδιού, τη μη πραγματοποίηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποδοχή του υιοθετημένου παιδιού. Τέλος πρόκληση για τους ειδικούς, αποτελεί το λεγόμενο σύνδρομο "παιδί με οποιοδήποτε κόστος". Τα περισσότερα ζευγάρια μετά από σειρά προσπαθειών απόκτησης παιδιού επεξεργάζονται την απώλεια και βρίσκουν λύσεις που τα βοηθούν να συνεχίσουν τη ζωή τους. Είτε υιοθετούν ένα παιδί, είτε αποφασίζουν να μείνουν χωρίς παιδιά. Άλλα όμως ζευγάρια, αδυνατούν να επεξεργασθούν την απώλεια και με μεγάλη επιμονή και ψυχαναγκασμό οδηγούνται σε κάθε προτεινόμενη θεραπεία, μη υπολογίζοντας το σωματικό, το ψυχικό, αλλά ακόμη και το οικονομικό κόστος που αυτές οι ατέρμονες προσπάθειες

συνεπάγονται. Τα ζευγάρια που βιώνουν αυτό το σύνδρομο και επείγονται να αποκτήσουν παιδί, εμφανίζουν ιδεοληψίες και κάνουν τελετουργικές πράξεις, αλλά, κυρίως, μετά από κάθε αποτυχία, με μεγάλη γενναιότητα είναι πανέτοιμοι για την επόμενη προσπάθεια. Ένας Γάλλος Ψυχαναλυτής θεωρεί ότι τα άτομα που εκδηλώνουν τον παροξυσμό αυτό, έχουν βιώσει κάτι ιδιαίτερα τραυματικό στην παιδική τους ηλικία, την εγκατάλειψη ή τον θάνατο γονέα και προσπαθούν, συχνά με ένα τρόπο απελπισμένο, "να επιδιορθώσουν" τις εμπειρίες αυτές επιδιώκοντας να ζήσουν τα παιδικά τους χρόνια μέσα από εκείνα των παιδιών τους.

Παρ' όλο που η κατανόηση της ψυχολογίας της υπογονιμότητας είναι θεμελιώδης για τη συμβουλευτική στην υπογονιμότητα, είναι επίσης πολύ σημαντικό ο σύμβουλος να είναι ενημερωμένος σχετικά με την αναπαραγωγική ιατρική, την ιατρική διάγνωση και τις σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές της υπογονιμότητας.

Έτσι, στην παρούσα εργασία και συγκεκριμένα στο γενικό της μέρος, αρχικά παρέχεται μια εισαγωγή στην έννοια της υπογονιμότητας στο 1^ο κεφάλαιο, μια ανασκόπηση των ιατρικών δεδομένων της υπογονιμότητας, καθώς και μια περιγραφή των ιατρικών καταστάσεων ή συνθηκών που έχουν άμεση σχέση με την υπογονιμότητα και τη θεραπεία της, στο 2^ο κεφάλαιο. Με αυτές τις βασικές γνώσεις γύρω από την αναπαραγωγική ιατρική, ο σύμβουλος υπογονιμότητας μπορεί να ασχοληθεί με τα κλινικά και θεραπευτικά ζητήματα που έχουν ιδιαίτερη σπουδαιότητα στην ψυχολογία και την κοινωνιολογία της υπογονιμότητας η οποία και αναλύεται στην συνέχεια στο 3^ο κεφάλαιο, για να ολοκληρωθεί με την συμβουλευτική της υπογονιμότητας του 4^{ου} κεφαλαίου. Με βάση την βιβλιογραφική μελέτη του θέματος, η κοινωνική εργασία είναι εκείνη η ειδικότητα που απευθύνεται σε ολόκληρο το φαινόμενο της υπογονιμότητας, όχι μόνο όσο επηρεάζει τα υπογόνιμα άτομα, αλλά και όσο επηρεάζει τα περιβάλλοντα συστήματα, άποψη η οποία και αναλύεται στο 5^ο κεφάλαιο.

Στο ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας, παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε υπογόνιμα άτομα, με στόχο την καταγραφή των ψυχο-κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, αλλά και την ανάδειξη ως προβλήματος του σύνθετου αυτού

βιοψυχοκοινωνικού φαινομένου. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, παρουσιάζονται στο τέλος της εργασίας και μέσα από εκτενή συζήτηση, κωδικοποιούνται τα συμπεράσματά της.

Όροι κλειδιά:

Υπογονιμότητα: Η ανικανότητα σύλληψης κατά τη διάρκεια ενός έτους σεξουαλικής επαφής χωρίς αντισύλληψη.

Εξωσωματική γονιμοποίηση³: Η χρήση ειδικών ιατροτεχνολογικών τεχνικών για την πραγματοποίηση σύλληψης εκτός της μήτρας και αποτυχίας εγκυμοσύνης σε περιπτώσεις υπογονιμότητας.

Υιοθεσία¹: Η διαδικασία απόκτησης ιδιότητας του γονέα με δικαστική απόφαση, απέναντι σε παιδί του οποίου δεν είναι ο φυσικός γονέας.

Συμβουλευτική²: Ο κλάδος της Ψυχολογίας που ασχολείται με την προώθηση και αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου.

Κοινωνική Εργασία¹: Η κοινωνική επιστήμη μέσα από την οποία παρέχεται βοήθεια για την πρόληψη, αντιμετώπιση και λύση κοινωνικών προβλημάτων.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

1.1 Ορισμός

Ο όρος *υπογονιμότητα* χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ανικανότητα σύλληψης κατά τη διάρκεια ενός έτους σεξουαλικής επαφής χωρίς αντισύλληψη³⁰. Αυτό το χρονικό όριο επελέγη, γιατί παρατηρήθηκε ότι σχεδόν το 25% των ζευγαριών θα συλλάβει μέσα στον πρώτο μήνα, 60% μέσα στους 6 μήνες και 80% μέσα στους 12 μήνες σεξουαλικής επαφής, χωρίς χρήση αντισυλληπτικών μέσων. Παρόλα αυτά, πολλά ζευγάρια θεωρούν ότι είναι υπογόνιμα, αν συλλάβουν αλλά λόγω μιας αποβολής, δεν μπορέσουν να φέρουν στον κόσμο ένα ζωντανό βρέφος. Ως *πρωτογενής υπογονιμότητα* ορίζεται η αδυναμία ενός ζευγαριού να συλλάβει, όταν δεν έχει συλλάβει ποτέ (30% των ζευγαριών), ενώ η *δευτερογενής υπογονιμότητα* αναφέρεται στην αδυναμία σύλληψης από ένα ζευγάρι που έχει συλλάβει στο παρελθόν (70% των ζευγαριών). Σε γενικές γραμμές, η αξιολόγηση και η θεραπεία των ζευγαριών, τα οποία αντιμετωπίζουν πρόβλημα πρωτογενούς ή δευτερογενούς υπογονιμότητας, όπως και οι αιτίες του προβλήματος, είναι οι ίδιες.

Υπολογίζεται ότι το 8-14% των ζευγαριών αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας. Παρόλο που υπάρχει η εντύπωση ότι οι περιπτώσεις υπογονιμότητας έχουν αυξηθεί, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό δεν ισχύει. Η αναλογία των ζευγαριών τα οποία αντιμετωπίζουν υπογονιμότητα δεν φαίνεται να έχει αλλάξει από το 1965. Αυτό που έχει αυξηθεί είναι η ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών υπογονιμότητας και η δημοσιοποίηση και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα υπογονιμότητας και θεραπειών υψηλής τεχνολογίας, όπως η τεχνητή γονιμοποίηση (ΤΓ).

Πίνακας: Αιτίες υπογονιμότητας

Διαταραχές στην ωορρηξία:	30%
Σπερματικές ανωμαλίες:	22%
Διαταραχές των σαλπίγγων:	17%

Ανεξήγητα αίτια:	14%
Άλλες διαταραχές (Διαταραχές στην μήτρα και στον τράχηλο, προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος, μολύνσεις, σεξουαλική δυσλειτουργία):	12%
Ενδομητρίωση:	5%

Τα αίτια της υπογονιμότητας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με τον πίνακα. Στις βασικές αιτίες υπογονιμότητας συμπεριλαμβάνονται: 1. αδυναμία ωορρηξίας, 2. ανικανότητα παροχής του απαραίτητου αριθμού υγιών σπερματοζωαρίων στις σάλπιγγες, 3. απόφραξη σαλπίγγων, 4. ενδομητρίωση ή συμφύσεις στην πύελο της γυναίκας, οι οποίες εμποδίζουν τη σύλληψη των ωαρίων μέσω των σαλπίγγων, 5. ακατάλληλη χρονική περίοδος ή λάθος τρόπος σεξουαλικής επαφής, 6. μολύνσεις της αναπαραγωγικής διόδου ή ανοσολογικά προβλήματα που εμποδίζουν τη γονιμοποίηση ή την εμφύτευση και 7. ανωμαλίες στο ενδομήτριο, οι οποίες μπορεί να εμποδίζουν την εμφύτευση του εμβρύου. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε το γεγονός, ότι για κάθε ζευγάρι μπορεί να υπάρχουν παραπάνω από μία αιτίες υπογονιμότητας και ότι δεν θα έπρεπε να υποθέτει κανείς ότι από τη στιγμή που εντοπίστηκε μία ανωμαλία, δεν υπάρχουν άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στο πρόβλημα³⁰.

Για τους περισσότερους ανθρώπους, η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με τη συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής: εκλαμβάνεται ως ανανέωση της ζωής, ως μια μορφή αθανασίας. Η ανικανότητα απόκτησης ενός παιδιού γίνεται η αφορμή για μια μάλλον απροσδόκητη κρίση ζωής, για την αντιμετώπισης της οποίας πολλά ζευγάρια ή άτομα είναι απροετοίμαστα. Η υπογονιμότητα έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά μιας χρόνιας ασθένειας. Διάρκει, συχνά, για μεγάλο χρονικό διάστημα, το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο και οι συναισθηματικές επιδράσεις είναι σημαντικές. Όπως τα άτομα που υποφέρουν από μία χρόνια ασθένεια, έτσι και το υπογόνιμο ζευγάρι, αισθάνεται συνήθως, ότι η ποιότητα της ζωής του έχει επηρεαστεί αρνητικά. Η υπογονιμότητα καταστρέφει τη ζωή του. Επηρεάζεται το

πρόγραμμα εργασίας, οι διακοπές, η σεξουαλική ζωή και η δυνατότητα επαφής με την οικογένεια και τους φίλους. Σαφώς, η υπογονιμότητα δεν αποτελεί μόνο μία ιατρική πρόκληση, αλλά και μία πρόκληση που απαιτεί την κινητοποίηση του ζευγαριού, ώστε οι δύο σύντροφοι να διαπραγματεύονται καθ' όλη τη διαδικασία, τις θεραπείες, τη λήψη αποφάσεων και τέλος τη λύση.

Για τους περισσότερους άνδρες και γυναίκες, η σύλληψη και η γέννηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζει την αντίληψη που είχαν σε όλη τους τη ζωή για την θηλυκότητα και τον ανδρισμό, την ταυτότητα του φύλου τους και το τελικά το νόημα της ζωής. Η υπογονιμότητα περιγράφεται από τον Greil ως «όχι πραγματικά ως παθολογική κατάσταση, αλλά περισσότερο ως απουσία μιας επιθυμητής κατάστασης». Η Mahlstedt χαρακτήρισε την εμπειρία της υπογονιμότητας ως μία σειρά απωλειών: απώλεια ενός ονείρου, απώλεια αυτοεκτίμησης, απώλεια ασφάλειας και απώλεια μιας φαντασίωσης. Η κύηση και η απόκτηση ενός παιδιού αντικατοπτρίζουν την έννοια της «παραγωγικότητας» του Erickson και συχνά αποτελούν τα θεμέλια στα οποία ένα ζευγάρι χτίζει μια σχέση. Οι Benedek και Bidring περιέγραψαν πως με την κύηση το άτομο εισέρχεται σε μια νέα αναπτυξιακή φάση και ότι η στέρηση της ευκαιρίας για απόκτηση παιδιού, λόγω της υπογονιμότητας, μπορεί να προκαλέσει διακοπή της ανάπτυξης, η οποία οδηγεί σε στασιμότητα. Όταν οι προσπάθειες για την απόκτηση παιδιού αποτυγχάνουν, η ζωή «μπαίνει στην αναμονή» και πολλά υπογόνιμα άτομα μένουν με μια βαθιά αίσθηση ενοχής, αυτοκατηγορίας και ανεπάρκειας. Συχνά παρουσιάζεται μια άκαρπη, αλλά συνεχής ανασκόπηση των γεγονότων του παρελθόντος, τα οποία εκλαμβάνονται ως αιτίες που οδήγησαν στην υπογονιμότητα. Η αναδρομή αυτή μπορεί να συνοδεύεται από εσωτερικούς μονόλογους, οι οποίοι συχνά ξεκινούν με τη φράση «Αν...». Μοντέλα που προέκυψαν αργότερα, περιέγραψαν την εμπειρία της υπογονιμότητας ως μία αναπτυξιακή πρόκληση που απαιτεί νέους μηχανισμούς αντιμετώπισης.

1.2 Επιδημιολογία της υπογονιμότητας στην Ελλάδα

Πρόβλημα υπογονιμότητας αντιμετωπίζει ένα στα πέντε ζευγάρια στη χώρα μας, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην επιστημονική διημερίδα «Ενδοκρινολογία αναπαραγωγής στη γυναίκα και στον άνδρα», που διοργανώθηκε από την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία και την Ελληνική Ανδρολογική Εταιρεία.

Ειδικότερα, τα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν ένα δικό τους παιδί αλλά δεν τα καταφέρνουν, αγγίζουν τις 300.000, ενώ κάθε χρόνο εκτιμάται πως χάνονται περίπου 200.000 παιδιά εξαιτίας των αμβλώσεων, αριθμός που είναι διπλάσιος από εκείνο των γεννήσεων.

Το υψηλό ποσοστό υπογονιμότητας (17%), που παρατηρείται στην Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες (περίπου 13%), οφείλεται κατά 40% στη γυναίκα, κατά 30% στον άνδρα και κατά περίπου 20% και στους δύο, ενώ ποσοστό 10% σε αίτια που δεν έχουν διευκρινιστεί.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ωστόσο, η υπογονιμότητα οφείλεται σε αίτια που μπορούν να αντιμετωπιστούν από τις σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους. Συχνό αίτιο υπογονιμότητας στη γυναίκα αποτελούν οι διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας. Στον άνδρα αντίστοιχα αίτια, είναι η ιδιοπαθής ανεπάρκεια του σπερματικού επιθηλίου, η κίρσοκλήλη και οι λοιμώξεις των επικουρικών γεννητικών αδένων.

Η ακριβής διάγνωση των αιτίων της είναι περίπλοκη. Πολύ σπάνια μία και μόνο εξέταση μπορεί να θέσει τη διάγνωση. Αντίθετα, έχει αποδειχθεί ότι διαγνωστικές δοκιμασίες όπως η βιοψία του ενδομητρίου, η εκτίμηση της κίρσοκλήλης και η σαλπιγγοσκόπηση δεν μπορούν να δώσουν καμία πληροφορία όσον αφορά στο αναπαραγωγικό δυναμικό του άνδρα ή της γυναίκας αντίστοιχα.

Οι μεταβολές του σωματικού βάρους της γυναίκας συνδυάζονται με διαταραχές της λειτουργίας του αναπαραγωγικού της συστήματος. Η ελάττωση του βάρους μπορεί να οφείλεται, στην πιο απλή περίπτωση, σε έντονη προσπάθεια δίαιτας από την ίδια τη γυναίκα.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι αποτέλεσμα σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η νευρογενής ανορεξία.

Επιπρόσθετα, η αύξηση του βάρους συνήθως οφείλεται σε μη σωστή διατροφή και μπορεί να αποτελεί το μοναδικό πρόβλημα της γυναίκας. Σε άλλες περιπτώσεις η παχυσαρκία μπορεί να συνυπάρχει με μια ομάδα παθήσεων του μεταβολισμού, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Το τελευταίο χαρακτηρίζεται από αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων και ανωοθυλακιορρηξία, με αποτέλεσμα η πάσχουσα γυναίκα που διαθέτει αυξημένο σωματικό βάρος να εμφανίζει διαταραχές της εμμηνορρυσίας, αυξημένη τριχοφυΐα και υπογονιμότητα.

1.3 Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη γραπτή αναφορά στην υπογονιμότητα γίνεται από τους Αιγύπτιους στον πάπυρο Καχουη (2200-1950 π.Χ.). Οι Αιγύπτιοι περιέγραψαν τις διαδικασίες διάγνωσης της υπογονιμότητας (π.χ. αδυναμία εντοπισμού στην αναπνοή της μυρωδιάς του σκόρδου, όταν αυτό είχε τοποθετηθεί στον κόλπο) και θεραπευτικά μέτρα (π.χ. λουτρά με σκόρδο ή κρασί). Ο Έλληνας γιατρός Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που μίλησε για την υπογονιμότητα και πίστευε ότι ήταν απίθανο να επέλθει κύηση, εάν το πέος δεν εισχωρούσε στην κοιλότητα της μήτρας για να αναμειχθεί το σπέρμα του άνδρα με το «σπέρμα» που παρήγαγε η γυναίκα. Ο Ρωμαίος Σοράνος, που έζησε το 2^ο αιώνα μ.Χ. και θεωρείται από μερικούς ο πατέρας της γυναικολογίας, πίστευε ότι η υπογονιμότητα οφειλόταν στην ακατάλληλη χρονική περίοδο της σεξουαλικής επαφής και ότι η πιο γόνιμη περίοδος του έμμηνου κύκλου, ήταν αμέσως μετά το τέλος της έμμηνου ρύσης. Πίστευε ακόμη ότι τα ζεστά μπάνια μείωναν τη γονιμότητα.

Μετά το 16^ο αιώνα, άρχισαν πλέον οι γνώσεις μας πάνω στη γονιμότητα και την υπογονιμότητα να βασίζονται περισσότερο στην επιστημονική έρευνα, όταν ο Vasalius (1514-1564) περιέγραψε την αναπαραγωγική δίοδο της γυναίκας και ο Spellanzani περιέγραψε τη διαδικασία της γονιμοποίησης. Κατά το 19^ο αιώνα, η υπογονιμότητα

Θεωρείτο κυρίως πρόβλημα κατασκευής του σώματος, που προκαλείτο από διαταραχές του τραχήλου ή από λανθασμένη θέση της μήτρας. Έτσι, η θεραπεία της υπογονιμότητας ήταν κυρίως χειρουργική, με έμφαση στη διαστολή του τραχήλου, στην αφαίρεση των συμφύσεων και στη διόρθωση της θέσης της μήτρας.

Η σύγχρονη πρακτική της υπογονιμότητας, βασίζεται σχεδόν ολοκληρωτικά σε παρατηρήσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν κατά τον 20^ο αιώνα.

Η εξέταση της ανδρικής υπογονιμότητας ξεκίνησε με την παρατήρηση του σπέρματος μέσω μικροσκοπίου από τον Van Leeuwenhoek το 17^ο αιώνα. Ωστόσο, η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάλυση σπέρματος μπορεί να αναχθεί στην περιγραφή που έκαναν οι Macomber και Sanders το 1929, γι' αυτό που θεωρείτο μια φυσιολογική μέτρηση σπέρματος. Πολύ αργότερα, στον 20^ό αιώνα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) δημοσίευσε ένα εγχειρίδιο που στόμιζε τις τεχνικές ανάλυσης σπέρματος, καθώς και τις φυσιολογικές παραμέτρους (τιμές) σπέρματος, όπως πυκνότητα, κινητικότητα και μορφολογία του σπέρματος. Τα τελευταία 20 χρόνια, έχουν αναπτυχθεί διάφορα τεστ για τη λειτουργία του σπέρματος, συμπεριλαμβανομένης και της δοκιμασίας διείσδυσης σε wάριο χάμστερ χωρίς διαυγή ζώνη. Ίσως η σημαντικότερη πρόοδος στη θεραπεία της υπογονιμότητας, σημειώθηκε το 1978, όταν ο Robert Edwards και ο Patrick Steptoe ανακοίνωσαν τη γέννηση του πρώτου βρέφους που συνελήφθη εκτός του ανθρώπινου σώματος. Ύστερα από σχεδόν έναν αιώνα μελέτης της λειτουργίας της γονιμοποίησης, η ανακοίνωση αυτή άλλαξε, φυσικά, την αξιολόγηση και τη θεραπεία των άτεκνων ζευγαριών. Τώρα, ύστερα από 20 χρόνια, πάνω από 6.000 βρέφη γεννιούνται κάθε χρόνο στη Βόρειο Αμερική με εξωσωματική γονιμοποίηση. Η διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης πολύ γρήγορα εξελίχθηκε από ιατρικό αξιοπερίεργο σε θεμέλιο λίθο της θεραπείας της υπογονιμότητας.

Στη δεκαετία του 1990 σημειώθηκαν τέσσερις σημαντικότερες εξελίξεις. Η πρώτη είναι μια τεχνική γνωστή ως ενδοκυτταροπλασματική σπερματέγχυση ή μικρογονιμοποίηση, κατά

την οποία ένα μόνο σπέρμα (σπερμοκύτταρο) εγχέεται σε ένα μόνο ωάριο, για τη γονιμοποίηση του ωαρίου. Η τεχνική αυτή αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες προόδους στη θεραπεία της υπογονιμότητας που οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα, γιατί έδωσε τη δυνατότητα στους άνδρες, οι οποίοι παράγουν πολύ λίγα ή δυσλειτουργικά σπερμοκύτταρα, να αποκτήσουν παιδί. Το δεύτερο μεγάλο βήμα ήταν η πρόσφατη ανακάλυψη τρόπου κατάψυξης ωοκυττάρων. Αν και, μέχρι σήμερα, δεν έχει ευρέως αναπτυχθεί, η εξέλιξη αυτή έχει προοπτικές να αλλάξει εντυπωσιακά τη θεραπεία της υπογονιμότητας που οφείλεται είτε στην ηλικία είτε στην ανεπάρκεια των ωοθηκών. Η τρίτη εξέλιξη σημειώθηκε στο πλαίσιο των οικονομικών της υγείας, με την εμφάνιση της διαχείρισης της περίθαλψης και την έμφαση στον περιορισμό του κόστους. Ενώ η μεγαλύτερη αναγνώριση της οικονομικής απόδοσης στην αντιμετώπιση της υπογονιμότητας μπορεί να ομογενοποιήσει τον τρόπο αξιολόγησης του άτεκνου ζευγαριού, υπάρχει ο κίνδυνος η οικονομική παράμετρος να είναι ο μόνος παράγοντας που θα λαμβάνεται υπόψη στην επιλογή του τρόπου θεραπείας. Κατά συνέπεια, κάποια ζευγάρια ίσως πιεστούν από οικονομικούς λόγους να επιλέξουν μία θεραπεία, με την οποία να νιώθουν ηθικά και ψυχικά άβολα. Τέλος, η τέταρτη σημαντική εξέλιξη στη δεκαετία του 1990 ήταν η επικέντρωση στις νομικές και ηθικές πτυχές της αναπαραγωγής. Καθώς υπάρχει μεγάλη τεχνολογική πρόοδος και μπορούμε πια να ελέγχουμε τα γονίδια (όπως και τα ωάρια, τα σπερματοζωάρια και τα έμβρυα), η κοινωνία άρχισε να ενδιαφέρεται τόσο για το σχεδιασμό όσο και για την παρακολούθηση της τεχνητής αναπαραγωγής και της αναπαραγωγής με την παρέμβαση τρίτου³⁰.

1.4 Το φαινόμενο της υπογονιμότητας στην Αμερική

Στις Η.Π.Α. η μελέτη της υπογονιμότητας έχει λάβει από νωρίς την δέουσα θέση στην προσοχή της επιστημονικής κοινότητας ως βιο-ψυχο-κοινωνικο-οικονομικό φαινόμενο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν στην διεθνή και κυρίως αγγλόφωνη βιβλιογραφία, ευρείας έκτασης μελέτες που προσεγγίζουν το πρόβλημα ιστορικά, ιατρικά, ψυχολογικά, κοινωνικά αλλά και οικονομικά. Για το λόγο

αυτό στα επόμενα κεφάλαια όπου είναι αναγκαίο, θα αναφερόμαστε ειδικά στην περίπτωση της χώρας αυτής, για να αντλούμε στοιχεία και εμπειρίες χρήσιμες για την ροή της ανάλυσής μας.

1.4.1 Ιστορική αναδρομή

Για τους πρώτους ευρωπαίους αποίκους στις Ηνωμένες Πολιτείες, η γονιμότητα δεν αποτελούσε ζήτημα προσωπικής επιλογής και ευχαρίστησης: τα παιδιά ήταν μια θρησκευτική και πολιτική υποχρέωση, καθώς και μια οικονομική αναγκαιότητα. Οι άποικοι πίστευαν, ότι το να φέρει στον κόσμο μια γυναίκα παιδιά ήταν μια φυσική επιταγή. Οι προσευχές, οι νόμοι που καθόριζαν την σεξουαλική συμπεριφορά, ο γάμος σε μικρή ηλικία, οι βασικές ιατρικές αρχές και η λαϊκή σοφία ενθάρρυναν την αναπαραγωγή. Η μέση άποικος έφερνε στον κόσμο οκτώ παιδιά . Σε γενικές γραμμές, συνέχιζε να φέρνει στον κόσμο και να αναθρέφει παιδιά μέχρι να πεθάνει ο άνδρας της ή μέχρι να μην μπορούν πια να τεκνοποιήσουν λόγω προχωρημένης ηλικίας.

Εκτιμάται ότι περίπου 1 στις 12 γυναίκες αποίκους ήταν στείρα. Η ανδρική στειρότητα, γενικά, δεν αναγνωριζόταν και όταν αποτύγχανε η αναπαραγωγή, ύποπτη ήταν η γυναίκα. Μύθοι και στερεότυπα βασάνιζαν τις γυναίκες που δεν είχε ευλογήσει ο Θεός με παιδιά. Συνήθως, οι υπογόνιμες γυναίκες ή εκείνες που υπέφεραν από αποβολές ή θνησιγένεια, ήταν αυτές που κατηγορούνταν ως μάγισσες. Τα χρόνια που οι Η.Π.Α ήταν ακόμη αποικία, μία από τις λίγες αμερικανίδες που έγραψαν για τα συναισθήματα τους λόγω της υπογονιμότητας, ήταν η ποιήτρια Anne Bradstreet. Υπέθεσε ότι η αμαρτωλή της ζωή προκάλεσε αυτόν τον πόνο και προσευχόταν για να συγχωρεθεί η ασέβεια που τη χαρακτήριζε. Η υπογονιμότητα θεωρείτο και δοκιμασία πίστης. Οι θρησκευτικοί ηγέτες συμβούλευαν τις υπογόνιμες γυναίκες να ενδυναμώσουν την πίστη τους και να βρουν άλλους τρόπους να ζήσουν μια ευσεβή ζωή.

Αυτές οι πολιτισμικές αντιλήψεις της αναπαραγωγής άλλαξαν θεαματικά κατά τα πρώτα χρόνια του νέου αμερικανικού έθνους. Τον 18^ο αιώνα, οι κωμοπόλεις και οι πόλεις διευρύνθηκαν, ενώ η

βιομηχανική επανάσταση κατέργησε την αναγκαιότητα για μεγάλες οικογένειες, γιατί οι προσπάθειες οικονομικής επιβίωσης μεταφέρθηκαν από το σπίτι στους χώρους εργασίας. Η οικογενειακή εστία έγινε ένα ιδιωτικό καταφύγιο, μακριά από τις προκλήσεις του εξωτερικού κόσμου. Η αναπαραγωγή έπαψε να είναι ζήτημα επιβίωσης και έγινε πηγή επέκτασης, εθνικής ταυτότητας και προσωπικής ευτυχίας. «Οι άντρες ήταν οι δημιουργοί του έθνους, οι γυναίκες η πηγή της αναπαραγωγής και τα παιδιά η ελπίδα για το μέλλον».

Το 1903, ο Theodore Roosevelt έθεσε την αναπαραγωγή στο πρόγραμμα εθνικής ανασυγκρότησης, όταν δήλωσε ότι οι Αμερικανοί διαπράττουν «φυλετική αυτοκτονία». Διαπίστωσε ότι οι μετανάστες έμπαιναν στη χώρα και αναπαράγονταν με πιο γρήγορους ρυθμούς από τους λευκούς Αμερικανούς της μεσαίας και ανώτερης τάξης. «Απευθυνόμενος στις γυναίκες, συνέκρινε την υποχρέωση των γυναικών για αναπαραγωγή με την γενναία θυσία των ανδρών στο στρατό και καταδίκασε την κακία, την ψυχρότητα και την ασπλαχνία κάθε γυναίκας που αποφεύγει το καθήκον της».

Οι διακηρύξεις του Roosevelt σηματοδότησαν τη γέννηση του κινήματος της ευγονικής, το οποίο οδήγησε σε πολιτικά, θεσμικά, ιατρικά και νομοθετικά μέτρα που είχαν σκοπό να ενθαρρύνουν ορισμένους Αμερικανούς να αναπαράγονται, ελέγχοντας ταυτόχρονα τα δικαιώματα αναπαραγωγής των άλλων μεταναστών και των μαύρων Αμερικανών. Ορισμένα ζευγάρια παρέμειναν άτεκνα από επιλογή και αγωνίστηκαν για να υπερασπιστούν τον εαυτό τους δημοσίως, εναντίον του κατεστημένου της εποχής που απαιτούσε την αναπαραγωγή. Για τα υπογόνιμα άτομα, η ιατρική θεραπεία προσέφερε ελάχιστες ελπίδες, καθώς οι δυνατότητες θεραπείας ήταν ακόμη πολύ περιορισμένες και σε γενικές γραμμές, ανεπιτυχείς. Οι υιοθεσίες ήταν σπάνιες, οι διακανονισμοί ήταν συχνά παράνομοι ή/και περιελάμβαναν την υιοθεσία ορφανών παιδιών μεταναστών που είχαν μεγαλύτερη αξία για τις οικονομικές τους δυνατότητες ως εργάτες, παρά για τη συναισθηματική ανταμοιβή της σχέσης γονέα-παιδιού³⁰.

Λόγω της φτώχειας και της κακής κατάστασης της υγείας τους, οι Αφρο-αμερικανίδες, κατά τη δεκαετία του 1940, είχαν διπλάσιο ποσοστό ατεκνίας σε σχέση με τις εύπορες λευκές γυναίκες. Τα ποσοστά ατεκνίας για τις Αφρο-αμερικανίδες αυξήθηκαν από 16% το 1910 σε 26% το 1940. Με τον καιρό, η οικονομία βελτιώθηκε, με αποτέλεσμα την αύξηση των παροχών υγείας και τη μείωση του ποσοστού ατεκνίας όλων των εθνικών ομάδων. Η μείωση αυτή πυροδοτήθηκε ακόμη περισσότερο από έντονους πατριωτικούς τόνους. Μετά το τέλος του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, οι κόρες των πρώτων γυναικών καριέρας των δεκαετιών του 1920 και 1930 άρχισαν να επιστρέφουν στο σπίτι. Πλέον, η ατεκνία είχε ψυχολογική σημασία. Η άτεκνη γυναίκα θεωρείτο, ως μη προσαρμοσμένη γυναίκα που δεν ανταποκρίνονταν στο ρόλο που της επέβαλλε το φύλο της. Η πατρότητα δεν ήταν μόνο θέμα υπερηφάνειας, αλλά και σημαντική ευθύνη, απόδειξη ωριμότητας και πατριωτισμού και ενδεικτική καλού πολίτη. Η μητρότητα θεωρείτο η μόνη αξία απασχόληση των γυναικών μετά τον πόλεμο, καθώς είχε εξιδανικευτεί και δοξαζόταν. Η απόκτηση και η ανατροφή των παιδιών ενσωμάτωνε την ελπίδα για το μέλλον και την μέγιστη επίτευξη ευτυχίας και προσωπικής ολοκλήρωσης.

Αυτή η έκρηξη υπέρ της τεκνοποίησης μετά τον πόλεμο, εξοστράκισε τα άτεκνα άτομα με έναν τρόπο που δεν είχε ξαναγίνει ποτέ πριν. Η ακούσια ατεκνία εκείνα τα χρόνια θεωρείτο τέτοιο όνειδος, ώστε οι δημογραφικές υπηρεσίες να τη θεωρούν ουσιαστικά ανύπαρκτη. Τα άτεκνα ζευγάρια είχαν δύο επιλογές: θεραπεία υπογονιμότητας ή υιοθεσία. Μόνον οι μισές από τις περιπτώσεις υπογονιμότητας μπορούσαν να διαγνωσθούν με ακρίβεια και περίπου το ένα τρίτο από αυτές μπορούσε να θεραπευθεί. Οι υπηρεσίες υιοθεσιών έβρισκαν παιδιά για τα άτεκνα ζευγάρια, σε μια προσπάθεια να αποκαταστήσουν τον «αυτο-σεβασμό» των ζευγαριών αυτών.

Αποτέλεσμα της στάσης υπέρ της τεκνοποίησης, κατά τη δεκαετία του 1940, ήταν η αύξηση και πάλι του μεγέθους της οικογένειας κατά τη δεκαετία του 1950. Οι γυναίκες που δεν είχαν γίνει μητέρες θεωρούνταν εγωίστριες και κατά κάποιον τρόπο,

ελαττωματικές - ή και χειρότερα, απειθείς ή παρεκκλίνουσες. Μια βασική θεωρία για τα αίτια της υπογονιμότητας προήλθε από την ψυχαναλυτική κοινότητα. Χωρίς παθολογική διάγνωση, η αδυναμία απόκτησης παιδιού θεωρείτο αποτέλεσμα της ασυνείδητης επιθυμίας μιας γυναίκας να αποφύγει τη μητρότητα και τις ανεπίλυτες συγκρούσεις με τη δική της μητέρα. Υπήρχε, επίσης, η άποψη ότι η μόρφωση και η καριέρα μπορούσαν να σταθούν εμπόδιο στη δυνατότητα αναπαραγωγής μιας γυναίκας. Η εκούσια ατεκνία σαφώς, δεν αποτελούσε αποδεκτή επιλογή για τις περισσότερες γυναίκες εκείνης της εποχής.

1.4.2 Συχνότητα εμφάνισης της ατεκνίας στην Αμερική³⁰

Τα ποσοστά ατεκνίας διαφοροποιούνται σημαντικά στη διάρκεια της αμερικανικής ιστορίας. Το χαμηλότερο ποσοστό που αναφέρει το Εθνικό Κέντρο Στατιστικής Υγείας εμφανίστηκε το 1975, όταν 9% των γυναικών μεταξύ 20 και 44 ετών, ήταν άτεκνες. Το 1993 το ποσοστό αυτό είχε αυξηθεί σε 16%. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό αυτό θα φτάσει το 20% μέχρι το 2000. Η μόνη περίοδος που εμφανίστηκε τόσο υψηλό ποσοστό ατεκνίας ήταν κατά το Μεγάλο Κραχ του 1929 (1929-1934), όπου το 22% των γυναικών παρέμειναν άτεκνες.

Ιστορικά, η ατεκνία θεωρείτο, ότι οφειλόταν κυρίως, στην κακή υγεία ή στο ότι τα άτομα ήταν ανύπαντρα. Η συχνότητα της ατεκνίας σήμερα αυξάνεται για άλλους λόγους. Είναι δύσκολο να υπολογιστεί με ακρίβεια ο αριθμός των γυναικών που είναι άτεκνες από επιλογή ή/και λόγω συνθηκών, σε σχέση με αυτές που αντιμετωπίζουν οργανική υπογονιμότητα. Σύμφωνα με τις σύγχρονες εκτιμήσεις, ένα στα έξι ζευγάρια σε αναπαραγωγική ηλικία είναι υπογόνιμα. Από αυτά τα ζευγάρια, το 40-60% θα αποκτήσει παιδί με ιατρική βοήθεια, υιοθεσία και σε ορισμένες περιπτώσεις, με την πάροδο του χρόνου. Οι γυναίκες αυτές που δεν αποκτούν παιδί μετά από θεραπεία ή υιοθεσία, παραμένουν άτεκνες όπως και οι γυναίκες που δεν έχουν έναν κατάλληλο σύντροφο, που δεν επιλέγουν να αποκτήσουν παιδί σε μονογαμική οικογένεια ή που αντιμετωπίζουν οικονομικά, κοινωνικά ή άλλα εμπόδια. Υπάρχουν πολλά πιθανά

αίτια ακούσιας ατεκνίας και ο αριθμός των γυναικών που αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα είναι αρκετά μεγάλος και φαίνεται ότι θα συνεχίσει να αυξάνεται.

1.5 Υπογονιμότητα: δεσμός και απώλεια

Οι έννοιες του δεσμού και της απώλειας είναι αναπόσπαστες από τον αγώνα της υπογονιμότητας. Ο δεσμός μπορεί να είναι σε ένα φαντασιωσικό παιδί ή στο έμβρυο που κυοφορείται και εντείνεται καθώς το άτομο ονειρεύεται τους τρόπους με τους οποίους ένα βρέφος μπορεί να αλλάξει τη ζωή του, καθώς φαντάζεται τα σωματικά χαρακτηριστικά που μπορεί να έχει το παιδί ή καθώς προσδοκά την επίδραση που μπορεί να ασκήσει ένα παιδί στη ζωή των μελών της ευρύτερης οικογένειας και στις σχέσεις του ζευγαριού με αυτά. Τέτοιου είδους φαντασιώσεις, καθώς και άλλες, μπορούν να παρουσιαστούν πολύ πριν κι από τη σύλληψη του παιδιού. Οι γυναίκες ασθενείς, παραδείγματος χάρη, συχνά περιγράφουν την παιδική τους ηλικία σύμφωνα με τις φαντασιώσεις τους σχετικά με τη μελλοντική μητρότητα. Η διακοπή του συναισθηματικού δεσμού με το ονειρεμένο παιδί, είτε λόγω υπογονιμότητας, είτε λόγω αποβολής, μπορεί να είναι καταστρεπτική³⁰.

Αυτή η απώλεια γονιμότητας ή η απώλεια ενός αγέννητου βρέφους συνήθως δεν αναγνωρίζεται, σε γενικές γραμμές, από την κοινωνία μας. Επομένως, η υπογονιμότητα είναι μία σιωπηρή απώλεια, χωρίς τελετές που θα «νομιμοποιούσαν» τη θλίψη ενός ζευγαριού, το οποίο πενθεί για την απώλεια του ονειρεμένου παιδιού του. Επίσης, πολλοί θεωρούν ότι το δεσμό με το παιδί που δεν έχει συλληφθεί ή γεννηθεί ακόμη, συνήθως, δεν τον μοιράζεται κανένας άλλος. Ο Shapiro υποστήριξε ότι η συνειδητοποίηση της υπογονιμότητας είναι ένα πραγματικό πρόβλημα. Ξεκινάει μία διαδικασία προληπτικού πένθους για το παιδί που μπορεί να μην έρθει ποτέ. Το προληπτικό πένθος, επομένως, αντιπροσωπεύει μία συναισθηματική αποστασιοποίηση από αυτό τον αρχικό δεσμό με το φαντασιωσικό παιδί. Αυτού του είδους το πένθος μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Η Mahlstedt

υπογράμμισε επίσης έρευνες οι οποίες, έχουν κατατάξει τις απώλειες εκείνες της ενήλικης ζωής που αποτελούν παράγοντες κατάθλιψης. Σε αυτούς περιλαμβάνονται πραγματικές ή ενδεχόμενες απώλειες μιας σχέσης, της υγείας, της κοινωνικής θέσης, της αυτοεκτίμησης ή της αυτοπεποίθησης, καθώς και η απώλεια μιας φαντασίωσης, της ελπίδας εκπλήρωσης μιας σημαντικής φαντασίωσης και η απώλεια ενός ανθρώπου ή ενός πράγματος μεγάλης συμβολικής αξίας.

Δεν προκαλεί έκπληξη, επομένως, το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας υποφέρουν από κατάθλιψη και άγχος. Έχουν χάσει την αίσθηση ελέγχου της ζωής τους και των σχεδίων τους γι' αυτήν. Η υπογονιμότητα είναι μία κρίση ζωής. Αυτή η κατάσταση κρίσης (συνήθως παρατεταμένη) είναι που συχνά επισπεύδει την απόφαση των ασθενών να αρχίσουν ψυχοθεραπεία, ώστε να μπορέσουν να ανακουφιστούν συναισθηματικά και να ανακτήσουν μία αίσθηση ψυχολογικής ισορροπίας.

1.6 Κίνητρα για την απόκτηση παιδιού

Τα κίνητρα ή οι λόγοι για τους οποίους θέλει κανείς να αποκτήσει παιδί είναι αινιγματικοί και διαχρονικοί και αφορούν στη βιολογική ενόρμηση, τα πολιτισμικά πρότυπα, τις θρησκευτικές επιταγές, το τεκμήριο κοινωνικού κύρους, την ενηλικίωση, τους συναισθηματικούς δεσμούς, την οικονομική σκοπιμότητα, την εκπλήρωση του ρόλου, την ικανοποίηση του εγώ ή την ισχύ. Τα κίνητρα των υπογόνιμων ζευγαριών για την απόκτηση παιδιού είναι επίσης, η επιθυμία για ευτυχία και η ευημερία, η μητρότητα και η ανάπτυξη της ταυτότητας για τις γυναίκες και η συζυγική ολοκλήρωση για τους άνδρες. Ενώ τα υπογόνημα ζευγάρια συχνά εντυπωσιάζουν με το πόσο αποφασισμένα είναι στον αγώνα τους για την απόκτηση παιδιού, οι έρευνες δείχνουν ότι η υπογονιμότητα πυροδοτεί μία διεργασία συνεχούς προβληματισμού τους για τους λόγους για τους οποίους θέλουν να αποκτήσουν παιδί³⁰.

Οι Hoffman και Hoffman, προσπαθώντας να κατηγοριοποιήσουν τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού σε ένα φυσιολογικό πληθυσμό, απarίθμησαν οκτώ κατηγορίες: 1.θέση ενηλίκων και κοινωνική ταυτότητα, 2.διεύρυνση εαυτού, 3.ηθικές αξίες, 4.ομαδικοί δεσμοί και τρυφερότητα, 5.τόνωση και ενεργητικότητα, 6. επιτυχία και ψυχαγωγία, 7.δύναμη και επιρροή, 8.κοινωνική σύγκριση και οικονομική χρησιμότητα. Σε μία έρευνα που εξέταζε τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού, η οποία έγινε με ακουσίως άτεκνα ζευγάρια, οι Van Balen και Trimbos-Kemper, βρήκαν ότι η επιθυμία για παιδιά ήταν πολύ έντονη, κυρίως στις γυναίκες, ακόμη και έπειτα από μια μακρά περίοδο (8,6 χρόνια) ατεκνίας³⁰. Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες πρώτιστα κίνητρα για την απόκτηση παιδιών, ήταν η ευτυχία και η ευημερία, ενώ οι κοινωνικοί λόγοι ήταν ασήμαντοι και για τους δύο. Ο Newton και οι συνεργάτες του, ερεύνησαν τα κίνητρα για την απόκτηση παιδιού σε μία ομάδα άτεκνων ανδρών και γυναικών, οι οποίοι συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα τεχνητής γονιμοποίησης και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες έδιναν μεγαλύτερη σημασία στην ολοκλήρωση του ρόλου τους ως γυναικών, ενώ οι άνδρες τόνιζαν περισσότερο ως κίνητρο, την επιθυμία τους για την ολοκλήρωση του γάμου τους³⁰. Παρόλο που η μακρά περίοδος θεραπείας της υπογονιμότητας ενισχύει τη διαδικασία προσδιορισμού των κινήτρων για την απόκτηση παιδιού, τα περισσότερα ζευγάρια δεν εγκαταλείπουν την επιθυμία τους να δημιουργήσουν οικογένεια. Η διαδικασία αυτή βοηθάει τα άτεκνα ζευγάρια να σχηματίσουν μια πιο ρεαλιστική αντίληψη ως προς τις απαιτήσεις και τις ικανοποιήσεις που συνεπάγεται η ύπαρξη παιδιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

1. Εισαγωγή

Η αναπαραγωγή και δισαίωηση του ανθρώπινου είδους είναι αναμφισβήτητα βιολογική και ψυχική ανάγκη. Τι γίνεται όμως με τα ζευγάρια που διακαώς επιθυμούν να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί αλλά οργανικά προβλήματα τους στερούν αυτή την ευτυχία;

Εδώ είναι που έρχονται να δώσουν τη σωτήρια λύση διάφορες τεχνικές, με πιο δημοφιλή αυτή της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Σκοπός λοιπόν του παρόντος κεφαλαίου, είναι να εκθέσει τις κυριώτερες από τις τεχνικές αυτές, να υπογραμμίσει τις εκάστοτε σωματικές, ηθικές και νομικές συνέπειες, καθώς και να επισημάνει τις γενικότερες επιπτώσεις της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

2. Τρόποι αντιμετώπισης στην πορεία της ιστορίας

Πολλά παραδείγματα θεραπειών εμφανίζονται στην πορεία της ιστορίας και σε διαφορετικούς πολιτισμούς.

Μια από τις πιο γνωστές κοινωνικές λύσεις της ατεκνίας είναι αυτή του Βασιλιά Ερρίκου Η΄ της Αγγλίας, ο οποίος άλλαξε τη θρησκεία και τους νόμους μιας χώρας για να καλύψει την ανάγκη του για ένα παιδί (αν και ο ίδιος χρειαζόταν αγόρι). 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 υπογονιμότητας (ή της έλλειψης γιού) ή το έθιμο που συναντάμε στην Ανατολική Ασία, όπου ο μεγαλύτερος αδελφός προσφέρει έναν από τους γιούς 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 υπογονιμότητα αντιμετωπιζόταν με επιδρομές στο γειτονικό νησί για να κλέψουν παιδιά για τις άτεκνες γυναίκες. Σε καθένα από τα παραπάνω παραδείγματα φαίνονται

καθάρá η κοινωνική και συναισθηματική οδύνη, καθώς και η καταφυγή σε λύσεις που εμπεριέχουν τη μεταβολή των κοινωνικών σχέσεων. Αυτό εξηγεί, εν μέρει, τη διστακτικότητα των ατόμων να καταφύγουν σ' 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 υπογονιμότητας εμφανίζεται σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς. Σύμβολα γονιμότητας, ξεχωριστές θεότητες, έθιμα και τελετές γονιμότητας βρίσκουμε από την ιδιαίτερα ερωτική τέχνη της Ινδίας ως τη θεά της γονιμότητας των Κελτών χαραγμένη στους πέτρινους τοίχους των ιρλανδικών κάστρων και τα ειδικά διαμορφωμένα και ζωγραφισμένα κεραμικά των Ναβάχο. Ακόμη, την ξεχωριστή πνευματική δύναμη ορισμένων τόπων για την ενίσχυση της γονιμότητας, τη βλέπουμε στο φαλλόσχημο βράχο που βρίσκεται στο νησί Μάουι της Χαβάης, καθώς και στο προσκύνημα των υπογόνιμων γυναικών της φυλής Καρίμπ του Μεξικού στο Isla de las Mujeres (νησί των Γυναικών) και πολλών Ρωμαιοκαθολικών γυναικών στο Medjugorje της Γιουγκοσλαβίας. Εν τούτοις, η σημασία της πίστης, είτε ως μέσου επίλυσης του προβλήματος της υπογονιμότητας, είτε ως παρηγορίας, δεν μπορεί να μειωθεί και η θρησκευτική πίστη εξακολουθεί να είναι ισχυρό καταφύγιο για πολλά υπογόνημα άτομα, ακόμη και σήμερα.

Οι ιατρικές λύσεις για την υπογονιμότητα είναι οι συνηθέστερες και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι είναι και οι πιο αποδεκτές λύσεις στην Αμερική του 20ού 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 μία ειδική σκόνη φτιαγμένη από λιωμένες ρίζες τριών δέντρων, ώστε να μπορεί να έχει σεξουαλική επαφή τρεις φορές μέσα σε μία νύχτα. Άλλα παραδείγματα: οι γυναίκες στη Σιβηρία τρώνε αράχνες, στην Αφρική χρησιμοποιούν ενδοκολπικά σκευάσματα από βαμβάκι μουλιασμένο σε

φυστικέλαιο και τυλιγμένο σε δύο σκελίδες σκόρδου, ενώ κατά το 19^ο αιώνα στη Δύση οι γιατροί πρότειναν αιμάτωση με βδέλλες ή φυλαχτό από αγούθανο (φυτό) του Αγίου Ιωάννου. 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 απήχηση και επηρεάζουν τα άτεκνα ζευγάρια²⁶.

Α. ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή (1978-2000)

Η μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης στηρίζεται πάνω στις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα, χάρις στα πειράματα πολλών επιστημόνων, ο αριθμός των οποίων είναι τεράστιος και η επιμέρους αναφορά δεν είναι δυνατή. Είναι απαραίτητη όμως η αναφορά σε κάποιες ερευνητικές ομάδες, οι οποίες συνέβαλαν σημαντικά στην κατανόηση παιδιού με τη μέθοδο αυτή (1978), των περίπλοκων βιολογικών μηχανισμών της αναπαραγωγής.

Από τις πρώτες προσπάθειες κατανόησης του "μυστηρίου" της αναπαραγωγής, αξίζει να αναφέρουμε τα πειράματα του Walter Heape το 1890, ο οποίος μετέφερε επιτυχώς έμβρυα από ένα είδος κουνελιού σε ένα άλλο είδος. Ο Heape, μετά από απόπλυση των ωαγώνων, πήρε 2 έμβρυα από ένα κουνέλι και τα μετέφερε σε ένα θηλυκό κουνέλι διαφορετικού είδους, το οποίο είχε ζευγαρώσει λίγες ώρες πριν. Το αποτέλεσμα ήταν να γεννηθούν 6 μικρά, από τα οποία τα 2 ανήκαν στο είδος της μητέρας δότη, ενώ τα 4 στο είδος της μητέρας φορέα.

Τα πειράματα του Heape κέντρισαν το ενδιαφέρον των ερευνητών για την κατανόηση της διαδικασίας της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Αναμφίβολα, οι αρχικές παρατηρήσεις της ερευνητικής ομάδας του Pincus είχαν καταλυτική επίδραση για τις

εξελίξεις που επακολούθησαν. Ήταν οι πρώτες που αναφέρονται στον τρόπο ωρίμανσης και στην γονιμοποίηση των ωαρίων των θηλαστικών *in vitro* (Pincus and Saunders, 1939)³.

Το 1959, η ερευνητική ομάδα του Chang, συνδυάζοντας τις τεχνικές *in vitro* γονιμοποίησης ωαρίων, με την τεχνική εμβρυομεταφοράς του Heape, πέτυχε την πρώτη Εξωσωματική Γονιμοποίηση σε κουνέλια. Η επιτυχία του Chang ήταν τεράστια, καθώς πρόσφερε στην επιστημονική κοινότητα ένα επιτυχές πρωτόκολλο, το οποίο περιελάμβανε τεχνικές όπως:

- 1) Συγκέντρωση και επεξεργασία σπερματοζωαρίων,
- 2) Συλλογή των ώριμων ωαρίων με απόπλυση των ωαγωγών,
- 3) *In vitro* γονιμοποίηση,
- 4) Μεταφορά εμβρύου στη μήτρα.

Το επόμενο βήμα ήταν η εφαρμογή αυτών των τεχνικών και στον άνθρωπο, κάτι το οποίο θα είχε τεράστια χρησιμότητα. Καταλύτης σε αυτήν την προσπάθεια ήταν και η καλύτερη κατανόηση του ρόλου της υπόφυσης και των γοναδοτροπινών στη φυσιολογία της αναπαραγωγής. Έτσι, μετά από πολύχρονες μελέτες, κατέστη εφικτή η παραλαβή προ-ωοθυλακιορρηκτικών ώριμων ωαρίων από γυναίκες με ή χωρίς φυσιολογικό εμμηνορυσιακό κύκλο, ύστερα από χορήγηση HMG (Human Menopausal Gonadotropins - ανθρώπινες εμμηνοπαυσιακές γοναδοτροπίνες) (Lunenfeld, 1969).

Στη φάση αυτή, η εισαγωγή της τεχνικής της λαπαροσκόπησης, οδήγησε στην προσπέλαση των ωοθηκών με τη λιγότερο δυνατή χειρουργική επιβάρυνση. Επιπλέον, με τη βοήθεια ειδικών συσκευών αναρρόφησης των πολλαπλών ωοθυλακίων, κατέστη δυνατή η λήψη των ωαρίων σε αριθμό συχνά διψήφιο.

Παρά το μεγάλο αριθμό εμβρυομεταφορών στη μήτρα γυναικών, το πρόβλημα της επιτυχούς εμφύτευσης και της περαιτέρω ενδομήτριας ανάπτυξης των εμβρύων, ορθώθηκε ανυπέβλητο, καταστέλλοντας έτσι τον ενθουσιασμό που εν τω μεταξύ είχε εκδηλωθεί. Για την προσπέλαση αυτού του προβλήματος, άρχισε να καταβάλλεται προσπάθεια για την υποστήριξη της ωχρινικής φάσης³.

Η χορήγηση προγεστερόνης, μέχρις ότου ο πλακούντας αναλάβει την πλήρη ενδοκρινική του φάση, κρίθηκε σκόπιμη.

Η επίμονη ερευνητική προσπάθεια των Robert Edwards και Patrick Steptoe στέφθηκε με απόλυτη επιτυχία το 1978. Γεννήθηκε η Louise Brown, το πρώτο παιδί μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση, στην κλινική Bourn Hall στο χωριό Bourn της Αγγλίας.

Από το 1978 και μετά, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών προσπάθησαν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα αλλά και να εισάγουν νέες τεχνικές οι οποίες θα απλοποιούσαν την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Για παράδειγμα, η εφαρμογή των υπερήχων για την λήψη ωαρίων με διακολπική προσπέλαση, κατέστησε περιττή τη λαπαροσκόπηση και την γενική νάρκωση, επιτρέποντας έτσι την εφαρμογή της χωρίς την εισαγωγή της ασθενούς σε νοσοκομείο.

Εντυπωσιακή τεχνική - παράλληλα όμως και θέμα αντιδικίας για την ηθική της διάσταση - είναι και η κατάψυξη ανθρώπινων εμβρύων, η οποία τελειοποιήθηκε από την ομάδα του βιολόγου Alan Trounson στο πανεπιστήμιο Monash της Μελβούρνης το 1982. Ωστόσο, ο πρώτος ο οποίος πέτυχε τη γέννηση βιώσιμου παιδιού ύστερα από βαθιά κατάψυξη και απόψυξη εμβρύου, ήταν ο Zeilmaker το 1984 στην Ολλανδία. Η εφαρμογή ειδικών μικροχειρισμών στους γαμέτες, όπως η διάτρηση, ρήξη ή διατομή της διαφανούς ζώνης με σκοπό τη διευκόλυνση της εισόδου των σπερματοζωαρίων και ιδιαίτερα η κατευθείαν ένεση σπερματοζωαρίων (ICSI - Intra Cytoplasm Sperm Injection), αποτέλεσαν σταθμό στην αντιμετώπιση της ανδρικής και γυναικείας υπογονιμότητας και χρησιμοποιούνται ευρέως τα τελευταία 15 χρόνια.

Η εντυπωσιακότερη όμως εξέλιξη στον χώρο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι η ικανότητα επιλογής του φύλου αλλά και η διάγνωση κληρονομικών μεταδιδόμενων νοσημάτων στο έμβρυο, πριν ακόμα εμφυτευτεί στη μήτρα.

Η τεχνική αυτή στηρίζεται στην αφαίρεση ενός ή περισσότερων βλαστομεριδίων, τα οποία υποβάλλονται σε DNA ανάλυση (PCR). Έτσι είναι δυνατός ο εντοπισμός του χρωμοσώματος Y αλλά και ο εντοπισμός γενετικών περιοχών που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα

νοσήματα. Η τεχνική αυτή επινοήθηκε από τον Handyside (1992), ο οποίος στηρίχθηκε στην παρατήρηση πως όλα τα βλαστομερίδια δεν είναι απαραίτητα για την περαιτέρω φυσιολογική εξέλιξη του εμβρύου και πως η αφαίρεση ενός ή περισσότερων βλαστομεριδίων αποκαθίσταται αυτόματα, χωρίς να εμποδίζει την ασφαλή μεταφορά του εμβρύου στη μήτρα. Στη χώρα μας, το πρώτο παιδί μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση γεννήθηκε το 1983.

Η παραδοσιακή μέθοδος της εξωσωματικής γονιμοποίησης (λήψη ωαρίων, γονιμοποίηση και μεταφορά εμβρύου) είχε εφαρμοστεί με επιτυχία σε ζευγάρια με συγκεκριμένα προβλήματα υπογονιμότητας, ενώ αδυνατούσε να αντιμετωπίσει τα σοβαρά αίτια της. Οι ερευνητικές προσπάθειες προσανατολίζονταν προς αυτήν την κατεύθυνση, έχοντας να παρουσιάσουν ήδη εντυπωσιακά αποτελέσματα.

Ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στην εφαρμογή της μεθόδου, ήταν και η αντιμετώπιση της ανδρικής υπογονιμότητας που οφείλεται στην έλλειψη σπερματοζωαρίων. Άνδρες με πλήρη αζωοσπερμία ήταν αδύνατο να θεραπευτούν.

Ωστόσο, το 1995 ο Vanderwalden και οι συνεργάτες του, κατάφεραν να γονιμοποιήσουν ένα ωάριο με λήψη σπερματίδων. Με την βοήθεια εξελιγμένων τεχνικών, πήραν κύτταρα και τον όρχι του άνδρα, τα οποία υποβλήθηκαν σε ειδική εργαστηριακή επεξεργασία, με αποτέλεσμα να μετατραπούν σε ώριμα και αρκετά ικανά για γονιμοποίηση σπερματοζωάρια. Πριν την εξέλιξη αυτή, ζευγάρια στα οποία ο άνδρας είχε ανάλογο πρόβλημα, δεν μπορούσαν να αποκτήσουν παιδί, παρά μόνο με σπέρμα από δότη. Στην Ελλάδα, η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1997, και στέφθηκε με απόλυτη επιτυχία.

Μία άλλη καινοτόμος μέθοδος για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, ήταν η κατάψυξη και μεταμόσχευση ωοθηκικού και ορχικού ιστού, κάτι που αποσκοπούσε στην προφύλαξη της αναπαραγωγικής ικανότητας, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς επρόκειτο να ακολουθήσουν θεραπεία κατά του καρκίνου. Τέτοιες θεραπείες, όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, είχαν

αρνητικές επιδράσεις στην γονιμότητα επηρεάζοντας την λειτουργία των όρχεων και των ωθηκών.

Στο Cornell Medical Center της Νέας Υόρκης έγιναν έρευνες τα 2 επόμενα χρόνια, πάνω στην αφαίρεση τμήματος όρχεως ή ωθήκης, στην κατάψυξη αυτού και στην επιτυχή μεταμόσχευση του. Σε άτομα που επρόκειτο να ακολουθήσουν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, γινόταν αφαίρεση τμήματος ιστού και μετά την λήξη της θεραπείας γινόταν η μεταμόσχευση του ιστού. Στις αρχές του 2000, η μεταμόσχευση ωθήκης σε μία γυναίκα 34 ετών, είχε ως αποτέλεσμα την επαναφορά του κύκλου της, και ο δρόμος για την τεκνοποίηση είχε ανοίξει.

1.2 Αντιμέτωπιση υπογονιμότητας με σπερματέγχυση (IUI)

Η σπερματέγχυση μπορεί να είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση υπογονιμότητας σε ένα ζευγάρι που θέλει να τεκνοποιήσει^{4,5,6}.

Βασική προϋπόθεση για να έχει επιτυχία αυτή η μέθοδος είναι:
Α) Η γυναίκα να έχει διαβατότητα στις σάλπιγγες της, δηλαδή να μην είναι κατεστραμμένες ή βουλωμένες από οποιαδήποτε αιτία.
Β) Η ηλικία της γυναίκας να είναι κατάλληλη (σε μερικές περιπτώσεις, η ηλικία καθορίζει τα περιθώρια για το αν πρέπει να κάνει σπερματέγχυση ή να πάει κατ'ευθείαν στη εξωσωματική γονιμοποίηση).

Γ) Το σπέρμα του άνδρα να είναι κατάλληλο και ικανό να γονιμοποιήσει (αρκετός αριθμός, καλή ποιότητα και κινητικότητα σπερματοζωαρίων).

Η μέθοδος είναι απλή και οικονομική σε σχέση με την εξωσωματική γονιμοποίηση, ενώ τα ποσοστά επιτυχίας αυξάνονται σημαντικά μετά από κάποιες επανειλημμένες προσπάθειες που θα καθορίσει ο ιατρός.

Η ωοθυλακική ανάπτυξη καθώς και ο προσδιορισμός της ωορρηξίας της γυναίκας, θα παρακολουθείται υπερηχογραφικά. Η ωορρηξία συμβαίνει μία φορά τον μήνα (συνήθως στα μέσα του

κύκλου), αποδεσμεύεται δηλαδή ένα ωάριο από την ωοθήκη της γυναίκας και πηγαίνει στην σάλπιγγα για να γονιμοποιηθεί με σεξουαλική επαφή με ένα και μόνο σπερματοζωάριο ανάμεσα στα εκατομμύρια που θα υπάρχουν.

Με τα υπερηχογραφήματα που θα κάνει η γυναίκα, ο ιατρός θα μπορεί να είναι σε θέση να δει πότε είναι η ημέρα της ωορρηξίας της. Συνήθως χορηγείται στη γυναίκα μία ένεση (HCG), η οποία θα βοηθήσει τον γιατρό να υπολογίσει την ακριβή μέρα και ώρα που θα γίνει η σπερματέγχυση (συνήθως περίπου 38 ώρες μετά).

Ο βιολόγος στο εργαστήριο θα επεξεργαστεί το σπέρμα του συζύγου με φυγοκέντριση και θα κρατήσει τα σπερματοζωάρια με την καλύτερη κινητικότητα. Στη συνέχεια ο γιατρός, θα τοποθετήσει το σπέρμα στη μήτρα της γυναίκας με κατάλληλο καθετήρα.

Η διαδικασία της σπερματέγχυσης διαρκεί λίγα λεπτά και δεν προκαλεί καθόλου πόνο στην γυναίκα. Από εκεί και πέρα το ζευγάρι θα περιμένει 14 ημέρες μέχρι να δει αν η προσπάθεια αυτή επέφερε εγκυμοσύνη.

Είναι δυνατόν σε πολλές περιπτώσεις να χορηγηθούν στην γυναίκα από την αρχή του κύκλου της ορμόνες - γοναδοτροπίνες, ώστε ο οργανισμός της να παράγει παραπάνω από ένα ωάρια για να αυξηθούν οι πιθανότητες για τεκνοποίηση μια και που θα έχουμε παραπάνω από ένα ωάριο για γονιμοποίηση.

1.3 Ένα βήμα πριν την εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF)

Αν η σπερματέγχυση αποτύχει, τότε το ζευγάρι θα κάνει το επόμενο βήμα του, προς τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Πριν όμως περιγραφούν τα στάδια και η διεργασία της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι αναγκαίο να κατανοηθούν έννοιες όπως του κρυοσυντηρημένου σπέρματος, της τράπεζας σπέρματος και της κατάψυξης των ωαρίων. Τα στοιχεία αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την πραγματοποίηση της εξωσωματικής γονιμοποίησης καθώς και τα θεμέλια για την επίτευξη της διεργασίας αυτής.

1.3.1 Κρυοσυντηρημένο σπέρμα

Η δυνατότητα κατάψυξης σπέρματος υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια. Το σπέρμα όπως και ο ορχικός ιστός μπορούν να καταψυχθούν πριν αρχίσει η θεραπεία για εξωσωματική και επίσης να αποψυχθούν όταν χρειαστεί.

Αν το ζευγάρι θελήσει να συνεχίσουν την προσπάθειά τους σε κάποιο άλλο κέντρο, υπάρχει η δυνατότητα να μεταφερθεί το καταψυγμένο τους γενετικό υλικό σε άλλο κέντρο.

Η κατάψυξη του σπέρματος, γίνεται σε υγρό άζωτο και σε 196οC. Αν και θεωρητικά δεν υπάρχει χρονικό όριο για το πόσο μπορεί να μείνει το γενετικό υλικό στην κρυοσυντήρηση, το ζευγάρι είναι ανάγκη να συμφωνήσει για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Είναι επίσης πολύ σημαντικό να συνεννοηθεί το ζευγάρι με τη μονάδα και να αποφασίσει τι θα γίνει το υλικό αυτό, όταν περάσει το συγκεκριμένο χρονικό όριο, ενώ υπάρχει η δυνατότητα να παραταθεί ο χρόνος φύλαξής του.

Για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών, τα ζευγάρια θα πρέπει να υπογράψουν κάποια συμφωνία για το μέλλον του γενετικού τους υλικού^{7,8}.

1.3.2 Τράπεζα σπέρματος

Υπάρχουν όμως και ζευγάρια που δεν έχουν δώσει σπέρμα στο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης, αλλά στην τράπεζα σπέρματος.

Η τράπεζα σπέρματος κάνει ακριβώς αυτό που ακούγεται, δηλαδή φυλάσσει και διαθέτει σε κρυοκατάψυξη σπέρμα και άλλους ιστούς, οι οποίοι πρέπει να παραμείνουν αναλλοίωτοι και διαθέσιμοι για τη διευκόλυνση της αναπαραγωγικής διαδικασίας, καθώς και για μια μετέπειτα στιγμή ανάγκης.

Οι άλλοι ιστοί που φυλάσσονται σε κρυοκατάψυξη και έχουν άμεση εφαρμογή τώρα στην ιατρική επιστήμη, είναι ορχικός ιστός και ομφαλικό αίμα από νεογνά.

Ο πλέον διαδεδομένος όμως ρόλος της κρυοκατάψυξης στην Ελλάδα, είναι η κατάψυξη και διάθεση σπέρματος από δότες σπέρματος για να διατεθεί σε άτεκνα ζευγάρια, τα οποία σαν κύριο λόγο της υπογονιμότητας του ζεύγους, έχει ο ανδρικός παράγοντας.

Δηλαδή άντρες σεξουαλικά ικανότατοι και σε όλα υγιέστατοι, έχουν πρόβλημα παραγωγής σπέρματος και το υγρό της εκσπερμάτωσης τους δεν περιέχει τίποτα άλλο από προστατικό υγρό και καθόλου σπέρμα.

Ο νομοθέτης αλλά και η επιστημονική κοινότητα έλαβαν τα μέτρα τους και προστατεύονται απολύτως, τόσο ο δότης σπέρματος όσο και ο παραλήπτης σπέρματος. Η παγκόσμια οργάνωση υγείας έχει θεσπίσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο, τόσο οι τράπεζες σπέρματος αλλά και όλοι οι λειτουργοί υγείας που εμπλέκονται σε αυτό το λεπτό θέμα της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, να δραστηριοποιούνται με ακρίβεια, να γίνονται όλα με τάξη, αλλά και ασφάλεια νομική και κοινωνική.

Οι προϋποθέσεις για κάποιον να γίνει δότης σπέρματος σύμφωνα με την *Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.)*, είναι οι ακόλουθες:

1) Πρέπει να είναι ενήλικας και να έχει αποδεδειγμένη τη γονιμότητα του, δηλαδή μια γυναίκα πρόσφατα να έχει μείνει έγκυος και να έχει μια φυσιολογική εγκυμοσύνη.

2) Να είναι πρόθυμος να υποστεί μια ιατρική εξέταση τόσο από απόψεως πλήρους ιστορικού, αλλά και αιματολογικής και ιατρικής, για να συλλέξουν οι επιστήμονες του κέντρου γονιμότητας η της τράπεζας σπέρματος όλες τις πληροφορίες που χρειάζονται.

3) Ελέγχεται η κατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας του δότη και το κληρονομικό και οικογενειακό ιστορικό για όλες τις κληρονομούμενες ασθένειες ή και ψυχικές καταστάσεις.

4) Ελέγχεται η κατάσταση του σπέρματος, έτσι ώστε να συλλέγεται σπέρμα το οποίο να μπορεί να μπει στην διαδικασία της κρυοκατάψυξης και να βγει από αυτή, διατηρώντας την ικανότητα του να γονιμοποιήσει ωάρια.

5) Ελέγχεται επίσης και η απαραίτητη καθαρότητα του, δηλαδή πρέπει να είναι ελεύθερο από κόκκους, μικρόβια, βακτηρίδια, παράσιτα και ότι άλλο μπορεί να μεταφερθεί στην γυναίκα την οποία θα γονιμοποιήσει.

6) Ο δότης δωρητής περνά μια σειρά εξετάσεων (για AIDS, ηπατίτιδα Β και C, κυτταρομεγαλοϊός, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, ομάδας αίματος κ.α.) και αρχίζει να δίνει σπέρμα μία φορά την εβδομάδα. Τα δείγματα καταψύχονται με τους κατάλληλους κωδικούς. Οι εξετάσεις επαναλαμβάνονται στο τρίμηνο και το εξάμηνο. Αφού περάσουν έξι μήνες και είναι σίγουρο πια ότι δεν έχει παρουσιασθεί κάποια μολυσματική ασθένεια στον δότη, τότε μπορούμε να απελευθερώσουμε (να δώσουμε δηλαδή) τα δείγματα που έχουν καταψυχθεί προ εξαμήνου. Υπάρχει έτσι απόλυτη ασφάλεια, ότι το σπέρμα είναι υγιές και καθαρό από κάθε μόλυνση.

7) Υπάρχουν και γονιδιακές καταστάσεις που μπορούν να ελεγχθούν και ελέγχονται και αυτές με τη σειρά τους.

8) Το σπέρμα καταψύχεται σε ειδικές θερμομονωτικές φιάλες που περιέχουν υγρό άζωτο και διατηρούν τη θερμοκρασία στους -196 οC. Η κατάψυξη γίνεται σταδιακά και με τη χρήση ειδικών υλικών που προστατεύουν τα σπερματοζωάρια από τη δημιουργία κρυστάλλων που θα τα καταστρέψει. Στη θερμοκρασία αυτή, πρακτικά δεν υπάρχουν απώλειες σπερματοζωαρίων, για όσο χρονικό διάστημα και αν περάσει. Το σπέρμα υφίσταται απώλειες στη φάση ψύξης-απόψυξης (της τάξεως του 10-15 %) και όχι όσο χρόνο παραμένει κατεψυγμένο.

9) Οι παραλήπτες του σπέρματος γνωρίζουν, ότι η τράπεζα έλαβε όλα τα μέτρα έτσι ώστε το σπέρμα να είναι ασφαλές για αυτούς. Κάθε βιολογικό υλικό συνοδεύεται δηλαδή από φύλλο ελέγχου, που αναφέρει τις εξετάσεις που έχουν γίνει, τις ημερομηνίες τους πριν και μετά την κατάψυξη και τη σύσταση του υλικού που δίνεται (αριθμό σπερματοζωαρίων, κινητικότητα και χρόνο κατάψυξης).

10) Μπορούν ακόμα οι παραλήπτες να γνωρίσουν όλα τα χαρακτηριστικά του δότη και αρκετά για τον χαρακτήρα του, αλλά δεν μπορούν να γνωρίζουν ποτέ ποιος είναι ο δότης, όπως ούτε και

αυτός μπορεί ποτέ να γνωρίζει ή να μάθει σε ποιους δόθηκε το σπέρμα του. Πως εξασφαλίζεται το απόρρητο; Το φύλλο ελέγχου του δείγματος φέρει έναν κωδικό αριθμό, που μπορεί να αποκρυπτογραφηθεί μόνο από το εργαστήριο και αυτός καταγράφει ονόματα ,στοιχεία, εξετάσεις κ.α. και αυτά για λόγους εξασφάλισης του ίδιου του ζευγαριού.

11) Ο δότης μπορεί να γνωρίσει όταν κάποιο παιδί έχει γεννηθεί σαν αποτέλεσμα της δικής του δωρεάς και εάν επιθυμεί και μόνο τότε, μπορεί να επανενταχθεί στο πρόγραμμα δότη σπέρματος.

12) Όπως σε όλες τις τράπεζες σπέρματος, έτσι και στην ελληνική δεν επιτρέπεται η γέννηση περισσότερων των δυο παιδιών στην ίδια πόλη από τον ίδιο δότη σπέρματος.

13) Το σπέρμα του δότη μπορεί να ταξιδεύσει σε όλη την υφήλιο γιατί πάντοτε υπάρχει ανάγκη για σπέρμα σε όλο το κόσμο και οι Έλληνες της διασποράς μπορούν να περνούν σπέρμα από την τράπεζα της Ελλάδας.

14) Οι δότες σπέρματος δεν πληρώνονται για την δωρεά σπέρματος γιατί όπως και η δωρεά αίματος είναι ανεκτίμητης χρηματικής αξίας, προσφέρεται βοήθεια σε κάποιον για να αποκτήσει ένα παιδί χωρίς να διαταραχθεί ο γάμος του, λαμβάνουν όμως για την κάθε φορά που θα δώσουν σπέρμα, μια αμοιβή για τα έξοδα τους και ένα πλήρη έλεγχο υγείας δωρεάν από την τράπεζα σπέρματος. Εάν τα αποτελέσματα είναι όλα καλά και μπουν στο πρόγραμμα, υπογράφουν ένα ιδιωτικό νομικό έγγραφο. Επανέρχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα για έξι μήνες και όλο αυτό το διάστημα που δίνουν σπέρμα, υποχρεούνται να τηρούν τους κανόνες υγιεινής αλλά και σεξουαλικής συμπεριφοράς που τους υποδεικνύουν. Σε έξι μήνες από την πρώτη φορά που έδωσαν σπέρμα, ελευθερώνεται το σπέρμα τους για χρήση και τότε πληρώνονται για την αμοιβή που συμφωνήθηκε.

1.3.3 Κατάψυξη ωαρίων^{8,9,10}

Ήδη από το 1953 έχει επιτευχθεί η επιτυχής χρήση κατεψυγμένου σπέρματος, ενώ η κατάψυξη εμβρύων αποτελεί διαδικασία ρουτίνας για πάνω από μια δεκαετία. Αντίθετα, η κατάψυξη ωαρίων παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες, για διάφορους λόγους.

Ένδειξη για την κατάψυξη ωαρίου είναι η πρόωρη εμμηνόπαυση που αποτελεί συχνά αποτέλεσμα χημειο- ή ραδιοθεραπείας σε καρκινοπαθείς. Από την δοσολογία και την διάρκεια της θεραπείας, εξαρτάται αν η ασθενής θα υποφέρει από πρόωρη εμμηνόπαυση. Όταν η πιθανότητα αυτή είναι μεγάλη, η κατάψυξη ωαρίων μπορεί να προταθεί σαν μέθοδος διατήρησης της γονιμότητας.

Η πρόωρη εμμηνόπαυση μπορεί να οφείλεται και σε φυσιολογικούς παράγοντες. Κάποιες οικογένειες έχουν ιστορικό πρόωρης εμμηνόπαυσης, οπότε νεαρές γυναίκες που έχουν τέτοιο ιστορικό μπορούν να επιλέξουν τη μέθοδο αυτή όσο βρίσκονται ακόμη σε αναπαραγωγική ηλικία.

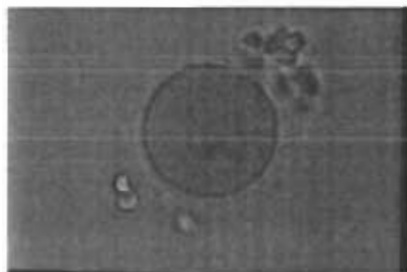
Η κατάψυξη εμβρύων βέβαια που δε χρησιμοποιούνται για την εμβρυομεταφορά, μπορεί να προκαλέσει ηθικά και θρησκευτικά διλήμματα. Η κατάψυξη των ωαρίων πριν αυτά γονιμοποιηθούν, μπορεί να βοηθήσει στο να ξεπεραστούν μερικά από αυτά.

Το βασικό πρόβλημα της επιτυχούς εφαρμογής της μεθόδου, είναι η ίδια η φύση του ανθρώπινου ωαρίου. Είναι το πιο πολύπλοκο κύτταρο του ανθρώπινου οργανισμού και αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από νερό. Είναι πολύ ευαίσθητο στη διαδικασία ψύξης-απόψυξης.

Μια από τις πρωτοπόρες στην εφαρμογή της μεθόδου ομάδα στην Ιταλία, έχει να επιδείξει ποσοστό επιτυχίας μόλις 14%. Συνεπώς, μια πιο σίγουρη μέθοδος για μια ανύπαντρη γυναίκα που θέλει να διατηρήσει τη γονιμότητά της, θα ήταν να προχωρήσει σε εξωσωματική γονιμοποίηση με δότη σπέρματος και στη συνέχεια να καταψύξει τα έμβρυα που θα προκύψουν. Αυτό βέβαια προϋποθέτει τη χρήση σπέρματος από δότη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι η κατάψυξη ωαρίων δεν μπορεί να εγγυηθεί την επίτευξη εγκυμοσύνης.

1.4 ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ (IVF)^{14,15,17}



Φυσικός κύκλος εξωσωματικής, αποκαλείται το είδος της θεραπείας στη διάρκεια της οποίας γίνεται συλλογή ενός και μόνο ωαρίου από την ωοθήκη χωρίς την προηγούμενη χορήγηση ορμονικών φαρμάκων διέγερσης.

Βρετανοί ερευνητές του Kings College Hospital στο Λονδίνο επισημαίνουν, ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν είναι απαραίτητο να συνοδεύεται από θεραπεία με ακριβά φάρμακα που βοηθούν στην παραγωγή ωαρίων.

Η κλασική μέθοδος IVF περιλαμβάνει την καλλιέργεια των ωαρίων και του σπέρματος για όλη την νύχτα.

Με την μέθοδο της φυγοκέντρισης από το δείγμα του σπέρματος, διαχωρίζονται τα σπερματοζωάρια τα οποία έχουν την μεγαλύτερη κινητικότητα.

Αρκετές ώρες μετά την ωοληψία ένας αριθμός σπερματοζωαρίων περίπου 100.000 επωάζεται με ένα ωάριο.

Χρειάζονται κάποιες ώρες για να διεισδύσει το σπερματοζωάριο την εξωτερική μεμβράνη του ωαρίου και να επιτευχθεί η γονιμοποίηση. Τα γονιμοποιημένα ωάρια παραμένουν στο καλλιεργητικό υγρό μέχρι το επόμενο πρωί.

Η ανάπτυξη του ωοθυλακίου παρακολουθείται με υπερηχογράφημα και όταν κρίνεται πως το ωάριο έχει ωριμάσει προγραμματίζεται η συλλογή του.

Η πιθανότητα εγκυμοσύνης είναι χαμηλότερη από εκείνη που προκύπτει από τις προσπάθειες εξωσωματικής με φάρμακα , αλλά είναι μια επιλογή για τις γυναίκες που παρουσιάζουν φτωχή ανταπόκριση στη διέγερση ακόμη και με μεγάλες δόσεις φαρμάκων, που έχουν σταθερό κύκλο και αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις σάλπιγγές τους.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητές πιστεύουν ότι το 60% έως 70% των γυναικών μπορεί να αξιοποιήσει το φυσιολογικό του κύκλο και να μη χρησιμοποιήσει φάρμακα που ενδέχεται να οδηγήσουν σε πολλαπλή κύηση.

Οι ερευνητές παρακολούθησαν 52 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση, χωρίς να ακολουθήσουν τη φαρμακευτική αγωγή, η οποία θα τις βοηθούσε να παραγάγουν περισσότερα ωάρια. Έπειτα από τρεις ή τέσσερις κύκλους, το 32% εξ αυτών εγκυμονούσε. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό επιτυχίας για τις γυναίκες που παίρνουν φάρμακα είναι περίπου 34%.

1.4.1 Μέθοδος ICSI ^{20,21,22,23}

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται όταν υπάρχει πρόβλημα στην γονιμοποίηση του ωαρίου, σε περίπτωση δηλαδή που υπάρχει πολύ χαμηλός αριθμός σπερματοζωαρίων ή χαμηλή κινητικότητα. Με το ICSI αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες για γονιμοποίηση του ωαρίου. Το σπέρμα διαχωρίζεται όπως ακριβώς και στην μέθοδο IVF (φυγοκέντρωση κλπ).



Λίγες ώρες μετά την ωοληψία, αφαιρούνται γύρω από το ωάριο τα κύτταρα που το περιβάλλουν και έτσι το ωάριο στο εργαστήριο είναι ορατό και καθαρό.

Με την βοήθεια ενός ειδικού μικροσκοπίου καθώς και ειδικών μικροχειρισμών με χειριστήριο, το wάριο συγκρατείται με μία πιπέτα και παραμένει σταθερό.

Μία πολύ μικρή βελόνα παίρνει ένα και μόνο σπερματοζwάριο για κάθε wάριο και διατρυπά το κυτταρόπλασμα (κέντρο) του wαρίου. Τα wάρια παραμένουν σε καλλιεργητικό υγρό μέχρι την επόμενη ημέρα.

1.4.2 Μακρύ και βραχύ πρωτόκολλο

Τόσο ο τύπος όσο και η δόση των φαρμάκων που θα χορηγηθούν σε μια γυναίκα που αρχίζει ένα κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης, μπορεί να είναι διαφορετικά και εξαρτώνται από την ηλικία, το είδος της υπογονιμότητας καθώς και την απόκρισή της σε παλιότερες προσπάθειες που έκανε.

Κάθε κύκλος είναι ειδικά σχεδιασμένος για κάθε ζευγάρι ξεχωριστά, ώστε να μεγιστοποιηθούν οι πιθανότητες επιτυχίας. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιείται το λεγόμενο *μακρύ πρωτόκολλο διέγερσης*, όπου χρειάζονται περίπου 2 εβδομάδες καταστολής πριν αρχίσει η υπερδιέγερση.

Σε άλλες περιπτώσεις εφαρμόζεται το *βραχύ πρωτόκολλο*, όπου η περίοδος καταστολής είναι μικρότερη έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η λήψη κατά το δυνατόν περισσότερων wαρίων από γυναίκες όπου αναμένεται φτωχή ανταπόκριση τους στην ανθρώπινη γοναδοτροπίνη.

Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να μην χρησιμοποιηθούν καθόλου φάρμακα (φυσικός κύκλος).

1.4.3 Κύκλος προσπάθειας^{16,17,18}

Ανάλογα με τους παράγοντες που καθορίζουν ποιο πρωτόκολλο θα ακολουθήσει η κάθε γυναίκα (Μακρύ-Βραχύ-«ΜΑΡ»), ο κύκλος προσπάθειας θα διαρκέσει από 7 ημέρες έως και 15 ημέρες. Από τις πρώτες ερωτήσεις του ζευγαριού είναι, αν θα

χρειαστεί να υποβληθούν και σε κάποια άλλα τεστ ή εξετάσεις πέρα από αυτά που έχουν ήδη κάνει.

Η απάντηση είναι «ναι». Συνήθως πριν την έναρξη της Θεραπείας γίνεται τεστ διαβατότητας τραχήλου. Αυτό γίνεται για να εξακριβωθεί αν περνάει εύκολα ο καθετήρας στον τράχηλο της γυναίκας. Αν δεν περνάει, τότε γίνεται διαστολή του τραχήλου.

Θα πρέπει να υπάρξει επίσης ειδική συνεννόηση για την ειδική αξιολόγηση του σπέρματος που είναι απαραίτητη πριν την προσπάθεια, αν δεν υπάρχει πρόσφατη εξέταση.

1.5 Στάδια εξωσωματικής γονιμοποίησης

Παρακάτω υπάρχει ένα παράδειγμα τυπικού κύκλου εξωσωματικής γονιμοποίησης. Αναφέρονται με τη σειρά τα στάδια, καθώς και οι ανάλογες διεργασίες και διαδικασίες έως ότου γονιμοποιηθεί το ωάριο.

1.5.1 Θεραπευτική φάση καταστολής

Φάρμακα που καταστέλλουν την έκκριση της LH (agonists, antagonists) δίνονται είτε υπό μορφή ρινικών εισπνοών είτε υπό μορφή υποδόριων ενέσεων. Ανάλογα με την θεραπεία επιλέγεται το καταλληλότερο φάρμακο και δοσολογία.

Προσοχή : Τα φάρμακα της καταστολής δεν πρέπει να τα σταματήσει η γυναίκα μέχρι την στιγμή της μεσονύχτιας ένεσης.

1.5.2 Θεραπευτική φάση διέγερσης

Μετά από την φάση της καταστολής αρχίζει η πλέον εντατική φάση του προγράμματος, της διέγερσης των ωοθηκών.

Ο σύζυγος αρχίζει την αντιβίωση (ένα χάπι την ημέρα) μέχρι την ημέρα που η σύζυγος θα πάρει την μεσονύκτια ένεση.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, έχουν τα επιστημονικά ονόματα γοναδοτροπίνες και χορηγούνται υπό μορφή υποδόριων ή ενδομυϊκών ενέσεων. Χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη και

ωρίμανση των ωοθυλακίων στις ωοθήκες και την διέγερση των ωοθηκών.

Η παρακολούθηση γίνεται με υπερηχογράφημα και εξετάσεις αίματος (οιστραδιόλης). Με βάση τα αποτελέσματα της οιστραδιόλης και υπερήχων αυτές τις μέρες, θα γίνει ενημέρωση για την επόμενη επίσκεψη ή αν πρέπει να αλλάξει η δοσολογία της ένεσης.

Είναι προφανές ότι αν δεν υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός ωοθυλακίων και το επίπεδο των οιστρογόνων είναι χαμηλό, οι πιθανότητες εγκυμοσύνης είναι χαμηλές και ίσως είναι σκόπιμο να ακυρωθεί αυτός ο κύκλος και να επανέλθει η σύζυγος την ερχόμενη περίοδο με ένα διαφορετικό πρωτόκολλο διέγερσης.

Επίσης, καμιά φορά είναι ανάγκη να διακοπεί η θεραπεία γιατί οι ωοθήκες έχουν διεγερθεί υπερβολικά. (υπερδιέγερση ωοθηκών)

1.5.3 Μεσονύχτια ένεση

Η ένεση αυτή γίνεται για την τελική ωρίμανση των ωαρίων και είναι σχεδόν όμοια με την ορμόνη LH, που εκκρίνεται στην μέση του φυσιολογικού κύκλου 36 ώρες πριν την ωορρηξία. Μετά την χορήγηση της μεσονύχτιας ένεσης, σταματά η γυναίκα τις ενέσεις της καταστολής.

Η ένεση γίνεται βραδινή ώρα, προκειμένου να επακολουθήσει η ωοληψία 32-36ώρες αργότερα, δηλ. το μεθεπόμενο πρωινό. Π.χ. Δευτέρα μεσάνυχτα ένεση, για ωοληψία την Τετάρτη το πρωί.

1.5.4 Ημέρα ωοληψίας

Η ωοληψία γίνεται καθημερινά και Σαββατοκύριακο. Πρέπει να είναι η σύζυγος νηστική από το προηγούμενο βράδυ. Η διαδικασία γίνεται ανώδυνα με μια μορφή ελαφριάς νάρκωσης. Εκτελείται διακολπικά υπό άμεση υπερηχογραφική παρακολούθηση.

Το ίδιο πρωί ο σύζυγος θα δώσει σπέρμα στην μονάδα ή θα το φέρει από το σπίτι και επιπλέον θα σταματήσει το αντιβιοτικό που έχει πάρει.

Η τελική απόφαση για το είδος γονιμοποίησης (IVF ή ICSI), θα παρθεί εκείνη την ημέρα.

Η ωληψία εκτελείται διακολπικά υπό άμεση υπερηχογραφική παρακολούθηση. Κατά την διάρκεια της ωληψίας, τα ωάρια είναι ορατά από τον εμβρυολόγο, ο οποίος τα τοποθετεί σε καλλιεργητικό υγρό.

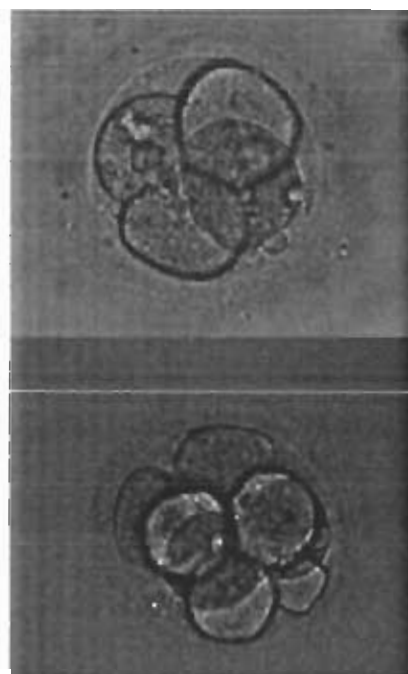
Τα ωάρια, το σπέρμα και τα έμβρυα τοποθετούνται σε ειδικούς επωαστές όπου περιέχουν τις ιδανικές συνθήκες για την ανάπτυξή τους. Η κατάλληλη θερμοκρασία καθώς και το ΡΗ διατηρούνται όπως ακριβώς θα ήταν κάτω από φυσιολογικές συνθήκες.

Κάποιες ώρες μετά την συλλογή ωαρίων, τα ωάρια είναι έτοιμα να επωαστούν με το σπέρμα.

Αν η μέθοδος ICSI είναι απαραίτητη να γίνει, τότε τα ωάρια καθαρίζονται από κύτταρα που τα περιβάλλουν και κάθε ωάριο διατρύπεται από ένα και μόνο σπερματοζωάριο.

Αν δεν χρειαστεί η μέθοδος ICSI, τότε τα ωάρια τοποθετούνται σε καλλιεργητικό υγρό μαζί με 100.000 σπερματοζωάρια^{20,25}

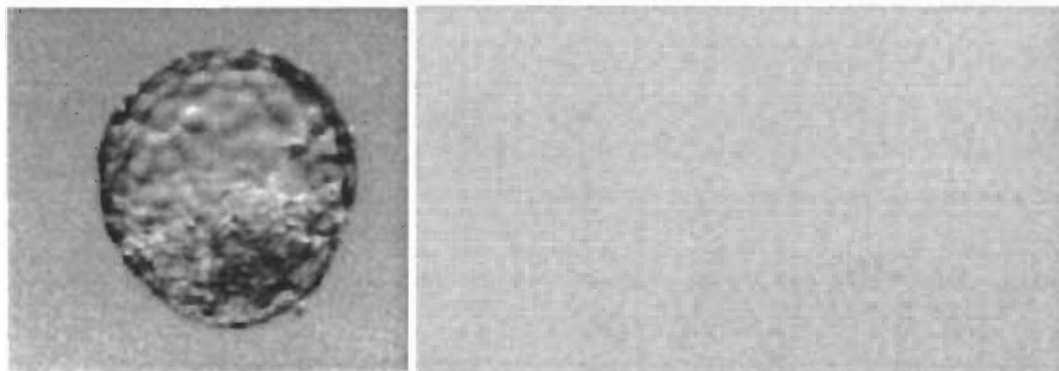
1.6 Γονιμοποίηση



Καλλιέργεια εμβρύου

Από την στιγμή που γονιμοποιηθούν τα ωάρια είτε με την μέθοδο IVF, είτε με ICSI, η επόμενη διαδικασία είναι ίδια.

16 με 20 ώρες μετά την γονιμοποίηση οι προπυρήνες είναι πια ορατοί. Τα ωάρια αποτελούνται από 2 προπυρήνες (το ένα είναι το DNA της μητέρας και το άλλο είναι το DNA του πατέρα) και απομακρύνονται από τα ωάρια που δεν γονιμοποιήθηκαν.



Η διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης αρχίζει την ίδια ημέρα της ωοληψίας. Τα πρώτα σημάδια γονιμοποίησης του ωαρίου είναι οι δύο προπυρήνες (ο ένας με το γενετικό υλικό της μητέρας και ο άλλος με του πατέρα).

Η απόφαση για κατάψυξη εμβρύων, εμβρυομεταφορά στο στάδιο βλαστοκύστης, υποβοηθούμενη εκκόλαψη θα συζητηθούν πριν την εμβρυομεταφορά.

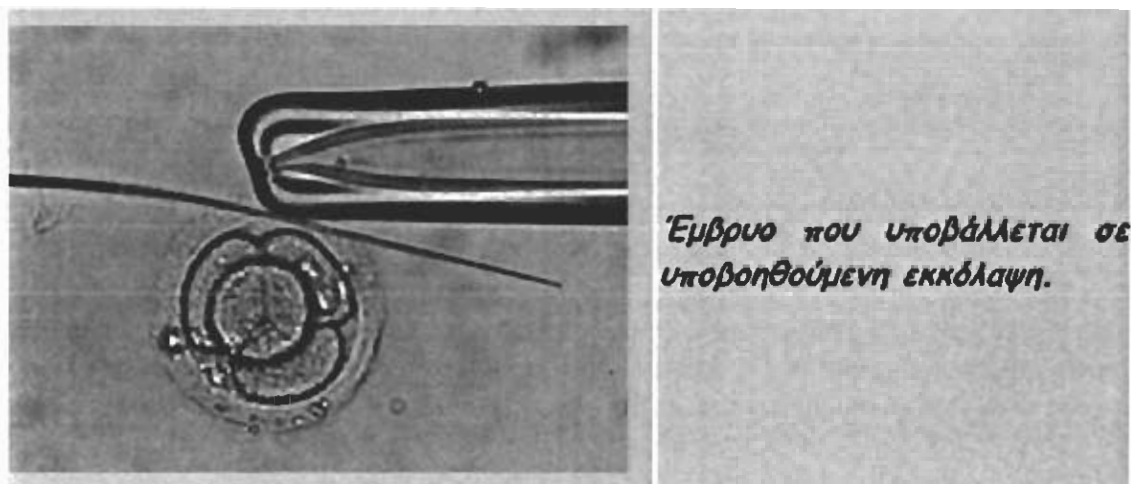
Τα γονιμοποιημένα ωάρια (ζυγωτές) διαχωρίζονται και παραμένουν σε καλλιεργητικό υγρό, μέχρι να γίνει η εμβρυομεταφορά την 2η ημέρα, την 3η ημέρα ή την 5η /6η ημέρα, αν τα έμβρυα φτάσουν στο στάδιο της βλαστοκύστης.

Το πρωινό μετά την ωοληψία θα ενημερωθεί το ζευγάρι για τον αριθμό των ωαρίων που γονιμοποιήθηκαν. Αν έχουν γονιμοποιηθεί αρκετά ωάρια ή περισσεύουν κάποια ύστερα από την εμβρυομεταφορά και η μορφολογία τους είναι πολύ καλή, τότε μπορούν να καταψυχθούν για κάποια επόμενη προσπάθεια στο μέλλον.

Η εμβρυομεταφορά γίνεται χωρίς νάρκωση, δεν είναι καθόλου επίπονη και διαρκεί 5-10 λεπτά. Τα έμβρυα τοποθετούνται μέσω ενός καθετήρα στην μήτρα.

Ο αριθμός των εμβρύων που θα τοποθετηθούν εξαρτάται από την ποιότητά τους, την ηλικία της γυναίκας καθώς και τον αριθμό προηγούμενων προσπαθειών. Όσον αφορά την ηλικία, για να βελτιωθούν τα ποσοστά επιτυχίας στις μεγαλύτερες γυναίκες, μερικές κλινικές συνιστούν υποβοηθούμενη εκκόλαψη, προεμφυτευτική διάγνωση και μεταφορά μόνο των φυσιολογικών εμβρύων. Ακόμη σε μερικές χώρες, γίνεται μεταφορά μεγαλύτερου αριθμού εμβρύων^{18,19,20}.

1.7 Υποβοηθούμενη εκκόλαψη



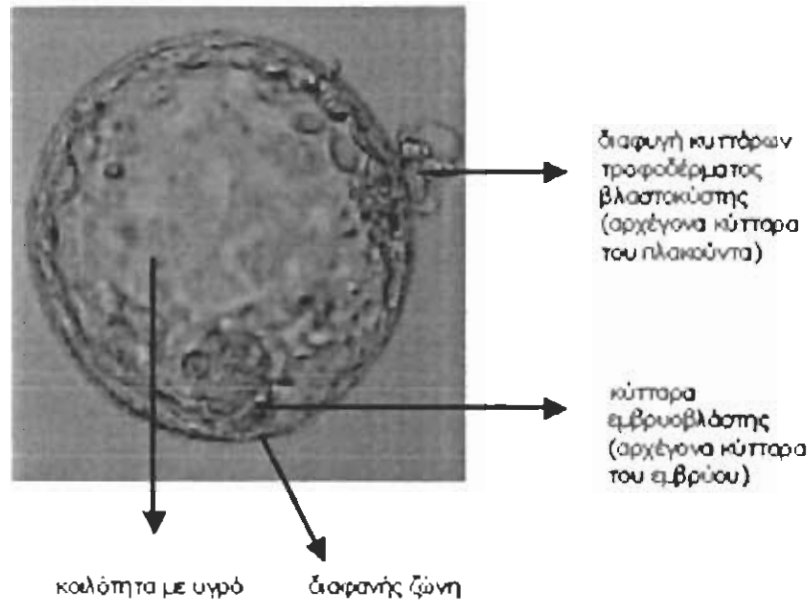
Έμβρυο που υποβάλλεται σε υποβοηθούμενη εκκόλαψη.

Το έμβρυο περιβάλλεται από ένα πρωτεϊνικό περίβλημα που ονομάζεται διαφανής ζώνη. Το αναπτυσσόμενο έμβρυο πρέπει να βγει από αυτό το εξωτερικό στρώμα για να εμφυτευτεί στη μήτρα. Έχει προταθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις η εμφύτευση IVF εμβρύων μπορεί να βοηθηθεί με την δημιουργία μιας τρύπας στην διαφανή ζώνη (υποβοηθούμενη εκκόλαψη).

Είναι γνωστό ότι η καλλιέργεια εμβρύων μπορεί να αυξήσει την σκληρότητα της διαφανούς ζώνης και εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει βελτίωση των αποτελεσμάτων IVF μετά από υποβοηθούμενη εκκόλαψη.

Πολλοί επιστήμονες συνιστούν υποβοηθούμενη εκκόλαψη σε ζευγάρια που η σύζυγος είναι πάνω από 38 ετών ή σε ζευγάρια στα οποία έχει παρατηρηθεί ότι η διαφανής ζώνη έχει μεγαλύτερο πάχος.

Η τρύπα στην διαφανή ζώνη γίνεται με μικροχειρισμό του εμβρύου και δημιουργείται είτε μηχανικά με βελόνα, με χημικά μέσα ή με laser. Η διαδικασία γίνεται συνήθως ακριβώς πριν την εμβρυομεταφορά και ο κίνδυνος να προκληθεί βλάβη στο έμβρυο είναι πολύ σπάνιος.



1.8 Προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Π.Γ.Δ)

Με τον όρο προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Π.Γ.Δ), εννοούμε τη διαδικασία εντοπισμού γενετικών ασθενειών και την εν συνεχεία επιλογή και εμβρυομεταφορά υγιών εμβρύων που αποκτήθηκαν με τη μέθοδο της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης.

Συνεργασία με το τμήμα Παιδιατρικής του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου παιδων Αγία Σοφία, προσφέρει ένα πρωτοποριακό πρόγραμμα προεμφυτευτικής διάγνωσης για την κυστική ίνωση και τη Β - Μεσογειακή Αναιμία.

Ήδη από το 1998, γεννήθηκε στην Ελλάδα το πρώτο παιδί που σε εμβρυϊκό στάδιο υποβλήθηκε σε προεμφυτευτικό έλεγχο για τη Β -Μεσογειακή Αναιμία^{20,21,22,28}.

1.9 Κατάψυξη εμβρύων

Σημαντικό είναι ότι τα έμβρυα μπορούν να καταψυχθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους, πριν την εμβρυομεταφορά. Εάν γονιμοποιηθούν αρκετά έμβρυα ή "περισσέψουν" μετά την εμβρυομεταφορά και έχουν πολύ καλή μορφολογία, μπορεί να γίνει κατάψυξή τους και αργότερα να χρησιμοποιηθούν σε επόμενη προσπάθεια στο μέλλον.

Συνήθως τα έμβρυα καταψύχονται ή όταν είναι στο στάδιο

προπυρήνων ή με 4 κύτταρα ή στο στάδιο της βλαστοκύστης. Η δυνατότητα για κατάψυξη των πλεοναζόντων εμβρύων, μας δίνει την δυνατότητα να κάνουμε την μεταφορά τους σε κάποιον άλλον κύκλο εξωσωματικής στο μέλλον με μικρότερο βέβαια χρηματικό κόστος για το ζευγάρι. Επίσης σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορούμε να καθυστερήσουμε την εμβρυομεταφορά όπως σε περίπτωση αδυναμίας καθετηριασμού τραχήλου ή σε περίπτωση ανάπτυξης συνδρόμου υπερδιέγερσης.

Η κατάψυξη των εμβρύων όπως και του σπέρματος, γίνεται σε υγρό άζωτο και σε -196°C . Βασικά, στην κατάψυξη των γονιμοποιημένων ωαρίων ισχύει ό,τι και στην κατάψυξη του σπέρματος (π.χ για πόσο καιρό θα μείνουν τα έμβρυα στην κρυοσυντήρηση).

1.10 Εμβρυομεταφορά

1.10.1 Εμβρυομεταφορά πριν το στάδιο της βλαστοκύστης

Γίνεται συνήθως 2-3 ημέρες μετά την ωοληψία και είναι τελειώς απλή και ανώδυνη και δεν χρειάζεται να χορηγηθεί αναισθησία αλλά θα δοθεί μόνο αγχολυτικό φάρμακο σε ενέσιμη μορφή ή χάπι για να είναι η σύζυγος ήρεμη.

Συνήθως μεταφέρονται τρία ή τέσσερα έμβρυα - αυτό εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία, η ποιότητα των εμβρύων κτλ.

Μετά την εμβρυομεταφορά θα παραμείνει η γυναίκα κλινήρης για μισή ώρα περίπου. Δεν έχει αποδειχθεί ότι η αυστηρή ανάπαυση βοηθάει στην εμφύτευση, συνιστάται ωστόσο η αποφυγή κοπιαστικών εργασιών.

Μπορεί να επακολουθήσει χορήγηση φυσικής προγεστερόνης (με τη μορφή χαπιών ή κολπικής κρέμας). Η ορμόνη αυτή θεωρείται ότι βοηθάει στην εμφύτευση.

Η μέθοδος αυτή έχει και ένα σοβαρό μειονέκτημα. Τα προηγούμενα χρόνια χρησιμοποιώντας την τεχνική αυτή, υπήρξαν

πολλά διλήμματα τόσο στα ποσοστά επιτυχίας που παραμένουν χαμηλά όσο και στον αντίποδα, στο ιατρικό πρόβλημα της διατήρησης των τυχόν πολύδυμων κυήσεων.

Πιο συγκεκριμένα, έχει καθιερωθεί σε κάθε προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης να μεταφέρονται τελικά στη μήτρα 3-4 έμβρυα ώστε να έχουμε κατά μέσον όρο κύηση στο 30-40% των γυναικών αυτών.

Φαίνεται από τα νούμερα αυτά, ότι τα περισσότερα έμβρυα αν και τοποθετούνται στη μήτρα «υγιή» τελικά «πεθαίνουν» και δεν προχωρούν σε ολοκληρωμένη κύηση. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι γι αυτό το φαινόμενο. Η φύση έχει τους δικούς της νόμους και κανόνες στην αναπαραγωγή του ανθρώπου. Άλλωστε και στην φυσική σύλληψη, η γυναίκα δεν συλλαμβάνει κάθε μήνα.

Τοποθετώντας λοιπόν 3-4 έμβρυα στην μήτρα με την ελπίδα να αναπτυχθεί τελικά ένα από αυτά, υπάρχει και η μικρή πιθανότητα να αναπτυχθούν 2 ή 3 ή και 4 μωρά!

Η περάτωση όμως μιας τρίδυμης ή τετράδυμης εγκυμοσύνης, είναι πολύ δύσκολη. Πάνω από τις μισές περιπτώσεις, τα μωρά γεννιούνται πολύ πρόωρα με δυσάρεστα επακόλουθα τόσο για την επιβίωση τους όσο και για την νοητική και σωματική τους ανάπτυξη.

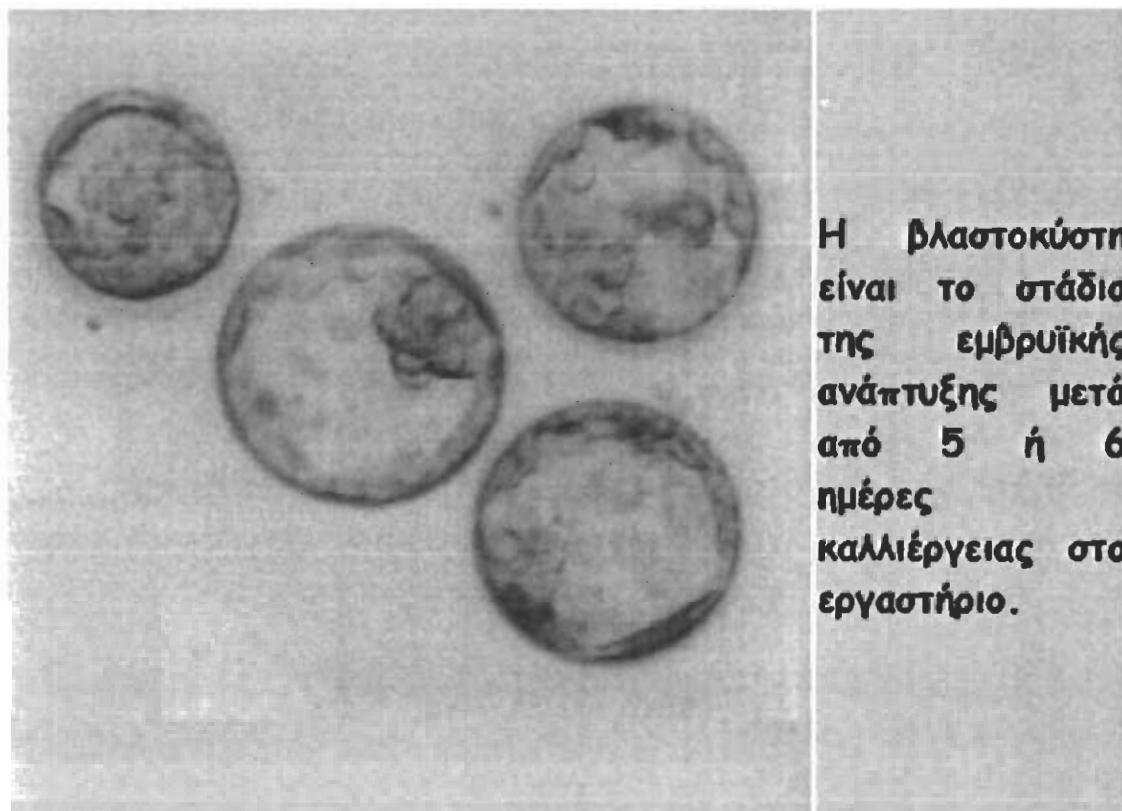
Έχει καθιερωθεί σε αυτές τις περιπτώσεις κατά το μέσο του 3^{ου} μήνα, με μια ειδική τεχνική να θανατώνονται 1 έως 2 έμβρυα, ώστε η κύηση να συνεχίζει τουλάχιστον ως δίδυμη, όπου ο κίνδυνος προωρότητας δεν είναι μεγάλος.

1.10.2 Εμβρυομεταφορά στο στάδιο της βλαστοκύστης

Λίγο πριν την εμφύτευση, το έμβρυο σχηματίζει μία δομή η οποία αποτελείται από ένα εξωτερικό στρώμα κυττάρων (το οποίο θα σχηματίσει τον πλακούντα) και από μια εσωτερική μάζα κυττάρων που θα σχηματίσουν το ίδιο το έμβρυο. Η βλαστοκύστη αυξάνει σε μέγεθος και βγαίνει από το πρωτεϊνικό της κέλυφος (εκκόλαψη).

Μέχρι πρόσφατα δεν ήταν δυνατόν να μεγαλώσουν οι βιολόγοι τα έμβρυα μέχρι αυτό το στάδιο με μεγάλη επιτυχία αλλά χάρις στην

καλύτερη κατανόηση των θρεπτικών αναγκών του εμβρύου, κατόρθωσαν να φτιάξουν νέα υγρά καλλιέργειας. Συνήθως η εμβρυομεταφορά γίνεται 5 ή 6 ημέρες μετά την ωοληψία.



1) Πλεονεκτήματα:

α) Η μεταφορά και εμφύτευση γίνεται πιο κοντά στο φυσικό χρόνο, άρα μιμούμαστε καλύτερα τη φύση. Δηλαδή, σε μία φυσιολογική σύλληψη το έμβρυο «αιωρείται» στην σάλπιγγα της γυναίκας για 5-7 ημέρες και μετά εμφυτεύεται στη μήτρα.

β) Η ικανότητα των εμβρύων να αναπτυχθούν στο εργαστήριο για μια μακρύτερη περίοδο, μπορεί να είναι μια μέθοδος για τα καλύτερα ποιοτικά έμβρυα που θα έχουν τελικά και την μεγαλύτερη πιθανότητα να επιβιώσουν. Ένα έμβρυο που πεθαίνει στο εργαστήριο προτού να αναπτυχθεί σε βλαστοκύστη, δεν θα είχε συνεχίσει να αναπτύσσεται ούτε μέσα στη μήτρα.

γ) Επειδή μέσα στη μήτρα οι βλαστοκύστες έχουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτυχθούν, γίνεται εμβρυομεταφορά μόνο 2 εξ αυτών για να διατηρήσουμε το αποδεκτό ποσοστό εγκυμοσύνης. Δηλαδή, το ποσοστό εγκυμοσύνης είναι πολύ

υψηλότερο όταν τα έμβρυα τοποθετούνται στη μήτρα ευρισκόμενα στην 5^η έως 7^η ημέρα της ζωής τους.

δ) Η μεταφορά λιγότερων εμβρύων θα μειώσει την επίπτωση των πολύδυμων κυήσεων.

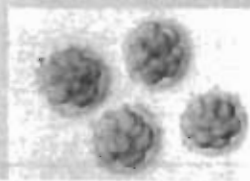
ε) Η τεχνική αυτή προσφέρει περισσότερη αξία στις γυναίκες που έχουν έναν μεγαλύτερο αριθμό εμβρύων (τουλάχιστον 8). Εάν ο αρχικός αριθμός εμβρύων είναι μικρός, η πιθανότητα κανένα έμβρυο να μην γίνει βλαστοκύστη, είναι υψηλότερη.

2) Μειονεκτήματα:

α) Μερικά έμβρυα ίσως δεν φτάσουν το στάδιο της βλαστοκύστης.

β) Κανένας δεν ξέρει εάν μερικά από τα έμβρυα που πεθαίνουν στο εργαστήριο θα είχαν αναπτυχθεί σε μια κανονική εγκυμοσύνη εάν είχαν μεταφερθεί στη μήτρα σε ένα πιο αρχικό στάδιο.

γ) Η μέθοδος βλαστοκύστεων δεν εγγυάται πάντα μια κανονική εγκυμοσύνη. Αναμένουμε ότι μερικές εγκυμοσύνες θα σταματήσουν μετά από ένα σημείο (παλίνδρομη κύηση) και μερικά έμβρυα θα έχουν την ίδια πιθανότητα να αναπτύξουν συγγενή ανωμαλία γέννησης, παρόμοιες με αυτήν που εμφανίζεται στα ζεύγη που είναι σε θέση να επιτύχουν την εγκυμοσύνη φυσιολογικά.



Η ημέρα της εμβρυομεταφοράς εξαρτάται συνήθως από τον αριθμό των γονιμοποιημένων ωαρίων. Αν αρκετά έμβρυα γονιμοποιηθούν και τα κριτήρια είναι κατάλληλα, τότε μπορεί να αποφασισθεί να παραμείνουν σε καλλιεργητικό υγρό και η εμβρυομεταφορά να γίνει 5 - 6 ημέρες μετά, όταν το έμβρυο φτάσει στο στάδιο της βλαστοκύστης.

Όταν θα συζητήσει το ζευγάρι με την επιστημονική ομάδα την πιθανότητα εμβρυομεταφοράς στο στάδιο της βλαστοκύστης, πρέπει να λάβει υπ' όψιν του:

- 1) Τον αριθμό των διαθέσιμων εμβρύων και
- 2) Την πιθανότητα η προσπάθεια εξωσωματικής να μην καταλήξει σε εμβρυομεταφορά.

1.11 Τεστ κυήσεως

Γίνεται 12-14 ημέρες μετά την ωοληψία με λήψη αίματος (β-HCG). Είναι δυνατόν να παρατηρήσει η γυναίκα ενώ αναμένει το τεστ κάποια ροζ ή καφεοειδή κολπική έκκριση. Αυτό δεν σημαίνει κατ' ανάγκην αποτυχία. Το τεστ κυήσεως είναι απαραίτητο έστω και με παρουσία αίματος.

Εάν το αποτέλεσμα είναι θετικό θα χρειαστεί να γίνει επιπλέον μία εξέταση χοριακής γοναδοτροπίνης μία εβδομάδα μετά την 1η μέτρηση. Αναλυτικότερα, η διείσδυση και εμφύτευση στο ενδομήτριο γίνεται 4 με 7 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά. Αν ένα έμβρυο εγκατασταθεί αρχίζει να παράγεται μία ορμόνη η χοριακή γοναδοτροπίνη, η οποία φθάνει σε ανιχνεύσιμα επίπεδα στο αίμα περί τις 10 με 12 μέρες μετά την εμβρυομεταφορά (τεστ κυήσεως στο αίμα). Μετά 2 με 3 μέρες θα γίνει νέα εξέταση αίματος για να μετρήσουμε ξανά χοριακή γοναδοτροπίνη.

Σε περίπτωση διπλασιασμού της τιμής ανάμεσα στις δύο μετρήσεις, θεωρούμε σίγουρη την βιοχημική παρουσία κυήσεως. Μετά από μια εβδομάδα βλέπουμε τον ή τους σάκους της κυήσεως με κολπικό υπερηχογράφημα και μετά από δύο εβδομάδες με νέο κολπικό υπερηχογράφημα βλέπουμε καρδιακή λειτουργία στο ή στα έμβρυα. Αμέσως μετά το ζευγάρι παραπέμπεται στον θεράποντα γυναικολόγο, ο οποίος αναλαμβάνει πλέον την παρακολούθηση της κυήσεως.

Εάν τα αποτελέσματα λοιπόν είναι τα αναμενόμενα, θα πρέπει να κάνει η γυναίκα ένα υπερηχογράφημα την 28η ημέρα μετά την λήψη των ωαρίων και ακόμη ένα υπερηχογράφημα την 42η ημέρα (έξι εβδομάδες μετά την λήψη ωαρίων) και πιθανόν την 56η ημέρα.

Αυτά τα υπερηχογραφήματα είναι αναγκαία γιατί θα δώσουν πληροφορίες σχετικές με την σωστή εμφύτευση του ή των εμβρύων καθώς και πληροφορίες που σχετίζονται με την ομαλή πρόοδο της εγκυμοσύνης.



Αν το τεστ είναι αρνητικό, χωρίς να έχει η γυναίκα ακόμη περίοδο, επαναλαμβάνεται σε 2 με 3 μέρες η εξέταση. Αν είναι θετική ακολουθούμε την προηγούμενη οδηγία. Αν είναι αρνητική σταματάμε τα φάρμακα και έρχεται περίοδος.

Τότε η προσπάθεια έχει αποτύχει. Είναι από τις δυσκολότερες και τις πλέον δυσάρεστες στιγμές η αντιμετώπιση του αρνητικού αποτελέσματος. Αποτυχία σε μια προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης σημαίνει ότι θα πρέπει να βρεθεί πάλι το ζευγάρι και τα μέλη της ομάδας για να μελετήσουν και να συζητήσουν τις παραμέτρους της αποτυχίας ώστε να καθοριστούν τα περαιτέρω βήματα και η προοπτική για να πετύχει η επόμενη προσπάθεια.

1.12 In vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM)^{20,21,22,23}

Η in vitro ωρίμανση ωαρίων (IVM) αποτελεί μια πολλά υποσχόμενη μέθοδο στα πλαίσια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Η μέθοδος αυτή είναι μια εναλλακτική προσέγγιση έναντι της εξωσωματικής (IVF), σύμφωνα με την οποία χορηγούνται ορμόνες στη γυναίκα προκειμένου να γίνει ωληψία.

Αντιθέτως, με την τεχνική IVM η γυναίκα αναλαμβάνει πολύ μικρότερες έως καθόλου ποσότητες ενέσιμων ορμονών και τα ωάρια που συλλέγονται ωριμάζονται στο εργαστήριο σε κατάλληλο

καλλιεργητικό υλικό.

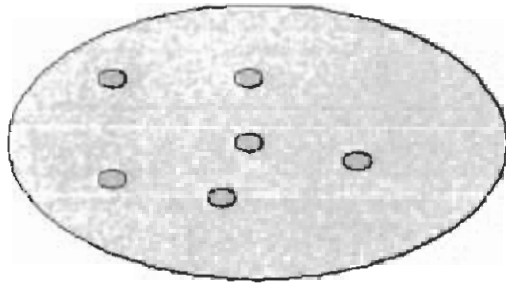
Στη συνέχεια η γονιμοποίηση των ωαρίων γίνεται όπως και σε έναν συνηθισμένο κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με τη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης.

Η γυναίκα συνήθως χρειάζεται να παρακολουθείται για περίπου μια εβδομάδα, χωρίς να αλλάξει ιδιαιτέρως την καθημερινότητα της.

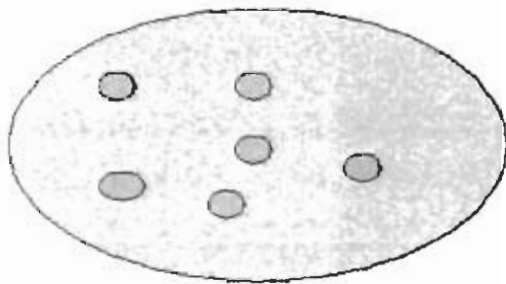
Αν και το ποσοστό εγκυμοσύνης είναι χαμηλότερο από αυτό της κλασσικής εξωσωματικής γονιμοποίησης, η μέθοδος IVM μπορεί να αποτελέσει μια καλή λύση, ιδιαίτερα για τις γυναίκες που επιθυμούν να αποφύγουν τη χορήγηση ορμονών.

Οι παρενέργειες που δύναται να σχετίζονται με την ορμονική διέγερση της γυναίκας στα πλαίσια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιορίζονται, καθιστώντας την λήψη ορμονών πλέον σχεδόν περιττή.

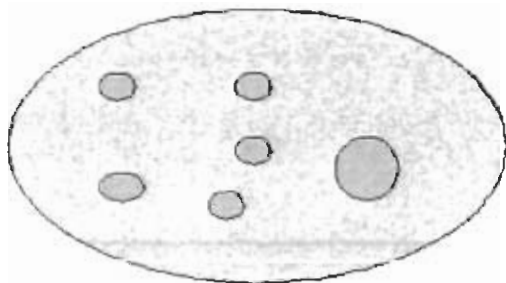
Η πρόοδος που έχει σημειωθεί με αυτή τη καινούργια τεχνική, έχει ως αποτέλεσμα τη γέννηση 117 (μέχρι και τον Ιούλιο του 2004) υγιών παιδιών σε όλο τον κόσμο, απόδειξη ότι πραγματικά η IVM μπορεί να αποτελέσει μια σοβαρή εναλλακτική απάντηση για ζευγάρια που έχουν προβλήματα.



1.



2.



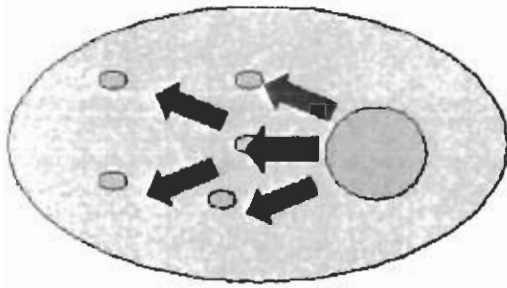
3.



Κατά τη διάρκεια του φυσικού κύκλου μιας γυναίκας, περισσότερα του ενός ωοθυλάκια στρατολογούνται προκειμένου να ολοκληρώσουν την αναπτυξιακή τους πορεία. Μετά από περίπου 14 ημέρες (στη μέση δηλαδή ενός κύκλου 28 ημερών) μόνο ένα από αυτά τα ωοθυλάκια συνήθως ωριμάζει (με διάμετρο περί τα 20mm), δίνοντας έτσι ένα ώριμο πλέον ωάριο(1-5). Τα υπόλοιπα ωοθυλάκια σταματούν την ανάπτυξή τους και ατροφούν(4).

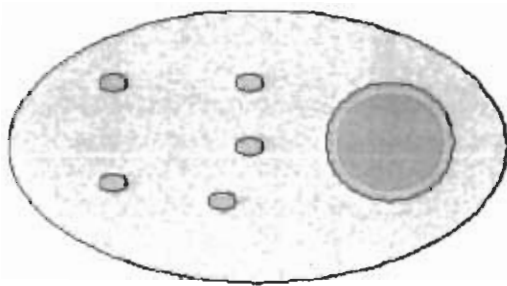
Αυτό που συμβαίνει κατά τη διάρκεια του IVM (εξωσωματική ωρίμανση των ωαρίων), είναι ότι συλλέγονται ανώριμα ωοθυλάκια (με διάμετρο που κυμαίνεται μεταξύ 2mm και 12mm), όταν αυτά ακόμα βρίσκονται στην αρχή της ανάπτυξής τους(1-3).

Έτσι αυτά τα ωοθυλάκια και άρα τα ωάρια, είναι κατά τη στιγμή της λήψης τους ανώριμα.



Στη συνέχεια τα ωάρια ωριμάζονται στο εργαστήριο μέσα στις επόμενες 48 ώρες με τις διαδικασίες του IVM, χρόνος που υπολείπεται σημαντικά από το χρόνο που απαιτείται φυσιολογικά για την ωρίμανση ενός ωαρίου στο σώμα της γυναίκας.

4.



Παρ' όλα αυτά, αφού το ωάριο ολοκληρώσει την ωρίμανσή του με τη διαδικασία του IVM, στη συνέχεια οι διαδικασίες της γονιμοποίησης του, αλλά και καλλιέργειας και μεταφοράς του προκύπτοντος εμβρύου, είναι ακριβώς οι ίδιες με αυτές που ακολουθούνται σε έναν οποιονδήποτε κύκλο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

5.

1.13 Ποσοστά επιτυχίας μετά τον κύκλο προσπάθειας

"Λέγονται ψέματα, πολλά πολλά ψέματα και μετά ακολουθούν οι στατιστικές."

Benjamin Disraeli

1) Στην Ελλάδα

Μια από τις πιο δύσκολες ερωτήσεις που θα κάνει ένα ζευγάρι όταν αποφασίσει να πάει σε κάποιο κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης, είναι να του πουν τα ποσοστά επιτυχίας. Είναι λοιπόν μία πολύ σημαντική ερώτηση και θέλει το ανδρόγυνο να πάρει μία

σαφή απάντηση, όμως γιατί είναι τόσο δύσκολο να του δώσουν μία τίμια, σαφή και ειλικρινή απάντηση;

Η επιτυχία που μπορεί να έχει μία μονάδα εξωσωματικής μπορεί να φτάσει σε όποιο ποσοστό επιτυχίας θέλει. Όμως η πιο ειλικρινής απάντηση είναι, ότι οι περισσότερες γυναίκες θα αποτύχουν να μείνουν έγκυες από το να επιτύχουν, έτσι απλά.

Το πρόβλημα αυτό, για το αν υπάρχει επιτυχία ή όχι, τίθεται και εξαρτάται από το γεγονός ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι να ερμηνεύσεις τους παράγοντες και τα στοιχεία που συμβάλουν σε κάθε προσπάθεια για εξωσωματική γονιμοποίηση.

Το ποσοστό εγκυμοσύνης (το οποίο κυρίως κρίνεται από το θετικό τεστ κυήσεως που θα γίνει ή από την στιγμή που θα ακούσουμε τους καρδιακούς παλμούς του εμβρύου υπερηχογραφικά), γίνεται ανά διέγερση ωοθηκών , ανά ωοληψία ή ανά εμβρυομεταφορά. Π.χ. 200 κύκλοι με 35 τόκους.

150 εμβρυομεταφορές		▲		▲	▲	▲
175 επιτυχείς ωοληψίες			▲			
200 κύκλοι	▲					
	17,5%	23%	23%	27%	30%	33%
35 τοκετοί	▼	▼				
40 προχωρημένες εγκυμοσύνες			▼	▼		
45 κλινικές κυήσεις					▼	
50 θετικά τεστ κυήσεως						▼

Άλλοι παράγοντες που πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας όταν μιλάμε για στατιστικές , είναι το πρόγραμμα και η πολιτική που έχει το κάθε κέντρο εξωσωματικής, καθώς και ο αριθμός των πελατών του¹⁵.

2) Υπόλοιπη Ευρώπη

Το Human Reproduction, ένα από τα πιο έγκυρα έντυπα παγκοσμίως που ασχολούνται με την ανθρώπινη αναπαραγωγή,

δημοσίευσε το 1999 τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα και στατιστικές για την εξωσωματική στην Ευρώπη.

Τα στοιχεία προέρχονται από 22 ευρωπαϊκές χώρες, και αφορούν σε κύκλους που άρχισαν το 1999. Οι περισσότεροι (60.000) έγιναν στην Γερμανία, ακολουθεί η Γαλλία με 52.000 και το Ηνωμένο Βασίλειο με 30.000 κύκλους. Στην Ελλάδα αναφέρθηκαν 6.215 κύκλοι. Συνολικά πήραν μέρος 538 κλινικές και εργαστήρια, στα οποία πραγματοποιήθηκαν 258.460 κύκλοι.

Από αυτούς, στο 48,5% έγινε κλασική γονιμοποίηση, στο 36,8% ICSI, στο 13,1% μεταφέρθηκαν κατεψυγμένα έμβρυα, ενώ στο υπόλοιπο 1,6% έγινε δωρεά ωαρίων.

Συνολικά αντιστοιχούν 3.9 κύκλοι ανά 1000 γυναίκες ηλικίας 15 έως 49 ετών. Το ποσοστό γεννήσεων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή κυμαίνεται από 3.6% (Ισλανδία) έως κάτω του 1%. Αναφορικά με το ποσοστό επιτυχίας, αυτό ήταν 24.2% ανά ωοληψία και 27.7% ανά εμβρυομεταφορά.

Μεγάλη διαφορά μεταξύ των χωρών, υπήρχε στο ποσοστό πολύδυμων κυήσεων. Το ποσοστό δίδυμων κυήσεων κυμαίνεται από 32.5% έως 10.8%, με ανάλογη διακύμανση και για τις τρίδυμες κυήσεις. Οι παραπάνω διαφορές οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και στο νομικό καθεστώς που ισχύει σε κάθε χώρα, αφού σε αρκετές υπάρχει περιορισμός για το μέγιστο αριθμό εμβρύων που μπορούν να μεταφερθούν.

Στην Ελλάδα, όπου δεν ισχύει τέτοιος περιορισμός, ο μέσος αριθμός μεταφερόμενων εμβρύων ανά εμβρυομεταφορά είναι αυξημένος, χωρίς όμως να φαίνεται να υπάρχει ανάλογη αύξηση στο ποσοστό των πολύδυμων κυήσεων. Συγκεκριμένα, για την Ευρώπη ο αριθμός εμβρύων που μεταφέρθηκαν ήταν 1(11,9%), 2(39,2%), 3(39,6%) και 4(9,3%). Τα αντίστοιχα νούμερα για την Ελλάδα ήταν 10%, 20%, 32,2% και 39,8%. Πάντως το συνολικό ποσοστό επιτυχίας στην Ελλάδα, είναι μεταξύ των καλύτερων στην Ευρώπη.

Ένα σημείο που φαίνεται πως υστερεί η Ελλάδα, είναι στην συστηματική καταγραφή των αποτελεσμάτων. Από τα 46 εργαστήρια που λειτουργούν στην Ελλάδα, μόνο 14 πήραν μέρος στην παραπάνω

μελέτη. Αυτό το γεγονός υποβαθμίζει την αξία των παραπάνω στατιστικών και υποδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη οργάνωση και τη θέσπιση ενός νομικού πλαισίου, που να καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας των εργαστηρίων στην Ελλάδα.

Ευτυχώς, βήματα προς την σωστή κατεύθυνση γίνονται γρήγορα, όπως φαίνεται από την πρόσφατη ψήφιση του νομοσχεδίου για την εξωσωματική από την βουλή στις αρχές του 2003.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα παραπάνω στοιχεία και υποθέτοντας ότι είναι αντιπροσωπευτικά της συνολικής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα, φαίνεται ότι ο τομέας της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην Ελλάδα λειτουργεί αποτελεσματικά.

Ένα σημαντικό ποσοστό από τα ζευγάρια που αρχίζουν έναν κύκλο εξωσωματικής επιτυγχάνουν μια εγκυμοσύνη, ενώ οι ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως πολύδυμες κυήσεις και σύνδρομο υπερδιέγερσης, δεν είναι αυξημένες σε σχέση με άλλες χώρες.

Αυτό δείχνει την καλή δουλειά που γίνεται από τους Έλληνες επιστήμονες, γιατρούς και εμβρυολόγους. Δε χρειάζεται απαραίτητα λοιπόν να καταφύγει το ζευγάρι στο εξωτερικό, απλά να διαλέξει με πολύ προσοχή το κέντρο στο οποίο θα απευθυνθεί²⁶.

1.14 Το κόστος που έχει μια προσπάθεια εξωσωματικής

Αφού το υπογόνιμο ζευγάρι έχει πληροφορηθεί για τη διαδικασία της εξωσωματικής γονιμοποίησης και για τα ποσοστά επιτυχίας αυτής της μεθόδου σε Ελλάδα και εξωτερικό, το αμέσως επόμενο ερώτημα έχει να κάνει με το χρηματικό ποσό που θα πρέπει να δοθεί στο κέντρο.

Η αλήθεια είναι ότι ένας κύκλος εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δαπανηρός και είναι δύσκολο να καθοριστεί το ακριβές κόστος. Κατά προσέγγιση θα μπορούσε να πει κάποιος ότι μπορεί να φτάσει τα 3.000 ευρώ.

Στο ποσό αυτό δεν συμπεριλαμβάνονται τα φάρμακα. Πρέπει να γίνει γνωστό ότι το κόστος των φαρμάκων είναι ανάλογο με την ανταπόκριση που θα έχει η γυναίκα στην διάρκεια της διέγερσης καθώς και στο τι πρωτόκολλο θα ακολουθήσει.

Οι εξετάσεις που υποχρεωτικά γίνονται είναι σπερμοδιάγραμμα (το οποίο γίνεται μόνο μια φορά), μέτρηση οιστραδιόλης και τα υπερηχογραφήματα, οι οποίες μπορεί να συμπεριλαμβάνονται στην αρχική τιμή. Επίσης το κόστος της προσπάθειας θα ανέβει εάν χρειαστεί να γίνει ICSI και κατάψυξη εμβρύων.

Τα κρατικά ταμεία ασφάλισης δυστυχώς, καλύπτουν ένα μικρό ποσό για την προσπάθεια, μπορούν όμως να καλύψουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους των φαρμάκων αφού προσκομιστούν τα ανάλογα δικαιολογητικά που θα ζητηθούν.

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνήθως δεν καλύπτουν κανένα ποσό για εξωσωματική γονιμοποίηση, αλλά και πάλι καλό θα είναι να ρωτήσει το ζευγάρι τον ασφαλιστικό του.

1.15 Σωματικά / οργανικά προβλήματα εξαιτίας της εξωσωματικής γονιμοποίησης

1) Παρενέργειες

Μερικές γυναίκες που μπαίνουν στο πρόγραμμα εξωσωματικής γονιμοποίησης είναι δυνατόν να αναπτύξουν κάποια ήπια δυσάρεστα συμπτώματα, που είναι αποτέλεσμα της αντίδρασης του οργανισμού τους στα φάρμακα που θα πάρουν κατά την φάση της διέγερσης των ωοθηκών τους.

Όμως τα συμπτώματα αυτά είναι συνηθισμένα, δεν έχουν πολύ μεγάλη διάρκεια και δεν εμπνέουν καμία ανησυχία. Έτσι μπορεί να συναντήσουμε εξάψεις, μελαγχολία, οξυθυμία, πονοκεφάλους και αϋπνία.

2) Σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών

Υπάρχει και περίπτωση όμως, παρ'όλη τη στενή ιατρική παρακολούθηση που γίνεται, να αναπτύξουν κάποιες γυναίκες «σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών», που σημαίνει ότι η ανταπόκριση τους στην θεραπεία είναι πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη.

Αυτό θα επιφέρει κύστες στις ωοθήκες με συλλογή υγρού στην κοιλιακή χώρα και έντονο το αίσθημα της κακουχίας. Η κατάσταση της γυναίκας θα εκτιμηθεί από τον ιατρό της και σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να σταματήσει η προσπάθεια μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα.

Περίπου 1% με 2% των περιπτώσεων της υπερδιέγερσης είναι πολύ σοβαρή και οι ωοθήκες διογκώνονται και επιφέρουν έντονες ναυτίες, εμετούς, πόνο στην κοιλιακή χώρα, πρήξιμο της κοιλιάς, δύσπνοια, κακουχία, αδυναμία, λιποθυμίες καθώς και κατακράτηση υγρών. Οι επιπλοκές αυτές απαιτούν την άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Είναι λοιπόν πολύ χρήσιμο να ενημερωθεί το ζευγάρι από το κέντρο για το σύνδρομο υπερδιέγερσης, να γνωρίζει τα συμπτώματα και να ειδοποιήσει αμέσως τον ιατρό αν παρατηρήσει η γυναίκα κάτι από τα παραπάνω συμπτώματα.

3) Τραυματισμός τραχήλου

Προσωρινός τραυματισμός τραχήλου μπορεί να προκληθεί κατά την διάρκεια της ωοληψίας. Στην περίπτωση αυτή είναι πιθανόν η βελόνα η οποία εισέρχεται στον τράχηλο προκειμένου να περισυλλεγούν τα ωάρια από τις ωοθήκες, να τον τραυματίσει και να αιμορραγήσει.

4) Πολύδυμες κυήσεις

Με την εξωσωματική γονιμοποίηση είναι πολύ συχνό το φαινόμενο των πολύδυμων κυήσεων, αφού τοποθετούνται στην μήτρα μέχρι και 4 έμβρυα. Έτσι μπορεί να έχουμε κυήσεις από ένα, δύο, τρία ως και τέσσερα έμβρυα.

Στις περιπτώσεις όπου η κύηση γίνεται από παραπάνω από ένα έμβρυα, οι πρόωροι τοκετοί είναι συχνό φαινόμενο που κρύβουν κινδύνους τόσο για την μητέρα όσο και για τα νεογνά.

5) Η βιοχημική κύηση

Κάποιες φορές η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζωάριο επιτυγχάνεται, η ανάπτυξη όμως της κύησης διακόπτεται σε αρκετά πρώιμο στάδιο.

Αν αυτό συμβεί μεταξύ της 4ης και 5ης εβδομάδος (από την πρώτη μέρα του κύκλου) , πριν δηλαδή από τη χρονική στιγμή που ο σάκος κύησης είναι ανιχνεύσιμος με υπερηχογραφικό έλεγχο, αναφερόμαστε σε βιοχημική κύηση.

Στην περίπτωση αυτή το τεστ εγκυμοσύνης θα βρεθεί θετικό, η κύηση όμως δεν θα προλάβει να προοδεύσει μέχρι την υπερηχογραφική επιβεβαίωση, κάτι που θα την χαρακτήριζε κλινική.

Η αιτία της αποτυχίας της προόδου μιας κύησης σε αυτό το στάδιο στατιστικά, έχει σαν συχνότερο αίτιο ενδογενές πρόβλημα των συγκεκριμένων αρχέγονων κυττάρων της κύησης (του συγκεκριμένου δηλαδή ωαρίου και σπερματοζωαρίου που συνεισέφεραν για την κύηση) και σε καμία περίπτωση δεν επιβεβαιώνει κανενός είδους πρόβλημα που θα αφορούσε την γονιμότητα του ζεύγους.

Αποκλείει αντίθετα πολλά από τα προβλήματα γονιμότητας, εφόσον το ζευγάρι κατόρθωσε να φτάσει σε αυτό το στάδιο, κι αν πρόκειται για κύκλο εξωσωματικής γονιμοποίησης, επιβεβαιώνει την επιτυχία όλων των προηγούμενων σταδίων.

Δεν υπάρχει κανένας λόγος να είναι πιστευτό, ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα βιοχημικής κύησης όταν προέρχεται από προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης σε σύγκριση με φυσιολογική σύλληψη.

Ο λόγος ότι ανιχνεύεται περισσότερο σε κύκλους εξωσωματικής, σχετίζεται καθαρά με το ότι σε αυτούς οπωσδήποτε θα γίνει προσπάθεια να ανιχνευτεί μια κύηση σε αρκετά πρώιμο στάδιο, κάτι το οποίο δεν γίνεται σε άλλη περίπτωση εκτός της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

6) Κίνδυνος καρκίνου στα παιδιά

Οι έρευνες κατά τα τελευταία χρόνια, δείχνουν μια αυξημένη συχνότητα ορισμένων παθήσεων στα παιδιά που γεννήθηκαν μετά από διάφορες μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης.

Λόγω της ταχείας και συνεχιζόμενης αύξησης του αριθμού των παιδιών που γεννιούνται με τον τρόπο αυτό, οι επιστήμονες εξετάζουν επισταμένα τις ανωμαλίες ή οποιεσδήποτε ασθένειες παρουσιάζονται με αυξημένη συχνότητα στα παιδιά αυτά.

Μια πρόσφατη έρευνα από την Ολλανδία έδειξε ότι τα παιδιά που γεννιούνται από τεχνητή γονιμοποίηση πιθανόν να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια συγκεκριμένη μορφή καρκίνου των ματιών. Οι Ολλανδοί γιατροί, εξέτασαν το πρόβλημα όταν διαπίστωσαν μια αυξημένη συχνότητα του ρετινοβλαστώματος, το οποίο είναι μια σπάνια μορφή καρκίνου του ματιού των παιδιών.

Στην επιδημιολογική έρευνα που έκαναν διαπίστωσαν ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν μετά από τεχνητή γονιμοποίηση είχαν από 5 έως 7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για τον καρκίνο αυτό.

Σε μια άλλη έρευνα που εξέτασε το ίδιο θέμα, εξέτασε τη σχέση που έχει το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman με την εξωσωματική γονιμοποίηση. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από αύξηση του μεγέθους οργάνων του σώματος και αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης διαφόρων καρκίνων.

Στην δεύτερη έρευνα, Αμερικανοί γιατροί παρατήρησαν ότι μεταξύ των παιδιών που εκδήλωναν το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman στις Ηνωμένες Πολιτείες, υπήρχε αυξημένο ποσοστό παιδιών που γεννήθηκαν με μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης.

Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα τους, έδειξαν ότι τα παιδιά από τεχνητή γονιμοποίηση διέτρεχαν 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν το σύνδρομο Beckwith-Wiedeman. Η μελέτη του DNA των παιδιών αυτών έδειξε ειδικές ανωμαλίες που συνοδεύουν το σύνδρομο.

Είναι σημαντικό να διαλευκανθεί πλήρως το πρόβλημα της σχέσης μεταξύ τεχνητής γονιμοποίησης και ανωμαλιών στα παιδιά. Το ζήτημα δεν είναι εύκολο και θα χρειαστούν ακόμη πολλές αξιόλογες εργασίες μέχρι να φανεί η πραγματικότητα σε όλες τις τις διαστάσεις.

Τα αρχικά ευρήματα που αναφέρονται, ίσως να οφείλονται και σε διάφορους παράγοντες. Οι παράγοντες που οδηγούν σε προβλήματα στα παιδιά μπορεί να είναι:

1) Η τεχνική της εξωσωματικής γονιμοποίησης που χρησιμοποιείται,

2) Η ύπαρξη μιας πιθανής γενετικής σχέσης μεταξύ υπογονιμότητας και καρκίνου,

3) Η καλύτερη παρακολούθηση των παιδιών που γεννιούνται με εξωσωματική γονιμοποίηση, πιθανόν να ανιχνεύει γρηγορότερα παθήσεις σε σχέση με άλλα παιδιά.

Ο συνολικός αριθμός των παιδιών που γεννήθηκαν μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση και τα οποία παρουσιάζουν ανωμαλίες, παραμένει μικρός έστω και εάν είναι μεγαλύτερος από αυτόν που παρατηρείται σε άλλα παιδιά.

Παρά το γεγονός αυτό, το ζήτημα είναι πολύ σοβαρό και θα πρέπει να εντατικοποιηθούν οι έρευνες για να φανούν πλήρως οι επιδράσεις της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην υγεία των παιδιών.

Οι εκτιμήσεις των ερευνητών τελικά καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η τεχνική ICSI και όχι το προβληματικό σπέρμα (η τεχνική αυτή υιοθετείται όταν τα σπερματοζωάρια έχουν μικρή κινητικότητα και δεν επιτρέπουν τη γονιμοποίηση) ευθύνεται γι' αυτό.

Αυτό προέκυψε από μελέτες της τεχνικής, γνωστής με το όνομα ICSI (Intracytoplasmic sperm injection), σε πιθήκους και ινδικά χοιρίδια από τον Σάτεν και τους συνεργάτες του, στο Πανεπιστήμιο του Ορεγκον, στο Πόρτλαντ των ΗΠΑ.

Προηγούμενη μελέτη παιδιών τα οποία είχαν γεννηθεί με τη βοήθεια της τεχνικής ICSI, έδειξε πως η πιθανότητα να εμφανίσουν χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ήταν διπλάσια των παιδιών τα οποία είχαν γεννηθεί έπειτα από φυσιολογική σύλληψη.

Επειδή ανάμεσα στις χρωμοσωμικές ανωμαλίες συμπεριλαμβάνονται ελλείψεις, διπλασιασμοί, αναστροφές μετατοπίσεις φυλετικών χρωμοσωμάτων, μία πιθανή εξήγηση ήταν πως οι μη-γόνιμοι άντρες που είχαν προσφέρει τα σπερματοζωάρια τους ήταν φορείς αυτών των ανωμαλιών.

Ωστόσο οι έρευνες του Σάτεν και των συνεργατών του, στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν wάρια και σπερματοζwάρια από πιθήκους, έδειξαν πως η ίδια η τεχνική μπορεί να προκαλέσει τις ανωμαλίες.

Ειδικότερα, σύμφωνα με άρθρο τους που παρουσιάστηκε το 2003 στην επιστημονική επιθεώρηση Nature Medicine, όταν εφαρμόζεται η τεχνική ICSI υπάρχει κίνδυνος διαταραχής της μειωτικής ατράκτου, νηματοειδείς σχηματισμού που χρησιμοποιείται κατά την κυτταρική διαίρεση για το σωστό διαχωρισμό των χρωμοσωμάτων.

Στις περισσότερες μονάδες εξωσωματικής γονιμοποίησης, μία δομή η οποία ονομάζεται πολικό σωμάτιο, χρησιμοποιείται ως δείκτης για τον εντοπισμό της μειωτικής ατράκτου, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο τραυματισμός της.

Ωστόσο η ερευνητική ομάδα του Σάτον διαπίστωσε πως το πολικό σωμάτιο μετακινείται και κατά συνέπεια δεν μπορεί να λειτουργήσει ως αξιόπιστος δείκτης εντοπισμού της θέσεως της μειωτικής ατράκτου, η οποία κινδυνεύει με τραυματισμό.

Από τη μελέτη έγινε επίσης φανερό πως η έλλειψη συστατικών του σπερματοζωαρίου, τα οποία δεν εισέρχονται στο wάριο όπως γίνεται κανονικά, έχει ως συνέπεια την καθυστέρηση της έναρξης των κυτταρικών διαιρέσεων, γεγονός το οποίο έχει άγνωστες επιπτώσεις.

Αν και η χρήση της συγκεκριμένης τεχνικής δεν πρόκειται να μειωθεί, διάφορα ιατρικά κέντρα θα ξεκινήσουν μελέτες και σε ανθρώπους οι οποίοι έχουν γεννηθεί με τη βοήθεια της ICSI.

1. 16 «Βιοηθική» και «Νομιμότητα» στην τεχνητή γονιμοποίηση

Με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, χιλιάδες άτεκνα ζευγάρια στη χώρα μας που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, έρχονται ένα βήμα πιο κοντά στην επιθυμία τους να αποκτήσουν ένα παιδί³⁴

Σύμφωνα, μάλιστα, με τα υπάρχοντα στοιχεία, 15.000 ζευγάρια κάθε χρόνο προσέρχονται σε ιατρικά κέντρα, ζητώντας την επιστημονική

βοήθεια για τεχνητή γονιμοποίηση, ενώ 2-2,5% των γεννήσεων στις μέρες μας γίνονται με μεθόδους τεχνητής γονιμοποίησης.

Η εισηγητική έκθεση του σχετικού νομοσχεδίου για την τεχνητή γονιμοποίηση, όμως, εγείρει ορισμένα νομικά και ηθικά ζητήματα, που πρέπει να επιλυθούν.

Η έλλειψη κανόνων για το κορυφαίο αυτό θέμα, που άπτεται του θεσμού της οικογένειας δημιουργεί συνθήκες εκμετάλλευσης και οδηγεί σε ένα κρυφό και ανεξέλεγκτο εμπόριο, όπου θύμα σε τελευταία ανάλυση δεν είναι μόνον το ζευγάρι που έχει αδυναμία να αποκτήσει παιδί, αλλά και το ίδιο το παιδί.

Η Νομοπαρασκευαστική Επιτροπή του υπουργείου Δικαιοσύνης, με επικεφαλής τον ομότιμο καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γ. Κουμάντο, ξεκίνησε τις εργασίες της τον Νοέμβριο του 2001 και κατέληξε στην κατάρτιση του σχεδίου νόμου για την «ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή» τον Απρίλιο του 2004.

Το νομοσχέδιο δόθηκε στη δημοσιότητα και μέχρι την κατάθεσή του στη Βουλή έγιναν προσθήκες, χωρίς να αλλοιώνεται η βασική του φιλοσοφία, με βάση τις παρατηρήσεις που διατυπώθηκαν κυρίως από την πλευρά της Εκκλησίας.

Το σχέδιο νόμου απαγορεύει ρητά την αναπαραγωγική κλωνοποίηση, καθώς και την επιλογή φύλου, εκτός κι αν αυτή επιβάλλεται από ιατρικούς λόγους, εάν πρόκειται δηλαδή να αποφευχθεί σοβαρή κληρονομική ασθένεια που συνδέεται με το φύλο.

Βασική αρχή του νομοσχεδίου, όπως ειπώθηκε στη Βουλή, είναι ότι «η διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης γίνεται μόνον για να αντιμετωπίζεται η αδυναμία απόκτησης τέκνων με φυσικό τρόπο από γονείς που είναι σε ηλικία ικανότητας αναπαραγωγής ή για να αποφεύγεται η μετάδοση στο παιδί σοβαρής ασθένειας και όχι βεβαίως για λόγους που συνδέονται με την ύπαρξη ομοφυλοφιλικής σχέσης».

Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει απλή έγγραφη συναίνεση των συζύγων για τη συμμετοχή στη διαδικασία της τεχνητής γονιμοποίησης, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται να γίνει ομόλογη (με το σπέρμα του συζύγου) ή ετερόλογη (με το σπέρμα τρίτου δότη) γονιμοποίηση.

Το ιατρικό απόρρητο προβλέπεται και αυτό μέσα στο νομοθετικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, η ταυτότητα των τρίτων προσώπων που έχουν προσφέρει τους «γαμέτες» ή τα «γονιμοποιημένα ωάρια» δεν γνωστοποιείται στα πρόσωπα που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Ιατρικές πληροφορίες για τον τρίτο δότη τηρούνται σε απόρρητο αρχείο χωρίς ένδειξη της ταυτότητάς του, μόνο με κωδικό αριθμό. Πρόσβαση στο αρχείο επιτρέπεται μόνο στο παιδί και για λόγους υγείας. Τέλος, δεν γνωστοποιείται στους δότες, η ταυτότητα του παιδιού και των γονέων του.

Β. ΑΛΛΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΤΕΚΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

1. Παρένθετη μητρότητα

1.1 Παρένθετη μητρότητα (με άγνωστη κυοφόρο)

1) 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 εμφυτευτούν 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 μέλλουσα 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)³⁵.

Πρέπει επίσης να μην υπάρχει οικονομικό αντάλλαγμα, γιατί βέβαια ένα τέτοιο γεγονός δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο συναλλαγής.

2) 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).

2) 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 wάριο 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 Μον.Πρωτ.Αθ., 678/2755/671/2003 Μον.Πρωτ.Ηρ. κτλ.)³³.

3) 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).

1.2 Παρένθετη μητρότητα (με γνωστή κυοφόρο)

Σε περίπτωση που η γυναίκα που θα κυοφορήσει το παιδί του ζευγαριού είναι οικείο τους πρόσωπο και έχει επιλεχτεί από τους ίδιους, τότε προκύπτουν κάποια επιπλέον ζητήματα / ερωτήματα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

α) Η γυναίκα που θα κυοφορήσει το παιδί δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι είναι δικό της; Δεν μπορεί να το διεκδικήσει αν αλλάξει γνώμη;

Πριν από τη συζήτηση στο δικαστήριο απαιτείται έγγραφη συμφωνία όλων των εμπλεκομένων: της αιτούσας, της γυναίκας που θα κυοφορήσει το παιδί και των συζύγων τους, αν υπάρχουν.

Άλλωστε, όλοι αυτοί, μετά λόγου γνώσεως, θα πρέπει να δώσουν και ενώπιον του δικαστηρίου τη συναίνεσή τους. Δεν μπορεί λοιπόν να αλλάξουν γνώμη γιατί έτσι απλώς μετάνιωσαν.

Υπάρχει μόνο μία περίπτωση διεκδίκησης, αν το ωάριο είναι της κυοφόρου, κατά παράβαση του νόμου ασφαλώς. Μπορεί δε να διεκδικήσει το παιδί μέσα σε προθεσμία έξι μηνών από τον τοκετό.

β) Τι θα πρέπει να γνωρίζει ένα ζευγάρι ή μια γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με αυτό τον τρόπο; Ποιοι είναι οι κίνδυνοι, αν υπάρχουν;

Είναι μια απόφαση που πρέπει να ληφθεί μετά από ώριμη σκέψη. Οι κίνδυνοι όμως δεν οφείλονται τόσο σε ελλείψεις του νόμου, όσο στις προσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται.

Γι' αυτό και απαιτείται επίγνωση από τα πρόσωπα που εμπλέκονται στην ιστορία και κυρίως από τη γυναίκα που αιτεί την άδεια και από την κυοφόρο, να έχουν εξ αρχής ξεκαθαρίσει τα συναισθήματά τους.

γ) Αν η γυναίκα θελήσει να διακόψει την κύηση για δικούς της λόγους μπορεί να το πράξει;

Διακοπή της κύησης χωρίς να υπάρχει σπουδαίος λόγος, ιατρικός κυρίως, δεν επιτρέπεται, ούτως ή άλλως και τιμωρείται από τη νομοθεσία μας. Αν τώρα συντρέξει κάποιος λόγος που έχει να κάνει με την υγεία του κυοφορουμένου ή της παρένθετης μητέρας, ασφαλώς και μπορεί να γίνει διακοπή.

δ) Είναι επιλογή του ζευγαριού το πώς θα στηρίξει την κυοφόρο κατά το διάστημα της κυοφορίας, ή υπάρχουν και εδώ κανόνες;

Προφανώς μεταξύ της αιτούσας την άδεια και της κυοφόρου αναπτύσσεται μια έννομη σχέση, η οποία δημιουργεί εκατέρωθεν δικαιώματα και υποχρεώσεις. Σαφώς και η αιτούσα την άδεια για παρένθετη μητρότητα, οφείλει να στηρίξει την κυοφορούσα

με κάθε τρόπο, όπως και η κυοφορούσα οφείλει να είναι συνεπής σε ό,τι απαιτείται για την ευτυχή έκβαση της υπόθεσης.

ε) Μετά τον τοκετό, η γυναίκα που κυοφόρησε το παιδί θα μπορεί να το βλέπει αν θέλει; Έχει το δικαίωμα, ακόμη περισσότερο αν είναι κοντινό στην αιτούσα πρόσωπο, να ζητήσει το παιδί να γνωρίζει με ποιο τρόπο ήρθε στον κόσμο;

Όπως προαναφέρθηκε, κανένας νομικός δεσμός δεν υπάρχει μεταξύ της κυοφόρου και του παιδιού. Νομικά, η κυοφόρος δεν έχει το δικαίωμα να ζητήσει τίποτα.

Και καθώς η νομοθεσία μας είναι παιδοκεντρική, έχει δηλαδή κύριο μέλημά της την προστασία της εν γένει προσωπικότητας του παιδιού, σωματικής, ψυχικής κ.λπ., η αιτούσα την άδεια μητέρα έχει κάθε δικαίωμα να προστατεύσει με κάθε τρόπο το παιδί και έναντι της κυοφορούσας.

στ) Το Πρωτομελές Πρωτοδικείο Ηρακλείου για πρώτη φορά το 1999 αντιμετώπισε το θέμα της παρένθετης μητρότητας. Με το όρο παρένθετη μητρότητα εννοούμε: «<την εμφύτευση στη μήτρα μιας γυναίκας και στη συνέχεια κυοφορίας γονιμοποιημένου ωαρίου που σχηματίστηκε από γενετικό υλικό ενός άτεκνου ζευγαριού.>>¹.

Η παρένθετη μητρότητα επιτρέπεται με δικαστική άδεια που παρέχεται ύστερα από αίτηση της γυναίκας που κυοφορεί το παιδί, πριν βέβαια τη μεταφορά. Σύμφωνα με τη δικαστική αυτή απόφαση, τα δίδυμα που γεννιούνται από γενετικό υλικό άτεκνου ζευγαριού από μια τρίτη γυναίκα, αποκτούν τους γενετικούς τους γονείς μέσω υιοθεσίας. Σύμφωνα με αυτή την απόφαση λοιπόν, τα παιδιά έχουν γονείς τους γενετικούς τους γονείς και όχι τη γυναίκα που τα κυοφόρησε και τα γέννησε. Σε αυτό το σημείο θα αναρωτηθεί κανείς γιατί να υπάρχει υιοθεσία τη στιγμή που υπάρχει φυσική συγγένεια αφού με την υιοθεσία δημιουργείται τεχνητή συγγένεια. Στην προκειμένη περίπτωση έχουμε διπλή μητρότητα.

Απ' τη μία τη μητέρα που χορήγησε γενετικό υλικό (γενετική μητέρα) και από την άλλη έχουμε τη μητέρα που κυοφόρησε το έμβρυο (κυοφόρος μητέρα). Έτσι λοιπόν υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ των γονιών. Έχουμε τους «γενετικούς γονείς» και τους «δανεικούς γονείς». Όσον αφορά την καταχώρηση του παιδιού στο ληξιαρχείο, θα πρέπει να έχει προηγηθεί συμφωνία ανάμεσα στην κυοφόρο μητέρα και στους γενετικούς γονείς. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως οι συμφωνίες κυοφορίας από άλλη γυναίκα πέραν της γενετικής θεωρούνται άκυρες διότι έρχονται σε αντίθεση με τα χρηστά ήθη.

Μια τέτοια συμφωνία μπορεί να θεωρηθεί έγκυρη εφ' όσον:

- Έχει γίνει συμφωνία μεταξύ του άτεκνου ζευγαριού και της κυοφόρου μητέρας, έτσι ώστε η μέθοδος αυτή να χρησιμοποιείται μόνο για καταπολέμηση της υπογονιμότητας του έγγαμου ζευγαριού.

- Να έχει καταστεί αυτή η μέθοδος γονιμοποίησης ιατρικά αναγκαία, δηλαδή η γενετική μητέρα να διατρέχει σοβαρό κίνδυνο σε περίπτωση που κυοφορήσει.

- Να μην υπάρξει αμοιβή για την κυοφόρηση.

«Οι συμφωνίες αυτές χωρίς να μεταβάλλουν τη γενετική μητρότητα, επιτρέπουν μόνο την κυοφόρηση από γυναίκα εμβρύου που προήλθε από ξένο γενετικό υλικό και αποτελούν απόδειξη για την καταχώρηση του παιδιού που θα γεννηθεί στο ληξιαρχείο.»

Έτσι λοιπόν θα πρέπει να έχει προηγηθεί συμφωνία μεταξύ των γενετικών γονέων και της κυοφόρου μητέρας πριν γεννηθεί το παιδί. Συμφωνία που θα προκύψει από την εμπιστοσύνη μεταξύ των δύο μερών.

Σε περίπτωση που διαψευσθεί η συμφωνία είτε από τους γενετικούς γονείς οι οποίοι αρνούνται να παραλάβουν το παιδί που γεννήθηκε εξαιτίας κάποιας σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας που εμφανίζει, είτε από την κυοφόρο μητέρα η οποία αρνείται να αποχωριστεί συναισθηματικά το παιδί, δεν υποστηρίζουμε πως μπορεί να υπάρξει εξαναγκασμός για παράδοση ή παραλαβή του παιδιού. Υποχρεώνεται όμως το μέρος που δεν τήρησε τη συμφωνία να πληρώσει χρηματική αποζημίωση στο άλλο μέρος.

Σχετικά με την αποζημίωση, διακρίνουμε:

- Σε περίπτωση που η μη τήρηση της συμφωνίας οφείλεται στην κυοφόρο μητέρα, η αποζημίωση αφορά τα έξοδα που έκανε το ζευγάρι με την προϋπόθεση της απόκτησης παιδιού.

- Σε περίπτωση που η μη τήρηση της συμφωνίας οφείλεται στους γενετικούς γονείς η αποζημίωση ανέρχεται στο ύψος της διατροφής του παιδιού.

2. Μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση

1) Προϋποθέσεις³⁴

Η νομοθεσία προβλέπει ότι μια γυναίκα μπορεί ακόμη και μετά το θάνατο του συζύγου ή μόνιμου συντρόφου της να αποκτήσει τέκνο που θα έχει τον αποθανόντα ως πατέρα. Αυτό είναι δυνατόν να γίνει με δύο τρόπους:

α. Με τεχνητή γονιμοποίηση (ομόλογη σπερματέγχυση ή in vitro εξωσωματική γονιμοποίηση), όπου θα χρησιμοποιηθεί το κρυοσυντηρημένο σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου,

β. Με εμφύτευση στο σώμα της γυναίκας κρυοσυντηρημένου ωαρίου που είχε γονιμοποιηθεί από σπέρμα του νεκρού συζύγου ή συντρόφου.

Η μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση (όποια από τις παραπάνω μεθόδους κι αν εφαρμοστεί) επιτρέπεται με δικαστική άδεια, η οποία παρέχεται μόνο αν συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος της γυναίκας να έπασχε από ασθένεια που συνδέεται με πιθανό κίνδυνο υπογονιμότητας ή να υπήρχε κίνδυνος θανάτου του (π.χ. καρκίνος ή συμμετοχή σε πολεμικές επιχειρήσεις) και

β) Ο σύζυγος ή ο μόνιμος σύντροφος να είχε συναινέσει με συμβολαιογραφικό έγγραφο και στη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση.

Η διαδικασία αυτή διενεργείται μετά την πάροδο έξι μηνών, ώστε να αποφευχθεί η λήψη μιας τέτοιας σοβαρής απόφασης από τη γυναίκα υπό το κράτος ψυχικής διαταραχής λόγω του θανάτου του συζύγου ή συντρόφου της.

Επίσης δεν θα πρέπει να έχουν περάσει δύο χρόνια από το γεγονός του θανάτου, ώστε να μη μένουν σε εκκρεμότητα τα κληρονομικά ζητήματα (άρθρο 1457 ΑΚ).

2) Πατρότητα

Εφόσον τηρηθεί η ως άνω προβλεπόμενη από τον Αστικό Κώδικα διαδικασία, το παιδί που θα γεννηθεί ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, θα είναι τέκνο του νεκρού συζύγου ή συντρόφου της μητέρας (άρθρα 1465 §2 και 1475 §2 ΑΚ).

3) Κληρονομική διαδοχή

Το παιδί που γεννήθηκε ύστερα από μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση, εφόσον θεμελιώνεται η πατρότητα, καθίσταται κληρονόμος του πατέρα του, και μάλιστα αναδρομικά από τη στιγμή του θανάτου εκείνου (άρθρο 1711 ΑΚ).

3. Ειδικές μέθοδοι τεχνητής γονιμοποίησης και η νομοθετική τους ρύθμιση³²

Τα τελευταία χρόνια συντελέστηκε μια αλματώδης ανάπτυξη στις ιατρικές μεθόδους που αποσκοπούν στην υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Η ολοένα διευρυνόμενη εφαρμογή τους και στην Ελλάδα, κατέστησε αναγκαία την παρέμβαση του νομοθέτη προκειμένου να ρυθμιστούν νομοθετικά τα διάφορα νομικά, ηθικά και κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν από τις εξελίξεις της γενετικής τεχνολογίας.

Στην ανάγκη αυτή ανταποκρίνεται ο νόμος 3089/2002, ο οποίος περιέχει ρυθμίσεις για την τεχνητή γονιμοποίηση, επιτρέποντας έτσι σε άτεκνα ζευγάρια- ή πλέον και σε άγαμες γυναίκες- να πραγματοποιήσουν την επιθυμία τους για την απόκτηση του δικού τους παιδιού. Ενός παιδιού που, είτε είναι γενετικά δικό τους είτε όχι, δεν μπορεί να τους το διεκδικήσει κανείς, εφόσον βέβαια τηρηθούν οι όροι και η διαδικασία που επιτάσσει ο νόμος.

Οι πλέον πρωτοποριακές ρυθμίσεις είναι αυτές που αφορούν στην παρένθετη μητρότητα και τη μεταθανάτια τεχνητή γονιμοποίηση³⁵.

4. Αξιολόγηση της ηθικότητας των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής³³

Στην προσπάθεια αξιολόγησης των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, παρατηρούμε πως οι μέθοδοι αυτές είναι αντίθετες προς την ορθόδοξη χριστιανική ηθική.

Παρακάτω θα αναλύσουμε τις μεθόδους της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και την αξιολόγησή τους σύμφωνα με την ορθόδοξη χριστιανική ηθική.

1. Τεχνητή σπερματέγχυση

Στην προκειμένη περίπτωση ο σύζυγος έχει αδύνατο σπέρμα και δεν μπορεί να τεκνοποιήσει. Έτσι, εισάγεται σπέρμα στη σύζυγο από ξένο δότη, κάτι το οποίο φέρνει το σύζυγο σε δύσκολη θέση και τον κάνει να νιώθει δυσάρεστα συναισθήματα. Η μέθοδος αυτή θεωρείται απαράδεκτη γιατί αποτελεί μορφή μοιχείας.

Έτσι λοιπόν η σύλληψη παιδιού μέσω σπέρματος δότη, αλλοιώνει το θεσμό του γάμου αφού η τεκνογονία δεν αποτελεί το μοναδικό σκοπό του.

Έτσι λοιπόν η εισαγωγή σπέρματος σε μια γυναίκα από άντρα πέραν του συζύγου της δεν θα πρέπει να γίνεται δεκτή, σύμφωνα με την ορθόδοξη χριστιανική ηθική, ακόμα και όταν η σπερματέγχυση είναι ομόλογη, δηλαδή από το σύζυγο της γυναίκας. Επίσης ο αυνανισμός

που είναι αναγκαίος για να παραχθεί το σπέρμα για τη διαδικασία της τεχνητής αναπαραγωγής, θεωρείται ανήθικος τρόπος.

Βέβαια, υπάρχει και η εξής άποψη: αφού η πράξη του αυνανισμού δεν αποσκοπεί στην ηδονή και αυτοϊκανοποίηση του ατόμου, αλλά στην παραγωγή σπέρματος για την υποβοήθηση της αναπαραγωγής, δεν θεωρείται ανήθικη πράξη.

2. Εξωσωματική γονιμοποίηση

Το πρόβλημα που δημιουργήθηκε με την εξωσωματική γονιμοποίηση, ήταν ο μεγάλος αριθμός εμβρύων που δημιουργούνταν στο εργαστήριο. «Ο χειρισμός και η δημιουργία της ανθρώπινης ζωής στο εργαστήριο αποτελεί το κυριότερο ηθικό πρόβλημα στην εξωσωματική γονιμοποίηση.»¹³

Γενικά η εξωσωματική γονιμοποίηση δεν θεωρείται ανήθικη και δεν είναι κατακριτέα εφ' όσον:

- «χρησιμοποιείται μόνο το αναπαραγωγικό υλικό των συζύγων (ομόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση)
- γονιμοποιούνται τόσα ωάρια, όσα μεταφέρονται στη μήτρα της συζύγου
- δεν γονιμοποιούνται υπεράριθμα έμβρυα για μελλοντική χρήση, που για να διατηρηθούν, καταψύχονται
- τα έμβρυα δεν μεταφέρονται σε άλλη γυναίκα (δανεική μητέρα) για κυοφορία
- μεταφέρονται τόσα γονιμοποιημένα ωάρια- έμβρυα, όσα προβλέπεται ή είναι δυνατόν να κυοφορηθούν από τη σύζυγο.»¹⁴

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι συνδυασμοί τους, όπου εμφανίζονται σοβαρά ηθικά προβλήματα και διλήμματα:

- = « Η ετερόλογη εξωσωματική γονιμοποίηση, δηλαδή η χρήση σπέρματος δότη ή ωαρίου δότριας, ανεξάρτητα εάν συμμετέχει ο ένας από τους δύο συζύγους με δικό του αναπαραγωγικό υλικό, αποτελεί μη αποδεκτή μέθοδο, διότι διασπά τη συλλογική ενότητα και αγάπη.

- Η κυοφορία εμβρύων από τη σύζυγο και η τεκνοποίηση παιδιών τα οποία δεν έχουν καμία γενετική με την ίδια ή με το σύζυγο της, δεν μπορεί να προκρίνεται ως ενδεδειγμένη πρακτική.
- Η χορήγηση ορμονών για την πρόκληση υπερωορρηξίας, η γονιμοποίηση όλων των λαμβανόμενων ωαρίων και η κατάψυξη των υπεραρίθμων εμβρύων, συνήθως, έχουν σαν συνέπεια την καταστροφή τους μετά από μακρά περίοδο κατάψυξης.
- Η εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης εκτός του γάμου σε μοναχικές γυναίκες ή ομοφυλόφιλα ζευγάρια.
- Η χρήση της εξωσωματικής γονιμοποίησης στην κλωνοποίηση, σε πειράματα επί των εμβρύων και προγράμματα ευγονικής, θεωρείται ηθικά απαράδεκτη και καταδικάζεται απεριφραστα.>>¹⁵.
- Η προσπάθεια μέσω της κλωνοποίησης, για τη δημιουργία «αντιγράφου» ανθρώπου θεωρείται ύβρις προς τον Θεό. Επίσης για να επιτευχθεί εγκυμοσύνη από κλωνοποίηση, απαιτείται η γονιμοποίηση και η καταστροφή αρκετών εμβρύων, κάτι που καταδικάζεται λόγω ανηθικότητας.

Επίσης, σύμφωνα με τη χριστιανική άποψη, θεωρείται απαράδεκτη η υποβολή της γυναίκας σε ορμονοθεραπείες όπου λαμβάνονται πολλά ωάρια, γονιμοποιούνται όλα και καταψύχονται τα περισσότερα, ώστε να μην ταλαιπωρείται η γυναίκα με τη συνεχή λήψη ωαρίων.

Στην πραγματικότητα όμως, ύστερα από την εγκυμοσύνη και τη γέννα, τα περισσότερα έμβρυα καταστρέφονται.

Πιο θετικά αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο της γονιμοποίησης από κατεψυγμένο ωάριο, διότι δεν ταλαιπωρείται η γυναίκα με τη συνεχή λήψη φαρμάκων για παραγωγή πολλών ωαρίων. Έτσι τα ωάρια αυτά καταψύχονται για να χρησιμοποιούνται μελλοντικά έτσι ώστε να μη χρειάζεται η γυναίκα να υποβάλλεται σε συχνή ωορρηξία σχεδόν κάθε μήνα.

Επιπλέον, θεωρείται ανήθικο το να καταψύχονται γονιμοποιημένα ωάρια, ενώ η κατάψυξη ωαρίων προκαλεί λιγότερες αντιρρήσεις.

Έντονες αντιρρήσεις και προβληματισμοί δημιουργούνται σχετικά με την κατάψυξη των σπερματογόνων κυττάρων των όρχεων, αφού με την απόψυξη μπορούν να αναπαραχθούν νέα σπερματογόνα κύτταρα.

Σε αυτή την περίπτωση έχουμε το φαινόμενο της αναπαραγωγής ενός αθάνατου βιολογικά άντρα. Ωστόσο, η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη στους άντρες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπείες και στο μέλλον θέλουν να παραμείνουν γόνιμοι.

3. Παρένθετη μητρότητα³⁴

Η συγκεκριμένη μέθοδος προκαλεί αρκετούς ηθικούς προβληματισμούς διότι:

- Η χρηματική αμοιβή μιας γυναίκας ώστε να συλλάβει παιδί με ερωτική πράξη με το σύζυγο, τη στιγμή που δεν υπήρχαν μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής βέβαια, θεωρείται μοιχεία. Επίσης θεωρείται πράξη ανήθικη και αντίθετα προς την ορθόδοξη χριστιανική ηθική, αφού διαταράσσει το ζευγάρι και το θεσμό του γάμου με σκοπό την απόκτηση παιδιού με οποιονδήποτε τρόπο.
- Δεν είναι σωστό να δημιουργείται εγκυμοσύνη έναντι χρηματικού ποσού. Επίσης δεν μπορεί ένα συμβόλαιο να διακόπτει τη σχέση της εγκυμονούσας μητέρας και του παιδιού, όπου η γυναίκα που το έφερε στον κόσμο να μην έχει πλέον κανένα δικαίωμα πάνω του. Στην περίπτωση αυτή ο βιολογικός πατέρας θα αναγνωρίσει το παιδί και η σύζυγος θα το υιοθετήσει. Έτσι λοιπόν, έχοντας υπόψη της η σύζυγος πως δεν έχει καμία γενετική σχέση με το παιδί, αλλά το παιδί είναι του συζύγου της και κάποιας άλλης γυναίκας, δημιουργείται ρήξη στη σχέση του ζευγαριού, έστω και αν υπάρχει το παιδί.
- Οι σύζυγοι, για να ικανοποιήσουν τα γονεϊκά τους ένστικτα και να αποκτήσουν παιδί, υποβάλλονται σε διαδικασίες αμφιβόλου ηθικότητας.
- Η μητέρα, ξέροντας πως το παιδί γενετικά δεν της ανήκει της προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα και πέρα από τη ρήξη μεταξύ των συζύγων, αφού το παιδί ανήκει γενετικά στον άντρα της και σε κάποια άλλη γυναίκα, δημιουργείται και ρήξη μεταξύ μητέρας (όχι βιολογικής)-παιδιού η οποία φτάνει ως άρνηση της για το παιδί.

- Ακόμη και στις περιπτώσεις που η γιαγιά κυοφορεί και γεννά τα εγγόνια της , βοηθώντας έτσι την κόρη ή τη νύφη της που δεν μπορεί να κυοφορήσει, τα προβλήματα μητρότητας που δημιουργούνται είναι σοβαρά, έστω και αν δεν υπάρχουν συμβόλαια και χρηματικά ανταλλάγματα.
- Δυσάρεστα συναισθήματα και ηθικά προβλήματα, δημιουργούνται και όταν η γυναίκα κυοφορεί με σπέρμα ξένου άντρα.
- Σύμφωνα με δημοσίευμα των Sunday times Λονδίνου, τα παιδιά που συλλαμβάνονται εργαστηριακά, κληρονομούν ασθένειες από τη δανεική μητέρα, λόγω της αλλαγής γονιδίων κατά την κυοφορία.
- Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η ψυχολογία του παιδιού που έρχεται στον κόσμο με τέτοιες μεθόδους, Αρκεί να τα συγκρίνουμε με τα υιοθετημένα παιδιά, για να σκεφτούμε το μέγεθος των συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων.

Επιπλέον , με το δανεισμό μήτρας κάποιες γυναίκες γίνονται αντικείμενο εκμετάλλευσης αφού αναλαμβάνουν να κυοφορήσουν και να γεννήσουν παιδί για κάποιες άλλες γυναίκες, συνήθως πλουσιότερες. Επίσης θύμα εκμετάλλευσης μπορεί να γίνει και η γυναίκα που είναι υπογόνιμη, αφού η γυναίκα που αναλαμβάνει να κυοφορήσει υποκύπτει στις οικονομικές απαιτήσεις της κυοφόρου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να εμπορευματοποιείται και να γίνεται αντικείμενο από τη μια γυναίκα στην άλλη.

Ο άνθρωπος δεν μπορεί να θεωρείται αντικείμενο εμπορικών συναλλαγών αλλά και ούτε η ίδρυση συγγένειας του παιδιού με τους γονείς του, είτε είναι οι βιολογικοί του γονείς και οι δύο είτε όχι, δεν μπορεί να βασίζεται σε οικονομικές συναλλαγές , δεν είναι κοινωνικά ανεκτό.

Με όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, συμπεραίνουμε πως σύμφωνα με την ορθόδοξη χριστιανική άποψη, οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής προκαλούν σοβαρούς ηθικούς προβληματισμούς.

Έτσι λοιπόν σύμφωνα με την ορθόδοξη πρόταση, το ζευγάρι αρχικά θα πρέπει να αποδέχεται το γεγονός της ατεκνίας του ως θέλημα Θεού και να υιοθετούν ορφανά και εγκαταλελειμμένα παιδιά. Αυτό όμως θα πρέπει να γίνεται από το ζευγάρι όχι για να ικανοποιήσει τα γονεϊκά του ένστικτα, αλλά για να προσφέρουν βοήθεια, διαπαιδαγώγηση και στοργή σε αυτά τα παιδιά. Έτσι με την υιοθεσία αυτών των παιδιών, ούτε η συζυγική σχέση κλονίζεται αλλά ούτε και ο γάμος.

Σημαντικό ρόλο παίζει ο γονιμολόγος γιατρός, ο οποίος αν επιδιώξει ομόλογη αναπαραγωγή με σπερματέγχυση ή εξωσωματική γονιμοποίηση, καταδεικνύει το πόσο ηθικός είναι. Αντίθετα, αν επιλέξει την εύκολη λύση δηλαδή τη χρήση ξένου γενετικού υλικού, δεν σέβεται την προσωπικότητα των συζύγων και ο γάμος τους κλονίζεται, αφού το ξένο αναπαραγωγικό υλικό αφορά την τεκνογονία και μόνο, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η σχέση του ζευγαριού.

Επιπλέον, η χρήση των μεθόδων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε μη φυσιολογικές μορφές γάμου και κοινωνικής ζωής όπως τα ομοφυλόφιλα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί μέσω εξωσωματικής γονιμοποίησης, αντιτίθεται στις χριστιανικές αρχές.

Επίσης, η κλωνοποίηση του ανθρώπου, αντιμετωπίζεται επίσης κριτικά αφού «ικανοποιεί τον ναρκισσισμό του αρχέτυπου προσώπου, που φιλοδοξεί να δημιουργήσει αντίγραφα του για την υπόθαλψη του εγωισμού του.»¹⁶.

Ωστόσο, αν και οι μέθοδοι της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ελαχιστοποιούν σε μεγάλο βαθμό το πρόβλημα της ατεκνίας, δημιουργούν αρκετά προβλήματα και ηθικά διλήμματα, τόσο στο θεσμό του γάμου και στη σχέση των συζύγων, όσο και στο σεβασμό της ιατρικής επιστήμης και της ανθρώπινης ζωής³⁵.

Γ. ΥΙΟΘΕΣΙΑ

1. Η υιοθεσία ως μέσο αντιμετώπισης της ακούσιας ατεκνίας

Η υιοθεσία εδώ και χρόνια αποτελεί τη νόμιμη οδό απόκτησης παιδιού (και κυρίως παλαιότερα που δεν υπήρχαν διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής).

Ωστόσο η διαδικασία της υιοθεσίας δεν είναι εύκολη υπόθεση καθώς είναι πολλές οι απαιτήσεις της νομοθεσίας σχετικά με την υιοθεσία, με αποτέλεσμα κάποιοι να παραβλέπουν τη νόμιμη οδό και να καταφεύγουν σε παράνομες υιοθεσίες και απευθείας συναλλαγές με ιατρούς σε μαιευτήρια.

Επίσης λόγω της αυστηρής νομοθεσίας, πολλά ζευγάρια καταφεύγουν σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπου η νομοθεσία είναι πιο ελαστική αλλά και λιγότερο περίπλοκη η υιοθεσία των παιδιών από τα ορφανοτροφεία.

Έτσι λοιπόν βλέπουμε την ασταμάτητη επιθυμία των ζευγαριών να αποκτήσουν παιδιά με οποιοδήποτε τρόπο και κυρίως όταν η γυναίκα έχει πρόβλημα με το γεννητικό της υλικό και δεν επιθυμεί να υποβληθεί σε κάποια μορφή υποβοηθούμενης αναπαραγωγής

2. Η νομοθεσία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, θετός γονέας μπορεί να γίνει κάποιος που έχει συμπληρώσει τα 30 του έτη και δεν έχει υπερβεί τα 60. Επίσης η ηλικία που χωρίζει τους γονείς με το υιοθετημένο παιδί, δεν θα πρέπει να είναι μικρότερη από 18 χρόνια και μεγαλύτερη από 40, ενώ καταργείται η υιοθεσία ενηλίκων.

Επιπλέον η νομοθεσία θα πρέπει να γίνεται προς συμφέρον του υιοθετημένου παιδιού. Θα πρέπει να διεξάγεται κοινωνική έρευνα από κοινωνική υπηρεσία, όπου θα αφορά την προσωπικότητα, την υγεία και την περιουσιακή κατάσταση εκείνων που επιθυμούν να υιοθετήσουν

ώστε να φανούν τα κίνητρα και τα κριτήρια αλλά και το αν είναι κατάλληλοι για να υιοθετήσουν παιδί.

3, Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, οι υιοθεσίες ανέρχονταν το 1967 σε 1515 ετησίως, το 1979 παρατηρείται μεγάλη πτώση με υιοθεσίες που ανέρχονταν σε 792, ενώ το 1992 οι υιοθεσίες ανέρχονταν μόνο σε 671.

Η απότομη αυτή πτώση οφείλεται στην εμφάνιση της μεθόδου της εξωσωματικής. Οι νέες μέθοδοι υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες μείωσης των υιοθεσιών, αφού υπάρχει πλέον δυνατότητα απόκτησης παιδιού με τη χρησιμοποίηση γεννητικού υλικού του ενός συζύγου.

4. Η νομοθεσία σχετικά με την υιοθεσία και η σχέση της με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.

Όπως είδαμε πιο πάνω για τη νομοθεσία στην Ελλάδα σχετικά με την υιοθεσία, διεξάγεται κοινωνική έρευνα αυτού που θέλει να υιοθετήσει. Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά που γεννιούνται με εργαστηριακό τρόπο, έτσι ώστε η δημιουργία παιδιού να αποσκοπεί στο συμφέρον του και όχι απλά να καλύπτει το γονεϊκό ένστικτο των συζύγων. « Με αυτό τον τρόπο δεν θα αποδίδονται παιδιά σε υπερήλικες γονείς, ούτε σε μοναχικές γυναίκες, ούτε σε ανώμαλες μορφές οικογένειας (ομοφυλόφιλα ζευγάρια), γεγονός που απαγορεύεται για τα ήδη γεννημένα παιδιά προς υιοθεσία με την προαναφερόμενη νομοθεσία.>>¹².

Οι περισσότεροι άνθρωποι που σκέφτονται να προχωρήσουν στην υιοθεσία περνούν πολλά συναισθηματικά στάδια μέχρι να πάρουν αυτή την απόφαση, όπως: (1) αρχική εξέταση της υιοθεσίας ως δυνατότητα επιλογής, (2) διαμόρφωση μιας από κοινού απόφασης στο ζευγάρι, (3) ενδοσκόπηση (εξέταση των προσωπικών πεποιθήσεων, αναγκών και φόβων), (4) πένθος για το βιολογικά συγγενές παιδί που δεν γεννήθηκε και (5) συλλογή πληροφοριών. Τα στάδια αυτά δεν

εμφανίζονται με έναν δομημένο, ευθύ τρόπο και δεν αποκλείουν το ένα το άλλο. Περισσότερο, αποτελούν κομμάτια του περίπλοκου συναισθηματικού δρόμου προς την γονεϊκότητα.

Σε γενικές γραμμές, τα ζευγάρια προχωρούν από τη θεραπεία της υπογονιμότητας στην υιοθεσία με δύο τρόπους. Ορισμένοι αισθάνονται την ανάγκη να ακολουθήσουν κάθε υπαρκτή ιατρική επιλογή προτού καν αρχίσουν να σκέφτονται την υιοθεσία. Θέλουν να βεβαιωθούν ότι η απόκτηση βιολογικά συγγενούς παιδιού αποκλείεται. Δυστυχώς, η προσέγγιση αυτή είναι δύσκολη, γιατί το πεδίο της θεραπείας της υπογονιμότητας αλλάζει και επεκτείνεται συνεχώς, σε νέες διαθέσιμες θεραπείες με γρήγορους ρυθμούς. Σπάνια θα ειπωθεί σε ένα ζευγάρι ότι η κατάσταση του δεν έχει καμία ελπίδα και ότι δεν μπορεί να του προσφερθεί καμία περαιτέρω ιατρική θεραπεία. Αυτό, από καθαρά ιατρικής άποψης, δυσκολεύει τον τερματισμό των θεραπειών και την επιδίωξη της υιοθεσίας. Ένας παράγοντας ανατρεπτικός είναι ότι, συχνά προσφέρονται σε ασθενείς ιατρικές θεραπείες που, ουσιαστικά αποτελούν μορφές υιοθεσίας (π.χ. γονιμοποίηση με δότη, δωρεά ωοκυττάρων ή δωρεά εμβρύου) και μπορεί να μην μπορέσουν να εξετάσουν τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα της υιοθεσίας κατά τη λήψη της απόφασης τους. Άλλα ζευγάρια αρχίζουν να σκέφτονται την υιοθεσία κατά τη διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας. Μπορεί να αισθάνονται απογοήτευση από τις αποτυχίες της θεραπείας τους και να νιώθουν ότι μειώνονται οι ελπίδες τους, χωρίς να έχουν εξαντλήσει όλες τις θεραπευτικές επιλογές τους. Γνωρίζουν, ωστόσο, ότι θέλουν να γίνουν γονείς και εξετάζουν τις μελλοντικές επιλογές τους. Τα ζευγάρια αυτά μπορεί να βλέπουν ρεαλιστικά ή με πανικό τις περιορισμένες πιθανότητες τους να αποκτήσουν φυσικό παιδί και να ανησυχούν για το χρόνο που περνά.

Πρέπει τα ζευγάρια να επιδιώκουν την υιοθεσία προτού ολοκληρωθεί η ιατρική θεραπεία; Είναι θετικό για τα ζευγάρια να συζητούν την πιθανότητα υιοθεσίας ενώ ακόμη υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας και να αρχίζουν να διερευνούν αυτόν τον ευρύτατο τομέα. Η προοπτική της υιοθεσίας μπορεί να προκαλέσει μεγάλη ένταση λόγω της πολυπλοκότητας της και των διαφορετικών διαθέσιμων μορφών της (π.χ.,

διεθνής ή εγχώρια, ανεξάρτητη ή μέσω κρατικών φορέων). Συχνά, είναι χρονοβόρα η αξιολόγηση όλων των εναλλακτικών λύσεων και των μορφών υιοθεσίας. Όχι μόνο επιταχύνεται η διαδικασία, αν ένα ζευγάρι αποφασίσει αργότερα να επιδιώξει την υιοθεσία, αλλά πολλοί θεωρούν ότι ανακουφίζονται από το στρες της ιατρικής θεραπείας, αν νιώσουν σίγουροι ότι η απόκτηση παιδιού θα είναι, τελικά, δυνατή. Στο μεταξύ εάν η ιατρική θεραπεία επιτύχει, το ζευγάρι απλώς έχει ενημερωθεί σχετικά με την υιοθεσία.

Καθώς πολλοί εγχώριοι φορείς έχουν μακρές λίστες αναμονής, είναι καλό για τα ζευγάρια να ξεκινήσουν τη διαδικασία της υιοθεσίας ενώ ακόμη υποβάλλονται σε ιατρική θεραπεία. Αν όμως ένα ζευγάρι σκέφτεται να επιδιώξει την υιοθεσία ανεξάρτητα, πρέπει να πλησιάζει στο τέλος της θεραπείας. Οι ανεξάρτητες υιοθεσίες μπορεί να γίνουν γρήγορα και τα ζευγάρια πρέπει να είναι ψυχολογικά και σωματικά προετοιμασμένα για αυτό το ενδεχόμενο. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση που θα χρησιμοποιηθεί ένας φορέας με μικρότερη λίστα αναμονής ή με χαρτοφυλάκιο. *Δεν συνιστάται η ενεργός επιδίωξη της υιοθεσίας και της ιατρικής θεραπείας ταυτόχρονα.* Τα ζευγάρια πρέπει να δώσουν χρόνο στον εαυτό τους να ενημερωθούν για την υιοθεσία, όπως, για παράδειγμα, για ζητήματα που αφορούν στους φυσικούς γονείς, την ενημέρωση των θετών παιδιών περί υιοθεσίας, την αντιμετώπιση κοινωνικών καταστάσεων, την επίλυση τυχόν αρνητικών συναισθημάτων περί υπογονιμότητας και την κατανόηση του ψυχολογικού αντίκτυπου που έχει το να, είναι κανείς θετός γονιός ή θετό παιδί. Τα ζευγάρια πρέπει, επίσης, να προετοιμαστούν συναισθηματικά και σωματικά για τον ερχομό ενός παιδιού. Όπως είναι εύλογο, ορισμένοι μπορεί να είναι λίγο επιφυλακτικοί ως προς το να κάνουν αγορές για το μωρό ή να φτιάξουν το παιδικό δωμάτιο, αλλά αυτές οι χαρές δεν πρέπει να χαθούν. Τα άτομα εκείνα που συνεχίζουν τη θεραπεία μπορεί να μην έχουν τη δυνατότητα να επενδύσουν το χρόνο και τα συναισθήματα τους στην αναμονή του ερχομού ενός παιδιού. Η απροθυμία τερματισμού της θεραπείας μπορεί να είναι ενδεικτική αδυναμίας επίλυσης των ζητημάτων της υπογονιμότητας, αδυναμίας αποδοχής της υιοθεσίας ως ευχάριστου και ικανοποιητικού τρόπου απόκτησης παιδιού ή η πεποίθηση ότι οι άλλοι

(π.χ., ο γιατρός) πρέπει να πάρουν τις αποφάσεις για τη δική τους ζωή.

5. Υιοθεσία μετά την Υπογονιμότητα

Ενώ η υιοθεσία και η σύλληψη με γαμέτες δότη καλύπτονταν πάντα από ένα πέπλο μυστικότητας και ανωνυμίας, στον σημερινό κόσμο υπάρχει μία ποικιλία «ανοικτών» επιλογών υιοθεσίας. Συχνά, οι φυσικές μητέρες επιθυμούν πλέον έναν πιο ενεργό ρόλο στην υιοθεσία του παιδιού τους και μερικές φορές, στις μελλοντικές επαφές. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συναντήσεις ή συζητήσεις με τους υποψήφιους θετούς γονείς, εκτενή ανταλλαγή πληροφοριών, αποστολή επιστολών ή/και φωτογραφιών σε μόνιμη βάση ή κανονική επαφή με επισκέψεις ή τηλεφωνική επικοινωνία. Τα ζευγάρια πρέπει να εξετάσουν το πόσο άνετα νιώθουν με μια ανώνυμη, ημιανοικτή ή απολύτως ανοικτή υιοθεσία.

Μία απολύτως ανοικτή σχέση, συνήθως, περιλαμβάνει διαρκή επικοινωνία και επαφή όλων των συμμετεχόντων, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών γονέων, των θετών γονέων και του παιδιού. Οι όροι της υιοθεσίας, συμπεριλαμβανομένου και του επιπέδου αποδοχής και μελλοντικής επαφής, πρέπει να ξεκαθαριστούν πριν την πραγματοποίηση της υιοθεσίας. Τα άτομα που προσεγγίζουν για πρώτη φορά την υιοθεσία είναι, συχνά, επιφυλακτικά ως προς τις επαφές με τη φυσική μητέρα και μπορεί να νιώθουν ότι απειλούνται από την παρουσία της. Ανεξάρτητα από τους φόβους αυτούς, είναι σημαντικό οι υποψήφιοι θετοί γονείς να συλλέξουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τους φυσικούς γονείς, κατά τη διάρκεια της υιοθεσίας. Πολλά ζευγάρια διαπιστώνουν ότι όσο πιο ασφαλή νιώθουν στο ρόλο τους ως γονείς, τόσο οι φόβοι τους αρχίζουν να διαλύονται. Συχνά, μετανιώνουν εκ των υστέρων που δεν άδραξαν την ευκαιρία να γνωρίσουν τη φυσική μητέρα ή να λάβουν επιπλέον πληροφορίες. Η συνάντηση κατά πρόσωπο με τους φυσικούς γονείς, η συλλογή πληροφοριών, η λήψη φωτογραφιών και η συγγραφή μιας επιστολής από τη φυσική μητέρα για το παιδί κατά τη γέννηση του,

μπορεί να αποδειχτούν ανεκτίμητα στο μέλλον, όταν το παιδί εκφράσει ενδιαφέρον να μάθει περισσότερα για την καταγωγή του.

Κεφάλαιο 3: ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΑΤΕΚΝΙΑΣ

Κριτική παρουσίαση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η έρευνα γύρω από την κοινωνική και ψυχολογική επίδραση της υπογονιμότητας, εντοπίζει την προσοχή της κυρίως στις επιδράσεις στα δύο φύλα και τις εμπειρίες του προβλήματος, όπως αυτές παρουσιάζονται από ζευγάρια που βρίσκονται σε διαδικασίες υποβοηθούμενης τεκνοποίησης και ανήκουν στον πληθυσμό ιατρικών κέντρων ή ειδικών κλινικών.

Οι εργασίες που έχουν δημοσιευθεί σε διεθνή περιοδικά, μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: 1. Μελέτη της υπογονιμότητας με βάση την Ψυχογενή Υπόθεση, οι οποίες εξετάζουν τα αποτελέσματα της ψυχολογίας των ατόμων ως αιτίες υπογονιμότητας και 2. Μελέτη της υπογονιμότητας με βάση την Υπόθεση των Ψυχολογικών Επιπτώσεων, σύμφωνα με την οποία εξετάζονται τα ψυχολογικά προβλήματα που προκαλεί η υπογονιμότητα.

Η *πρώτη υπόθεση* σήμερα έχει σχεδόν απορριφθεί από όλους τους ερευνητές, ενώ έχει παραμείνει μόνο η σχέση του άγχους και της υπογονιμότητας ως πεδίου έρευνας ακόμη και σήμερα. Αντίθετα, με βάση την *δεύτερη υπόθεση* έχουν πραγματοποιηθεί πάρα πολλές μελέτες, οι οποίες όταν περιορίζονται σε γενική περιγραφή, δεν έχουν διαπιστώσει σημαντικές διαφορές μεταξύ υπογόνιμου και λοιπού πληθυσμού. Όταν οι μελέτες αυτές συμπεριλαμβάνουν παραμέτρους όπως η αυτοεκτίμηση, το άγχος και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, οι διαφορές είναι έντονες σε βάρος των υπογόνιμων ατόμων. Δυστυχώς όμως, οι μελέτες αυτές υποφέρουν από βασικά ερευνητικά ποιοτικά χαρακτηριστικά, αφού συνήθως περιλαμβάνουν κυρίως γυναίκες, μικρό δείγμα, μη αντιπροσωπευτικό δείγμα, δεν περιλαμβάνουν πληθυσμούς που δεν βρίσκονται υπό ειδικές θεραπείες, βασίζονται σε απλοϊκές στατιστικές προσεγγίσεις και υπερεκτίμηση των αυτοβιογραφικών στοιχείων. Έχει τονισθεί έντονα η ανάγκη, να συμπεριληφθεί στις μελέτες αυτές και αριθμός επιπλέον παραμέτρων, όπως για παράδειγμα η διάρκεια της

υπογονιμότητας, η διάρκεια της θεραπείας και ο πιθανός ειδικός πληθυσμός⁴².

Γενικά, η υπάρχουσα βιβλιογραφία δίνει πολύ μικρή προσοχή στις κοινωνικές επιπτώσεις και παραμέτρους της υπογονιμότητας. Για να λάβει κανείς υπόψη του την επίδραση ενός κοινωνικού χαρακτηριστικού στην κοινωνική δομή της υπογονιμότητας, πρέπει να κινηθεί ανάλογα με την χρήση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στο ιατρικό μοντέλο προσέγγισης του προβλήματος. Οι περισσότεροι επίσης ερευνητές, διαπιστώνουν ισχυρότερη επίδραση του προβλήματος στις γυναίκες και ανεξαρτησία από το ποιος είναι η αιτία της ατεκνίας.

Οι προτάσεις για τις μελλοντικές έρευνες που έχουν διατυπωθεί, συμπεριλαμβάνουν την ανάγκη για καλύτερη θεωρητική προσέγγιση, τον εντοπισμό της προσοχής των επιδράσεων της υπογονιμότητας σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, στη μεγάλη χρονική διάρκεια των διαδικασιών ιατρικής αντιμετώπισης της υπογονιμότητας και την διαμόρφωση ειδικών κοινωνικών πολιτικών κάλυψης του προβλήματος της υπογονιμότητας τα επόμενα χρόνια⁴².

Ακολουθώντας τις παραπάνω υποδείξεις στις επόμενες παραγράφους, παρουσιάζονται αρχικά οι θεωρίες ψυχολογικής και κοινωνικής προσέγγισης του προβλήματος και στη συνέχεια τα καταγεγραμμένα ψυχοκοινωνικά προβλήματα εξαιτίας της υπογονιμότητας, υπό το πρίσμα της Υπόθεσης των Ψυχολογικών Επιπτώσεων.

1. Τα ψυχολογικά προβλήματα της υπογονιμότητας

1.1 Η ψυχολογία της υπογονιμότητας^{29,30}

Η λαχτάρα για παιδιά και ο πόνος της στειρότητας αποτελούν κομμάτι της ζωής από τις αρχές της ανθρωπότητας και εξιστορούνται σε θρησκευτικές περιγραφές, σε 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 ως 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 πρακτικό γιατρό).

Ενώ οι πνευματικές και ιατρικές θεραπείες της στειρότητας είναι συνήθεις και τα στείρα ζευγάρια τις δοκιμάζουν συχνά από νωρίς, οι κοινωνικές λύσεις που απαιτούν την αλλαγή των σχέσεων, φαίνεται πως αποτελούν συνήθως την τελευταία εναλλακτική λύση για το κάθε άτομο ή ζευγάρι. Κατά κανόνα, τα άτεκνα ζευγάρια διστάζουν να διακινδυνεύσουν ή να διαταράξουν στενές σχέσεις, ίσως γιατί ελπίζουν ή πιστεύουν ότι η ατεκνία θα αποδειχθεί προσωρινό μόνο πρόβλημα. Με το ίδιο σκεπτικό, η διστακτικότητα ως προς τις κοινωνικές λύσεις ίσως να οφείλεται και στις ελπίδες που αποδίδονται στην ιατρική ή και πνευματική παρέμβαση. Τα άτεκνα ζευγάρια όμως, επιστρατεύουν και τα τρία αυτά μέτρα - κοινωνικά, πνευματικά και ιατρικά - ως θεραπείες.

Η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας ως έντονης κρίσης σε όλους τους πολιτισμούς, αντικατοπτρίζει τη θεμελιώδη σημασία που έχει η τεκνοποίηση για άνδρες και γυναίκες, για τις οικογένειές 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 πολιτιστικά δεδομένα, η θρησκεία, ο τόπος ή η χρονική στιγμή.

1.2 Θεωρητική προσέγγιση³⁰,

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις της υπογονιμότητας έχουν εξελιχθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, από αυτό που οι Berg και Wilson είχαν χαρακτηρίσει *μοντέλο ψυχογενούς υπογονιμότητας*, όπου υπεύθυνη της υπογονιμότητας θεωρείτο η εμφανής ψυχοπαθολογία ως ένα *μοντέλο ψυχολογικής ακολουθίας*, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχολογικοί παράγοντες θεωρούνταν αίτιο της υπογονιμότητας. Πιο πρόσφατα, οι θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν υιοθετήσει συστημικά ή ψυχοκοινωνικά μοντέλα αντί για την ατομική ψυχοπαθολογία ή τις προσεγγίσεις ψυχογενούς υπογονιμότητας, που ήταν συνηθέστερες στο παρελθόν. Η εφαρμογή ενός ευρύτερου φάσματος θεωρητικών προσεγγίσεων οδήγησε σε μια λιγότερο ατομική και περισσότερο συνολική προσέγγιση, κατά την οποία λαμβάνονται υπόψη οι αλληλεπιδράσεις ατόμων, ζευγαριών, καθώς και κοινωνικών και ιατρικών παραγόντων. Έτσι βελτιώθηκε η κατανόηση των διαφορών και της αντοχής ατόμων και ζευγαριών, ενώ ταυτόχρονα παρέχονται οι βάσεις για την έρευνα και τη θεραπευτική παρέμβαση.

1.2.1 Μοντέλο ψυχογενούς στειρότητας³¹

Το *μοντέλο ψυχογενούς υπογονιμότητας* (γνωστό και ως ψυχοσωματική ιατρική προσέγγιση) εμφανίστηκε στη δεκαετία του 1930 και διαδόθηκε περισσότερο κατά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Σε μια εποχή κατά την οποία το 50% των προβλημάτων υπογονιμότητας δεν μπορούσαν να διαγνωσθούν ή να θεραπευθούν με ιατρικές μεθόδους, η ψυχολογική προσέγγιση των προβλημάτων αυτών, είτε ως προς την αιτιολογία τους είτε ως προς τη θεραπεία τους, θεωρήθηκε λογική και αποδοτική. Ωστόσο, η μεγάλη πλειονότητα των θεωριών αυτών εστίαζε σε ψυχολογικές (και υποσυνείδητες) διαταραχές των γυναικών, υποστηρίζοντας ότι τα αντικρουόμενα νευρωτικά συναισθήματα ως προς τη μητρότητα ή απέναντι στις ίδιες τις μητέρες τους εμπόδιζαν τη σύλληψη και επομένως, την αποδοχή του ρόλου τους ως ενηλίκων. Ο Fischer περιέγραψε δύο τύπους γυναικείας προσωπικότητας που συμ-

βάλλουν στην υπογονιμότητα: τον τύπο της αδύναμης, συναισθηματικά ανώριμης και υπερπροστατευμένης γυναίκας και τον τύπο της φιλόδοξης, ανδροπρεπούς, επιθετικής και δεσποτικής γυναίκας καριέρας. Η «αδύναμη» θεωρείτο ανίκανη να διαφοροποιηθεί/αποδεσμευθεί από τη μητέρα της και να εκφράσει το θυμό της με άμεσο τρόπο ή είχε έναν αφύσικο φόβο για την ερωτική πράξη, τη μητρότητα, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, στοιχεία που ανέστελλαν την ικανότητα της για αναπαραγωγή. Οι «φιλόδοξες» γυναίκες αντιμετώπιζαν προβλήματα υπογονιμότητας γιατί «το να μείνουν έγκυοι θα σήμαινε ότι έπρεπε να αποδεχθούν σεξουαλικά συναισθήματα, να μπορούν να συναγωνιστούν μια δυνατότερη μητρική μορφή, να εγκαταλείψουν τη φαντασίωση ότι παραμένουν παιδιά και να μην μπουν σε διαδικασίες ανταγωνισμού με ένα αγέννητο βρέφος».

Για τους άνδρες που έπασχαν από «ψυχογενή υπογονιμότητα», η άποψη που επικρατούσε ήταν ότι είχαν δεσποτικές μητέρες, οι οποίες εξουσίαζαν τους γιους τους με την απειλή ότι θα πάψουν να τους αγαπούν και που απαιτούσαν από αυτούς προσαρμογή στους άκαμπτους ηθικούς τους κώδικες ή τους δημιουργούσαν ένα κλίμα άγχους λόγω των δικών τους σεξουαλικών αναστολών. Η υπογονιμότητα θεωρείτο, επίσης, αποτέλεσμα των αντικρουόμενων συναισθημάτων των ίδιων των ανδρών ως προς τον ανδρισμό και την απόκτηση παιδιού. Η θεωρία αυτή ανακυκλώθηκε, κατά τη σεξουαλική επανάσταση της δεκαετίας του 1960, ως «νέα ανικανότητα» - άνδρες που, μέσα από την πίεση της σεξουαλικής απόδοσης που ασκούσαν «απελευθερωμένες» γυναίκες οι οποίες απαιτούσαν σεξουαλικές επαφές αμοιβαίας ευχαρίστησης, αντιμετώπιζαν προβλήματα σεξουαλικής ανικανότητας.

Το μοντέλο ψυχογενούς στειρότητας έπεσε σε δυσμένεια, εν μέρει λόγω της αυξανόμενης δυνατότητας της αναπαραγωγικής ιατρικής να διαγιγνώσκει και να θεραπεύει προβλήματα υπογονιμότητας. Την τελευταία εικοσαετία, η ανεξήγητη στειρότητα έχει πέσει στο 5% ή και λιγότερο, ελαχιστοποιώντας έτσι την αναγκαιότητα ή/και πιθανότητα ψυχολογικών αιτιών στην αποτυχία τεκνοποίησης. Το σημαντικότερο είναι ότι αρκετοί

μελετητές της βιβλιογραφίας γύρω από την ψυχογενή υπογονιμότητα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πλειονότητα των ερευνών δεν αποκάλυπτε κανένα ουσιαστικό στοιχείο ψυχολογικών αιτιών της υπογονιμότητας.

1.2.1.1 Ψυχαναλυτική Θεωρία

Η ψυχαναλυτική θεωρία, βασισμένη στη θεωρία της προσωπικότητας του Φρόιντ, αποτέλεσε τη βάση του ψυχογενούς μοντέλου. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι ψυχολογικές διαταραχές είναι, αποτέλεσμα άγχους που προκαλούν οι άλυτες συγκρούσεις και δυνάμεις, τις οποίες το άτομο πιθανότατα αγνοεί. Η υπογονιμότητα, όταν δεν προκαλείται από σωματικά παθολογικά αίτια, θεωρήθηκε μηχανισμός άμυνας απέναντι στους κινδύνους που ενυπάρχουν στην αναπαραγωγική λειτουργία. Ως *μηχανισμός άμυνας* ορίζεται η ασυνείδητη λειτουργία του Εγώ για την προστασία του εαυτού από τους κινδύνους που προέρχονται από αυτόν, δηλαδή, τις ψυχολογικές διεργασίες της λειτουργίας της αναπαραγωγής. Επίσης, μπορεί να δημιουργηθεί διαταραχή όταν ένα άτομο στηρίζεται σε πολλούς μηχανισμούς άμυνας (π.χ. απώθηση) ή όταν οι μηχανισμοί άμυνας δεν είναι αποτελεσματικοί. Επομένως, η ψυχοσωματική υπογονιμότητα οφείλεται σε άλυτα οιδιπόδεια συμπλέγματα, στην αντικρουόμενη σεξουαλική ταυτότητα και σε μηχανισμούς άμυνας απέναντι στις σχέσεις αντιπαλότητας ανάμεσα στο άτομο και τους γονείς του (π.χ. η εχθρική ταύτιση μιας γυναίκας με τη μητέρα της).

1.2.2 Μοντέλο ψυχολογικής ακολουθίας³⁶

Το μοντέλο ψυχολογικής ακολουθίας, που εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και βασίστηκε στο έργο της Menning, εισήγαγε την άποψη ότι η υπογονιμότητα είναι μια δύσκολη συναισθηματική εμπειρία, η οποία επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου και ενός ζευγαριού. Επομένως, η υπογονιμότητα ήταν το επακόλουθο και όχι η αιτία της ατεκνίας. Το μοντέλο ψυχολογικής ακολουθίας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα

των αλληλένδετων σχέσεων ατόμου, ζευγαριού, κοινωνίας και αναπαραγωγικής ιατρικής. Ενσωματώνει διαφορετικά θεωρητικά πλαίσια, για να φτάσει σε μια ευρύτερη εικόνα των ψυχολογικών δεδομένων της υπογονιμότητας και των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η θεωρία της ψυχολογικής ακολουθίας, εμπριέχει τη θεωρία της ψυχολογίας του Εγώ και του εαυτού, τη θεωρία της ανάπτυξης και της κρίσης, τη θεωρία της θλίψης και της απώλειας, τη γνωστική- συμπεριφοριστική θεωρία, τη θεωρία των οικογενειακών συστημάτων και τις θεωρίες που βασίζονται στο κοινωνικό φύλο.

1.2.2.1 Θεωρία της ψυχολογίας του Εγώ και του Εαυτού

Η ψυχαναλυτική θεωρία έχει συνεισφέρει πολύ στην κατανόηση της υπογονιμότητας, κυρίως μέσα από την ψυχολογία του Εγώ και των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Η ψυχολογία του Εγώ ή η ψυχολογία του Εαυτού, βασίζεται στις αρχές της ψυχανάλυσης κατά την οποία, το Εγώ (η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του) σχηματίζεται νωρίς ως η κύρια ψυχική δομή. Οι ναρκισσιστικές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων των φαντασιώσεων μεγαλείου και μοναδικότητας, ενδέχεται να διαταράξουν τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις και την αίσθηση της πραγματικότητας. Τα ναρκισσιστικά τραύματα μπορούν να οδηγήσουν σε βίαιες αντιδράσεις ή άλλες παλινδρομικές συμπεριφορές. Σύμφωνα με την ψυχολογία του Εαυτού, το ναρκισσιστικό τραύμα της υπογονιμότητας βιώνεται ως πλήγμα στη συνοχή του εαυτού και οδηγεί στο άγχος, στον κατακερματισμό και σε πιο αρχέτυπες μορφές οργάνωσης του εαυτού. Ως εκ τούτου, η αναδιοργάνωση του εαυτού είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση του χαμένου ιδανικού τού φυσικού γονέα και της βιολογικής αθανασίας.

Η ψυχολογία του εαυτού του Kohut, που βασίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία, θεωρεί τη σταθερή αντίληψη του εαυτού καθοριστική για την ευτυχία και την ευημερία. Όταν μια απώλεια είναι καθοριστική για την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του, προκαλείται αισθητή απώλεια αυτοαντίληψης με συνεπακόλουθα

απελπισία, κατάθλιψη και αίσθημα ντροπής. Επομένως, η αλλοίωση της αντίληψης της έννοιας και της εικόνας του εαυτού είναι βασικός παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας, αν και, συχνά, για διαφορετικούς λόγους: οι γυναίκες συνήθως αισθάνονται ελλειπίες και ανεπαρκείς που αποτυγχάνουν στην εκπλήρωση προσωπικών και κοινωνικών ρόλων, ενώ οι άνδρες συνήθως έχουν αισθήματα κατωτερότητας, ντροπής και θυμού.

Σύμφωνα με την Olshansky, η εσωτερίκευση της εμπειρίας της υπογονιμότητας που βιώνει το άτομο, συντελεί στην αντιμετώπιση των ναρκισσιστικών τραυμάτων της υπογονιμότητας. Έτσι, για να πάψει η υπογονιμότητα να είναι το επίκεντρο της ζωής τους, τα υπογόνιμα άτομα πρέπει να την εντάξουν ως αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικής τους ταυτότητας και του ορισμού του εαυτού τους. Ο Sandelowski στη μελέτη του πάνω σ' αυτό το θέμα υποστήριξε ότι, για να ολοκληρωθεί ως εμπειρία, η υπογονιμότητα πρέπει πρώτα να οριστεί λειτουργικά, συμπεριφορικά, εμπειρικά και φαινομενολογικά, δίνοντας νόημα και σκοπό σε μια τραυματική εμπειρία, με αποτέλεσμα να υπερνικηθεί. Ωστόσο, η ίδια μελέτη έδειξε ότι δεν είναι για όλα τα άτομα απαραίτητο να εκλάβουν την υπογονιμότητα ως κομμάτι της ταυτότητας τους για να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά.

Η έννοια του *στίγματος* των άτεκνων ανδρών και γυναικών περιέχει μια αυτοαντίληψη απώλειας, αποτυχίας του ρόλου και μειωμένης αυτοεκτίμησης. Το στίγμα συνεπάγεται αποτυχία να εκπληρώσουν πολιτισμικούς γνώμονες και επηρεάζει την κοινωνική ταυτότητα του ολοκληρωμένου ανθρώπου, παραγκωνίζοντας έτσι τα άλλα επιτεύγματα των ατόμων αυτών. Τα άτεκνα άτομα συχνά εκφράζουν αισθήματα «ελαττωματικότητας», ανεπάρκειας, κατωτερότητας, αναξιοσύνης και ενοχής. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δεν αντιλαμβάνονται διαφορετικά αυτό το στίγμα: οι άνδρες με υπογονιμότητα οφειλόμενη στον ανδρικό παράγοντα, αισθάνονται πιο στιγματισμένοι από εκείνους των οποίων η

ατεκνία δεν οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα και οι γυναίκες νιώθουν στιγματισμένες από την ατεκνία, ανεξάρτητα από το πού οφείλεται, στον ανδρικό ή στο γυναικείο παράγοντα. Η υπογονιμότητα, ως ελάττωμα εξωτερικά αόρατο, αυξάνει το αίσθημα κατωτερότητας, διαφορετικότητας και αλλοιωμένης ταυτότητας.

1.2.2.2 Θεωρία της ανάπτυξης και της κρίσης³⁰

Ο Erickson πρότεινε ένα μοντέλο αναπτυξιακών σταδίων ζωής, στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν οκτώ ψυχοκοινωνικά στάδια ανάπτυξης, από τη βρεφική ηλικία ως την ενήλικη ζωή, με διαφορετικούς στόχους προς εκπλήρωση σε κάθε στάδιο. Σύμφωνα με τον Erickson, τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής συνεπάγονται την ικανότητα δημιουργίας στενών και χρόνιων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από έντονη οικειότητα (σε αντιδιαστολή με την απομόνωση), ενώ κατά τη μέση ηλικία, το ενδιαφέρον στρέφεται στη δημιουργία και στην καθοδήγηση της επόμενης γενιάς, με κύριο χαρακτηριστικό το ψυχοκοινωνικό επίτευγμα της παραγωγικότητας (σε αντιδιαστολή με την απορρόφηση στον εαυτό). Η αδυναμία δημιουργίας στενών σχέσεων ή παραγωγικότητας, έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση και τη στασιμότητα. Έτσι το άτομο δεν ωριμάζει, δεν επιτυγχάνει αναπτυξιακό έργο και δεν ακολουθεί τις κοινωνικές επιταγές, δημιουργώντας αισθήματα απελπισίας και παρέκκλισης από το φυσιολογικό.

Η Menning εφάρμοσε το μοντέλο των αναπτυξιακών σταδίων στην υπογονιμότητα, τονίζοντας ότι η αδυναμία αναπαραγωγής εμποδίζει την πραγματοποίηση των ενήλικων στόχων για οικειότητα και παραγωγικότητα. Το εμπόδιο αυτό επιδεινώνει την εμπειρία τής υπογονιμότητας του ζευγαριού, γιατί τόσο οι εσωτερικές επιθυμίες όσο και οι κοινωνικές επιταγές που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν αποκτούν ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις. Εσωτερικεύοντας τις προσδοκίες και τις επιταγές για προσωπικές σχέσεις και γονεϊκότητα (ή οικειότητα και παραγωγικότητα), το άτεκνο άτομο πιέζεται περισσότερο από

άλλα άτομα λιγότερο παραδοσιακά κοινωνικοποιημένα ή ψυχολογικά πιο εγωκεντρικά. Επιπλέον, οι πιέσεις για την εκτέλεση ορισμένων καθηκόντων και την επίτευξη συγκεκριμένων οροσήμων, οδηγούν σε αισθήματα έλλειψης συγχρονισμού με τους συνομηλίκους, αισθήματα αποτυχίας, στίγματος και κατωτερότητας.

Η Menning υποστήριξε επίσης, ότι αυτό το αναπτυξιακό εμπόδιο επισπεύδει μια επικείμενη κρίση ζωής για το άτομο ή το ζευγάρι που αντιμετωπίζει πρόβλημα υπογονιμότητας. Η *θεωρία της κρίσης* βασίζεται στην ατομική αντίδραση και προσαρμογή σε μια κρίση, κατά την οποία το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση απόγνωσης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της οποίας, παύουν να είναι αποτελεσματικές στην υπέρβαση του προβλήματος. Η κατάσταση της κρίσης δεν μπορεί να συνεχιστεί και λύνεται με τον καιρό, καταλήγοντας σε καλύτερη προσαρμογή, με την ενίσχυση των ικανοτήτων αντιμετώπισης, επιστρέφοντας σε προϋπάρχουσα ισορροπία ή σε αδυναμία προσαρμογής, αν οι μέθοδοι αντιμετώπισης δεν είναι αποτελεσματικές. Όταν η υπογονιμότητα πάρει διαστάσεις κρίσης, θεωρείται άλυτο πρόβλημα, που απειλεί σημαντικούς στόχους ζωής, δοκιμάζει τις αντοχές του ατόμου και επαναφέρει στο προσκήνιο άλυτα προβλήματα του παρελθόντος. Η Menning υποστήριξε, ότι η στειρότητα συνεπάγεται μια περίοδο συναισθηματικής ανισορροπίας με ενδεχόμενη τόσο την αδυναμία προσαρμογής όσο και τη θετική κατάληξη, που ωθεί το άτομο προς τη λύση και την ομοίωση. Η κρίση που προκαλεί η υπογονιμότητα, μπορεί να επαναφέρει παλιές εμπειρίες απώλειας και η έκβαση εξαρτάται συνήθως από την ποιότητα της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της κρίσης, από την αντίληψη που έχει το άτομο για την κρίση, από τα εσωτερικά αποθέματα για την αντιμετώπιση της κρίσης και κυρίως, από την ικανότητα του υπογόνιμου ζευγαριού να δώσει νόημα στη συγκεκριμένη εμπειρία και να καταφέρει να επιτύχει προσωπική ανάπτυξη μέσα απ' αυτήν.

1.2.2.3 Θεωρία του πένθους και της απώλειας

Το μοντέλο του πένθους και της απώλειας εφαρμόστηκε αρχικά από τη Menning στην περίπτωση της υπογονιμότητας, γιά να εξηγήσει τα χαρακτηριστικά συναισθήματα και τις ψυχολογικές αντιδράσεις τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Η Menning χρησιμοποίησε τα πέντε στάδια του μοντέλου Kubler - Ross για το θάνατο και το θνήσκειν (ταραχή, άρνηση, θυμό, διαπραγμάτευση, αποδοχή) για να περιγράψει τα συναισθήματα και τις χιλιάδες απώλειες που βιώνονται στην υπογονιμότητα, όπως η απώλεια των ελπίδων, των ονείρων, των σχεδίων για το μέλλον, της ικανοποίησης από το γάμο, της αυτοεκτίμησης, της αίσθησης ελέγχου, της πίστης στο δίκαιο της ζωής, της υγείας και της ευημερίας και, κυρίως, στο «παιδί των ονείρων». Τέλος, η Menning υποστήριξε ότι οι απώλειες της υπογονιμότητας προκαλούν έναν προβλέψιμο συνδυασμό συναισθημάτων, τα οποία το άτομο καλείται να αναγνωρίσει, να επεξεργαστεί και να υπερβεί, ώστε να μπορέσει να επιτύχει αποτελεσματική λύση.

Έχει υποστηριχθεί η άποψη, ότι ένα *μοντέλο σταδίων* απώλειας, προϋποθέτει μια διεργασία που καθλώνει το άτομο σε μια συγκεκριμένη θέση, παρόλες τις παρεμβαλλόμενες μεταβλητές. Για το λόγο αυτό, συστήνεται ένα *μοντέλο φάσεων*, που λειτουργεί ως οδηγός για μια ελευθέρως διακινούμενη διεργασία, κατά την οποία το άτομο μπορεί να «ταλαντεύεται» μπρος-πίσω όσο πενθεί. Μια προσέγγιση κατευθυνόμενη από τη διεργασία αποτελεί και το μοντέλο θλίψης του Bowlby, που βασίζεται στη θεωρία του δεσμού και της ανθρώπινης επεξεργασίας πληροφοριών, σύμφωνα με την οποία οι φάσεις του πένθους είναι οι εξής: (1) μούδιασμα, (2) λαχτάρα και αναζήτηση, (3) αποδιοργάνωση και απόγνωση και (4) αναδιοργάνωση. Το μοντέλο αυτό και οι παραλλαγές του (π.χ. Sanders και Parkes) προσφέρει μια δυναμική προσέγγιση, η οποία όχι μόνο αναγνωρίζει χαρακτηριστικές αντιδράσεις στη θλίψη, αλλά και την ανάγκη των ατόμων να συμμετάσχουν ενεργά στη διεργασία. Ακόμη, η εφαρμογή μοντέλων πένθους βοηθά στον ορισμό (και ίσως στην πρόβλεψη) των αντιδράσεων ενός ζευγαριού

απέναντι στην απώλεια του παιδιού που λαχταρούσε. Προσφέρει ακόμη έναν οδηγό για το σύμβουλο υπογονιμότητας, ως προς τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τη διευκόλυνση της ανάκαμψης. Ο Sanders, σε ένα μοντέλο που οδηγεί το θλιμμένο άτομο σταδιακά από την εξωτερική στην εσωτερική αυτογνωσία, θεώρησε ότι οι ψυχαναλυτικές/πελατοκεντρικές θεραπείες, είναι οι πιο κατάλληλες για τις πρώτες φάσεις του πένθους (μούδιασμα, ταραχή και συνειδητοποίηση της απώλειας), ενώ οι ανθρωπιστικές/υπαρξιακές θεραπείες είναι καταλληλότερες για τη δεύτερη και την τρίτη φάση (λαχτάρα, αναζήτηση, αποδιοργάνωση και απόγνωση) και οι θεραπείες της συμπεριφοράς για την τέταρτη φάση (αναδιοργάνωση, επούλωση και ανανέωση). Μέσα από την εμπειρία και την έκφραση των συναισθημάτων που προκαλεί η διεργασία του πένθους, το άτεκνο ζευγάρι πιστεύεται ότι βαδίζει προς την αποδοχή της υπογονιμότητας, ασχολείται με τη διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων και αρχίζει να προχωρεί στη ζωή του.

Το *σύνδρομο των πενθούντων συγγενών*, αναφέρεται στο ιρλανδέζικο έθιμο πένθους, κατά το οποίο οι γυναίκες, κλαίγοντας και μοιρολογώντας, προετοιμάζαν το νεκρό για την κηδεία, ενώ οι άνδρες, σοβαροί, κάθονταν στις γωνίες του δωματίου παρακολουθώντας και συχνά πίνοντας από το ίδιο μπουκάλι (που έκανε το γύρο του δωματίου). Το σύνδρομο των πενθούντων συγγενών αναφέρεται στον τρόπο, με τον οποίο πολλά ζευγάρια πενθούν για τις απώλειες της υπογονιμότητας: οι γυναίκες κλαίνε και οι άνδρες παρακολουθούν, με αποτέλεσμα ο σύζυγος να γίνεται ο «ξεχασμένος πενθών», γιατί δεν είναι τόσο εκφραστικός στον πόνο όσο η γυναίκα. Τελικά, η αδυναμία του ζευγαριού να αποδεχτεί τις απώλειες που προκαλεί η υπογονιμότητα και να πενθήσει γι' αυτές κανονικά, επηρεάζει τη μακροπρόθεσμη προσαρμογή του στην υπογονιμότητα, καθώς και τις μελλοντικές αποφάσεις του ως προς τη θεραπεία και τις εναλλακτικές λύσεις για τη δημιουργία οικογένειας. Η προσέγγιση αυτή υπογραμμίζει όχι μόνο τις διαφορές των δύο φύλων στην αντιμετώπιση του πόνου και του πένθους, αλλά και το πώς οι γυναίκες συχνά

αναλαμβάνουν το ρόλο του πρωταρχικού πενθούντα, προκαλώντας έτσι άνιση μοιρασιά του πόνου που βαραίνει το ζευγάρι. Κάποιοι πιστεύουν πως αυτό συμβαίνει γιατί οι γυναίκες είναι σχετικά πιο ευαίσθητες στον πόνο από τους άνδρες, ενώ άλλοι θεωρούν ότι αντιπροσωπεύει ένα συχνό συζυγικό μοντέλο, κατά το οποίο η γυναίκα αναλαμβάνει την ευθύνη για τη συναισθηματική ευημερία του ζευγαριού.

Οι Unruh και McGrath, διαφώνησαν με την εφαρμογή του μοντέλου πένθους στην υπογονιμότητα, γιατί δεν ελάμβανε υπόψη του τη χρόνια φύση της. Υποστήριξαν ότι η υπογονιμότητα προκαλεί μια *χρόνια θλίψη*, όπου ο πόνος της απώλειας δεν ξεχνιέται, αλλά επανέρχεται στη μνήμη και πενθείται περιοδικά, ακόμη και όταν η υπογονιμότητα δεν αποτελεί πια πρόβλημα στη ζωή τού ατόμου ή του ζευγαριού. Οι Stanton και Dunkel-Schetter τόνισαν, ότι η αντίληψη της υπογονιμότητας ως έντονης κρίσης στη ζωή ενός ατόμου αποδείχθηκε χρήσιμη, γιατί ενεργοποίησε τη δημιουργία ομάδων υποστήριξης, βελτίωσε την κατανόηση των ειδικών και νομιμοποίησε τη θεώρηση της υπογονιμότητας ως προβλήματος, το οποίο χρήζει εμπειρικής μελέτης³⁰.

1.2.2.4 Γνωστική - συμπεριφορική θεωρία

Η γνωστική-συμπεριφορική θεωρία βασίζεται σε ένα μοναδικό συνδυασμό της θεωρίας της συμπεριφοράς και της γνωστικής ψυχολογίας: η θεωρία της συμπεριφοράς βασίζεται στην αλλαγή των έκδηλων συμπεριφορών και όχι στην κατανόηση υποκειμενικών συναισθημάτων, ασυνείδητων διεργασιών ή κινήτρων, ενώ η γνωστική ψυχολογία συνεπάγεται αλλαγή των διεργασιών σκέψης. Η γνωστική ψυχολογία εφαρμόζει τις αρχές της κοινωνικής μάθησης, που βασίζονται σε τρεις προτάσεις: (1) η γνωστική δραστηριότητα επηρεάζει τη συμπεριφορά, (2) η οποία επιδέχεται παρακολούθηση και (3) οι αλλαγές της συμπεριφοράς μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσω των γνωστικών αλλαγών. Ενίοτε αναφερόμενη ως *βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο* -όταν εφαρμόζεται στην ψυχολογία της υγείας ή τη συμπεριφορική ιατρική- βασίζεται στην αρχή ότι οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και

κοινωνικοί παράγοντες, αποτελούν αλληλένδετες επιδράσεις στην υγεία και στις ασθένειες. Η γνωστική-συμπεριφορική εφαρμογή στην υπογονιμότητα, δίνει βάρος στην παρούσα συμπεριφορά, στις σκέψεις και στα συναισθήματα απέναντι στην ιατρική κατάσταση και όχι σε μακροπρόθεσμες, εις βάθος συζητήσεις των εμπειριών της παιδικής ηλικίας, στα ασυνείδητα κίνητρα ή στις εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις ως αιτιώδεις παράγοντες υπογονιμότητας. Ο Ταγμορ ήταν ο πρώτος που χαρακτήρισε την υπογονιμότητα *βιοψυχοκοινωνική κρίση*, γιατί συνεπάγεται την αλληλεπίδραση σωματικών καταστάσεων που προδιαθέτουν για υπογονιμότητα, την ιατρική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της υπογονιμότητας, των αντιδράσεων του περίγυρου και των ατομικών ψυχολογικών χαρακτηριστικών.

Το *μοντέλο χρόνιας ασθένειας*, που βασίζεται στη γνωστική-συμπεριφορική θεωρία, είναι ένα μοντέλο συνέργειας της χρόνιας ασθένειας, στο οποίο υπάρχει μια διαρκής, αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στους σωματικούς, γνωστικούς, συγκινησιακούς, κοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες. Με λίγα λόγια, υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ της ατομικής αντίληψης (βασισμένης στην ιδιοσυγκρασία, στις πεποιθήσεις και στα μοναδικά σχήματα) και των συναισθηματικών παραγόντων, των κοινωνικών επιδράσεων, των συμπεριφορικών αντιδράσεων και των αισθητηριακών φαινομένων. Η εφαρμογή της θεωρίας της χρόνιας ασθένειας στην υπογονιμότητα, υπογραμμίζει πως το πρόβλημα της υπογονιμότητας συνεπάγεται χρονιότητα της θεραπείας, σωματική αδυναμία, απομάκρυνση από το σύστημα υποστήριξης ή/και έλλειψη υποστήριξης, απώλεια των βασικών ρόλων, διατάραξη των μελλοντικών σχεδίων, προσβολή της εικόνας του εαυτού και της αυτοεκτίμησης, απώλεια της αυτονομίας και του ελέγχου, αβεβαιότητα για το μέλλον, συναισθηματικά προβλήματα, μεγάλο φάσμα απαιτήσεων προσαρμογής, καθώς και παράγοντες σχετικούς με την ασθένεια, όπως η μόνιμη αλλαγή σωματικών λειτουργιών. Οι στόχοι αυτής της προσέγγισης είναι: (1) η μείωση του άγχους, (2) η μείωση της αναπηρίας και η βελτίωση των σωματικών λειτουργιών, (3) η μείωση των συμπτωμάτων και (4) ο

περιορισμός της ακατάλληλης χρήσης ιατρικής περίθαλψης. Μια τέτοιου είδους προσέγγιση βοηθά, λοιπόν, το υπογόνιμο άτομο να ελαττώσει το στρες, την αδυναμία και τα συμπτώματα της ιατρικής θεραπείας, μέσω της προσαρμογής και της ενεργούς συμμετοχής του στη θεραπεία της υπογονιμότητας.

Το μοντέλο του στρες και της αντιμετώπισης του, βασίζεται στο έργο του Hans Selye, ο οποίος, κατά τη δεκαετία του 1930, ξεκίνησε μια συστηματική έρευνα για το στρες και τις επιπτώσεις του στην υγεία. Σύμφωνα με τον Selye, οι αντιδράσεις των ανθρώπων στο στρες εκδηλώνονται σε τρία στάδια: (1) ένα αρχικό σύντομο στάδιο συναγερμού, (2) μια μακρύτερη περίοδος αντίστασης και (3) ένα τελικό στάδιο εξάντλησης. Το στρες έχει επίσης, χαρακτηριστεί ως ερέθισμα, προερχόμενο από πολύ σημαντικά γεγονότα της ζωής (π.χ. αρρώστια, διαζύγιο) ή και προβλήματα της καθημερινότητας. Οι Lazarus και Folkman, χρησιμοποίησαν 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». Η αντιμετώπιση είναι η διεργασία εκείνη κατά την οποία, το άτομο αναλαμβάνει δράση, προσπαθώντας να χειριστεί εξωγενείς ή ενδογενείς απαιτήσεις που προκαλούν στρες και δοκιμάζουν τις ψυχικές αντοχές του ατόμου.

Θεμελιώδης για τη θεωρία του στρες και της αντιμετώπισης του, είναι ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τις πηγές του στρες, άλλες αγχογόνους καταστάσεις της ζωής, τις ικανότητες αντιμετώπισης, την ελαστικότητα και την κοινωνική υποστήριξη. Μεταξύ των μεταβλητών που επηρεάζουν την αντίδραση στο στρες, περιλαμβάνονται η προσωπικότητα, η γνωστική λειτουργία, το κοινωνικό περιβάλλον, το γένος και οι πολιτισμικές καταβολές. Οι Stanton και Dunkel-Schetter, 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 ασάφεια. 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. Στις τεχνικές αντιμετώπισης της κρίσης, περιλαμβάνονται όχι μόνο η εκτίμηση των ψυχικών αποθεμάτων του ατόμου και του ζευγαριού, της προσωπικότητας, της αντίληψης της πηγής του στρες και της αντίδρασης στο στρες, αλλά και το πώς αυτά εφαρμόζονται στην πηγή του στρες (υπογονιμότητα), ώστε να επιτευχθεί θετική προσαρμογή.

Η προσέγγιση του στρες και της αντιμετώπισής του, έχει αποτελέσει το βασικό «εργαλείο» στις προσπάθειες να καθορισθεί ποιες τεχνικές συμπεριφοράς (π.χ. χαλάρωση, έκφραση συναισθημάτων), θα μπορούσαν να διευκολύνουν τη σύλληψη και την απόκτηση παιδιού, σε αυτό που ορισμένοι θεωρούν ανακύκλωση του μοντέλου ψυχογενούς υπογονιμότητας. Παρόλο που η γνωστική-συμπεριφορική θεωρία βοηθά στη συνειδητοποίηση και στην κατεύθυνση της θεραπείας των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα στειρότητας, οι Stanton και Dunkel-Schetter υποστηρίζουν, ότι δεν προσφέρει μεγάλη βοήθεια στη διεύρυνση των γνώσεων μας γύρω από τη συστηματική μεταβλητότητα της προσαρμογής. Ωστόσο, υποστηρίζουν ακόμη, ότι η εφαρμογή της θεωρίας τού στρες και της αντιμετώπισης του στην υπογονιμότητα, βοηθά αρκετά στην κατανόηση (1) των συνθηκών υπό τις οποίες η υπογονιμότητα είναι πιθανότερο να προκαλέσει έντονο στρες, (2) των παραγόντων εκείνων που μπορεί να διευκολύνουν ή να εμποδίσουν την προσαρμογή των υπογόνιμων ζευγαριών ή ατόμων και (3) της καθοδήγησης στον προσδιορισμό τής επιτυχούς ψυχολογικής προσαρμογής στην υπογονιμότητα³⁰.

1.2.2.5 Θεωρία των οικογενειακών συστημάτων

Η θεωρία των οικογενειακών συστημάτων, βασίζεται στη συστημική προσέγγιση των διαταραγμένων σχέσεων μεταξύ των ατόμων σε μια οικογένεια, σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ψυχολογικές προσεγγίσεις, που εστιάζουν στις εσωτερικές διαταραχές των ατόμων. Η θεωρία των οικογενειακών

συστημάτων, βασίζεται στις αρχές των οικογενειακών συστημάτων, στη δομή και τις αλληλεπιδράσεις των σχέσεων μιας οικογένειας, τα οποία αποτελούν το αντικείμενο της θεραπευτικής μελέτης και παρέμβασης. Η εφαρμογή της θεωρίας των οικογενειακών συστημάτων στο θέμα της υπογονιμότητας, εξετάζει την επίδραση που ασκεί η υπογονιμότητα στο γάμο, στο ζευγάρι, στην ευρύτερη οικογένεια του ζευγαριού ή του ατόμου, μέσα στο πλαίσιο αυτού του συστήματος σχέσεων.

Το *μοντέλο σταδίων οικογενειακής ζωής*, ορίζει την ακολουθία των σταδίων ζωής και των αναμενόμενων χρονοδιαγραμμάτων που περνούν κατά κανόνα οι περισσότεροι άνθρωποι στον κύκλο της οικογενειακής τους ζωής. Η γονεϊκότητα, ως στάδιο της οικογενειακής ζωής, αντιπροσωπεύει την εδραίωση μιας νέας οικογένειας, επισπεύδοντας δομικές αλλαγές και αλλαγές στις σχέσεις ανάμεσα στις γενιές. Επειδή η υπογονιμότητα αντιπροσωπεύει την αδυναμία τους να διαβούν τα στάδια της οικογενειακής ζωής με τρόπο αναμενόμενο και σύμφωνο με τα κοινωνικά δεδομένα, τα ζευγάρια που μένουν στο «στάδιο του ζευγαριού» του κύκλου της οικογενειακής ζωής, συχνά δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην αβεβαιότητα που επιβάλλει η ατεκνία ή η αμφίβολη απόκτηση παιδιού. Οι Matthews και Matthews, χρησιμοποιώντας το μοντέλο των σταδίων οικογενειακής ζωής, υποστήριξαν ότι η σύγχυση ταυτότητας και η προσαρμογή των ρόλων που επιβάλλει η ατεκνία επισπεύδει το στρες και την κρίση στην οικογένεια. Επομένως, η υπογονιμότητα, ως «μεταβατικό στάδιο προς τη μη απόκτηση παιδιού», αντιπροσωπεύουν την αδυναμία του άτεκνου ζευγαριού να μεταβεί στο αναμενόμενο στάδιο της γονεϊκότητας, πράγμα που οδηγεί σε συγκεχυμένους στόχους ζωής, αβέβαιους ρόλους και θολά όρια τόσο στις σχέσεις του ζευγαριού όσο και στις σχέσεις του ζευγαριού με την υπόλοιπη οικογένεια.

Η *ασάφεια των οικογενειακών ορίων*, αναφέρεται στις ασαφείς σχέσεις και τους διαφορούμενους ρόλους μέσα στην οικογένεια, που επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία της. Με άλλα λόγια, τα συγκεχυμένα ή θολά όρια επηρεάζουν τα οικογενειακά συστήματα

και κάνουν τα μέλη τής οικογένειας να νιώθουν άβολα. Όσον αφορά την υπογονιμότητα, η αβεβαιότητα των ορίων εκδηλώνεται σε τρία επίπεδα: (1) το φαντασιωσικό παιδί ως ψυχολογικά παρόν και σωματικά απόν μέλος τής οικογένειας του άτεκνου ζευγαριού, (2) ο ένας -ή και οι δύο σύζυγοι- ως «περιθωριακό πρόσωπο», το οποίο μοιράζει την αφοσίωση του μεταξύ της δικής του γονεϊκής οικογένειας και που δημιουργεί ασαφή όρια και για τις δύο οικογένειες, λόγω της αδυναμίας του να διαφοροποιηθεί αποτελεσματικά και (3) βιολογική/κληρονομική ασάφεια ως αποτέλεσμα υιοθεσίας ή/και αναπαραγωγής με συμμετοχή τρίτου, πράγμα το οποίο σκιάζει τους δεσμούς και τη συνέχεια της οικογένειας, επομένως και τα όρια. Ορισμένα άτεκνα ζευγάρια αντιδρούν στην υπογονιμότητα με άκαμπτα όρια (κυρίως, όσον αφορά την ιατρική θεραπεία ή τις αποφάσεις τους σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις για τη δημιουργία οικογένειας), σε μια προσπάθεια να προστατευθούν από τυχόν εισβολές στην προσωπική τους ζωή ή από ασαφή οικογενειακά όρια. Αυτή η στάση μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη απομόνωση, στην περίπτωση που τα άκαμπτα όρια έχουν αποτέλεσμα την αποξένωση από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Αντίθετα, και τα πολύ διαπερατά όρια μπορεί να προκαλέσουν ασάφεια στις σχέσεις και εισβολές στην προσωπική ζωή του ζευγαριού, όταν οι πιο απόκρυφες λεπτομέρειες για την αναπαραγωγική ζωή του άτεκνου ζευγαριού, συζητούνται με ανάρμοστο τρόπο από μέλη της οικογένειας ή όταν οι αποφάσεις για τις εναλλακτικές λύσεις ως προς την απόκτηση παιδιού, επηρεάζονται περισσότερο από τις γνώμες των γονέων του ζευγαριού και όχι από τις επιθυμίες των ίδιων.

Η στειρότητα είναι μια *οικογενειακή αναπτυξιακή κρίση μεταξύ γενεών*, η οποία εμποδίζει τους γονείς και τα αδέρφια να περάσουν ομαλά τα στάδια του κύκλου της ζωής (π.χ. καθυστέρηση απόκτησης εγγονιών, αδυναμία να μοιραστούν με τα αδέρφια την εμπειρία τού να είναι γονείς). Οι πιέσεις από την οικογένεια για την απόκτηση παιδιού πιθανόν αυξάνονται για το υπογόνιμο άτομο αν είναι μοναχοπαιδί (σηματοδοτώντας ίσως άλυτα προβλήματα υπογονιμότητας προηγούμενων γενεών) ή αν

είναι το τελευταίο μέλος της οικογένειας που θα συνέχιζε το οικογενειακό όνομα ή αν έχει αδέρφια που έχουν απομακρυνθεί από την οικογένεια ή είναι κατ' επιλογή άτεκνα. Το οικογενειακό ιστορικό στειρότητας, αποβολών, αποτυχιών αναπαραγωγής, καθώς και θάνατοι ή απώλειες που δεν έχουν ακόμη ξεπεραστεί, μπορεί να επισπεύσει την επανεμφάνιση παλιών θαμμένων ζητημάτων ή να προβάλλει λανθασμένες συνήθειες της οικογένειας στην αντιμετώπιση προβλημάτων. Τέλος, άλλες σημαντικές οικογενειακές αγχογόνοι καταστάσεις ή κρίσεις, όπως συνταξιοδότηση ή διαζύγιο των γονέων, γάμοι αδελφών ή γεννήσεις παιδιών, ασθένειες ή θάνατοι στην οικογένεια ή/και γενικότερη οικογενειακή δυσλειτουργία, μπορεί να επισκιάσουν την κρίση που προκαλεί η ατεκνία στο ζευγάρι, αποξενώνοντας το ακόμη περισσότερο από την οικογένεια ή εμποδίζοντας τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας -ακόμη κι αν το θέλουν- να προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη.

1.2.2.6 Θεωρίες που βασίζονται στο κοινωνικό φύλο

Ιστορικά, οι ψυχολογικές θεωρίες γύρω από το φύλο έτειναν να ενισχύουν τις παραδοσιακές και συμβατικές γενικεύσεις σχετικά με τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, συνδέοντας τις γυναίκες με την «ανάγκη για σχέσεις» και τους άνδρες με την «αυτονομία». Αυτή η διχοτόμος επιβεβαιώνεται περισσότερο μέσα από τον τρόπο με τον οποίο άτεκνοι άνδρες και άτεκνες γυναίκες περιγράφουν συνήθως την εμπειρία της υπογονιμότητας και τις αντιδράσεις τους απέναντι σ' αυτήν: οι γυναίκες έχουν την ανάγκη να εκφράσουν τη θλίψη τους στους άλλους, ενώ οι άνδρες καταπιέζουν τα συναισθήματα τους και απομονώνονται, προκειμένου να φανούν «δυνατοί και αρρενωποί». Τόσο στην ψυχολογία όσο και στην ψυχολογία της υπογονιμότητας, αυξάνονται οι ενδείξεις ότι οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν ως προς τις ψυχολογικές οπτικές γωνίες τους και τις αντιδράσεις τους απέναντι σε διάφορες εμπειρίες, συμπεριλαμβανομένης και της υπογονιμότητας.

Η ψυχολογία των γυναικών, ξεκινώντας με το έργο της Horney, ήταν αρχικά βασισμένη σε προσαρμογές των θεωριών της ανδρικής ψυχολογίας και έδινε έμφαση στη σημασία της αυτοσυνειδητοποίησης των γυναικών. Θα ήταν μάλλον βάσιμο να πούμε ότι όλες οι ψυχολογικές θεωρίες υποστηρίζουν, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο, ότι «η ικανότητα αναπαραγωγής μιας γυναίκας διαμορφώνει την ψυχική της ζωή». 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 ζωής. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση αποτέλεσε τη βάση για τις θεωρίες ψυχογενούς υπογονιμότητας και κυρίως, ενέτεινε τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας στις γυναίκες, μειώνοντας τις δυνατότητες επιλογής των γυναικών οι οποίες δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά.

Πιο πρόσφατες φεμινιστικές θεωρίες, βασισμένες στην αναπτυξιακή ψυχολογία και στην ψυχολογία του εαυτού, επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη των γυναικών, στην αυτοπραγμάτωση και στον καθορισμό των βασικών ζητημάτων στη ζωή των γυναικών. Η σύγχρονη φεμινιστική θεωρία πρεσβεύει, ότι τον κύριο ρόλο στη ζωή της γυναίκας και στην αίσθηση του εαυτού της, παίζουν οι σχέσεις και το αίσθημα συνένωσης με τους άλλους. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ποιότητα των προσωπικών σχέσεων μιας γυναίκας καθορίζει τη 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 τη λήψη αποφάσεων, την προσαρμογή τους στην υπογονιμότητα, τις σκέψεις τους γύρω από τις εναλλακτικές λύσεις για τη δημιουργία οικογένειας και την ικανοποίησή τους από το γάμο. Η διαταραχή των σχέσεων μπορεί να βιώνεται από τις γυναίκες ως αποξένωση από το σύντροφο τους και ως αδυναμία επαφής με το ενδεχόμενο παιδί, την ευρύτερη οικογένεια ή τους φίλους.

Οι φεμινίστριες ήταν ανέκαθεν αντίθετες σε κάθε χρήση τεχνολογίας αναπαραγωγής, γιατί συνεπάγεται ότι οι γυναίκες παραδίδουν τον έλεγχο της αναπαραγωγικής ζωής τους στο κατ' εξοχήν λευκό, ανδρικό, ιατρικό κατεστημένο και ότι πέφτουν σε ένα επίπεδο «γεννήτορα» (κυρίως όταν πρόκειται για δάνειες μήτρες). Έτσι, οι Unger και McGrath υποστήριξαν, ότι οι στείρες γυναίκες (1) έχουν το δικαίωμα να ελέγχουν το σώμα τους, κυρίως τις αναπαραγωγικές ικανότητες τους και να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα της υγείας τους, (2) έχουν συχνά κατηγορηθεί για τις συνθήκες που τους έχουν προκαλέσει θλίψη, (3) έχουν γαλουχηθεί από την κοινωνία έτσι ώστε να αξιολογούν τον εαυτό τους κυρίως μέσα από το ρόλο τους ως γεννήτορες βρεφών και (4) έχουν περισσότερα κοινά σημεία μεταξύ τους, από τις διαφορές τους ως προς τη γονιμότητα. «Επομένως η θεραπεία της υπογονιμότητας, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα μιας ιατρικής υπόθεσης, όπου σχεδόν πάντα οι γιατροί ήταν άνδρες, οι ασθενείς γυναίκες και το επίκεντρο της προσοχής τα γεννητικά όργανα».

Οι παραδοσιακοί ορισμοί της ανδρικής ψυχολογίας βασιζόνταν 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, περιγράφοντας τους πέντε βασικούς τύπους αντίδρασης των ανδρών: (1) παραμένουν σιωπηλοί, (2) βυθίζονται σε ένα μοναχικό πένθος ή «μυστικό» πόνο, (3) αναλαμβάνουν δράση με τη χρήση βίας ή μέσω του νόμου, (4) απορροφώνται από κάποια δραστηριότητα ή εργασία ή (5) εμφανίζουν εξαρτημένες συμπεριφορές. Με το φεμινιστικό κίνημα, η ψυχολογία των ανδρών 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, να εξακολουθήσουν να ασχολούνται με την εργασία, τα επιτεύγματα και την επιτυχία τους και να έχουν δυναμική και επιθετική συμπεριφορά στις διαπροσωπικές τους

σχέσεις. Άρχισε, επίσης, να τονίζει πόσο η απομάκρυνση των ανδρών από τα συναισθήματα τους, οδηγεί σε συναισθηματική απομόνωση, επιβάρυνση της σωματικής τους υγείας και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πιο πρόσφατα, το ανδρικό κίνημα επεδίωξε έναν επανορισμό του ανδρισμού, βασισμένο στη σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων, στην ανακούφιση που προσφέρει η έκφραση των συναισθημάτων, καθώς και στην κατανόηση και στην αποδοχή του εαυτού.

1.3 Ψυχολογικές αντιδράσεις των δύο φύλων προς την υπογονιμότητα³⁰

Κάνοντας μια συνεκτική ανασκόπηση των ερευνών για τις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα, οι Dunkel-Schetter και Lodel εξέτασαν τόσο τις περιγραφικές όσο και τις εμπειρικές μελέτες. Όσον αφορά τις περιγραφικές αναφορές, συνεπέραναν ότι μεγαλύτερο βάρος δινόταν στον συναισθηματικό αντίκτυπο της υπογονιμότητας παρά στην έλλειψη ελέγχου ή στις αλλαγές ταυτότητας και στην αυτοεκτίμηση ή ακόμη και στις κοινωνικές επιδράσεις. Και ενώ στη συγκεκριμένη βιβλιογραφία, τα υπογόνα άτομα χαρακτηρίζονται μια ομάδα σε έντονη ψυχολογική πίεση, 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 ακόμη την άποψη ότι οι ψυχολογικές επιδράσεις της υπογονιμότητας, ανήκουν σε ένα δίκτυο αλληλένδετων αντιδράσεων και δεν αποτελούν ξεχωριστή και ανεξάρτητη αντίδραση.

Όσον αφορά την εμπειρική έρευνα, οι Dunkel-Schetter και Lobel κατέληξαν, στο ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν με βεβαιότητα ότι η υπογονιμότητα έχει αρνητικό αντίκτυπο, παρόλο που σε κάποιες έρευνες υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις δυσμενών επιδράσεων. Βρήκαν ότι «τα εμπειρικά δεδομένα επιστημονικών ερευνών πάνω στις σχετικές με την υπογονιμότητα ψυχολογικές αντιδράσεις δεν στηρίζουν την άποψη ότι ορισμένες αντιδράσεις

είναι κοινές». Ενώ αρκετές έρευνες έδειξαν αφύσικα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης, λίγες από τις έρευνες αυτές επιβεβαιώθηκαν. Μεθοδικές έρευνες αποδεικνύουν, ότι η πλειονότητα των υπογόνιμων ανθρώπων δεν αντιμετωπίζει κλινικής σημασίας ψυχολογικά προβλήματα, έλλειψη αυτοεκτίμησης ή αρνητικές επιπτώσεις στις συζυγικές και σεξουαλικές σχέσεις. Ωστόσο, υπήρχαν 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-Schetter και Lobel 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».³⁰

1.3.1 Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών απέναντι στην υπογονιμότητα (που οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα)

Είναι σίγουρο ότι έχουν γραφτεί πολλά για την ψυχοκοινωνική εμπειρία της υπογονιμότητας, από την οπτική γωνιά των γυναικών, ελάχιστα όμως από την πλευρά των ανδρών. Ο Lee τόνισε ότι και για τους άνδρες υπάρχουν ιδιαίτερα ψυχολογικά ζητήματα και συναισθήματα απέναντι στην ανδρική υπογονιμότητα, τα οποία πρέπει να κατανοηθούν καλύτερα και να εξετασθούν. Οι ενοχές και η ντροπή είναι συνήθεις αντιδράσεις προς της υπογονιμότητα που οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Οι υπογόνιμοι άνδρες αισθάνονται συχνά «αποτυχημένοι», «μηδενικά», «ελαττωματικοί» ή αδύναμοι, επειδή «δεν έχουν όρχεις» ή «ρίχνουν άσφαιρα». Πολλοί ερμηνεύουν την υπογονιμότητά τους ως τιμωρία, επειδή έχουν κάνει κάτι κακό, όπως ο αυνανισμός, ο σεξουαλικός πειραματισμός κατά την εφηβεία, οι ελεύθερες σεξουαλικές σχέσεις, η ομοφυλοφιλική δραστηριότητα ή η αθέμιτη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή απλώς, ως τιμωρία από το Θεό.

Επίσης, όταν η υπογονιμότητα οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα, οι άνδρες είναι πιθανό να παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, απώλεια εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, αισθήματα ανεπάρκειας, απομόνωσης, μοναξιάς, φόβου, θυμού, απογοήτευσης, κ.λ.π. Δεν είναι μόνο η διάγνωση της ανδρικής υπογονιμότητας που συγκλονίζει, αλλά ανατρέπεται και ολόκληρη η ανδρική ιδεολογία. Επομένως, ανατρέπεται ολόκληρη η ιδέα του «είμαι άνδρας» (ανδρισμός) και απειλούνται τα πιστεύω ενός άνδρα, ενώ ο ίδιος εισέρχεται σε μία κατάσταση συναισθηματικής κρίσης³⁰.

Πρόσφατες έρευνες ασχολήθηκαν με τα συναισθήματα των ανδρών σχετικά με την υπογονιμότητά τους³⁰. Οι Kedem και συνεργάτες συνέκριναν την ψυχολογική κατάσταση 107 υπογόνιμων ανδρών και διαπίστωσαν ότι οι υπογόνιμοι άνδρες είχαν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, όπως μειωμένη αυτοεκτίμηση, μεγαλύτερο άγχος, καθώς και περισσότερα σωματικά συμπτώματα. Οι Nachtigall και συνεργάτες διαπίστωσαν επίσης, ότι οι άνδρες ένοιωθαν ότι ήταν στιγματισμένοι, ανίκανοι και αποτυχημένοι στο ρόλο τους και είχαν μειωμένη αυτοεκτίμηση ως αποτέλεσμα της υπογονιμότητας που αποδιδόταν στον ανδρικό παράγοντα. Ο Mason πήρε συνεντεύξεις από 22 άνδρες υπογόνιμους και διαπίστωσε ότι όλοι αντιμετώπιζαν πρόβλημα με αυτήν τη διάγνωση. Ορισμένοι ανησυχούσαν για την επίδραση της διάγνωσης στις συζυγικές σχέσεις τους, ενώ άλλοι είχαν επηρεαστεί περισσότερο από μία μειωμένη αίσθηση αυτοεκτίμησης. Εν συντομία, παρ' όλο που υπάρχουν ενδείξεις ότι η υπογονιμότητα επηρεάζει ψυχολογικά περισσότερο τις γυναίκες, οι υπογόνιμοι άνδρες βιώνουν σημαντικά προβλήματα, κυρίως όσον αφορά σε ζητήματα αυτοεκτίμησης.

Ωστόσο, για τους άνδρες, η κύρια απειλή φαίνεται να είναι στη συζυγική τους σχέση. Τους άνδρες τους απασχολεί η επίδραση της υπογονιμότητας στην ποιότητα της ζωής της γυναίκας τους. Δεν τους απασχολεί τόσο η απώλεια που συνδέεται με την υπογονιμότητα, αλλά ενδιαφέρονται περισσότερο για το πώς θα βοηθήσουν την σύντροφό τους να αντιμετωπίσει αυτήν την εμπειρία. Συχνά, θεωρούν ότι δεν χρειάζεται «να ενδιатρίβουν»

στα συναισθήματά τους και σπεύδουν να αναφέρουν πόσο δύσκολη είναι η εμπειρία για τη σύντροφό τους.

1.3.2 Ψυχολογικές αντιδράσεις των γυναικών απέναντι στην υπογονιμότητα

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα περισσότερα ποσοτικοποιημένα στοιχεία για την ψυχολογία της γυναίκας έχουν παρουσιασθεί από τις εκτεταμένες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στη βάση της ψυχογενούς υπόθεσης. Έτσι με βάση σταθμισμένα ερωτηματολόγια, η διεθνής βιβλιογραφία εμφανίζει την υπογονιμότητα σαν αβάσταχτη εμπειρία κυρίως για τις γυναίκες. Συνοψίζοντας όμως, μπορούμε να επικεντρώσουμε στα παρακάτω ψυχολογικά προβλήματα των υπογόνιμων γυναικών:

1. Η υπογονιμότητα επιδρά στην ταυτότητα των υπογόνιμων γυναικών
2. Υπάρχει έντονο αίσθημα ότι έχει χαθεί ο έλεγχος και η ανάγκη για την ανάκτησή του
3. Υπάρχουν αισθήματα απώλειας αμυντικής και διεκδικητικής διάθεσης
4. Υπάρχουν αισθήματα ανασφάλειας και αμφιβολίας
5. Υπάρχουν αισθήματα άγχους για τις σεξουαλικές και διαπροσωπικές σχέσεις με τον σύντροφό τους
6. Αισθήματα έντονου άγχους κατά την διάρκεια των χρονοβόρων θεραπειών⁴².

1.3.3 Ψυχολογικές αντιδράσεις των ανδρών σε αντιδιαστολή με τις αντιδράσεις των γυναικών

Είναι σημαντική η αναγνώριση της διαφορετικότητας στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι άνδρες και οι γυναίκες την υπογονιμότητα και αντιδρούν σε αυτή. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες εκλαμβάνουν την υπογονιμότητα ως άμεση απειλή εναντίον της προσωπικής, κοινωνικής και πολιτισμικής τους ταυτότητας. Οι γυναίκες περιγράφουν, συχνά, τα συναισθήματα

που συνδέονται με την υπογονιμότητα ως αποτυχία να ανταποκριθούν σε μία προσδοκία που είχαν όλη τη ζωή τους και ως απώλεια ενός ονείρου. Εκφράζουν την αίσθηση ότι δεν ελέγχουν τη ζωή και το σώμα τους. Δεν είναι σπάνιες δηλώσεις, όπως «αισθάνομαι ελαττωματική».

Όσον αφορά τις γυναίκες, η Klempner υποστήριξε ότι, από ψυχαναλυτική άποψη, η ταύτιση με τη μητέρα δημιουργεί ένα υπόβαθρο γονεϊκότητας και η υπογονιμότητα στερεί την ευκαιρία αναπλήρωσης ή επανόρθωσης παλαιότερων μητρικών αποτυχιών. Πρόσθεσε ότι, όταν η ταύτιση με το μητρικό αντικείμενο διακοπεί για τις γυναίκες, προκαλείται μια αλλαγή της αναπαράστασης του εαυτού και του αντικειμένου. Οι Notman και Lester σημειώνουν πως το να γνωρίζει μια γυναίκα ότι μπορεί να κάνει παιδιά είναι ουσιαστικό για την ανάπτυξη της ιδέας της θηλυκότητας, της ταυτότητάς της ως γυναίκας και της αυτοεκτίμησής της³⁰.

Από την άλλη μεριά, ο/η Bassin τόνισε ότι, παρόλο που η χρήση της τεχνολογίας αναπαραγωγής μπορεί να είναι τραυματική για μια γυναίκα, δεν χρειάζεται να έχει καταστρεπτικό, συμβολικό χαρακτήρα γι' αυτήν. Η εξάρτηση από την ιατρική τεχνολογία αναπαραγωγής μπορεί να αποτελεί μια προσωρινή προσβολή προς το γυναικείο ναρκισσισμό, γιατί διαψεύδει την προσδοκία της γυναίκας να δημιουργήσει μια ζωή μέσα στο σώμα της. Παρ' όλα αυτά, γνωρίζουμε ότι οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά προς την όλη εμπειρία της υπογονιμότητας, ανάλογα με την εσωτερική ψυχολογική οργάνωσή τους και την αίσθηση του εαυτού τους ως γυναικών.

Επίσης, πολλές γυναίκες, είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα, πιστεύουν ότι η μητρότητα μπορεί να είναι επανορθωτική. Η Benedeck τόνισε ότι η απόκτηση παιδιού δίνει την ευκαιρία στους ενήλικους να ξαναπεράσουν και να κερδίσουν τον έλεγχο πρώιμων αναπτυξιακών σταδίων, καθώς τα ξαναζούν μαζί με τα παιδιά τους. Για ορισμένες γυναίκες, η δημιουργία και η διεργασία της μητρότητας οδηγεί σε μια εκ νέου ταύτιση με τα θετικά στοιχεία των μητέρων τους, τα οποία είχαν απορρίψει σε παλαιότερες προσπάθειες να τις αποχωριστούν.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι, καθώς εμφανίζονται τα προβλήματα υπογονιμότητας, οι γυναίκες είναι αυτές που ανησυχούν περισσότερο, κατηγορούν τον εαυτό τους περισσότερο και αναλαμβάνουν πιο ενεργά την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων. Επίσης, κατά τις διάφορες φάσεις της υπογονιμότητας, οι γυναίκες και οι άνδρες φαίνεται ότι χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Έρευνες για τις διαφορές των δύο φύλων στις ψυχολογικές αντιδράσεις προς την υπογονιμότητα δείχνουν ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση με τους άνδρες. Σε μια ανασκόπηση των εμπειρικών ερευνών για τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, ο Wright και οι συνεργάτες του, συμπέραναν ότι οι γυναίκες έχουν μία 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 ή είναι αμφιλεγόμενη. Ωστόσο, οι γυναίκες είναι αυτές οι οποίες θα ζητήσουν πιο εύκολα πληροφορίες ή βοήθεια και που θα βρουν πιθανή κοινωνική υποστήριξη από άλλες πηγές έξω από το γάμο.

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. Επίσης, οι άνδρες τείνουν να κάνουν περισσότερα αυτοσαρκαστικά σχόλια, εάν η ατεκνία οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Οι Newton και Houle, όπως και άλλοι, διατύπωσαν την άποψη ότι οι άνδρες φαίνεται να δέχονται πιο εύκολα το ενδεχόμενο της ατεκνίας και είναι πιο πρόθυμοι από τις γυναίκες να σταματήσουν τη θεραπεία, ακόμη και όταν η υπογονιμότητα οφείλεται στον ανδρικό παράγοντα. Φαίνεται πως οι αντιδράσεις των ανδρών προς την υπογονιμότητα προσεγγίζουν αυτές των γυναικών μόνο στην περίπτωση που η υπογονιμότητα αποδίδεται αποκλειστικά στον ανδρικό παράγοντα.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επακόλουθων της υπογονιμότητας, πιο συχνά οι άνδρες χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση, η απομάκρυνση, η αποφυγή του προβλήματος και το κλείσιμο στον εαυτό τους, ενώ σπάνια θα αναζητήσουν κοινωνική υποστήριξη ή συμβουλευτική αγωγή. Ο Lee υποστήριξε ότι οι άνδρες δεν ξεκινούν ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπίσουν μία κρίση ή μια απώλεια, αλλά περισσότερο για να αντλήσουν βοήθεια στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών εντάσεων που προκαλεί η θεραπεία. Κατά την άποψή μας, οι άνδρες καταφεύγουν στη συμβουλευτική και λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην κατανόηση και στον αποτελεσματικό έλεγχο του άγχους και της συναισθηματικότητας της συντρόφου τους, απέναντι στην υπογονιμότητα. Έπομένως, δεν είναι η κρίση της υπογονιμότητας αυτή καθαυτή που οδηγεί τους άνδρες στην ψυχοθεραπεία, αλλά η επακόλουθη κρίση στη σχέση του ζευγαριού.

Μια διαχρονική έρευνα για την ανδρική υπογονιμότητα, έδειξε ότι η «στρατηγική» αντιμετώπισης της υπογονιμότητας σε αρχικά στάδια, είχε άμεσο αντίκτυπο στη μετέπειτα προσαρμογή: οι άνδρες που βρήκαν υποκατάστατο φροντίζοντας ένα αντικείμενο (π.χ. στο σπίτι, σ' ένα κατοικίδιο, στον κήπο) ή κάποιο παιδί (π.χ. αναλαμβάνοντας μια 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 ως τη μέση ηλικία.

2. Κοινωνικά προβλήματα

2.1 Η υπογονιμότητα ως κοινωνικό φαινόμενο

Η ανικανότητα απόκτησης παιδιού είναι μια εμπειρία βαθύτατης απώλειας και πόνου τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Το κοινωνικό φύλο επηρεάζει τον τρόπο που βιώνεται, εκφράζεται και ξεπερνιέται αυτή η απώλεια. Η γυναικεία αναπαραγωγή απαιτεί

μεγάλα αποθέματα χρόνου, ενέργειας και σε ορισμένες περιπτώσεις, υγείας. Ενώ η βιολογία μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην αγάπη μιας γυναίκας για τα παιδιά και στην τάση της να τα φροντίζει, η κοινωνία ενισχύει και υποστηρίζει τους πρωταρχικούς ρόλους της γυναίκας ως μητέρας και συζύγου. Παρ' όλες τις προόδους του φεμινιστικού κινήματος, εξακολουθούν να υπάρχουν σαφείς πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εικόνα που έχουν οι άνδρες και οι γυναίκες για του εαυτό τους, ως γονείς. Ανεξάρτητα από άλλους κυρίαρχους στόχους και προσδοκίες, το κοινωνικό μήνυμα είναι σαφές: η μητρότητα είναι η πρωταρχική δουλειά στη ζωή μιας γυναίκας. Έτσι, οι περισσότερες γυναίκες σήμερα θέλουν να αποκτήσουν παιδιά και βλέπουν με τρυφερότητα την ιδέα της μητρότητας. Για τις γυναίκες αυτές, η υπογονιμότητα είναι ένα χτύπημα στην καρδιά, που κλονίζει την ίδια την ταυτότητα τους και τη θέση τους στην κοινωνία. Για τους άνδρες, οι προσδοκίες σχετικά με την πατρότητα και τη δημιουργία οικογένειας είναι πιο σαφείς. Παρ' όλον ότι οι περισσότεροι άνδρες επιθυμούν την πατρότητα, παραδοσιακά ο πρωταρχικός τους ρόλος είναι αυτός του «άντρα κουβαλητή».

2.2 Οι κοινωνικές διάστασεις της υπογονιμότητας

Η υπογονιμότητα θεωρείται ανεπιθύμητη στους περισσότερους πολιτισμούς, και μπορεί να είναι ιδιαίτερο θέμα σε κοινωνίες, στο πλαίσιο των οποίων το κοινωνικό κύρος και η ευημερία της οικογένειας, εξαρτώνται από τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια.

Έτσι η υπογονιμότητα, αντιπροσωπεύει παραβίαση της πολιτισμικής προσδοκίας για απόκτηση παιδιών. Η αδυναμία ανταπόκρισης στην προσδοκία αυτή, κάνει τα ζευγάρια να νιώθουν εξοστρακισμένα, απομονωμένα και απαλλοτριωμένα.

Επίσης, η υπογονιμότητα συχνά αντιπροσωπεύει μια κρίση όχι μόνο για την οικογένεια, αλλά και για την κοινωνία γενικότερα. Γιατί εννοείται ότι η αδυναμία αναπαραγωγής θα κατέληγε στο

Θάνατο της κοινωνίας. Αυτό που είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτο είναι ότι, στους περισσότερους πολιτισμούς, η υπογονιμότητα θεωρείται κρίση. Και ενώ η αντίληψη της υπογονιμότητας ως παραβίασης των πολιτισμικών προσδοκιών είναι οικουμενική, οι τρόποι με τους οποίους την αντιλαμβάνονται οι διάφορες πολιτιστικές, εθνικές και θρησκευτικές ομάδες, έχουν γενικά αγνοηθεί από τους ειδικούς της υγείας και τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Έτσι, οι πολιτισμικοί παράγοντες σαφώς διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο τα υπογόγιμα άτομα, βιώνουν και ερμηνεύουν την υπογονιμότητα. Για τον λόγο αυτό, οι πολιτισμικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, γιατί ο πολιτισμός είναι αυτός που διαμορφώνει την αντίληψή μας για τον κόσμο και τη συμπεριφορά μας.

Πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι η υπογονιμότητα δεν μπορεί να διαγνωσθεί, ούτε να αντιμετωπισθεί χωρίς την κατανόηση του πολιτιστικού πλαισίου αναφοράς τόσο του υπογόνιμου ατόμου όσο και του κοινωνικού πλαισίου.

2.3 Η περίπτωση της Αμερικής³⁰

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. Όσους ήταν κατ' επιλογή άτεκνοι τους έλεγαν «φυγόπονους», γιατί δεν συνεισέφεραν στην οικονομική σταθερότητα και ευημερία της κοινωνίας. Ωστόσο, υπογονιμότητα δεν σήμαινε ότι το ζευγάρι θα ήταν άτεκνο ή ότι θα απομακρυνόταν από την κοινότητα. Τα περισσότερα ζευγάρια έπαιρναν παιδιά συγγενών ή «υιοθετούσαν» παιδιά των αδελφών τους ως βιολογικούς κληρονόμους, ενώ οι φυσικοί γονείς διατηρούσαν επαφή με τα παιδιά τους. Πολιτισμικές αλλαγές κατά το 18^ο αιώνα επηρέασαν την οικογενειακή ζωή και τα δεδομένα για

το σχηματισμό της οικογένειας, απομακρύνοντας τις αμερικανικές οικογένειες από την κοινωνία της κοινότητας και δημιουργώντας μια κοινωνία οικογενειακών μονάδων (παντρεμένα ζευγάρια και οι απόγονοί τους).

Πριν από τη βιομηχανική επανάσταση του 19^{ου} αιώνα, η αξία των παιδιών, περιοριζόταν κυρίως στην οικονομική χρησιμότητά τους. Με την 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 τη συντροφικότητα και την ενεργητικότητα που προσέφεραν. Έτσι, έγιναν *λειτουργικώς άχρηστα*, αλλά *συναισθηματικώς ανεκτίμητα*. Ο Griel 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 επένδυσαν στην 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 τη βιομηχανική επανάσταση, τα παιδιά έπαψαν να είναι μία *οικονομική επένδυση* και απέκτησαν αξία ως *συναισθηματική επένδυση*, προσφέροντας ζεστασιά και τρυφερότητα, τομέας που τυπικά ανήκε 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 να είναι απλώς ζήτημα απόκτησης παιδιών, αλλά 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 αμερικανική 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 αμερικανικού πολιτισμού, στον οποίο «η κοινωνική ζωή

αποδεικνύεται στείρα και αλλοτριωτική, [έτσι ώστε] οι Αμερικανοί με ή χωρία παιδιά συνεχίζουν την αναζήτηση ευτυχίας στην ...ιδιωτική τους ζωή» και τα παιδιά παραμένουν στο επίκεντρο αυτού του προσωπικού κινήτρου.

Ενώ τα ποσοστά υπογονιμότητας έχουν παραμείνει τα ίδια εδώ και έναν αιώνα (10-13%), 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. 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 δεν δίνεται πια στην «αντιμετώπιση της ατεκνίας μέσω κοινωνικών οδών (π.χ. συμμετοχή στην ανατροφή παιδιών άλλων ανθρώπων), αλλά στην εξάρτηση από την ιατρική παρέμβαση». 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 στείρων, 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 σκεφθούν) τη λύση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

2.4 Κοινωνικές Θεωρίες³⁷

Για την σωστή υποστήριξη των υπογόνιμων ατόμων είναι απαραίτητη η πολύ καλή γνώση και των ψυχοκοινωνικών θεωριών, έτσι ώστε να θεμελιωθεί η «άμυνα» των υπογόνιμων ατόμων και

των πληθυσμών γενικότερα που αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά αποτελέσματα της υπογονιμότητας.

2.4.1 Βιοψυχοκοινωνική θεωρία

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η υπογονιμότητα περιγράφεται με μεγαλύτερη ακρίβεια, αφού προσκαλεί να κατανοήσουμε το φαινόμενο όχι σαν καθαρά βιολογικό και κατά συνέπεια μόνο από την ιατρική του σκοπιά, αλλά μέσα από μια ευρύτερη προοπτική. Παρόλο που η επιστήμη έχει συνδέσει άμεσα τις ψυχολογικές ρίζες - αιτίες της ίδιας της υπογονιμότητας μέσα σε μία ευρύτερη βάση γνώσεων, η ιατρική κοινότητα αρνείται ή αποφεύγει την ενσωμάτωση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων στο μοντέλο θεραπειών της. Εν τούτοις, οι μη ιατρικές ανάγκες είναι καθοριστικές στην αποτελεσματικότητα της ίδιας της ιατρικής προσέγγισης, κυρίως όταν οι θεραπείες που ακολουθούνται είναι μακράς διάρκειας και ανεπιτυχείς.

2.4.2 Θεωρία των γενικών συστημάτων

Η θεωρία αυτή μας καλεί να κοιτάξουμε βαθύτερα στην υπογονιμότητα, μέσα από ευρύτερη προοπτική από την καθαρά ιατρική της πλευρά. Το «πρόσωπο στο περιβάλλον» είναι μία έννοια, κεντρική μάλιστα και για την κοινωνική εργασία σαν επάγγελμα, η οποία προσφέρεται να εξηγήσει για το πώς όταν ένα σύστημα όπως το υπογόνιμο άτομο αντιμετωπίζει πρόβλημα, το πρόβλημα αυτό μεταφέρεται και στα άλλα συστήματα. Με την υπογονιμότητα δεν υποφέρει μόνο το υπογόνιμο άτομο, αλλά και τα σχετιζόμενα με αυτό συστήματα, όπως το ζευγάρι, η ενδιάμεση και η εκτεταμένη οικογένεια, οι φίλοι, οι συνάδελφοι και τα άλλα περιβάλλοντα συστήματα.

2.4.3 Θεωρία της κοινωνικής δομής

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το πρόβλημα εξαρτάται από πολλές παραμέτρους, οι οποίες είναι απαραίτητες να ληφθούν υπόψιν. Παράγοντες όπως, το φύλο, η θρησκεία, οι σχέσεις, ο πολιτισμός, η φυλή, η εθνικότητα, η ηλικία, το οικονομικό επίπεδο, η εκπαίδευση, το ιατρικό ιστορικό επιδρούν στο πως η υπογονιμότητα κατανοείται και επιχειρείται να αντιμετωπισθεί. Έτσι, αν και τα βασικά χαρακτηριστικά είναι τα ίδια, το κάθε άτομο έχει μια μοναδική εμπειρία με προσωπικά χαρακτηριστικά. Η προσέγγιση αυτή δίνει μεγάλη έμφαση στην ικανότητα του ατόμου να περιγράψει τι σημαίνει για τον ίδιο, αξία ζωής. Από το 1973, ο Geertz και αργότερα ο Bruner το 1990, προτείνουν την αυτοβιογραφική περιγραφή του υποκειμένου, σαν μονάδα μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατή η προσέγγιση ενός κοινωνικού προβλήματος που αντιμετωπίζει ένα μέλος της κοινωνίας, με ασφαλή τρόπο, μέσα από την χαωτική συνπεριφορά των παραγόντων που προαναφέρθηκαν.

Η παρούσα εργασία λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω θεωρίες, προσπαθεί κυρίως να ποσοτικοποιήσει τους παράγοντες που αναφέρονται στη θεωρία κοινωνικής δομής, έτσι ώστε να προκύψουν κοινές συνιστώσες που μια ποιοτική προσέγγιση επιτυγχάνει με πολύ γενικότερο τρόπο.

2.5 Κοινωνικά προβλήματα των υπογόνιμων ατόμων³⁷

Κοινωνιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε αρκετές χώρες έχουν αποδείξει ότι αγάπη, γάμος και γονεϊκότητα συνθέτουν τη φυσιολογική ζωή ενός ενήλικα (May 1995, Baker 2001). Ακόμη και αν ο τρόπος ζωής χωρίς παιδιά τα τελευταία χρόνια είναι ιδιαίτερα δημοφιλής, τα περισσότερα ζευγάρια (85%) τελικά αποκτούν παιδιά. (Mc Daniel 2000). Όταν οι κοινωνιολόγοι ρώτησαν τα ζευγάρια γιατί θέλουν να αποκτήσουν παιδιά, οι συνήθειες απαντήσεις ήταν: για να εμπλουτίσουν τη ζωή τους, να σταθεροποιήσουν τη σχέση με το σύντροφό τους με μία αναμφισβήτητη μορφή αγάπης, να διαιωνίσουν το όνομά τους, να

ανεβάσουν το κοινωνικό τους status και τέλος να κάνουν τη ζωή τους πιο φυσιολογική. (Callan 1982, Cameron 1990).

Η έρευνα έχει επίσης αποδείξει ότι υπάρχει έντονη κοινωνική πίεση για αναπαραγωγή, παρόλο που αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με την κοινωνία, το φύλο και την ηλικία. (Morell 1994). Η κοινωνική πίεση ξεκινάει από την παιδική ηλικία, όταν δίνουν κούκλες στα μικρά κοριτσάκια για να παίξουν, ρωτώντας τα: « Πόσα παιδάκια θα αποκτήσεις όταν μεγαλώσεις;». Η πίεση αυτή συνεχίζεται κατά την ενηλικίωση, όταν συγγενείς, φίλοι ακόμη και άγνωστοι με τη μορφή ευγενικών προσωπικών ερωτήσεων (Πόσα παιδάκια έχετε;) και με τη γενική παραδοχή ακόμη και από κοινωνιολόγους(!), ότι όλοι οι ενήλικες είναι γονείς και όλες οι γυναίκες, μητέρες. Σοβαρές και εκτεταμένες έρευνες, συμπεραίνουν ότι η γονεϊκότητα είναι ισχυρός δείκτης ωριμότητας, ανδρισμού, ετεροφυλικότητας, σεξουαλικής υγείας, ψυχολογικής υγείας και νοήματος ζωής.(Callan 1987, Cameron 1997, Bergert 2000). Την ίδια ώρα τα προβλήματα υπογονιμότητας συχνά συσχετίζονται με μόλυνση του περιβάλλοντος, κάπνισμα, άγχος, αλκοόλ, αντισύλληψη και φυσικά τη μεγάλη ηλικία της γυναίκας. Καθώς η ηλικία γάμου αυξάνεται - ενώ αρκετοί άνθρωποι έρχονται σε δεύτερο γάμο - η ανάγκη για απόκτηση παιδιού μεταφέρεται σε μεγαλύτερες ηλικίες και το πρόβλημα της υπογονιμότητας γίνεται πιο έντονο, παρόλο που σε συνδυασμό με την εκούσια ατεκνία, η επιλογή ζωής χωρίς παιδιά, έχει αρχίσει και γίνεται συχνότερο φαινόμενο και κοινωνικά πιο αποδεκτό.

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, τοποθετείται από τα υπογόνιμα ζευγάρια, μέσα από μια ποικιλία κοινωνικών πιέσεων - πολιτικών.

Οι εμπειρίες υπογόνιμων ατόμων, προσδιορίζουν σαν πρώτο πρόβλημα της ακούσιας ατεκνίας τους, τα αισθήματα ανασφάλειας για τη σταθερότητα του γάμου τους, γεγονός που ενισχύεται από το ότι, βασικός δείκτης υψηλής πιθανότητας για διαζύγιο, είναι η μη ύπαρξη παιδιών στο ζευγάρι.

Σαν **δεύτερο** πρόβλημα είναι η αίσθηση απόκλισης από τη φυσιολογική ζωή, ειδικά όταν το στενό κοινωνικό τους περιβάλλον έχει παιδιά.

Ένα **τρίτο** πρόβλημα είναι ότι τα υπογόνιμα ζευγάρια ποτέ δεν ανοίγονται για τις θεραπείες τις οποίες υφίστανται, σε συγγενείς και φίλους, γιατί είναι τόσο προσωπικές για τη ζωή του ζευγαριού και τόσο αδιάφορες για τον κοινωνικό περίγυρο. Στις σπάνιες περιπτώσεις που συμβαίνει το αντίθετο, οι γυναίκες εισπράττουν απόρριψη των μεθόδων, των τεχνικών, του κόστους και της επιμονής τους για εγκυμοσύνη, ενώ οι άνδρες δέχονται ευθεία αμφισβήτηση του ανδρισμού τους.

Τέταρτο πρόβλημα, το οποίο ενισχύει τον κοινωνικό αποκλεισμό, είναι ότι οι συζητήσεις των ζευγαριών που έχουν παιδιά, έχουν σχεδόν πάντα κέντρο, τη ζωή και την ανάπτυξη των παιδιών.

Ένα **πέμπτο** ιδιαίτερα εντυπωσιακό στοιχείο, αποτελεί μάλιστα η διαπίστωση ότι, από τις σχετικές έρευνες τα ζευγάρια που βρίσκονται σε διαδικασίες υποβοηθούμενης τεκνοποίησης, δεν αισθάνονται τον κοινωνικό αποκλεισμό, ιδιαιτέρως μάλιστα κατά το διάστημα από την εμβρυομεταφορά μέχρι την διαπίστωση της μη κύησης ή της αποβολής.

Το **έκτο** πρόβλημα που αναδεικνύεται ιδιαίτερα στον εργασιακό χώρο, είναι ότι τα υπογόνιμα άτομα διαθέτουν a priori περισσότερο χρόνο αλλά και ψυχοσωματικές δυνάμεις, ενώ είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ανάθεση δραστηριοτήτων, μετακινήσεις και μεταθέσεις, σε σχέση με τα ζευγάρια που έχουν παιδιά και μάλιστα σε μικρή ηλικία.

Τέλος, το **έβδομο** και πιο σημαντικό ίσως πρόβλημα, εντοπίζεται στην άρνηση του κοινωνικού περιγυρου, να αποδεχθεί τα έγγαμα υπογόνιμα ζευγάρια σαν οικογένειες και να τα θεωρεί σαν «ψυχολογικά και κοινωνικά ανάπηρα» ζευγάρια. Στην παρούσα όμως εργασία ο όρος «ζευγάρι» θα χρησιμοποιείται για να περιγράψει την οικογένεια χωρίς παιδιά, για λόγους συντομίας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αποδεχόμαστε την λανθασμένη αυτή άποψη.

2.5.1 Τα κοινωνικά προβλήματα των υπογόνιμων γυναικών

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα περισσότερα ποσοτικοποιημένα στοιχεία για την κοινωνιολογία της υπογονιμότητας έχουν εξαχθεί από τις εκτεταμένες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στη βάση της ψυχογενούς υπόθεσης, σαν δευτερεύοντα συμπεράσματα. Έτσι με βάση σταθμισμένα ερωτηματολόγια, η διεθνής βιβλιογραφία εμφανίζει την υπογονιμότητα σαν αβάσταχτη κοινωνική εμπειρία κυρίως για τις γυναίκες. Συνοψίζοντας όμως, μπορούμε να επικεντρώσουμε στα παρακάτω κοινωνικά προβλήματα των υπογόνιμων γυναικών:

1. Η υπογονιμότητα επιδρά στην αίσθηση της απομάκρυνσης των υπογόνιμων γυναικών από το γόνιμο ανθρώπινο και φυσικό περιβάλλον
2. Δημιουργούνται αντιλήψεις κοινωνικού στίγματος
3. Υπάρχει αδυναμία συζήτησης για την υπογονιμότητα λόγω μη κατανόησης της ουσίας της από τον κοινωνικό περίγυρο
4. Υπάρχουν σχέσεις έντασης με τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στις διάφορες φάσεις και όψεις του προβλήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

1. Κλινικά ζητήματα

Παρ όλο που η κατανόηση της ψυχολογίας της υπογονιμότητας είναι θεμελιώδης για τη συμβουλευτική στην υπογονιμότητα, είναι επίσης πολύ σημαντικό όπως ήδη έχει τονισθεί, ο σύμβουλος να είναι ενημερωμένος σχετικά με την αναπαραγωγική ιατρική, την ιατρική διάγνωση και τις σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές της υπογονιμότητας. Έτσι, παρέχεται μια ανασκόπηση των ιατρικών δεδομένων της υπογονιμότητας, με στόχο περιγραφή των ιατρικών καταστάσεων ή συνθηκών που έχουν άμεση σχέση με την υπογονιμότητα και τη θεραπεία της. Με αυτές τις βασικές γνώσεις γύρω από την αναπαραγωγική ιατρική, ο σύμβουλος υπογονιμότητας μπορεί να ασχοληθεί με τα κλινικά και θεραπευτικά ζητήματα που έχουν ιδιαίτερη σπουδαιότητα στην ψυχολογία της υπογονιμότητας, όπως:

- αξιολόγηση,
- θεραπευτικές μέθοδοι,
- θέματα ιατρικής συμβουλευτικής,
- ειδικοί πληθυσμοί,
- ζητήματα συμβουλευτικής πρακτικής γύρω από την υπογονιμότητα³⁰.

1.1 Αξιολόγηση

Η ψυχολογική φροντίδα του υπογόνιμου ατόμου ή ζευγαριού, συμπεριλαμβανομένης και της αξιολόγησης και θεραπείας, πραγματοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα πλαισίων και συνθηκών, όπως η αυτοπαραπομπή για ψυχοθεραπεία ή η υποχρεωτική εκπαιδευτική συμβουλευτική. Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση της υπογονιμότητας γίνεται συνήθως με σκοπό τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με το προσωπικό ιστορικό, το ψυχιατρικό

ιστορικό και το τρέχον λειτουργικό επίπεδο του ατόμου/ζευγαριού, καθώς και ως ανασκόπηση της εμπειρίας της υπογονιμότητας ως προς τις επιδράσεις της στην οικογένεια, την ψυχική υγεία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το αναπαραγωγικό και σεξουαλικό ιστορικό. Οι συνηθέστερες μέθοδοι συγκέντρωσης αυτών των πληροφοριών, είναι τα ψυχολογικά τεστ ή/και μια δομημένη συνέντευξη, που διευκολύνουν την αξιολόγηση και τη θεραπεία. Όπως και άλλες μορφές ψυχολογικής θεραπείας, έτσι και η συμβουλευτική της υπογονιμότητας, συμπεριλαμβάνει και παρεμβάσεις που βασίζονται στην προσεκτική ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ασθενούς/ζευγαριού για διαταραχές, ψυχοπαθολογία και πιθανή αναγκαιότητα για φαρμακευτική αγωγή με ψυχοτρόπα φάρμακα.

Έχει αναφερθεί ότι υπάρχουν τέσσερις ψυχολογικοί στόχοι, τους οποίους πρέπει να εκπληρώσουν τα ζευγάρια, ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την υπογονιμότητα:

- Να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους
- Να θρηνήσουν
- Να αξιολογήσουν τους λόγους για τους οποίους επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί
- Να πάρουν αποφάσεις

Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, σύμβουλοι γάμου και θεραπευτές οικογενειών), πρέπει να εντοπίσουν τους στόχους στους οποίους επικεντρώνεται περισσότερο το ζευγάρι, ώστε να έχουν την κατάλληλη προσέγγιση για την ικανοποίηση των αναγκών του ζευγαριού.

Παρ' όλο που δεν υπάρχουν ενδείξεις αυξημένης συχνότητας εμφάνισης ψυχιατρικών προβλημάτων στα υπογόνιμα άτομα, είναι πιθανό τα άτομα αυτά να παρουσιάσουν ψυχολογική κατάπτωση ως αποτέλεσμα του στρες που προκαλεί η θεραπεία ή να επανεμφανίσουν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία (π.χ. κατάθλιψη, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής). Είτε προϋπήρχε, είτε εμφανίζεται για πρώτη φορά, η συναισθηματική κατάπτωση μπορεί να χειροτερέψει την ποιότητα ζωής, την ιατρική θεραπεία και να

δημιουργήσει έντονα προβλήματα στο ιατρικό προσωπικό. Η ψυχολογική φροντίδα αυτή καθαυτή, συνεπάγεται ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους, συμπεριλαμβανομένης και της *ψυχιατρικής ή ψυχοφαρμακευτικής θεραπείας*. Είτε η ψυχιατρική φροντίδα είναι συμπληρωματική, είτε είναι η κύρια φροντίδα, ο γιατρός πρέπει να έχει επίγνωση των μοναδικών θεραπευτικών απαιτήσεων και προκλήσεων που παρουσιάζουν τα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας, ενώ συγχρόνως, χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια.

1.2 Θεραπευτικές μέθοδοι

Οι σύμβουλοι υπογονιμότητας, ως επαγγελματίες της υγείας, συνήθως χρησιμοποιούν ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους και σπάνια υιοθετούν μια μονομερή προσέγγιση. Η *ατομική συμβουλευτική* είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της προσωπικής συναισθηματικής κατάπτωσης και δυσλειτουργίας, είτε αυτή προκλήθηκε είτε επιδεινώθηκε από την υπογονιμότητα. Βοηθάει στη δημιουργία μιας ασφαλούς και έμπιστης σχέσης με το θεραπευτή, για την ανακούφιση από τον πόνο της υπογονιμότητας ή από προηγούμενα ψυχολογικά τραύματα. Η *συμβουλευτική ζευγαριών* είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση προβλημάτων της σχέσης ή του γάμου και κυρίως, προβλημάτων που αφορούν την επικοινωνία, τη λήψη αποφάσεων και τη λύση συγκρούσεων. Είναι μια ιδιαίτερα κατάλληλη προσέγγιση στην υπογονιμότητα, η οποία είναι συνήθως «πρόβλημα ζευγαριού» και η οποία προκαλεί θλίψη για κοινές απώλειες και των δύο συντρόφων, διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων και έντονο στρες για το ζευγάρι (π.χ. αυξημένες οικονομικές ανάγκες, παρατεταμένη ιατρική θεραπεία). Η *ομαδική συμβουλευτική* βοηθά τα άτομα και τα ζευγάρια που χρειάζονται επιβεβαίωση ή προσωπική προοπτική, ώστε να προαχθεί η ψυχολογική ανάπτυξη τους. Τα μέλη της ομάδας αλληλοβοηθούνται στην ομαλοποίηση της υπογονιμότητας και το μοίρασμα των εμπειριών της, καθώς και στον περιορισμό των συναισθημάτων απομόνωσης και στιγματισμού^{29,30}.

Στο πλαίσιο των τριών αυτών θεραπευτικών μεθόδων μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις. Η *συμπεριφορική προσέγγιση* στην υπογονιμότητα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, γιατί συνενώνει τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και την ψυχολογία της υγείας, δίνοντας έμφαση στο ρόλο του ασθενούς στην ιατρική φροντίδα. Υποδεικνύει τρόπους αντιμετώπισης του άγχους, όπως γνωστική αναδιάρθρωση, καθοδηγούμενη φαντασία και τεχνικές χαλάρωσης. Η *σεξουαλική συμβουλευτική* είναι συχνά τόσο απαραίτητη όσο και αποτελεσματική για ζευγάρια που αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα, είτε ως αποτέλεσμα της θεραπείας είτε ως αντίδραση στη διάγνωση της υπογονιμότητας. Είτε ο σύμβουλος υπογονιμότητας προσφέρει ο ίδιος αυτές τις συμβουλευτικές υπηρεσίες είτε παραπέμπει σε κάποιον άλλον επαγγελματία για συναφή αγωγή, είναι φανερό ότι οι διαφορετικές θεραπευτικές μέθοδοι, προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ασθενείς οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας.

1.3 Θέματα ιατρικής συμβουλευτικής

Τα προβλήματα υγείας που επηρεάζουν τη γονιμότητα συμπεριλαμβάνουν παθήσεις που προκαλούν υπογονιμότητα (π.χ. θεραπεία καρκίνου, γενετικές διαταραχές), προβλήματα που το άμεσο αποτέλεσμα τους είναι η στειρότητα (π.χ. πρόωρη ανεπάρκεια ωοθηκών) ή προβλήματα που επηρεάζουν τη θεραπεία της υπογονιμότητας (π.χ. ενδομητρίωση). Οι περιπλέκουσες ιατρικές παθήσεις ή οι ειδικές ιατρικές συνθήκες συχνά συμπεριλαμβάνουν ποικίλα ψυχολογικά ζητήματα, που ενδέχεται να επισπεύσουν τη συναισθηματική κρίση και να επηρεάσουν τις αποφάσεις σχετικά με την αναπαραγωγική θεραπεία. Η διάγνωση μιας ασθένειας ή γενετικής διαταραχής (σχετικής ή όχι με την υπογονιμότητα) κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης ή θεραπείας της υπογονιμότητας, μπορεί να προκαλέσει διπλή κρίση (απέναντι στο πρόβλημα υγείας και στην υπογονιμότητα), κατά την οποία ο ασθενής είναι αναγκασμένος να αντιμετωπίσει την ασθένεια (ακόμη και το ενδεχόμενο θανάτου), πράγμα που ενισχύει τις τυπικές αντιδράσεις προς την

υπογονιμότητα, δηλαδή, τα συναισθήματα απώλειας, ελαττωματικότητας και απόκλισης από το φυσιολογικό. Τέλος, είναι πια πολύ σύνηθες για τους άτεκνους ασθενείς, να υποβάλλονται σε γενετική συμβουλευτική ή γενετικό έλεγχο λόγω της ηλικίας τους, του αναπαραγωγικού ή ιατρικού ιστορικού γενετικών διαταραχών ή διάγνωση του προβλήματος αναπαραγωγής. Όπως είναι φυσικό, η διεργασία της γενετικής συμβουλευτικής ή/και η διάγνωση ενός γενετικού προβλήματος, μπορεί να προκαλέσει έντονη συναισθηματική φόρτιση και να περιπλέξει την προσαρμογή στο πρόβλημα της υπογονιμότητας²⁶.

Για τα ζευγάρια που επί χρόνια περιμένουν και έχουν καταναλώσει πολύ χρόνο, ενέργεια και χρήμα για μια έντονα επιθυμητή εγκυμοσύνη, η απώλεια του εμβρύου ή ο θάνατος του νεογέννητου βρέφους τους είναι μια ιδιαίτερα πικρή και σκληρή εμπειρία. Η διακοπή κύησης (αυθόρμητη ή προγραμματισμένη) μπορεί να είναι μια συναισθηματική τραυματική εμπειρία, προκαλώντας θλίψη, μείωση της αυτοεκτίμησης και συζυγικά προβλήματα. Οι αυθόρμητες απώλειες-εκτοπική κύηση, αποβολή, θνησιγένεια ή βρεφικός θάνατος-ενδέχεται να προκαλέσουν αντιδράσεις έντονης θλίψης, κλινική κατάθλιψη ή/και την επαναφορά άλυτων απωλειών του παρελθόντος. Η προγραμματισμένη διακοπή κύησης (π.χ., λόγω εμβρυϊκής μείωσης ή γενετικών ανωμαλιών), συχνά προκαλεί θλίψη και πένθος, όπως και η «αυθόρμητη απώλεια του εμβρύου» αν και το κοινωνικό στίγμα που τους συσχετίζει με την έκτρωση, είναι πιθανό να προκαλέσει εντονότερη απομόνωση και ενοχή για την «επιλεγμένη» απώλεια ενός αναμενόμενου παιδιού.

1.4 Ειδικόί πληθυσμοί

Η ψυχολογία της στειρότητας για διάφορες συνθήκες και πληθυσμούς (ξεχωριστή για λευκά, μεσοαστικά, ετεροφυλόφιλα, νέα ή για πρώτη φορά παντρεμένα ζευγάρια), συνεπάγεται την αναγνώριση ξεχωριστών αντιδράσεων και μοναδικών κοινωνικών συνθηκών, που συνήθως επηρεάζουν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τις συμβουλευτικές παρεμβάσεις. Η γνώση των διαπολιτισμικών παραγόντων της υπογονιμότητας μπορεί να

βοηθήσει τον θεραπευτή στην επιλογή της κατάλληλης υποστήριξης, κατεύθυνσης και παρέμβασης, καθώς και στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Θέματα φυλετικά, πολιτισμικά και θρησκευτικά, επιδρούν στον τρόπο που κάθε ζευγάρι αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υπογονιμότητας, είτε επηρεάζοντας τον τρόπο που το αντιλαμβάνονται, υπαγορεύοντας την προσέγγιση τους στη θεραπεία και τις εναλλακτικές λύσεις για τη δημιουργία οικογένειας, είτε επιδρώντας στην ψυχολογική προσαρμογή τους.

Οι κοινωνικές αλλαγές που έδωσαν στις γυναίκες την ευκαιρία να ελέγχουν όλο και περισσότερο τις αναπαραγωγικές ικανότητες τους, έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην εντυπωσιακή αύξηση των ανύπανδρων γυναικών και των ζευγαριών λεσβιών που αναζητούσαν υπηρεσίες υπογονιμότητας, ανεξάρτητα από το αν οι ίδιες ήταν πραγματικά στειρές ή όχι. Κι άλλες κοινωνικές αλλαγές είναι εμφανείς, όπως ζευγάρια προχωρημένης ηλικίας τα οποία έχουν καθυστερήσει να αποκτήσουν παιδιά για διάφορους λόγους, καθώς και ξανά-παντρεμένα ζευγάρια που επιθυμούν ένα δικό τους παιδί, απευθύνονται στις υπηρεσίες αναπαραγωγής. Επίσης, όταν υπάρχει μια διάγνωση υπογονιμότητας, το πιο πιθανό είναι το πρόβλημα να οφείλεται στην ηλικία ή σε παλαιότερες αποφάσεις σχετικές με την αναπαραγωγή (π.χ. στείρωση με χειρουργική επέμβαση), με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διαφορετικά και συχνά πιο σύνθετα ψυχολογικά προβλήματα. Τέλος, η θεραπεία γι' αυτούς τους ασθενείς (ζευγάρια ομοφυλόφιλων γυναικών, ανύπανδρες γυναίκες, ξαναπαντρεμένα ζευγάρια ή ζευγάρια προχωρημένης ηλικίας), μπορεί να συνεπάγεται τη χρήση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή/και γαμέτες δότη, με συνακόλουθα ιδιαίτερα ψυχολογικά ζητήματα και προβλήματα προσαρμογής.

Τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν *δευτερογενή στειρότητα* δεν είναι «άτεκνα», αλλά αδυνατούν να επεκτείνουν την οικογένεια τους όπως επιθυμούν. Είτε είχαν παλαιότερα δυσκολία στη σύλληψη είτε όχι, τα ζευγάρια αυτά αντιμετωπίζουν τα ίδια ψυχολογικά προβλήματα στειρότητας όπως και άλλα ζευγάρια και

συχνά αισθάνονται εξίσου απομονωμένοι και ψυχολογικά καταπονημένοι. Παρ' όλα αυτά, αντιμετωπίζουν και την πρόσθετη πρόκληση του ότι είναι ήδη γονείς και οι λήψεις αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία και τις εναλλακτικές λύσεις για την επέκταση της οικογένειάς τους, γίνονται στο πλαίσιο της παρούσας σύνθεσης της οικογένειάς τους³⁷.

1.5 Ζητήματα συμβουλευτικής πρακτικής στην υπογονιμότητα

Η συμβουλευτική υπογονιμότητας είναι ένας νέος και αναπτυσσόμενος κλάδος για τον οποίο οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ψυχιατρικοί νοσηλεύτες, 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 της κλινικής. Με οποιονδήποτε τρόπο κι αν παρέχονται οι υπηρεσίες 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.

Ως νέα και ανερχόμενη ειδικότητα στα επαγγέλματα "ψυχικής υγείας, η συμβουλευτική αγωγή υπογονιμότητας εφαρμόζεται στα πεδία της αναπαραγωγικής ιατρικής, της γενετικής ιατρικής και της περιγενετικής. Τα τελευταία 20 χρόνια σημείωσε δυναμική ανάπτυξη, κυρίως όσον αφορά τον αριθμό των ειδικών που ασχολήθηκαν με αυτόν τον επιστημονικό τομέα, τον αριθμό των

επιστημονικών ερευνών, την επαγγελματική εξέλιξη και την αυξανόμενη παρουσία σε διάφορες κλινικές εξειδικευμένες στην υπογονιμότητα και τη θεραπεία της. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που ασχολούνται με τον τομέα της συμβουλευτικής αγωγής γύρω από την υπογονιμότητα, έχουν προσφέρει συνεκτική φροντίδα στους ασθενείς, καταρτίζοντας συγχρόνως προγράμματα, δεδομένα για την επαγγελματική εκπαίδευση, κατευθυντήριες γραμμές για την πρακτική άσκηση και, πιο πρόσφατα, επαγγελματικές απαιτήσεις και ποιοτική εξασφάλιση για τους ενδιαφερόμενους ασθενείς. Έτσι, μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα, ότι η συμβουλευτική της υπογονιμότητας είναι ένας νέος, αλλά και δυναμικά αναπτυσσόμενος τομέας της ψυχικής υγείας, αποτελούμενος από μια διεπιστημονική ομάδα ειδικών, οι οποίοι συνεργάζονται με επαγγελματίες διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων, με σκοπό να προσφέρουν εκτενή φροντίδα στους ασθενείς, να αυξήσουν τη συνειδητοποίηση και την επιμόρφωση των καταναλωτών/ασθενών και να βελτιώσουν τις αντιδράσεις των ασθενών προς την ιατρική θεραπεία. Οι μελλοντικές εξελίξεις στον τομέα αυτό, συνεπάγονται το συνεχιζόμενο ορισμό του ως επαγγέλματος ψυχικής υγείας, την ποσοστοποίηση των παρεχόντων φροντίδα και την επιμόρφωση και κατάρτιση των επαγγελματιών που επιθυμούν να ασχοληθούν με τον τομέα αυτό.

2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

2.1 Θεωρητικό πλαίσιο³⁰

Γιά να είναι δυνατή μια αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, χρειάζεται να κατανοηθεί η θεωρητική βάση του συγκεκριμένου ζητήματος. Πιο ειδικά, οι γυναίκες που είναι ακούσια άτεκνες πρέπει να τροποποιήσουν τους στόχους της ζωής τους, μαζί με την προσωπική τους ταυτότητα. Οι Matthews και Matthews, κοινωνιολόγοι και ειδικοί στην ακούσια ατεκνία, εκτιμούν ότι «η μη απόκτηση παιδιού μπορεί να έχει εξίσου σημαντικό αντίκτυπο στην οικογένεια και στην προσωπική ταυτότητα όσο και η γονεϊκότητα». Οι Matthews και Matthews καταλήγουν στο ότι, η μετάβαση στη

μη γονεϊκότητα είναι το ίδιο σημαντική και απαιτητική για τα άτομα και τις οικογένειες όσο και η παραδοσιακή μετάβαση στη γονεϊκότητα. Η Ireland ασχολήθηκε εκτενώς με το θέμα της γυναικείας ταυτότητας σε σχέση με τη μητρότητα, στο βιβλίο της *Reconceiving Women: Separating Motherhood from Female Identity*, εξηγώντας ότι η παραδοσιακή ταυτότητα φύλου βασίζεται σε μια μη ολοκληρωμένη άποψη για τη γυναικεία φύση. Μια ολοκληρωμένη ζωή χωρίς μητρότητα, αποκαλύπτει λανθασμένες απόψεις για τη γυναικεία ταυτότητα. Η Ireland βλέπει με αισιοδοξία ότι μια προσωπική ταυτότητα βασισμένη σε μια ευρύτερη οπτική της θηλυκότητας, επιτρέπει σε μια γυναίκα να εκμεταλλευθεί πλήρως το δυναμικό της.

Η ψυχαναλυτική θεωρία αντιμετώπιζε, κατά κύριο λόγο, ως παθολογικές τις γυναίκες χωρίς παιδιά. Επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι άτεκνες γυναίκες στην κοινωνία και περιόρισε τον τρόπο που αυτές οι γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους. Η Ireland πρότεινε μια παραλλαγή της θεωρίας των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και της θεωρίας του Lacan, ώστε να αρχίσει να γίνεται κατανοητή η γυναίκα που δεν είναι μητέρα. Η θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, βασισμένη στο έργο των βρετανών θεωρητικών Melanie Klein, W.R.D. Fairbank και D.W. Winnicott, δίνει έμφαση στο γεγονός ότι οι γυναίκες είχαν πάντα τον κυρίαρχο ρόλο στη φροντίδα των παιδιών τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών. Αυτό επηρέασε τη δημιουργία ταυτότητας, καθώς τα κορίτσια αντιμετωπίζουν την πρόκληση να σχηματίσουν και να διατηρήσουν μια ταυτότητα διαφορετική από αυτή της μητέρας τους. «Αντίθετα με τα αγόρια, που πρέπει να απορρίψουν την αρχική τους ταύτιση με τη μητέρα και να ταυτιστούν με τον πατέρα, η ταυτότητα της κόρης εξελίσσεται μέσα από ένα μονοπάτι συνεχούς ταύτισης. Δεν θα χρειασθεί ποτέ να αποβάλει ολοκληρωτικά την αρχική της ταύτιση με τη μητέρα». Κατά συνέπεια, η επιθυμία ή ανάγκη για την εκ νέου δημιουργία του δεσμού μητέρας - παιδιού, είναι στενά συνδεδεμένη με τον σχηματισμό της ταυτότητας της γυναίκας και την ωρίμανσή της. Δυστυχώς, επειδή η άτεκνη γυναίκα ταυτίζεται με τη μητέρα της,

της είναι δύσκολο να δει τον εαυτό της ως επαρκή και ανεξάρτητο πέρα από το ρόλο της μητρότητας^{30,37}.

Πιο απλά: όλες οι μητέρες είναι γυναίκες, αλλά δεν όλες οι γυναίκες μητέρες. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται η πολυπρόσωπη προσωπικότητα μιας μητέρας και όχι μόνο η «καλή» ή «κακή» πλευρά της ως μητέρας. Αυτό δίνει την ευκαιρία στην κόρη της να ταυτιστεί και να επηρεαστεί από την προσωπικότητα της μητέρας της, χωρίς να θεωρεί τη μητρότητα καθοριστικό συστατικό της γυναικείας ταυτότητας. Έτσι, το ψυχοκοινωνικό στάδιο της παραγωγικότητας της μέσης ηλικίας του Erickson, μπορεί να διευρυνθεί πέρα από την τεκνοποίηση για να συμπεριλάβει τη γέννηση πολλών δημιουργικών ενασχολήσεων και εκφράσεων της θηλυκής επίδρασης στον κόσμο.

2.2 Διευκολύνοντας το πένθος και την απώλεια

Η αποδέσμευση από το ενδεχόμενο απόκτησης παιδιού συνεπάγεται ένα γενικευμένο πένθος. Υπάρχουν πολλές απώλειες. Το άτομο πενθεί περισσότερο την απώλεια μίας εμπειρίας παρά έναν πραγματικό θάνατο. Πρέπει να αντιμετωπίσει την απώλεια του παιδιού που έχει ονειρευτεί, την απώλεια του όποιου μέρους της ταυτότητας του είχε συνδέσει με αυτά τα όνειρα και την απώλεια ενός προορισμού που πάντα πίστευε ότι θα γινόταν πραγματικότητα. Ενέχεται ακόμη, η αφηρημένη απώλεια της ελπίδας και μιας αίσθησης ελέγχου της ζωής. Αυτό το πένθος είναι μοναχικό και απομονώνει, γιατί η ατεκνία φέρνει στην επιφάνεια απώλειες που, ως επί το πλείστον, δεν αναγνωρίζονται από τους άλλους. Γενικότερα, όσο περισσότερο καιρό μία γυναίκα επιδιώκει μια εγκυμοσύνη, τόσο περισσότερο καιρό πενθεί την αποτυχία της να συλλάβει. Ο πόνος μπορεί να πληγώνει και να παραλύει τα θύματά του μέχρι τελικά να αντιμετωπιστεί. Εάν το άτομο αρνείται ή υποβαθμίζει την απώλεια, υπάρχει κίνδυνος ψυχολογικών προβλημάτων.

Η Ireland διαπίστωσε ότι από τις 105 γυναίκες από τις οποίες πήρε συνέντευξη, αυτές που δεν «το έβαλαν κάτω» και υποβάλλονταν επί χρόνια σε θεραπεία υπογονιμότητας, είχαν

παραδοσιακότερες αξίες από εκείνες που υποβλήθηκαν λίγο ή και καθόλου σε ιατρική θεραπεία. Αυτές οι «παραδοσιακές γυναίκες» ταυτίζονταν με ένα γυναικείο ρόλο (αξιολογήθηκαν από το Bern Sex Role Inventory) και σχεδίαζαν να αφιερώσουν ένα μεγάλο μέρος της ενήλικης ζωής τους στη μητρότητα. Η καριέρα ερχόταν συχνά δεύτερη σε σχέση με τη μητρότητα. Για τις γυναίκες αυτές το πένθος ήταν το κύριο ζήτημα. Η διεργασία του πένθους είναι απαραίτητη ώστε η παραδοσιακή γυναίκα να μπορέσει να δει τον εαυτό της και τους άλλους που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση όχι αρνητικά, αλλά θετικά. Η θεραπεία της υπογονιμότητας μπορεί να οδηγήσει σε μια εκτενή περίοδο άρνησης, καθώς ο κάθε μήνας ανανεώνει την ελπίδα της μητρότητας, ενώ είναι ίσως ορθότερο και προτιμότερο να αντιμετωπιστεί η πραγματικότητα της υπογονιμότητας.

Στο βιβλίο της για την απώλεια στη διάρκεια ζωής, η Judith Viorst δηλώνει ότι η απώλεια αποτελεί μέρος της ενήλικης ζωής: πρέπει όλοι να αναπτύξουμε την ικανότητα να αποδεχόμαστε την απώλεια, να αφήνουμε περιθώρια εξέλιξης και να επανακτούμε τον έλεγχο της ζωής μας.

«Σε όλη μας τη ζωή, μεγαλώνουμε εγκαταλείποντας τους βαθύτερους δεσμούς μας..και ορισμένες αγαπημένες πλευρές του εαυτού μας. Στα όνειρα που κάνουμε και στις στενές μας σχέσεις, πρέπει να αντιμετωπίζουμε όλα αυτά που ποτέ δεν θα αποκτήσουμε και όλα αυτά που ποτέ δεν θα γίνουμε».

Η Shapiro έγραψε: «Τα ζευγάρια δεν μπορούν να χαλιναγωγήσουν τα συναισθήματα τους και την προσωπική τους ζωή, εάν δεν πάψουν να επιδιώκουν την απόκτηση ενός παιδιού». Με τις τόσες διαθέσιμες επιλογές σήμερα, η απόφαση τερματισμού της θεραπείας είναι πιο δύσκολη από το μαγγανοπήγαδο της συνέχισης της. Η ιατρική παρέμβαση εγκλωβίζει το άτομο σε έναν κύκλο ελπίδας που ακολουθείται από την καταστροφική απόγνωση της αποτυχίας. Τα ζευγάρια συχνά, αισθάνονται ότι δεν μπορούν να σταματήσουν και σκέφτονται ότι αν συνεχίσουν να προσπαθούν, κάποια στιγμή κάτι θα γίνει. Μόνο

η ειλικρινής αποδοχή των δεδομένων, επιτρέπει την αναζωογόνηση των ελπίδων και της ενεργητικότητας τους³⁰.

Όταν οι επιλογές οι σχετικές με την κατάσταση ενός ζευγαριού είναι περιορισμένες ή υπάρχει αμφιθυμία σε σχέση με τη γονεϊκότητα, η μετάβαση σε μια ζωή χωρίς παιδιά μπορεί να γίνει χωρίς συναισθηματική κρίση. Αυτό συνέβαινε σε προηγούμενες γενιές, όπου οι επιλογές ήταν ελάχιστες και συνήθως, ανεπιτυχείς. Σήμερα, με τη χρήση ωαρίων νεότερων γυναικών και τη μικρογονιμοποίηση, οι επιλογές καλύπτουν μέχρι και την πέμπτη ή έκτη δεκαετία της ζωής τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Για τα ζευγάρια που ξεκινούν θεραπεία σήμερα, ο τερματισμός της ιατρικής προσπάθειας για επίτευξη εγκυμοσύνης μπορεί να είναι συναισθηματικά τραυματικός.

Για να είμαστε αποτελεσματικοί κλινικοί, πρέπει να κατανοούμε την προσωπική εμπειρία απώλειας που βιώνει ο πελάτης μας, μέσα στο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο της εποχής. Με αυτή τη γνώση και κατανόηση, οι κλινικοί μπορούν να βοηθήσουν τους πελάτες τους να αναγνωρίσουν τις απώλειες τους, να τους καθοδηγήσουν σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα λάβουν μια απόφαση και να τους βοηθήσουν στην διαμόρφωση της ταυτότητας τους, στην αναζήτηση ενός νέου νοήματος στη ζωή τους. Ο στόχος κάθε πελάτη είναι συνειδητά να αποδεχθεί και να βρει την ολοκλήρωση της ζωής του χωρίς την απόκτηση ενός παιδιού.

2.3 Διευκολύνοντας τη λήψη μιας απόφασης

Οι Carter και Carter έγραψαν: «Το να επιλέξει κάποιος να μην έχει παιδιά μετά την υπογονιμότητα, δεν σημαίνει ότι εγκαταλείπει την ελπίδα, αλλά ότι ανανεώνει το όνειρο μιας καλής ζωής, αυτή τη φορά χωρίς παιδιά»³⁰. Μία συνειδητή, εκούσια απόφαση να ζήσει κανείς χωρίς παιδιά, δεν σημαίνει παραίτηση σε μια ζωή χωρίς παιδιά. Αντί να παρασυρθεί κανείς στην εφ' όρου ζωής ατεκνία, μπορεί να πιστέψει ότι σε κάθε απώλεια υπάρχει και ένα δυνάμει κέρδος. Αυτή η απόφαση δίνει

στο άτομο την ευκαιρία μιας νέας ωρίμανσης και θέσης νέων στόχων, καθώς και τη δυνατότητα να επενδύσει περισσότερες δυνάμεις στην εργασία, στην οικογένεια και στα χόμπι του. Η απόφαση να ζήσει κανείς χωρίς παιδιά, απαιτεί ειλικρινείς σκέψεις, συναισθήματα και επικοινωνία προτού γίνει αποδεκτή και από τους δύο συντρόφους. Η ζωή χωρίς παιδιά είναι ένας τρόπος κάλυψης των στόχων της γονεϊκότητας με άλλους θετικούς, δημιουργικούς στόχους. Οι άνθρωποι που επιθυμούν να φροντίζουν και να αγαπούν μπορούν να βρουν τρόπους να τα κάνουν όλα αυτά, χωρίς να έχουν παιδιά. Η μετάβαση σε μια ζωή χωρίς παιδιά είναι η δημιουργική προσαρμογή μετά τη λύπη, τον πόνο και την απώλεια.

Οι δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές δημιουργίας οικογένειας ή οι συγκρούσεις σχετικά με τις εναλλακτικές αυτές λύσεις, είναι συχνές και δημιουργούν προβλήματα στους πελάτες που επισκέπτονται κλινικές. Οποιοδήποτε από αυτά τα προβλήματα, μπορεί να οδηγήσει στην απόφαση μη απόκτησης παιδιού. Στα ζευγάρια που δεν μπορούν να πάρουν από κοινού την απόφαση να μην αποκτήσουν παιδιά, συνιστάται συμβουλευτική. Καθένας έχει ανάγκη να του δοθεί η ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματα του και να αναγνωρισθούν αυτά του τα συναισθήματα.

Στόχος είναι πάντα ο συμβιβασμός, αλλά μπορεί να μην είναι δυνατός εάν ο ένας σύντροφος είναι αποφασισμένος να γίνει γονέας, ενώ ο άλλος είναι εξίσου αποφασισμένος να *μη* γίνει γονέας. Βοηθώντας τους δύο συντρόφους να εκτιμήσουν ο ένας τις απόψεις του άλλου και να ανανεώσει ο ένας τη δέσμευση του απέναντι στον άλλο, προκύπτουν πιθανές λύσεις. Σε γενικές γραμμές, οι πελάτες και ο θεραπευτής υπογράφουν ένα συμβόλαιο περιορισμένου χρόνου με σαφώς καθορισμένους στόχους. Συνήθως, οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται σε δύο έως δέκα συνεδρίες.

Μετά από χρόνια διαλυμένων ελπίδων και συνεχών απογοητεύσεων, είναι συνήθης η άρνηση ή η ανικανότητα των ατόμων να αισθανθούν ή να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα τους. Αυτό το συναισθηματικό κενό ενδέχεται να οδηγήσει σε κλινική

κατάθλιψη. Με θεραπεία επικεντρωμένη στη λύση ή με τη χρήση ενός γνωστικού-συμπεριφορικού πλαισίου, οι θεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τους πελάτες τους να επανασυνδεθούν με τα συναισθήματα τους, μέσα σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι συνεδρίες τελειώνουν με προετοιμασία στο σπίτι, ως προς κάθε μια από τις δύο αυτές προσεγγίσεις.

Στον Πίνακα 1 υπάρχει ένας κατάλογος ασκήσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια ή μεταξύ των συνεδριών. Για πελάτες που πάσχουν από μακροχρόνια κατάθλιψη ή δυσθυμία, μία σε βάθος αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει σε παραπομπή και περαιτέρω αξιολόγηση για φαρμακευτική παρέμβαση, σε συνδυασμό με μια πιο μακροπρόθεσμη θεραπεία. Καθώς τα συμπτώματα της κατάθλιψης υποχωρούν, η θεραπεία επιστρέφει στην ενεργό λήψη αποφάσεων μέσα σε ένα πλαίσιο που επικεντρώνεται στο αποτέλεσμα.

Πίνακας 1: Ασκήσεις πελατών³⁰

Ασκήσεις για την πρόσβαση στα συναισθήματα και την «αναγνώριση των απωλειών»

- Τι είναι αυτό που σας ελκύει στην απόκτηση ενός παιδιού;
- Περιγράψτε την κρίση που βιώσατε όσον αφορά την υπογονιμότητα μετά τη διάγνωση και την ιατρική παρέμβαση.
- Ποια είναι ορισμένα από τα στερεότυπα των άτεκνων ανθρώπων;
- Συγκρίνετε τον εαυτό σας με αυτά τα στερεότυπα. Σας ταιριάζουν;
- Τι είναι αυτό που σας δυσκολεύει να φανταστείτε τον εαυτό σας χωρίς παιδιά;
- Τι πενθείτε περισσότερο;
- Ποια είναι η διαφορά του να μην κάνει κάποιος παιδιά και να μην είναι γονέας;

Ασκήσεις για τον τερματισμό της Θεραπείας και τον αποχαιρετισμό του παιδιού των ονείρων

- Τι έχετε ανάγκη να κάνετε για να τελειώσετε την ιατρική παρέμβαση;
- Πώς διαμορφώθηκαν με τον καιρό τα συναισθήματα σας απέναντι στην ιατρική παρέμβαση;
- Θα μπορούσε η επιθυμία σας να αποκτήσετε παιδιά να υποκατασταθεί με άλλους τρόπους;
- Προγραμματίστε ένα τελετουργικό ή μια τελετή για να αποχαιρετήσετε το παιδί των ονείρων σας.
- Σχεδιάστε τον τρόπο με τον οποίο θα εξηγήσετε στους άλλους, γιατί δεν έχετε παιδιά.
- Δείτε πώς έχει διαμορφωθεί η ζωή σας. Τι αλλαγές έχετε ήδη κάνει και τι αλλαγές πρέπει να κάνετε για να προσαρμοστείτε σε μια ζωή χωρίς παιδιά (π.χ. σπίτι, καριέρα, δραστηριότητες αναψυχής);
- Τι είδους ευκαιρίες θα έχετε;

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, η αντιμετώπιση της απώλειας είναι το πρώτο βήμα προς την απόφαση ενός ατόμου να ζήσει χωρίς παιδιά.

Λέγοντας κάποιος την «ιστορία» του, έχει την ευκαιρία να αναγνωρίσει τις απώλειες. Η διατύπωση των προσωπικών κινήτρων για την απόκτηση παιδιού, μπορεί επίσης να βοηθήσει. Η προετοιμασία εκτός συνεδρίας μπορεί να περιορίζεται στην κατάρτιση ενός καταλόγου απωλειών ή να επεκτείνεται στη δημιουργία ενός τελετουργικού «αποχαιρετισμού» του παιδιού των ονείρων. Για ορισμένους, η δημιουργική έκφραση όπως το σχέδιο, η ζωγραφική, η ποίηση ή το κολάζ, μπορεί επίσης να βοηθήσει. Στις βασικές στρατηγικές λήψης αποφάσεων περιλαμβάνεται το να αναλάβει κάποιος τον έλεγχο της ζωής του, να αναπτύξει μια θετική ταυτότητα και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους και τις προτεραιότητες του. Ο Rubin προσφέρει ένα πολύ χρήσιμο πρότυπο βοήθειας των πελατών στη λήψη αποφάσεων. Η αξιολόγηση ξεκινά με την αναζήτηση και τον εντοπισμό πιθανών «εμποδίων». Ορισμένα από τα εμπόδια που εντόπισε ο Rubin είναι τα εξής: (1) παραίτηση ή εμμονή στον πόνο, (2) πεποίθηση ότι

υπάρχει μόνο μία σωστή απόφαση, (3) καθήλωση σε όλες τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις, χωρίς την επιλογή μίας, (4) αναβλητικότητα και (5) ενοχή για προγενέστερες αποφάσεις. Ο στόχος στη θεραπεία είναι να εντοπίσουμε τις συγκεκριμένες δυσκολίες ενός πελάτη και με τη χρήση θεραπευτικών παρεμβάσεων να τις υπερπηδήσουμε, ώστε να επιτραπεί η εξέλιξη της διαδικασίας της λήψης μιας απόφασης.

Επόμενος στόχος στο μοντέλο του Rubin, είναι η εδραίωση μιας βάσης για τη λήψη αποφάσεων σύμφωνα με τις προσωπικές αξίες. Όταν ένα άτομο «τυφλώνεται» από την υπογονιμότητα, δεν μπορεί να διακρίνει και να ορίσει τον εαυτό του. Συνιστάται, είτε κατά τη διάρκεια είτε μεταξύ των συνεδριών, οι πελάτες να φτιάξουν έναν κατάλογο προτεραιοτήτων. Πιθανά θέματα του καταλόγου μπορεί να είναι η υγεία, η ποιότητα ζωής, η θρησκεία, η μόρφωση και η ασφάλεια. Καθώς οι πελάτες καταρτίζουν έναν κατάλογο, βλέπουν τους εαυτούς τους ως ολοκληρωμένα ανθρώπινα όντα, με την ικανότητα να τροποποιούν τη συμπεριφορά τους, ώστε να επιτυγχάνονται οι αξίες τους και να δημιουργούν ή να ακολουθούν άλλα προγράμματα ζωής που δεν συμπεριλαμβάνουν την γονεικότητα.

Τελευταίος στόχος είναι η δέσμευση στην απόφαση. Αυτό σημαίνει ενέργειες που σε αυτήν την περίπτωση, είναι η απόφαση του ατόμου να τερματίσει τη θεραπεία και να προχωρήσει από την ατεκνία ή την αίσθηση ότι έχει λιγότερα, στη θέση του ατόμου που επιλέγει μια ζωή χωρίς παιδιά. Για τα περισσότερα ζευγάρια, αυτή είναι μια διαδικασία που συμβαίνει σιγά-σιγά, με την πάροδο του χρόνου. Μπορεί να διαπιστώσουν ότι χρειάζονται μήνες, ίσως και χρόνια, μέχρι να αρχίσουν να νιώθουν άνετα ζώντας χωρίς παιδιά. Τότε, όλα αρχίζουν να μπαίνουν στη θέση τους και εμφανίζονται σαφείς ενδείξεις ότι τα άτομα αυτά έχουν πια προχωρήσει. Ίσως, να αγοράσουν ένα σπίτι χωρίς ένα μεγάλο δωμάτιο για την οικογένεια και τέσσερα υπνοδωμάτια ή να κάνουν αίτηση για μεταπτυχιακές σπουδές ή να ασχοληθούν περισσότερο με τη σταδιοδρομία τους. Για άλλους, μπορεί να είναι καινούργια χόμπυ,

σημαντική εθελοντική εργασία, καινούργιοι φίλοι ή ανανέωση και μεγαλύτερη δέσμευση στο γάμο.

2.4 Αντιμετώπιση της πίεσης για αναπαραγωγή

Τη στιγμή που μία γυναίκα έρθει αντιμέτωπη και διαχειρισθεί τα συναισθήματα της τα σχετικά με το ότι δεν θα αποκτήσει παιδιά, πρέπει να αντιμετωπίσει και τα συναισθήματα όλων των άλλων, απέναντι στην απόφασή της. Το 1955, μόνο 1% των γυναικών πίστευαν ότι θα παραμείνουν άτεκνες. Ως το 1988, 10% ισχυρίζονταν ότι δεν περιμένουν να αποκτήσουν παιδιά και 15% δεν ήταν σίγουρες. Σταδιακά, το να μην αποκτήσει μία γυναίκα παιδιά έγινε πιο εύκολο και πιο αποδεκτό. Και πάλι όμως, η πίεση των γονέων, των φίλων, των περιστασιακών γνωριμιών και της κοινωνίας είναι υπαρκτή. Τα στερεότυπα παραμένουν, με πιο σύνθηρες το ότι, το άτεκνο ζευγάρι ή η άτεκνη γυναίκα είναι εγωκεντρική. Τα άτομα εκείνα που επιλέγουν να παραμείνουν άτεκνα καλούνται συχνά, να δικαιολογήσουν την απόφασή τους, ενώ οι υποψήφιοι γονείς σπάνια ερωτώνται γιατί θέλουν να αποκτήσουν παιδί. Ορισμένες γυναίκες που δεν έχουν παιδιά πιστεύουν, ότι η ζωή τους συμβολίζει μια απειλή για τα άτομα των οποίων η καθημερινή ζωή υπαγορεύεται, σε μεγάλο βαθμό, από το ρόλο τους ως γονείς. Αξίζει να εξετάσουμε τους *πραγματικούς λόγους* για τους οποίους γεννιούνται παιδιά στη σημερινή εποχή: για να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, για να διατηρήσουμε ένα γάμο, για να ανταποκριθούμε στους παραδοσιακούς ρόλους, για να αποδείξουμε τη νεότητα μας με την αναπαραγωγή, για να έχουμε κάποιον να αγαπάμε και να μας αγαπά και για να έχουμε κάποιον να μας φροντίζει στα γεράματα. Παρ' όλον ότι η απόκτηση παιδιού μπορεί να ικανοποιεί πολλές από αυτές τις επιθυμίες, τα παιδιά απαιτούν χρόνια απέραντης ευθύνης, σκληρή δουλειά και χρήματα, και μπορεί να αποτελέσουν απειλή για τη σχέση ενός ζευγαριού. Η ικανοποίηση από τη συζυγική ζωή, ακολουθεί μια πορεία σε σχήμα U, ξεκινώντας από ψηλά, πέφτοντας την περίοδο που τα παιδιά είναι μικρά και ανεβαίνοντας ξανά, όταν τα παιδιά φύγουν από το σπίτι. Πρέπει κανείς να αναρωτηθεί, εάν τα σημερινά κίνητρα για

την απόκτηση παιδιού είναι ίσως, ναρκισσιστικά και συμφεροντολογικά. Αποτελεί ειρωνεία το γεγονός, ότι αυτά τα επίθετα χρησιμοποιούνται, συχνά, για την περιγραφή άτεκνων ατόμων.

Ένας από τους φόβους που εκφράζονται για την ατεκνία, είναι ο φόβος της μοναξιάς και του ότι μπορεί το άτομο να μετανιώσει σε μεγάλη ηλικία. Μια ακόμη ανησυχία είναι, η έλλειψη σύνδεσης με την επόμενη γενιά. Οι έρευνες, ωστόσο, έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένες άτεκνες γυναίκες βρίσκουν άλλους στόχους και άλλα ενδιαφέροντα για να δώσουν νόημα στη ζωή τους. Έχει διαπιστωθεί ότι η απόκτηση παιδιού, δεν συνεισφέρει ούτε στην ευτυχία ούτε στη γενικότερη ικανοποίηση σε μεγάλες ηλικίες. Οι γεροντολόγοι περιγράφουν τις επιδράσεις της ατεκνίας σε προχωρημένη ηλικία ως «καλοήθειες».

Μία από τις δυσκολότερες πτυχές της ατεκνίας, είναι η αντιμετώπιση της απογοήτευσης των «παππούδων». Τα παιδιά επιδιώκουν την επιδοκιμασία των γονιών τους ακόμη και ως ενήλικες. Αρκετές γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα της Lang, ανέφεραν ένταση στη σχέση τους με τη μητέρα τους, η οποία ερμήνευσε την απόρριψη της μητρότητας από την κόρη της ως «φτύσιμο». Καθώς οι γυναίκες μπαίνουν στην τέταρτη δεκαετία της ζωής τους, η πίεση από τους άλλους μειώνεται. Οι άνθρωποι σταματούν να ρωτούν για παιδιά. Η Lang διαπίστωσε ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες από τις οποίες πήρε συνέντευξη, εξέφραζαν ελάχιστες ανησυχίες σχετικά με το στίγμα και τα στερεότυπα και δεν ένοιωθαν μειονεκτικά που δεν έχουν κάνει παιδιά³⁰.

Οι Carter και Carter περιέγραψαν την ελεύθερη παιδιών συνθήκη, ως μια «κρυφή επιλογή». Τα ζευγάρια είναι επιφυλακτικά στο να συζητήσουν την επιλογή τους, γιατί τη θεωρούν απειλητική, οι γονείς απογοητεύονται και οι φίλοι, σε γενικές γραμμές, δεν καταλαβαίνουν. Συνήθως, τα ζευγάρια δέχονται ελάχιστη υποστήριξη και πρέπει να παρηγορηθούν από τη δική τους αποφασιστικότητα. Είναι πιθανό, με τον καιρό, οι άλλοι να αποδεχθούν την επιλογή τους, καθώς βλέπουν την ηρεμία και την ανανέωση στη ζωή ενός ζευγαριού. Ορισμένες γυναίκες σε μια τοπική ομάδα

υποστήριξης (RESOLVE), μίλησαν για την ηρεμία και την ανακούφιση που ένιωσαν, όταν έγινε η μετάβαση στη ζωή χωρίς παιδιά. Είπαν ότι ήταν και πάλι κυρίαρχες του ίδιου τους του πεπρωμένου και ότι είχαν ξεπεράσει την τραγωδία, προχωρώντας στην αποδοχή και στις νέες ευκαιρίες.

Για ορισμένες, η χρήση αντισύλληψης ή η στείρωση βοηθάει στην αποφυγή δυσαρμονίας. Αυτό διασφαλίζει, ότι η πόρτα προς την απόκτηση παιδιού είναι πράγματι κλειστή και οι ελπίδες για το μέλλον προσανατολίζονται αλλού. Η αντισύλληψη εμποδίζει, επίσης, την εμφάνιση μιας μη αναμενόμενης εγκυμοσύνης, όταν πια το ζευγάρι έχει ήδη κάνει διαφορετικά σχέδια για τη ζωή του χωρίς παιδιά. Καθώς τα παιδιά των φίλων μεγαλώνουν και φεύγουν από το σπίτι, η ατεκνία παύει πλέον να αποτελεί αντικείμενο συζήτησης. *Η επιλογή μη απόκτησης παιδιών, δεν συνεπάγεται και τη μόνιμη απελευθέρωση από συναισθήματα απώλειας.* Η επιλογή αυτή σημαίνει, ότι το άτομο είναι αρκετά μεγάλο, ώστε να αγκαλιάσει τόσο την απώλεια όσο και το όφελος και ότι ασκεί την ανθρώπινη ικανότητα να προσαρμόζεται στις συνθήκες της ζωής.

2.5 Αντιμετώπιση του αντίκτυπου στις σχέσεις

Ένα απαραίτητο και ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ζωής χωρίς παιδιά, είναι η πιθανή παρουσία νέων και σημαντικών σχέσεων. Καθώς δύο σύντροφοι επεξεργάζονται την απόφαση να σταματήσουν τη θεραπεία και να αποδεχθούν μία ζωή χωρίς παιδιά, αναγκάζονται να επανεξετάσουν τις επιλογές, τους στόχους και τα όνειρα που έκαναν μαζί. Οι νέες ελπίδες και προσδοκίες του ενός, μπορεί να διαφέρουν από του άλλου. Ο ένας μάλιστα, μπορεί να αποφασίσει να συνεχίσει την προσπάθεια να κάνει παιδιά, ενώ ο άλλος να είναι ευχαριστημένος με τις νέες ευκαιρίες και εμπειρίες που τον περιμένουν χωρίς παιδιά. Η κλινική εμπειρία μας οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι τα ζευγάρια που μένουν μαζί τείνουν να ανα-νεώνουν τη δέσμευση τους ο ένας προς τον άλλο και να

κατευθύνουν την ενέργεια τους προς το γάμο και τη σχέση τους και όχι προς τη θεραπεία και τα παιδιά.

Για την ανύπαντρη γυναίκα, οι φιλίες γίνονται συχνά, ο πιο σημαντικός δεσμός συγγένειας. Καθώς απομακρύνεται από τους φίλους που έχουν παιδιά, δημιουργεί καινούργιες σχέσεις. Οργανώνουν και μοιράζονται παραδοσιακές γιορτές και ειδικές περιστάσεις με μια οικογένεια από φίλους. Οι σχέσεις με τα παιδιά μπορεί να παίξουν ένα σημαντικό και καινούργιο ρόλο στη ζωή της. Πολλές γυναίκες γίνονται ενεργείς και δοτικές θείες ή μέντορες σε παιδιά ή νεαρούς ενήλικες. Γυναίκες που ασχολούνται με επαγγέλματα πρόνοιας, έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν τα παιδιά μέσω της εργασίας τους. Πολλές γυναίκες βλέπουν ότι γίνονται πρότυπα για νεότερες γυναίκες ή αναζητούν μεγαλύτερες χωρίς παιδιά, για να τις καθοδηγήσουν και να τις υποστηρίξουν. Οι μεγαλύτερες ή πιο ώριμες γυναίκες νομιμοποιούν ένα επιλεγμένο μονοπάτι.

2.6 Αντιμετώπιση διαπολιτισμικών ζητημάτων^{30,37}

Η υπογονιμότητα και η ατεκνία έχουν πολύ διαφορετική σημασία σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Για παράδειγμα, σε κάποιους πολιτισμούς, είναι αποδεκτό ένας άνδρας να χωρίζει τη γυναίκα του και να παντρεύεται μία άλλη, εάν η γυναίκα του δεν του κάνει παιδιά, ανεξάρτητα από την αιτία της υπογονιμότητας. Ορισμένα ζευγάρια αποφασίζουν να κρύψουν την ατεκνία τους από την οικογένεια και τους φίλους τους, συνεχίζοντας τις ιατρικές θεραπείες (αν και πολύ λίγες), ώστε να διατηρήσουν το γάμο και τη θέση τους. Οι πολιτισμοί ή οι θρησκείες που δίνουν έμφαση στα παιδιά, δυσκολεύουν ιδιαίτερα την απόφαση μη απόκτησης παιδιού. Επιπλέον, ο γάμος, οι γυναίκες ή/και τα ζευγάρια χωρίς παιδιά μπορεί να γίνουν αντικείμενο διακρίσεων, στιγματισμού ή απομόνωσης.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και το ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στον τομέα της αναπαραγωγικής ιατρικής, καλείται όλο και περισσότερο να αντιμετωπίσει διαπολιτισμικά ζητήματα, σε περίπτωση που οι ασθενείς ανήκουν σε μειονότητες ή έρχονται

από άλλες χώρες, αναζητώντας ιατρική θεραπεία υπογονιμότητας. Έτσι, οι επαγγελματίες, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη γλώσσα, τις θρησκευτικές αξίες, τους πολιτισμικούς γνώμονες και τις ατομικές πεποιθήσεις, όταν εξετάζουν τόσο την ιατρική όσο και την ψυχική φροντίδα των υπογόνιμων ανδρών και γυναικών. Ουσιαστικά, η ιατρική θεραπεία και οι στόχοι της συμβουλευτικής, υπαγορεύονται από το κατά πόσο η ατεκνία είναι πολιτισμικά και θρησκευτικά αποδεκτή και εφικτή ως εναλλακτική λύση για τα ζευγάρια αυτά, πράγμα για το οποίο ο σύμβουλος υπογονιμότητας πρέπει να είναι ενήμερος.

3. ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΟΚΥΨΟΥΝ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Τα υπογόνημα άτομα έχουν το δικαίωμα να επιδιώκουν ιατρική θεραπεία, σε μια προσπάθεια να γίνουν γονείς. Πρέπει, επίσης, να έχουν το δικαίωμα να δέχονται τα όρια του σώματος τους και της ιατρικής επιστήμης και να βρίσκουν άλλες διεξόδους για την ανάγκη τους να προσφέρουν φροντίδα. Στόχος πρέπει να είναι, η δική τους ευημερία και όχι μία ιατρική θεραπεία. Καθώς η συχνότητα της ακούσιας ατεκνίας και της καθυστερημένης εγκυμοσύνης αυξάνεται, οι άνδρες και οι γυναίκες θα έχουν περισσότερες ευκαιρίες να ζήσουν μια πιο ολοκληρωμένη και πιο ικανοποιητική ζωή χωρίς παιδιά. Οι σύμβουλοι υπογονιμότητας θα κληθούν να τους βοηθήσουν, να αποδεχθούν την ατεκνία τους με κουράγιο και να βρουν νόημα και ολοκλήρωση σε μια ζωή χωρίς παιδιά. Πρέπει επίσης, να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναλάβουν την ευθύνη των αποφάσεων τους υπέρ ή κατά της απόκτησης παιδιών και να μην αποφεύγουν να πάρουν μια απόφαση συνεχίζοντας αενάως τους επαναλαμβανόμενους θεραπευτικούς κύκλους και τις αποτυχίες.

Τα άτομα και οι θεσμοί της κοινωνίας σήμερα, πρέπει να εξακολουθήσουν να αμφισβητούν τις καθιερωμένες απόψεις και αξίες υπέρ της απόκτησης παιδιών και να αναγνωρίσουν τις δυνατότητες των ανθρώπων και της κοινωνίας ως συνόλου.

- Θα αναγνωρισθούν οι γυναίκες, από τον εαυτό τους και από τους άλλους, ως ολοκληρωμένες, ώριμες και θηλυκές χωρίς το πέρασμα στη μητρότητα;
- Μπορούμε να υποστηρίξουμε άντρες και γυναίκες που ανακαλύπτουν ουσιαστικούς τρόπους προσφοράς και φροντίδας, χωρίς να γίνουν γονείς;
- Μπορεί η κοινωνία να ανεχθεί οικογένειες χωρίς παιδιά;
- Θα αναγνωρίσουμε τη δυνατότητα μιας γυναίκας να αφιερωθεί σε μια καριέρα που τρέφει το πνεύμα και την ψυχή της, καθώς και το έθνος μας;
- Μπορούμε να φτιάξουμε έναν καινούργιο ορισμό των «οικογενειακών αξιών», ο οποίος πραγματικά να προάγει την οικογένεια της ανθρωπότητας;

Οι θεραπευτές που εργάζονται στον τομέα της αναπαραγωγικής υγείας πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτά τα ερωτήματα. Αυτή είναι η δουλειά μας και ο στόχος μας.

4. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΣΙΑ

4.1 ΚΛΙΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Για τα περισσότερα υπογόνιμα άτομα η απόφαση να καταφύγουν στην αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου (π.χ. δωρεά γαμετών ή εμβρύων), δεν λαμβάνεται γρήγορα ή εύκολα. Κατά την αρχική ιατρική θεραπεία, όταν τα ζευγάρια ελπίζουν ότι η προσπάθεια τους θα είναι επιτυχής, οποιαδήποτε αναφορά στην υιοθεσία μπορεί να προκαλέσει πανικό, δηλαδή φόβο ότι μπορεί να μην πετύχουν το σκοπό τους να αποκτήσουν ένα φυσικό παιδί. Μπορεί, επίσης, να προκληθεί θυμός, όταν οι άλλοι, με έλλειψη ευαισθησίας απλουστεύοντας, σχολιάζουν: «Δεν πειράζει, μπορείτε και να υιοθετήσετε». Ο κόσμος δεν μπορεί να καταλάβει τα περίπλοκα συναισθηματικά ζητήματα, το χρόνο που απαιτείται για να ληφθεί μία τέτοια απόφαση, την οικονομική επιβάρυνση της υιοθεσίας και την έλλειψη διαθεσιμότητας υγιών βρεφών ή εμβρύων.

Παρ' όλον ότι οι φαντασιώσεις για ένα ιδανικό φυσικό παιδί είναι πολύ συνήθεις κατά την περίοδο της υπογονιμότητας, τα ζευγάρια πρέπει να αποδεσμευτούν από αυτά τα όνειρα και να αποδεχθούν το γεγονός ότι δεν υπάρχει «τέλειο παιδί», ούτε φυσικό, ούτε υιοθετημένο. Όταν ένα άτομο δεν έχει αντιμετωπίσει ρεαλιστικά το ζήτημα αυτό, η τάση είναι να συγκρίνει διαρκώς το υιοθετημένο παιδί με τη φαντασίωση. Η αποδοχή ενός παιδιού γι' αυτό που είναι, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, είναι σε μεγάλο βαθμό, αυτό που οδηγεί την υιοθεσία (και την γονεϊκότητα) σε επιτυχία.

Επιλύοντας τα προβλήματα της υπογονιμότητας, τα ζευγάρια πρέπει να αναγνωρίσουν ότι μπορούν να αισθανθούν τεράστια ευτυχία και ολοκλήρωση ως γονείς, παρά την ανικανότητα τους να αποκτήσουν ένα φυσικό ή γενετικά συγγενές παιδί. Πρέπει να καταλάβουν ότι δεν είναι η εγκυμοσύνη που κάνει κάποιον γονέα. Είναι, περισσότερο, η καθημερινή καθοδήγηση, η αγάπη και η φροντίδα που αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες της γονεϊκότητας. Στην προετοιμασία τους για την υιοθεσία, τα άτομα πρέπει να αναγνωρίσουν οποιοδήποτε σημάδι ανεπίλυτων κατάλοιπων της υπογονιμότητας. Και πάλι πρέπει να σημειώσουμε, ότι η επίλυση είναι μία διεργασία και ορισμένα από αυτά τα συναισθήματα μπορεί να μην εξαφανισθούν τελείως, προτού ολοκληρωθεί η παραδοσιακή ή η προγεννητική υιοθεσία. Ορισμένες ενδείξεις ανεπίλυτων κατάλοιπων της υπογονιμότητας είναι:

- έντονη θλίψη ή θυμός στην παρουσία εγκύων γυναικών,
- άρνηση παραδοχής της θλίψης ή της απογοήτευσης που προκαλεί η υπογονιμότητα,
- αδυναμία συνύπαρξης με παιδιά άλλων,
- έντονος φόβος ότι ένα υιοθετημένο παιδί ή παιδί από δωρεά γαμετών/εμβρύου δεν θα ικανοποιήσει τις προσδοκίες της οικογένειας,
- συνεχιζόμενες φαντασιώσεις σε σχέση με το τέλειο φυσικό παιδί,
- συνεχιζόμενη απέχθεια για την υπογονιμότητα και μια αίσθηση ότι αδικήθηκαν,
- αμηχανία να συζητήσουν ζητήματα υιοθεσίας ή δωρεάς,

- ανικανότητα να μιλήσουν με άλλους για τα σχέδια τους για υιοθεσία ή δωρεά, από ντροπή ή αμηχανία.

Ορισμένα από αυτά τα συναισθήματα, θα συνεχίσουν και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της υιοθεσίας, αλλά πρέπει να έχουν εντοπιστεί και τελικά, να ξεπεραστούν για ένα αίσιο τέλος.

Όταν τα άτομα δεν μπορούν να επιλύσουν τα επώδυνα συναισθήματα που προκαλεί η υπογονιμότητα και αποτυγχάνουν να αντιληφθούν ότι δικαιούνται να είναι γονείς, μπορεί να επηρεαστεί ο τρόπος με τον οποίον ανατρέφουν το παιδί τους. Για παράδειγμα, μπορεί να μην αισθάνονται άνετα στην επιβολή της κατάλληλης πειθαρχίας στο παιδί τους. Αυτό μπορεί να εκπηγάξει από την πεποίθηση, ότι δεν είναι πραγματικοί γονείς και δεν δικαιούνται αυτόν τον ρόλο ή αυτή την εξουσία. Μπορεί επίσης, να νιώθουν ανασφαλείς στη σχέση και να φοβούνται ότι το παιδί τους δεν τους αγαπάει. Τα συναισθήματα ανεπάρκειας, που εκπηγάζουν από την υπογονιμότητα, μπορεί ακόμη να επηρεάσουν την εικόνα τους για το πόσο ικανοί γονείς θεωρούν ότι είναι. Ορισμένες φορές, τα συναισθήματα για τους φυσικούς γονείς μπορεί να επηρεάσουν τη δυνατότητα να αντιληφθούν ότι έχουν δικαίωμα να είναι γονείς. Οι θετοί γονείς μπορεί να νιώθουν ανταγωνιστικά ή να πιστεύουν ότι οι φυσικοί γονείς θα ήταν επαρκέστεροι ως γονείς. Ορισμένοι συμπάσχουν τόσο πολύ με την απώλεια που βιώνουν οι φυσικοί γονείς και αισθάνονται τόσο έντονα την απόγνωση τους, που αδυνατούν να βιώσουν τη δική τους ευτυχία και την ολοκλήρωση ως γονείς. Επιπλέον, ορισμένοι θετοί γονείς έχουν υπερβολικά υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό τους, επειδή αισθάνονται ότι πρέπει να γίνουν τέλειοι γονείς για να αναπληρώσουν τις προηγούμενες τους αποτυχίες αναπαραγωγής. Ένας υπερπροστατευτικός ή υπερβολικά αγχώδης γονέας μπορεί επίσης, να δυσκολεύεται να πιστέψει ότι δικαιούται να είναι γονέας.

Όταν ένα ζευγάρι ξεκινά και πάλι ιατρική θεραπεία για την υπογονιμότητα μετά την υιοθεσία, αυτό μπορεί να είναι ή να μην είναι ενδεικτικό αποτυχίας επίλυσης των προβλημάτων της υπογονιμότητας και αποδοχής της υιοθεσίας ως εναλλακτικής λύσης δημιουργίας οικογένειας. Εξακολουθούν να γίνονται μεγάλες πρόοδοι

στην ιατρική επιστήμη και νέες εξελίξεις μπορεί ξαφνικά, να αποτελέσουν λύση για την απόκτηση φυσικού παιδιού ή μπορεί τα ζευγάρια να έχουν τη δυνατότητα ποικίλων μορφών προγεννητικής υιοθεσίας. Τα άτομα που υιοθετούν και μπαίνουν γρήγορα στην ιατρική παλαίστρα, εβδομάδες ή μήνες μετά την απόκτηση του παιδιού, εμφανίζουν σαφώς συμπτώματα ανεπίλυτων ζητημάτων υπογονιμότητας και υιοθεσίας. Τα ζευγάρια αυτά αφιέρωσαν πολύ λίγο χρόνο στο να χαρούν το παιδί τους, να προσαρμοστούν ως γονείς ή/και να δεθούν με το παιδί τους και εκπέμπουν ένα σαφές μήνυμα ότι η υιοθεσία δεν εκπλήρωσε τις ανάγκες τους. Οι οικογένειες αυτές έχουν ιδιαίτερα προβλήματα προσαρμογής, συγγένειας και δεσμού, τα οποία πρέπει να διερευνηθούν και να επιλυθούν, ώστε να διασφαλισθεί η υγιής οικογενειακή και ατομική προσαρμογή³⁰.

Δυστυχώς, οι θετοί γονείς χρειάζεται μερικές φορές να αγωνιστούν ενάντια στις αρνητικές ή μεροληπτικές απόψεις του κόσμου, σε σχέση με την υιοθεσία. Τα υπογόνημα ζευγάρια πρέπει να αποκτήσουν γνώσεις σχετικά με την υιοθεσία και να νιώσουν άνετα στο ρόλο τους ως θετών γονέων, ώστε να μπορούν να ενημερώσουν και άλλους για οποιαδήποτε λανθασμένη άποψη. Δεν είναι σπάνια τα σχόλια του τύπου: «Τώρα που υιοθέτησες, μπορεί να κάνεις και δικό σου παιδί», «Ποιοι είναι οι πραγματικοί του γονείς;» ή «Είστε τυχεροί που δεν χρειάστηκε να περάσετε το ζόρι της εγκυμοσύνης και του τοκετού». Όλα αυτά τα σχόλια είναι ενδεικτικά άγνοιας ή/και μεροληψίας σχετικά με την υιοθεσία ή την αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου. Οι θετοί γονείς που θεωρούν την υιοθεσία δεύτερη επιλογή ή που δεν έχουν ξεπεράσει το θυμό και τη θλίψη τους για την υπογονιμότητα, θα συνεχίσουν να έχουν δυσκολίες στην αντιμετώπιση των αδιάκριτων σχολίων των άλλων.

Ως υποψήφιοι θετοί γονείς, ένα ζευγάρι πρέπει να αποδεχθεί την πραγματικότητα των φυσικών γονέων ή δοτών του παιδιού και τη σημασία τους στη ζωή του. Για ορισμένα ζευγάρια, η ιδέα του να δίνει η φυσική μητέρα το παιδί της ή να δωρίζει αυτοβούλως το γενετικό της υλικό είναι αδιανόητη. Ενδεχομένως, δεν μπορούν να καταλάβουν τη διαφορά ανάμεσα στις συνθήκες στις οποίες

βρίσκονται οι ίδιοι (έτοιμοι και διατεθειμένοι να αποκτήσουν ένα παιδί αλλά δεν μπορούν να το κάνουν) και τις συνθήκες στις οποίες βρίσκονται οι φυσικοί γονείς (ικανοί σωματικά να κάνουν ένα παιδί αλλά ανέτοιμοι σε όλα τα άλλα επίπεδα). Δεν είναι σπάνιο για μία γυναίκα που υποφέρει από υπογονιμότητα να νιώθει θυμό για τις γυναίκες που μένουν έγκυες εύκολα, χωρίς να το περιμένουν ή χωρίς να το θέλουν. Ορισμένοι υποψήφιοι θετοί γονείς μπορεί να συνεχίσουν να νιώθουν θυμό και αποστροφή προς τη φυσική μητέρα που μπόρεσε να συλλάβει, αλλά που ποτέ δεν επιθυμούσε να αποκτήσει ένα παιδί. Το να νιώθει κανείς ευτυχισμένος που μία μητέρα αποφάσισε να δώσει το παιδί της δεν είναι το ίδιο με το να μπορεί να κατανοήσει τη δύσκολη θέση στην οποία βρίσκεται και τη δύσκολη απόφαση που πρέπει να πάρει. Συχνά, όταν οι θετοί γονείς συναντούν τη φυσική μητέρα, τους είναι πιο εύκολο να καταλάβουν την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, καθώς τη γνωρίζουν ως «πραγματικό» πρόσωπο με «πραγματικά» προβλήματα και συναισθήματα. Η αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους φυσικούς γονείς μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα των θετών γονέων να συνεννοηθούν με τους φυσικούς γονείς, να θεωρήσουν ότι δικαιούνται να είναι γονείς και να συζητήσουν, αργότερα, με άνεση το ζήτημα της υιοθεσίας με το παιδί τους. Ανταγωνιστικά συναισθήματα απέναντι στους φυσικούς γονείς ή φόβος ότι θα επανακάμψουν στη ζωή του παιδιού μπορεί, επίσης, να είναι προβληματικά. Αποτελούν φυσιολογικές ανησυχίες των υποψήφιων θετών γονέων και πρέπει να συζητηθούν.

Τα ζευγάρια πρέπει, επίσης, να καθορίσουν το είδος της σχέσης -εάν υπάρξει σχέση - που θέλουν να έχουν με τους φυσικούς γονείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

1. Εμπλοκή της κοινωνικής εργασίας στην Υπογονιμότητα

Η Κοινωνική Εργασία (Κ.Ε.) δεν έχει αναμειχθεί ουσιαστικά στο θέμα της υπογονιμότητας, ίσως επειδή εσφαλμένα υπάρχει η εντύπωση πως μόνο η ιατρική παρέμβαση δίνει λύση στο πρόβλημα της υπογονιμότητας. Αυτή η έρευνα υπογραμμίζει πως η κοινωνική εργασία είναι ένα κατάλληλο επάγγελμα που μπορεί να εμπλακεί περισσότερο, στην υποστήριξη του υπογόνιμου πληθυσμού³⁷.

2. Πρακτικά ζητήματα της Κ.Ε.

Είναι σημαντικό για την κοινωνική εργασία να δει τις δικές της αξίες και «πιστεύω» απέναντι στην υπογονιμότητα. Η κοινωνική εργασία ουσιαστικά αγνοούσε τον υπογόνιμο πληθυσμό και έτσι υποστήριζε το μύθο, ότι η υπογονιμότητα μπορεί να λυθεί μέσα στην ιατρική κοινότητα. Η κοινωνική εργασία ήταν απρόθυμη να διασχίσει τη διαχωριστική γραμμή και να δουλέψει σε συνεργασία με εκείνους που αναζητούσαν ιατρικές λύσεις σε ένα βιοψυχοκοινωνικό πρόβλημα, είχε πέσει θύμα του μύθου που αναφέραμε προηγουμένως και έπρεπε να εξετάσει αυτά τα «πιστεύω» της.

Για τον λόγο αυτό, είναι επιτακτική ανάγκη για την κοινωνική εργασία να δει ότι η υπογονιμότητα είναι παρούσα ανεξαρτήτως γένους, φυλής, εθνικότητας, ηλικίας και κοινωνικοοικονομικής τάξης. Αυτά τα άτομα εμφανίστηκαν να έχουν πόρους όπως εκτίμηση στην ιατρική παρέμβαση, εκπαίδευση, υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση και υπέφεραν από τις ψυχολογικές αιτίες της υπογονιμότητας. Δυστυχώς όμως η κοινωνική εργασία αγνοούσε αυτά τα άτομα, επειδή δεν ήταν ο πληθυσμός ο οποίος τυπικά υπηρετούσε³⁶.

2.1 Εκπαίδευση

Το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας έχει ευθύνη να «μορφωθεί» στο θέμα της υπογονιμότητας και να κάνει γνωστό πως πρόκειται για μια βιοψυχοκοινωνική κατάσταση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί για να εκπαιδευτούν, θα πρέπει να επιδιώξουν να είναι αρκετά πληροφορημένοι και δραστήριοι στις συζητήσεις που προσδίδουν κάποια ασφάλεια στον υπογόνιμο πληθυσμό.

Αυτή η έρευνα είναι μια απόπειρα εκτός των άλλων, να έρθει στο κέντρο του ενδιαφέροντος η ανάγκη για επιπλέον έρευνα στο θέμα της υπογονιμότητας. Η έρευνα είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο και υπάρχουν πάρα πολλές περιοχές οι οποίες πρέπει να εξερευνηθούν ώστε να υπάρξει πλήρης κατανόηση της έκτασης του προβλήματος. Αν και η υπογονιμότητα επηρεάζει ίσα γυναίκες και άνδρες, είναι σημαντικό να υπογραμμίσουμε πως σε περιορισμένης έκτασης έρευνες, μόνο οι γυναίκες μελετώνται. Επομένως, μια περιοχή που θα πρέπει να εξερευνηθεί περισσότερο είναι η μελέτη των ανδρών.

Μια άλλη περιοχή που θα πρέπει να δώσουμε βάση, είναι η διεύρυνση της μελέτης σε μεγαλύτερη ποικιλία πληθυσμού. Επιπλέον, η ποικιλία αυτή στην έρευνα περιλαμβάνει και την έρευνα των συστημάτων που επηρεάζονται επίσης από την υπογονιμότητα του ζευγαριού αλλά και πιο συγκεκριμένα του ατόμου. Τέτοια συστήματα είναι οι οικογένεια, οι φίλοι, οι συνάδελφοι κ.α.

Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας δεν ασχολείται άμεσα με το πρόβλημα της υπογονιμότητας, όπως το επάγγελμα του γιατρού. Η κοινωνική εργασία όταν ασχολείται το κάνει από μια περιφερειακή θέση, άλλοτε σαν υποστήριξη και άλλοτε με το να παρέχει γνώμες και συμβουλές στα υπογόνιμα άτομα.

Όσο μεγαλώνει η κατανόηση για την υπογονιμότητα, αποδεικνύεται ολοένα και περισσότερο πως ο ψυχολογικός παράγοντας είναι το ίδιο σημαντικός όπως και ο βιολογικός. Γι' αυτό λοιπόν και άλλα επαγγέλματα, πέρα των ιατρικών, θα πρέπει να αποκτήσουν περισσότερη γνώση σχετικά με τις ανάγκες του υπογόνιμου πληθυσμού.

Συχνά πιστεύεται, πως η υπογονιμότητα επηρεάζει μόνο γυναίκες και μόνο συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Στην πραγματικότητα

όμως η υπογονιμότητα επηρεάζει τόσο τις κοινωνικές ομάδες που η κοινωνική εργασία παραδοσιακά υπηρετεί, όπως μειονότητες και ομάδες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, όσο και ομάδες υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Επίσης επηρεάζει το ίδιο, τόσο τους άνδρες, όσο και τις γυναίκες.

Επειδή οι γυναίκες εμφανίζονται συχνότερα να παρουσιάζουν πιο σαφείς συναισθηματικές αντιδράσεις στην υπογονιμότητα από τους άνδρες και επειδή όπως αναφέραμε πιο πάνω, πιστεύονταν πως τα ποσοστά υπογονιμότητας στις γυναίκες ήταν μεγαλύτερα από εκείνα των ανδρών, οι γυναίκες υπήρξαν το επίκεντρο για περισσότερη έρευνα. Ακόμα και αν ο άνδρας ήταν υπογόνιμος, η γυναίκα βρισκόταν στο επίκεντρο των ιατρικών παρεμβάσεων. Βέβαια, ο άνδρας πολλές φορές βρίσκεται σε χειρότερη θέση, αφού κουβαλά πάνω του το κοινωνικό στίγμα, όπου η υπογονιμότητα εξισώνεται με την ανικανότητα.

Οι συνέπειες για το πεδίο της κοινωνικής εργασίας είναι προφανείς. Μπορεί να βοηθήσει με το να εκπαιδεύσει το γενικό πληθυσμό αλλά και κάποιες ειδικότητες σχετικά με την υπογονιμότητα, ενώ παράλληλα να απομακρύνει τους αναχρονιστικούς μύθους και τα ταμπού. Η κοινωνική εργασία μπορεί επίσης, να έχει ενεργή υποστήριξη στη νομιμοποίηση κάθε ενέργειας και να διασφαλίσει ασφαλείς πρακτικές για αυτό το σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο για τον υπογόνιμο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, αυτή η μελέτη προσδιορίζει μελλοντικές περιοχές έρευνας και ειδικά την ανάγκη να συμπεριλάβει άνδρες στην έρευνα καθώς και άλλα συστήματα που επηρεάζονται έστω και έμμεσα από την ακούσια ατεκνία.

Η κοινωνική εργασία βλέπει πλέον την υπογονιμότητα σαν ένα κοινωνικό πρόβλημα το οποίο αυξάνεται και έτσι η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού κρίνεται απαραίτητη. Τα άτομα που έπασχαν από υπογονιμότητα υπέφεραν από μελαγχολία και έψαχναν κάποιον να τους συμβουλέψει και να σταθεί δίπλα τους. Επίσης, τα ζευγάρια που ήταν άτεκνα, ζητούσαν απεγνωσμένα τη συμβολή κάποιου ώστε να αντιμετωπίσουν όχι τόσο την υπογονιμότητά τους, αλλά κυρίως να αντιμετωπίσουν άμεσα τα συναισθήματα κατωτερότητας και τη

μελαγχολία τους. Το ρόλο αυτό, ανέλαβαν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο πρόσωπο του οποίου βρήκαν ένα στήριγμα^{36,37}.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονταν κυρίως με τις μη προνομιούχες ομάδες του πληθυσμού και η υπογονιμότητα είναι κυρίως διαδεδομένη στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και στις κοινότητες των μαύρων. Αντίθετα, οι υπογόνιμες γυναίκες με υψηλή επαγγελματική θέση και συζύγους με επαγγελματικό στάτους, ήταν πολύ λιγότερες. Σύμφωνα με ευρήματα των ερευνών που διεξήχθησαν το 1965 από την Εθνική Μελέτη για τη Γονιμότητα (NFS) και το 1976 από την Εθνική Επισκόπηση της Οικογενειακής Ανάπτυξης (NSFG), το ποσοστό υπογονιμότητας ήταν υψηλότερο ανάμεσα σε ζευγάρια μαύρων παρά σε λευκών. Η υπογονιμότητα των μαύρων αυξήθηκε από 16 % το 1965 σε 18 % το 1976, με αντίστοιχο ποσοστό 11 % και 9 % στα λευκά ζευγάρια.

Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με ζευγάρια που είναι άτεκνα και το σημαντικό είναι, πως το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού παίρνει έναν πιο συνεσταλμένο και ενεργητικό ρόλο σχετικά με τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της υπογονιμότητας. Η κοινωνική εργασία δεν θα πρέπει να απευθύνεται μόνο στα υπογόγιμα ζευγάρια, αλλά και στα κοινωνικά συστήματα μέσα στα οποία αυτά υπάρχουν. Η προσφορά της κοινωνικής εργασίας στην κατανόηση και αποδοχή του υπογόνιμου ζευγαριού από το περιβάλλον του, επηρεάζει θετικά τις γνώμες και τις απόψεις γύρω από την υπογονιμότητα και έτσι με τον τρόπο αυτό, εξαλείφονται τα ταμπού. Η κοινωνική εργασία μπορεί να παρέχει την ισορροπία μεταξύ ιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αντίστοιχα θεμάτων που σχετίζονται με την υπογονιμότητα.

3. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην πράξη

3.1 Μικρο-κλίμακα³⁷

Εξετάζοντας τη σχέση της Κοινωνικής Εργασίας με την υπογονιμότητα, το πρώτο επίπεδο εντοπίζεται στα άτομα, τα ζευγάρια ή τις ομάδες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα. Σε

πρόσωπο - με πρόσωπο επαφή σε άτομα ή και μερικές φορές σε ομάδες, έχουν καταγραφεί από την Κ.Ε. τα προσωπικά κοινωνικοψυχολογικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το πρόβλημα. Αυτό συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια της αρχικής διάγνωσης ή σε διάφορες φάσεις θεραπειών, σε συνεργασία με ζευγάρια ή μόνο με γυναίκες. Γενικά, έχει επιτευχθεί ο καθορισμός των ψυχοκοινωνικών αναγκών περιορισμένων ομάδων υπογόνιμων ατόμων. Μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, πολλοί άνθρωποι που υφίστανται ένα σύνολο ψυχοκοινωνικών κρίσεων μπορούν να ωφεληθούν από την Κ.Ε. Έτσι το πρώτο βήμα, είναι ο αυτοπροσδιορισμός και στη συνέχεια η συμβουλευτική υποστήριξη μέσα από την μεγάλη εμπειρία των Κ.Α. κυρίως σε θέματα ψυχικής υγείας. Επειδή όμως, είναι δύσκολη η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας, το ρόλο αυτό μπορούν να αναλάβουν μέλη της οικογένειας και πραγματικοί φίλοι που δεν έχουν άμεσα πληγεί από την υπογονιμότητα. Οι γνώσεις της Κ.Ε. και η εμπειρία της από άλλα πεδία δράσης, μπορεί να προσφέρει τόσο στη διάγνωση όσο και στην υποστήριξη μόνο σε περιορισμένο βαθμό και σε μικρό αριθμό ατόμων, αν δεν εξοπλισθεί με σοβαρές επιστημονικές γνώσεις πάνω στο ίδιο το πρόβλημα.

3.2 Μεσο-κλίμακα

Στη μεσοκλίμακα η Κοινωνική Εργασία, παύει να επιδρά άμεσα στον εξυπηρετούμενο και λειτουργεί έμμεσα και κυρίως θα λέγαμε διαχειριστικά. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχουν πολύ λίγες υπηρεσίες και οργανισμοί εκτός από τους ιατρικούς, που ασχολούνται με την υπογονιμότητα. Πάντως είναι βασικό, να κατανοήσει η Κ.Ε. το σπουδαίο ρόλο της και σε αυτή την κλίμακα. Ως πρότυπο μπορεί να λειτουργήσει, η πρώτη ιστορικά αρμονική συνεργασία επαγγελματιών υγείας και Κ.Ε. στην ψυχική υγεία, όπου σε καίρια σημεία κυρίως της παρακολούθησης του εξυπηρετούμενου, η Κ.Ε. αναλαμβάνει σπουδαιότατο ρόλο. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο συνδυασμός αναπαραγωγικής ιατρικής και Κ.Ε., θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική και αναπόσπαστη μιάς συνολικής προσπάθειας υποστήριξης του υπογόνιμου ατόμου, με μοντέλο τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έτσι λοιπόν, για

παράδειγμα ο Κ.Λ. θα μπορούσε να παρέμβει στην εκπαίδευση των άλλων επαγγελματιών υγείας πάνω στην υπογονιμότητα, το ίδιο το ιατρικό προσωπικό αλλά και τους εξυπηρετούμενους. Με τις διαχειριστικές δυνατότητες που διαθέτει η Κ.Ε., μπορεί να παρέμβει σε ειδικά θέματα που αφορούν την υπογονιμότητα και εμπλέκουν τις ιατρικές, ασφαλιστικές, συμβουλευτικές και οικογενειακής στήριξης υπηρεσίες. Μέσα από αυτό της το ρόλο η Κ.Ε., είναι αυτή που μπορεί να προσφέρει την ισορροπία των υπηρεσιών μέσα σε μια ολιστική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του υπογόνιμου ατόμου, εξασφαλίζοντας ανεξάρτητα με την εξειδίκευση, την συνεργασία όλων για το καλό του. Επιπρόσθετα, επιθυμία μας θα ήταν, η Κ.Ε. να είναι αυτή η οποία θα προϊσταται, όλου του προσωπικού που δρά σε μικροκλίμακα, μεταφέροντας το κέντρο βάρους της υποστήριξης πέρα από το σημερινό ιατροκεντρικό μοντέλο, εισάγοντας διεκδικητικά και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού. Όπως όμως και παραπάνω, πρέπει να τονισθεί και εδώ, όχι μόνο η ανάγκη εξειδικευμένων γνώσεων αλλά και η ωριμότητα συγκεκριμένων αρχών και απόψεων πάνω στο όλο ζήτημα της υπογονιμότητας.

3.3 Μακρο-κλίμακα³⁷

Είναι απαραίτητο η Κοινωνική Εργασία στην κλίμακα αυτή να αναλάβει τις ευθύνες της απέναντι στον κοινωνικό σχεδιασμό και στην οργάνωση της κοινότητας, που στο επίπεδο αυτό διατηρούν τα παραδοσιακά τους χαρακτηριστικά. Παρ' όλη τη δημοσιότητα που συχνά απολαμβάνουν οι νέες τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η κατανόηση του προβλήματος δεν είναι σήμερα δυνατή στους ανθρώπους που δεν πλήττονται άμεσα. Αυτό που τα περισσότερα κοινωνικά στρώματα πιστεύουν για την υπογονιμότητα μπορεί να είναι, είτε επιστημονικά λάθος, είτε αποτέλεσμα προκατάληψης ή γενίκευσης. Η υπογονιμότητα και η θεραπεία της, φέρουν πάντα σαν θέματα υψηλό συναισθηματικό φορτίο αφού διαπλέκονται με τις αξίες, τις αντιλήψεις και τις απόψεις για το ρόλο των δύο φύλων. Για το λόγο αυτό, ακόμα και όταν υπάρχει ανάγκη έναρξης διαλόγου σε επίπεδο υπηρεσιών και κοινοτήτων

πάνω σε αυτό το σπουδαίο θέμα, τα εμπόδια είναι δύσκολο να αγνοηθούν ή να ξεπεραστούν. Για το λόγο αυτό και οι κοινωνικές πολιτικές που αφορούν το συγκεκριμένο θέμα, είναι περιορισμένες ή δεν έχουν πάρει μορφή, ενώ πολλές πλευρές δεν έχουν καν συζητηθεί. Είναι καιρός πιά, το παραβάν να αποσυρθεί και να έρθει στο κέντρο της δημοσιότητας η δράση σε μακροκλίμακα από την Κ.Ε. Αφού το δικαίωμα στην γονιμότητα προστατεύεται τόσο αυστηρά από την νομοθεσία, θα πρέπει κάποια στιγμή να προστατευθεί και το δικαίωμα του υπογόνιμου ατόμου στην ιατρική τεχνολογία, μέσα από ειδικό νομοθετικό πλαίσιο στο άμεσο μέλλον. Θα ήταν πραγματικά ευεργετικό, για τα υπογόνιμα άτομα η Κ.Ε. να αναλάμβανε την εκστρατεία της κοινωνικής τους αναγνώρισης. Μέχρι σήμερα, η Κ.Ε. δεν εκπροσωπείται στο σχεδιασμό των κοινωνικών πολιτικών. Αν οι Κ.Λ. αναλάβουν να γίνουν η φωνή των υπογόνιμων ατόμων, διεκδικώντας τα δικαιώματα και παρουσιάζοντας τα προβλήματα του υπογόνιμου πληθυσμού, μπορούν να γίνουν οι πρωτοπόροι για την διεκδίκηση ρόλου για πιο ανθρώπινες και ηθικά δικαιώτερες κοινωνικές πολιτικές.

4. Τομείς δράσης της Κοινωνικής Εργασίας

Ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας, είναι να κατανοήσει πως η υπογονιμότητα σχετίζεται με την πρόληψη, αποκατάσταση και θεραπεία . Αυτοί λοιπόν είναι οι σκοποί της, ώστε σε άμεση και έμμεση πρακτική, η κοινωνική εργασία μέσω των σκοπών αυτών να εμπλακεί με το θέμα της υπογονιμότητας.

4.1 Πρόληψη

Πολλές συνθήκες που οδηγούν στην υπογονιμότητα μπορούν να αποτραπούν. Ενώ ένας από τους πολλούς σκοπούς είναι οι τάξεις της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης να παρεμποδίζουν την πρόωρη ή μη ηθελημένη εγκυμοσύνη, υπάρχει μια υποχρέωση, να εκπαιδευτούν τα άτομα σχετικά με τις πιθανές συνέπειες του ελέγχου των γεννήσεων , την έκτρωση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και άλλους

πιθανούς παράγοντες που ρισκάρουν τη μελλοντική γονιμότητα. Οι σχολικοί κοινωνικοί λειτουργοί, είναι στην εξαιρετη θέση να απευθύνουν θέματα μέσα στο ήδη υπάρχον πρόγραμμα μαθημάτων.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στα διάφορα επίπεδα που χρειάζονται διαχειριστικές ικανότητες, είναι σε θέση να αναπτύξουν προγράμματα για πληθυσμούς που σκέφτονται ότι μελλοντικά θα υπάρξουν προβλήματα υπογονιμότητας, όπως οι σεξουαλικώς ενεργοί έφηβοι.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την εκπαίδευση και μπορούν να καταλάβουν το άτομο μέσα στο περιβάλλον. Έτσι μπορεί να συμβάλλουν στην σχεδίαση και ανάπτυξη προγραμμάτων, τα οποία περιλαμβάνουν δυναμικά που αφορούν την υπογονιμότητα. Μπορούν να εισάγουν αυτά τα προγράμματα σε μια μεγάλη ποικιλία κοινού με τρόπους κατάλληλους και με την απαιτούμενη ευαισθησία.

4.2 Αποκατάσταση³⁷

Στο επίπεδο της αποκατάστασης, η κοινωνική εργασία έχει υποχρέωση όχι μόνο να προσδιορίσει τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υπογονιμότητα, αλλά επίσης να ασχοληθεί με κάποιο από τα ηθικά θέματα που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων για αυτό το θέμα. Πολλά υπογόνιμα ζευγάρια, δεν βλέπουν άλλη εναλλακτική λύση και έτσι επιδιώκουν λύση στο πρόβλημα τους μέσω σύγχρονων ιατρικών επιτευγμάτων και θεραπειών.

Η κοινωνική εργασία έχει την ευθύνη να υποστηρίξει υπηρεσίες προς όφελος του υπογόνιμου πληθυσμού, ο οποίος δεν γνωρίζει αρκετά και να προσφέρει υπηρεσίες που απευθύνονται στην βιοψυχοκοινωνική πλευρά της υπογονιμότητας.

4.3 Θεραπεία

Με το βλέμμα στραμμένο στη θεραπεία, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να προσπαθήσουν να εξαλείψουν πολλές από τις κοινωνικές συνθήκες που ευθύνονται για την υπογονιμότητα. Έχει υπολογισθεί, ότι το 50 % των περιπτώσεων υπογονιμότητας θα μπορούσαν να είχαν αποτραπεί. Αυτό ειδικά θα μπορούσε να περιλαμβάνει ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι έφηβοι με σεξουαλική ζωή καθώς επίσης και ομάδες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης που έχουν έλλειψη

επαρκούς υγιεινής φροντίδας και πληροφόρησης. Επιπρόσθετα, η κοινωνική εργασία θα πρέπει να σκεφτεί τις μελλοντικές ανάγκες των παιδιών που γεννιούνται και έχουν δημιουργηθεί στα ιατρικά εργαστήρια, επειδή οι ανάγκες τους, ίσως είναι διαφορετικές από αυτές των παιδιών των οποίων η σύλληψη έχει συμβεί φυσιολογικά³⁷.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να αναδείξει το ψυχοκοινωνικό άλγος των υπογόνιμων ατόμων μετακινώντας διακριτικά το πέπλο του σιωπηρού πόνου το οποίο κρύβει χρόνια τώρα, το προσωπικό και οικογενειακό τους δράμα, αφού δεν είναι ευρύτερα κατανοητό είτε ως ασθένεια, είτε ως αναπηρία, είτε ως απώλεια, αλλά απλά ως ανεκπλήρωτο σύνολο ονείρων και επιθυμιών.

Στο Ειδικό Μέρος που ακολουθεί περιγράφεται αναλυτικά η έρευνα που σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε σε συμφωνία με τα προηγούμενα του Γενικού Μέρους έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι της και οι οποίοι παρουσιάζονται στην επόμενη παράγραφο.

ΙΙ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Με βάση τα δεδομένα της διεθνούς αλλά και της ελληνικής διαθέσιμης βιβλιογραφίας που παρουσιάσθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, κεντρικός σκοπός της παρούσας εργασίας εντοπίσθηκε να είναι η ανάδειξη του φαινομένου της υπογονιμότητας στην σημερινή Ελλάδα, σε όλες του τις διαστάσεις και την ένταση, υπό το πρίσμα της ανάγκης κατάλληλης ειδικής αντιμετώπισης με συμβουλευτική υποστήριξη των υπογόνιμων ατόμων από την μια πλευρά, αλλά και της παρέμβασης στην κοινότητα μέσα από ενημέρωση και ευαισθητοποίησή της από την άλλη.

Η επίτευξη του παραπάνω σκοπού, θα είναι δυνατή μέσα από τους επιμέρους στόχους της εργασίας, οι οποίοι είναι:

- Η μελέτη των καταγεγραμμένων βιο-ψυχο-κοινωνικών διαστάσεων του προβλήματος στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία.
- Η ανάλυση των εφαρμοσμένων τεχνικών αντιμετώπισης μέσα από την διεθνή εμπειρία.
- Η ερευνητική καταγραφή του προβλήματος μέσα από ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο θα απευθύνεται σε υπογόγιμα άτομα.

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Με βάση τα επιστημονικά δεδομένα που παρουσιάσθηκαν στο Γενικό Μέρος, οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας κινήθηκαν σε τρεις άξονες:

1^{ος} άξονας: Τα υπογόγιμα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα βιο-ψυχο-κοινωνικά προβλήματα άγνωστα στην κοινότητα.

2^{ος} άξονας: Η συμβουλευτική είναι η βασική θεραπευτική μεθοδολογία υποστήριξής τους.

3^{ος} άξονας: Η Κοινωνική Εργασία μπορεί να ανταπεξέλθει στην υποστήριξη των υπογόνιμων ατόμων, κυρίως με την δυνατότητα παρέμβασης της στην κοινότητα.

Αντίστοιχα οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης ήταν:

1^{ος} άξονας:

- Τα υπογόγιμα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα.
- Τα υπογόγιμα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα κοινωνικά προβλήματα.
- Τα υπογόγιμα άτομα βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, λόγω ελλειπούς ενημέρωσης της κοινότητας.
- Η ένταση του ψυχο-κοινωνικού πόνου είναι μεγαλύτερη στις υπογόγιμες γυναίκες.

2^{ος} άξονας:

- Τα μέτρα - υποκατάστατα της υπογονιμότητας που το κάθε άτομο επιλέγει, δεν μειώνουν τα αποτελέσματα της υπογονιμότητας.
- Η υπογονιμότητα δημιουργεί ενοχές στα άτομα που την βιώνουν.
- Υπάρχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς επαγγελματίες υγείας.

3^{ος} άξονας:

- Δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπογόγιμων ατόμων με διαφορετική ηλικία, τόπο διαμονής, οικονομική κατάσταση και επάγγελμα.
- Το μοντέλο υποστήριξης είναι ιατροκεντρικό.
- Ο ρόλος του επαγγελματία της υγείας πρέπει να περιλαμβάνει και παρέμβαση στην κοινότητα.
- Δεν είναι γνωστές οι δυνατότητες υποστήριξης από Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Με βάση τις παραπάνω υποθέσεις, συντάχθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο και παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας και η ερευνητική ομάδα απευθύνθηκε σε διεγνωσμένα υπογόγιμα

άτομα σε όλη την Ελλάδα, όπως παρουσιάζεται στις επόμενες παραγράφους αναλυτικά.

3. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας, με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων με βάση κάποια μεταβλητή^{38,39}.

B. Πληθυσμός - Εργαλεία

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα, με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε υπογόνιμα άτομα άνδρες και γυναίκες. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης, χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 32 ερωτήσεις εναλλακτικών απαντήσεων, όλες κλειστού τύπου, εκ των οποίων 12 ερωτήσεις ήταν αυτές των δημογραφικών στοιχείων. Οι 12 ερωτήσεις μετρήθηκαν κυρίως με την πεντάβαθμη κλίμακα Likert, όπου η διαβάθμισή της αποτελείται από πέντε σημεία (1 έως 5) που αντιπροσωπεύουν θέσεις από το ένα άκρο (θετικό) μέχρι το άλλο (αρνητικό) και οι υπόλοιπες ερωτήσεις είναι πολλαπλών επιλογών. Οι τακτικές κλίμακες επιτρέπουν να προσδιορίσουμε τις "κατώτερες" ή "ανώτερες" θέσεις: π.χ. πολύ κακή - κακή - μέτρια - καλή - πολύ καλή³⁸.

Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν, διότι πάρθηκαν σε συγκεκριμένο χώρο (διανομή ερωτηματολογίου μέσα στο χώρο συλλόγου υπογόνιμων ζευγαριών) και το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επιτόπου (in situ). Έτσι οι ερευνητικές ενέργειες, εξασφάλισαν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της έρευνάς μας.

Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά

σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων.

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι 12 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων (με κωδικούς 1 έως 12), με στόχο την πιθανή σύγκριση υποομάδων του δείγματος σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που ήταν και οι εξαρτημένες μεταβλητές.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Μάιο έως και τον Ιούλιο του 2005, στις πόλεις Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα, στην Ελλάδα.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων³⁹

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου (διεγνωσμένη υπογονιμότητα)
 - Η ηλικία (αναπαραγωγική)
- και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
 - όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με κάποιας μορφής υπογονιμότητα

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν (60 συνολικά).

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας, με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας, εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό, πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρόνιο Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 11.0 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, κ.λ.π. των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

Συγκεκριμένα, η χρήση του SPSS³⁸ στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι δραστηριότητες του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων.

2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα, τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές, που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση⁴⁰.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους, ήταν το SPSS 11.00 για Windows XP.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν, συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής, ήταν μικρότερη του 5. Η συγκεκριμένη δοκιμασία χρησιμοποιήθηκε γιατί είναι η καταλληλότερη για επεξεργασία δεδομένων από ερωτηματολόγια και σχετικά μικρά δείγματα.

Στο τέλος, αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα, τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμούς ελευθερίας και την 2) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν, το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο, οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05^{41}$.

Με βάση τα παραπάνω, έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

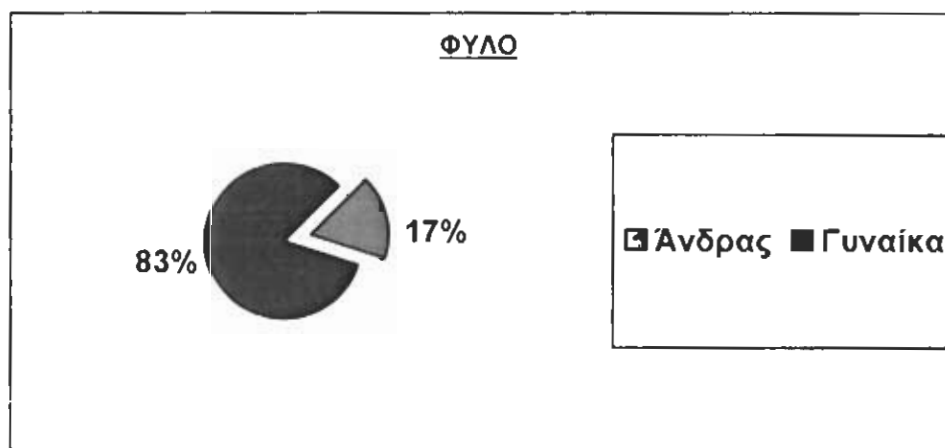
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

A. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

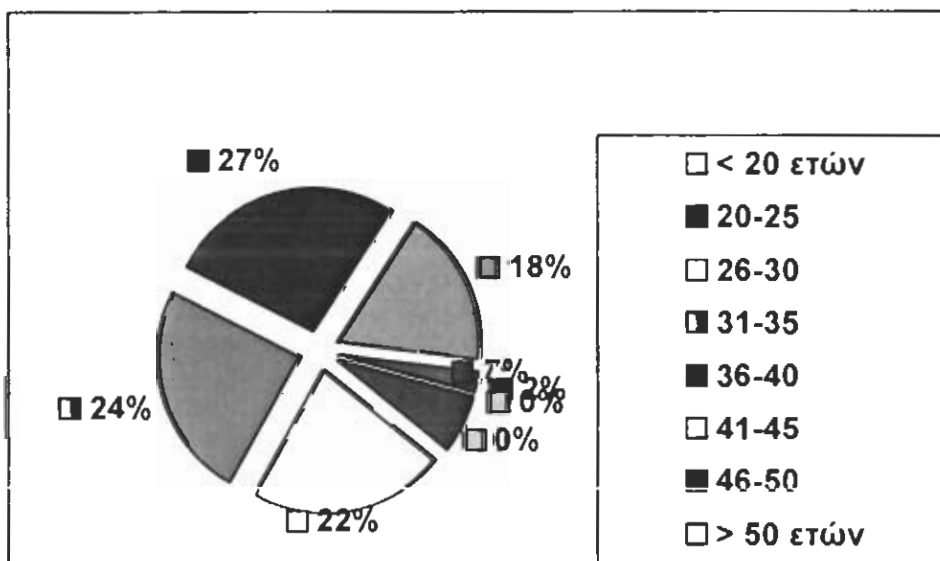
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	10	17
Γυναίκα	50	83
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες (83 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους.

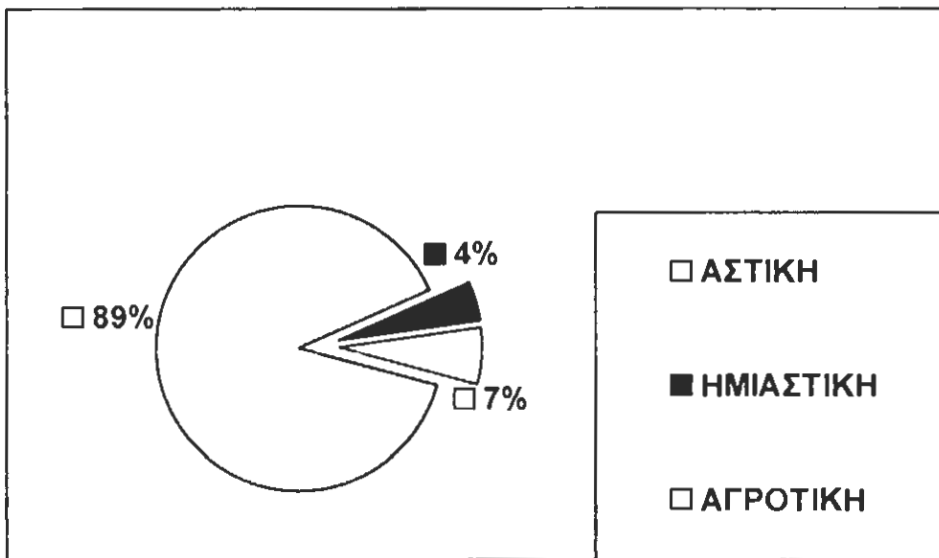
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 20 ετών	0	0
20 - 25 ετών	4	7
26 - 30 ετών	13	22
31 - 35 ετών	14	24
36 - 40 ετών	16	27
41 - 45 ετών	11	18
46 - 50 ετών	1	2
> 50 ετών	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 31-40 ετών (51%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο κατοικίας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αστική	53	89
Ημιαστική	2	4
Αγροτική	4	7
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

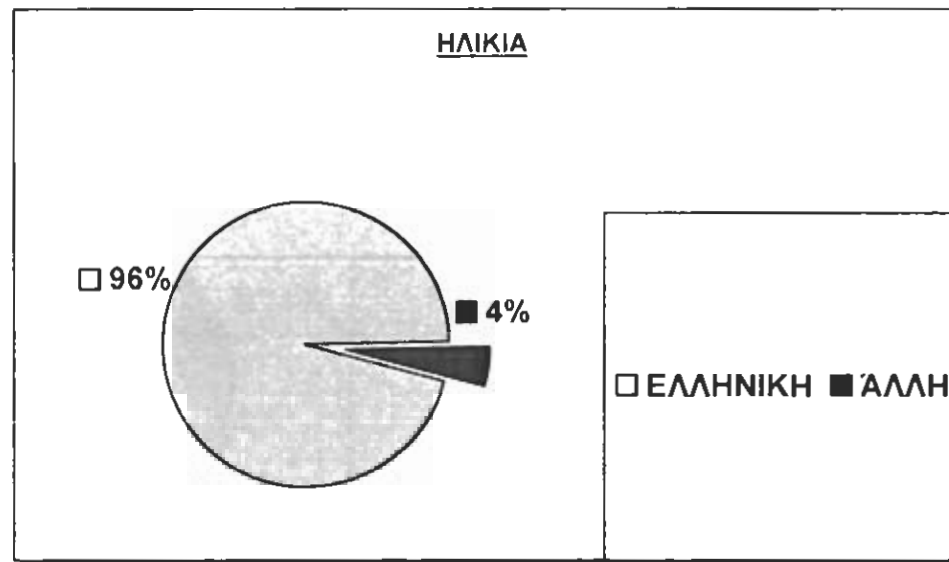


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι αστικών κέντρων (89 %).

Αν
Δη
Γυμ
Λύμ
Ανι
Ανι
Με
Τίτ
ΣΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την εθνικότητα τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ελληνική	58	96
Άλλη	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Ο
α1

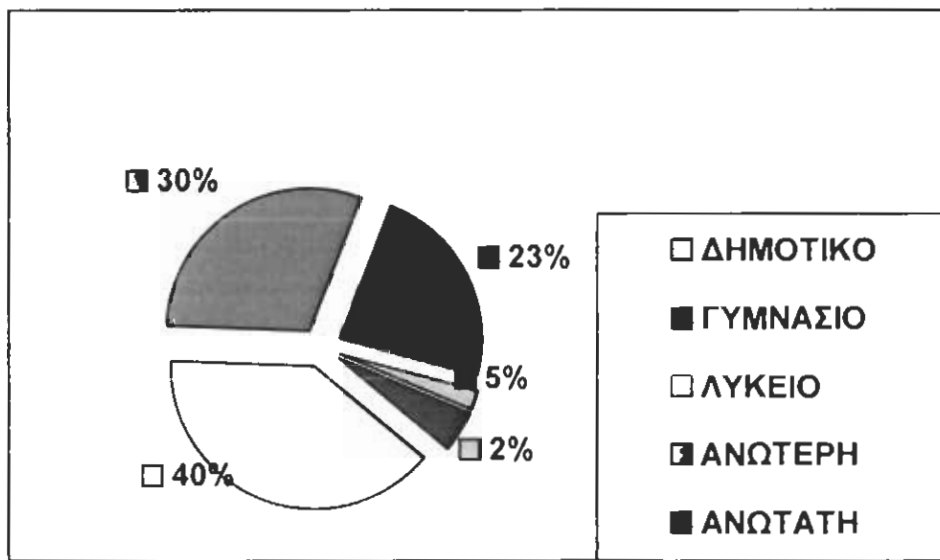
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ελληνικής καταγωγής (96 %).

ΠΙΝ
σχέσ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
----------	---------	---------

Αναλφάβητος	0	0
Δημοτικό	1	2
Γυμνάσιο	3	5
Λύκειο	24	40
Ανώτερη	18	30
Ανώτατη	14	23
Μεταπτυχιακός Τίτλος	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

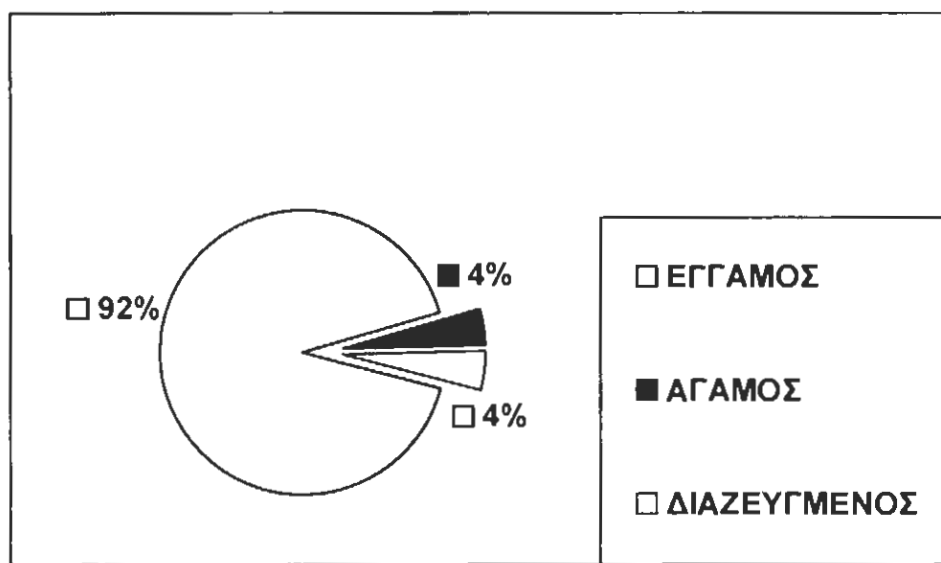


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι τουλάχιστον Λυκείου (93 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
----------	---------	---------

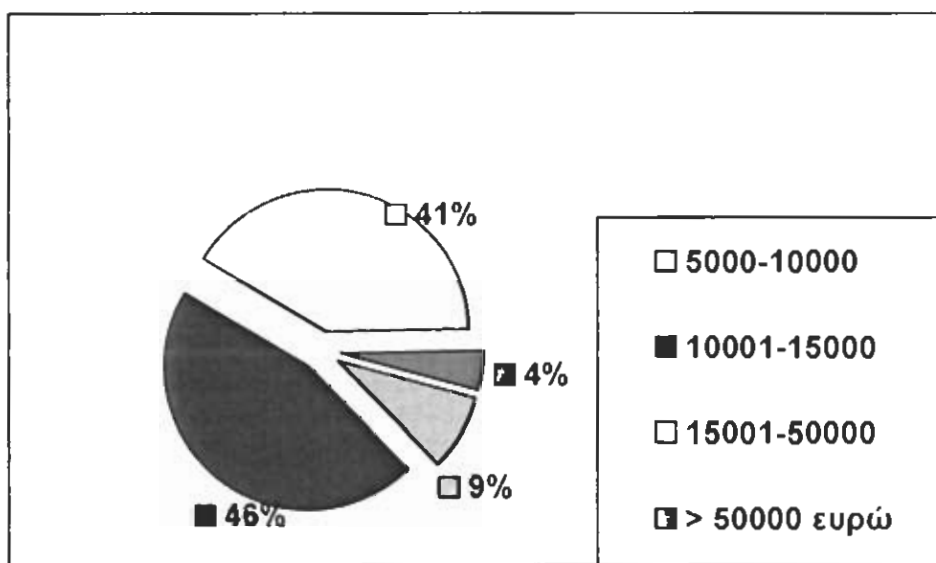
Έγγαμος/η	55	91
Άγαμος/η	3	5
Διαζευγμένος/η	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι (92 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
5.001 - 10.000 Ευρώ	5	9
10.001 - 15.000 Ευρώ	28	46
15.001 - 50.000 Ευρώ	25	41
> 50.000 Ευρώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν καλής ή αρκετά καλής οικονομικής κατάστασης (87 %).

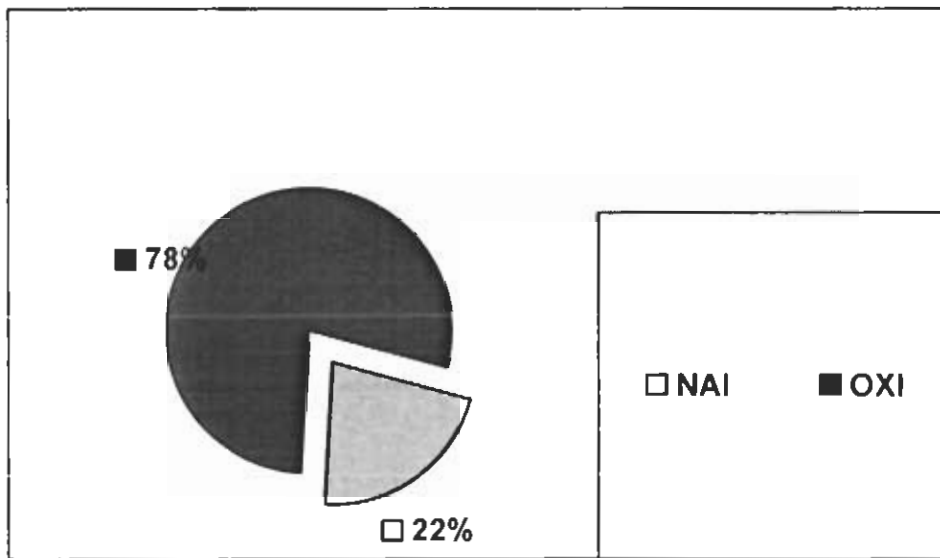
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το επάγγελμά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Υπάλληλος Γραφείου	24	39
Εργάτης	2	4
Αγρότης	1	2
Άνεργος	2	4
Οικιακά	4	7
Πωλητής	11	17
Επαγγελματίας Υγείας	2	4
Νομικός	1	2
Εκπαιδευτικός	10	17
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν υπάλληλοι γραφείου (39 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν αποκτήσει δικό τους παιδί στο παρελθόν.

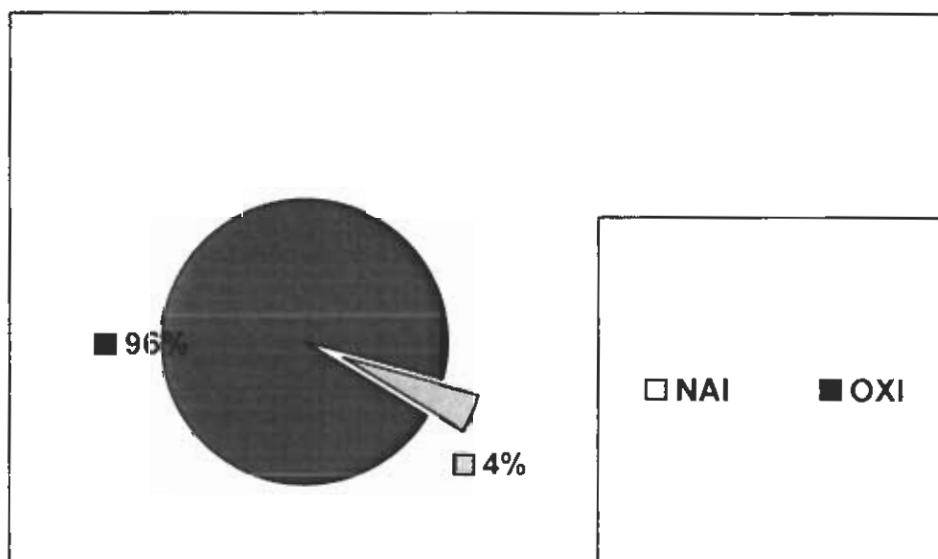
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	13	22
Όχι	47	78
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν αποκτήσει δικό τους παιδί στο παρελθόν (78 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν υιοθετήσει δικό τους παιδί.

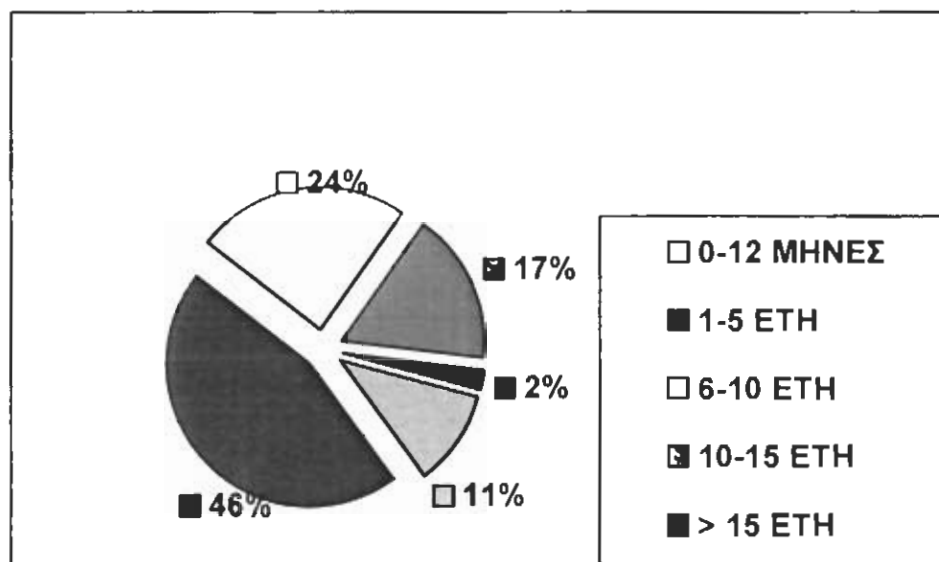
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	2	4
ΟΧΙ	58	96
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν είχαν έχουν υιοθετήσει δικό τους παιδί (96 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσος χρόνος έχει περάσει από την διάγνωση της υπογονιμότητας.

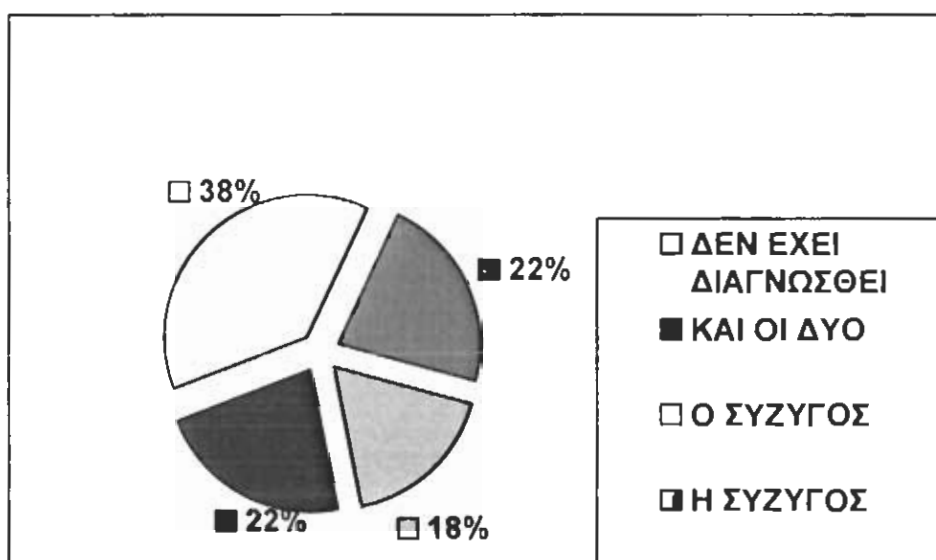
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0 -12 μήνες	7	11
1-5 έτη	28	46
6 -10 έτη	14	24
10-15 έτη	10	17
> 15 έτη	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι έχει περάσει 1 έως 5 έτη από την διάγνωση της υπογονιμότητας (57 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την κύρια αιτία υπογονιμότητας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δεν έχει διαγνωσθεί	11	18
Και οι δύο	13	22
Ο σύζυγος	23	38
Η σύζυγος	13	22
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



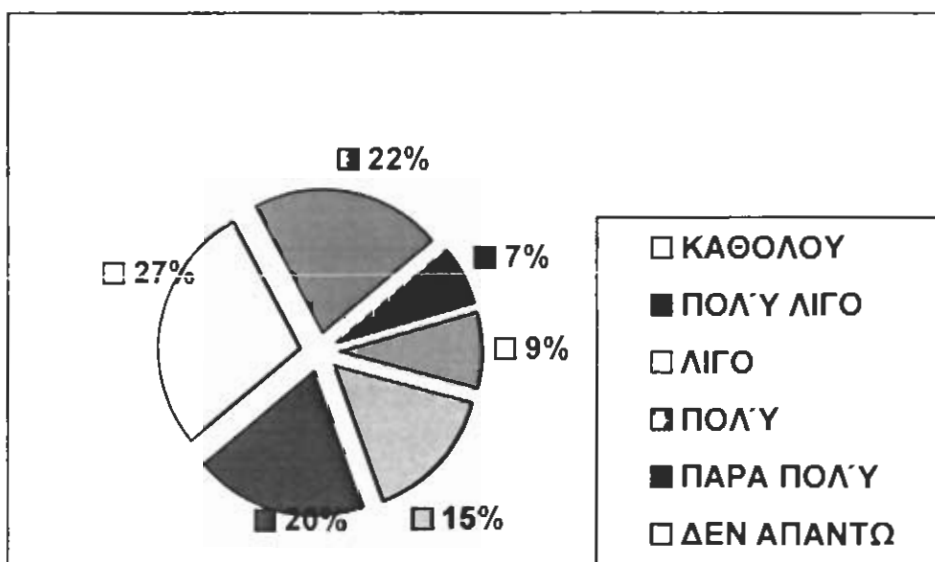
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο σύζυγος ήταν η αιτία της υπογονιμότητας (38 %)

Β. Απαντήσεις πάνω στο θέμα της έρευνας

Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	7	15
Πολύ λίγο	9	20
Λίγο	13	28
Πολύ	10	22
Πάρα πολύ	3	7
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	4	9
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα λίγο ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη (28 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψή τους για τα άτεκνα ζευγάρια:

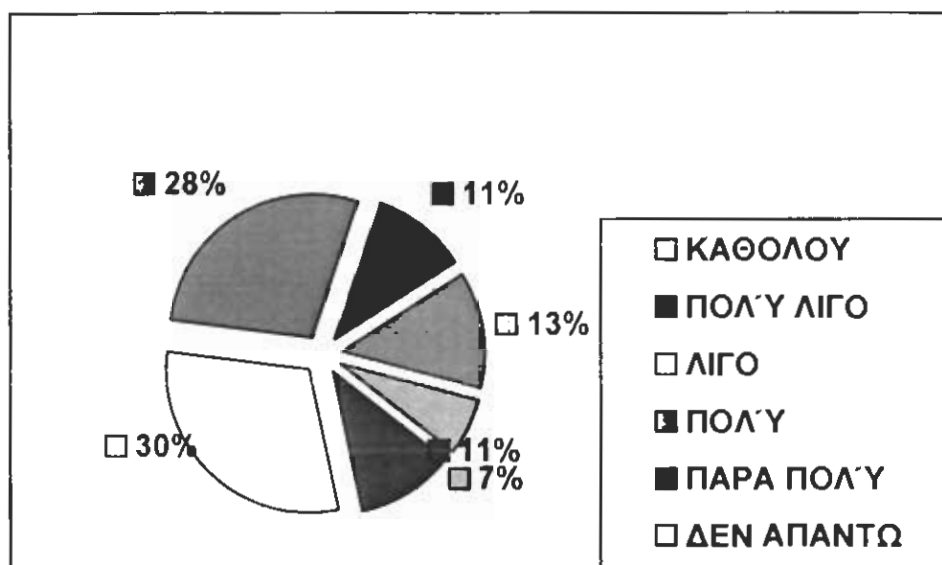
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ)	20	43
Έχουν καλύτερη σχέση με τον/την σύζυγό τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	3	7
Έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	12	26
Έχουν περισσότερα χρήματα από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	1	2
Έχουν λιγότερη σωματική κούραση από ότι τα ζευγάρια με παιδιά	2	4
Έχουν περισσότερες επαγγελματικές	3	7

ευκαιρίες / δυνατότητες.		
Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	5	11
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν κυρίως ότι τα άτεκνα ζευγάρια έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ) (43 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται πως το γεγονός ότι δεν έχουν παιδί/α τους έχει καταβάλλει ψυχολογικά.

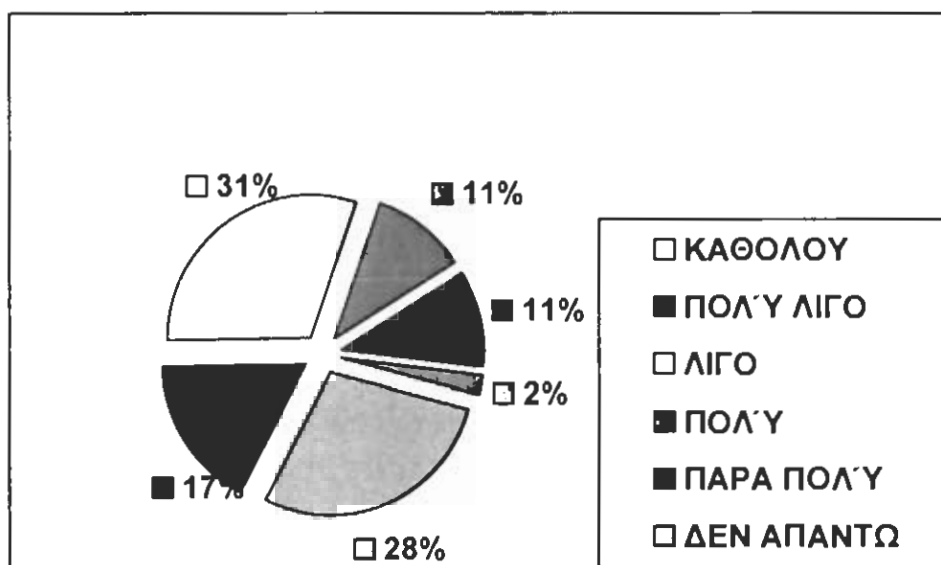
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	3	7
Πολύ λίγο	5	11
Λίγο	14	30
Πολύ	13	28
Πάρα πολύ	5	11
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	13
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται πως το γεγονός ότι δεν έχουν παιδί/α τους έχει καταβάλλει ψυχολογικά λίγο (30 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	13	28
Πολύ λίγο	8	17
Λίγο	14	30
Πολύ	5	11
Πάρα πολύ	5	11
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

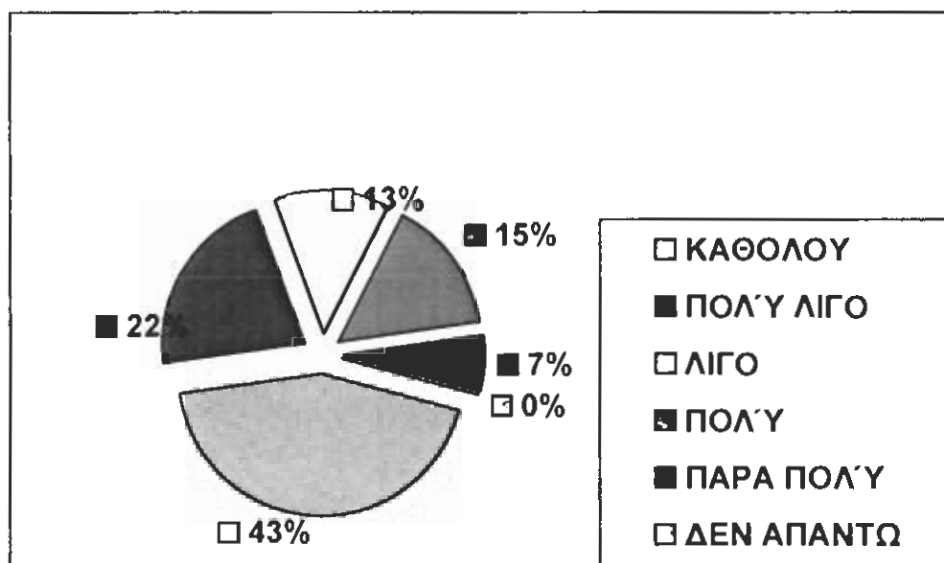


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους (75 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	20	44
Πολύ λίγο	10	22
Λίγο	6	13
Πολύ	7	15
Πάρα πολύ	3	7
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0

ΣΥΝΟΛΟ	60	100%
---------------	-----------	-------------

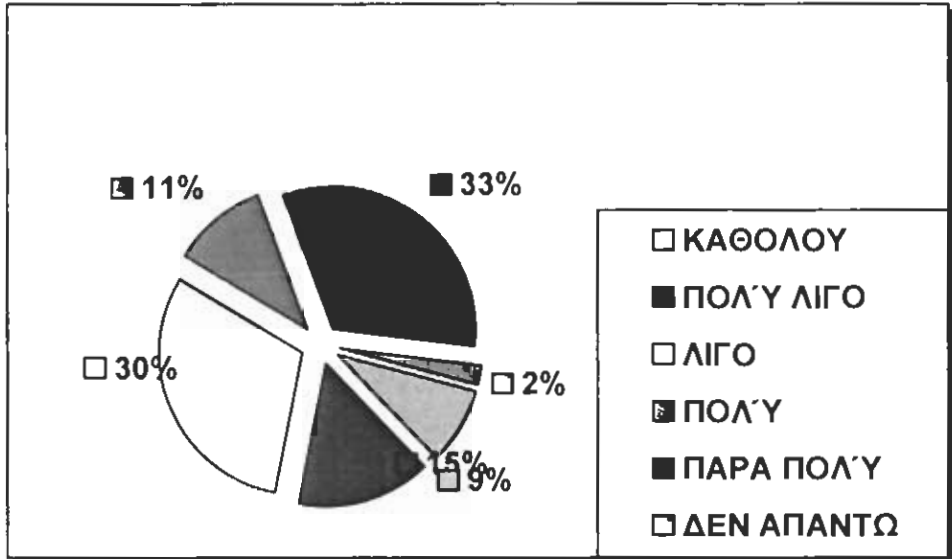


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις τους (66%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο ένοχοι αισθάνονται για την υπογονιμότητα του ζευγαριού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	4	9
Πολύ λίγο	7	15
Λίγο	14	30
Πολύ	5	11
Πάρα πολύ	15	33
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	2

ΣΥΝΟΛΟ	60	100%
--------	----	------

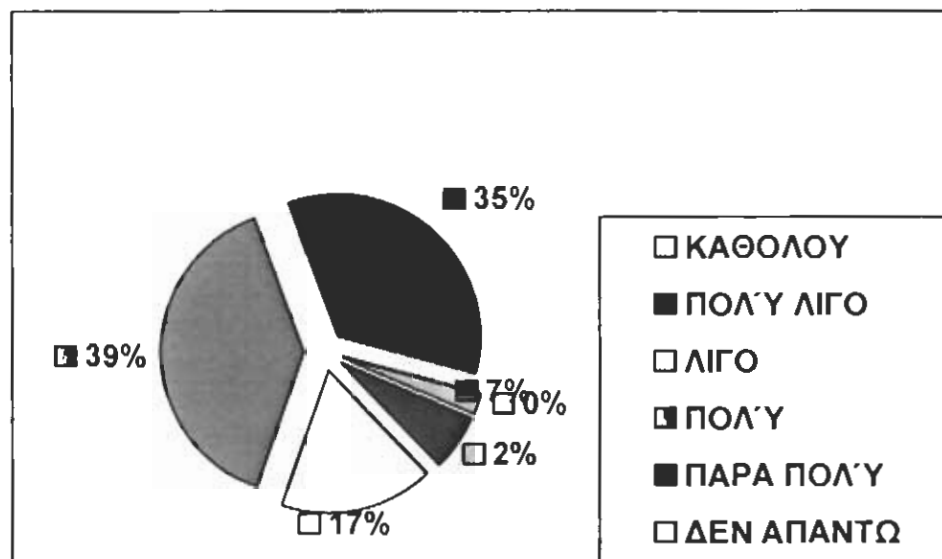


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν αισθάνονται πάρα πολύ ή πολύ ένοχοι για την υπογονιμότητα του ζευγαριού (44%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα βιώνεται πιο έντονα από τη γυναίκα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	1	2
Πολύ λίγο	3	7
Λίγο	8	17
Πολύ	18	39
Πάρα πολύ	16	35
Δεν ξέρω / δεν	0	0

απαντώ		
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα βιώνεται πολύ πιο έντονα από τη γυναίκα (74 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τα συναισθήματα που τους προκαλεί η υπογονιμότητα .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ντροπή	0	0
Λύπη	2	4
Θυμό	9	20
Ανασφάλεια	4	9
Απελπισία	2	2

Κατάθλιψη	7	15
Άγχος	14	30
Μοναξιά	2	4
Ζήλεια	0	0
Απόρριψη	0	0
Αποτυχία	0	0
Φόβο	3	7
Άλλο.....	1	2
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα του προκαλεί κυρίως άγχος (30 %), θυμό (20%) και κατάθλιψη (15%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τρόπους αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ζητάω από τον Θεό να με βοηθήσει	10	22
Προσπαθώ να μην σκέφτομαι το πρόβλημα	3	7
Προσπαθώ να	0	0

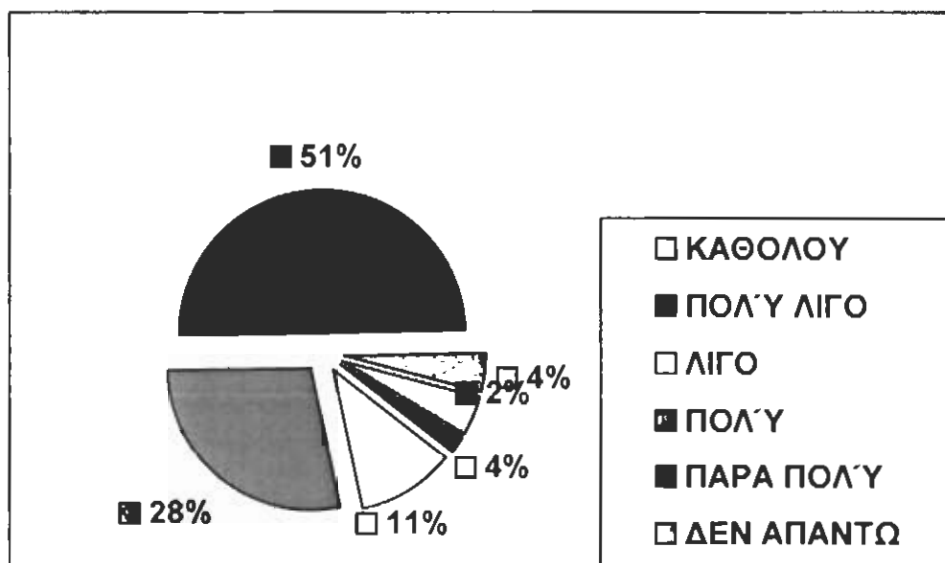
αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας		
Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες	9	20
Αρνούμαι να το παραδεχτώ	0	0
Αποδέχομαι το πρόβλημα αν αυτό είναι αναπόφευκτο	2	4
Αναλύω την κατάσταση για να την καταλάβω καλύτερα	5	11
Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα	4	9
Αντιμετωπίζω το πρόβλημα κατά μέτωπο	10	22
Καπνίζω ή παίρνω φάρμακα για να ηρεμήσω το άγχος μου	0	0
Κρατάω για μένα τα συναισθήματά μου	2	4
Στρέφομαι προς άλλες δραστηριότητες για να διασκεδάσω	1	2
Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων	0	0
Αστειεύομαι με την	0	0

κατάσταση στην οποία βρίσκομαι		
Απομακρύνομαι από τους άλλους	0	0
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα κατά μέτωπο (22%), ενώ ζητούν από τον Θεό βοήθεια (22%) και συμβουλές από επαγγελματίες (20%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν πως η συνεργασία με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν βοηθητική για την ψυχολογική τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	2	4
Πολύ λίγο	1	2
Λίγο	5	11
Πολύ	13	28
Πάρα πολύ	23	51
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

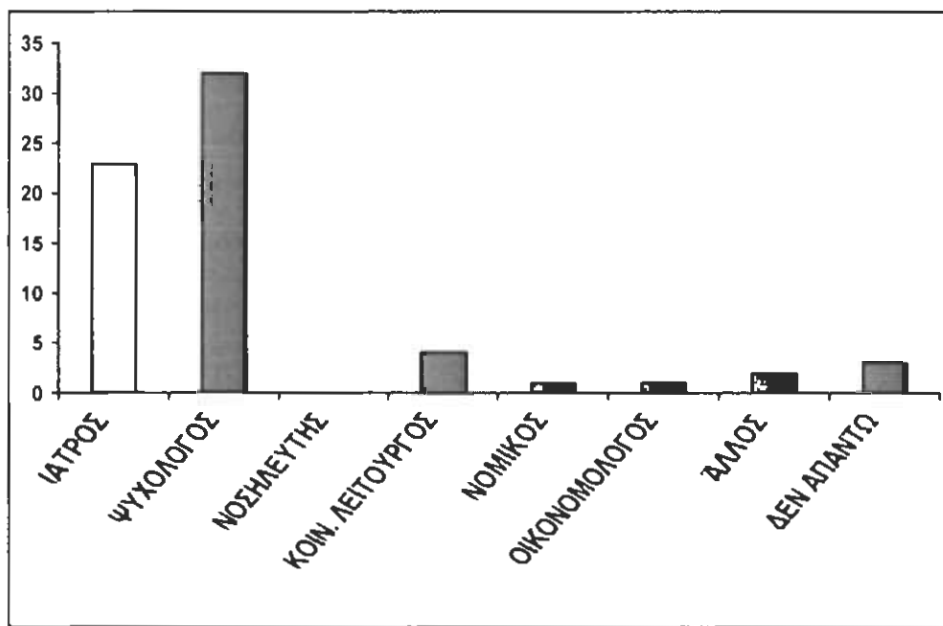


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν πως η συνεργασία με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν πολύ ή πάρα πολύ βοηθητική για την ψυχολογική τους κατάσταση (79%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ειδικού που θεωρού ότι μπορεί να τους βοηθήσει.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ιατρός	23	50
Ψυχολόγος	32	70
Νοσηλεύτης	0	0
Κοινωνικός Λειτουργός	4	9
Νομικός	1	2
Οικονομολόγος	1	2
Άλλος	2	4

Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	7
-----------------------	---	---

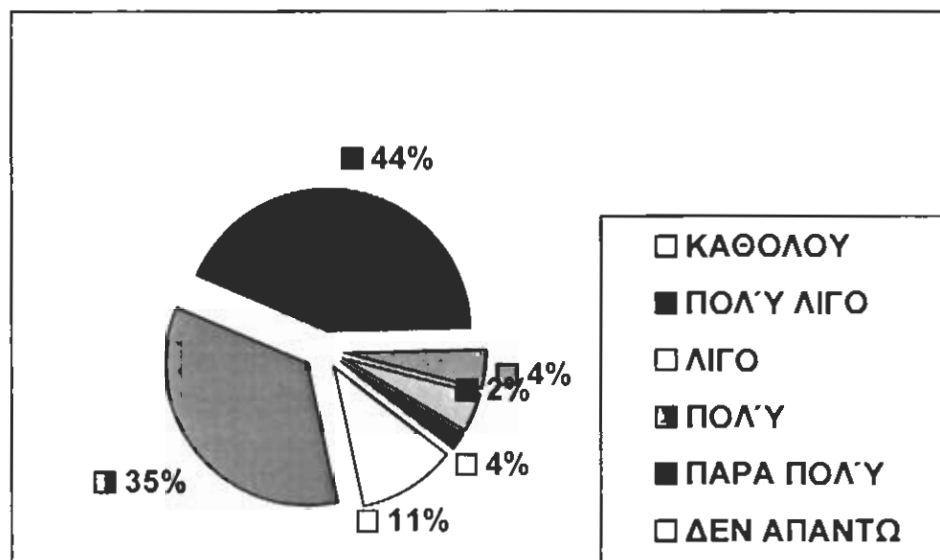


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν ανάγκη Ψυχολόγου για βοήθεια (70%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν πως ο/η σύντροφός τους κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο οι ίδιοι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	2	4
Πολύ λίγο	1	2
Λίγο	5	11
Πολύ	16	35

Πάρα πολύ	20	44
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

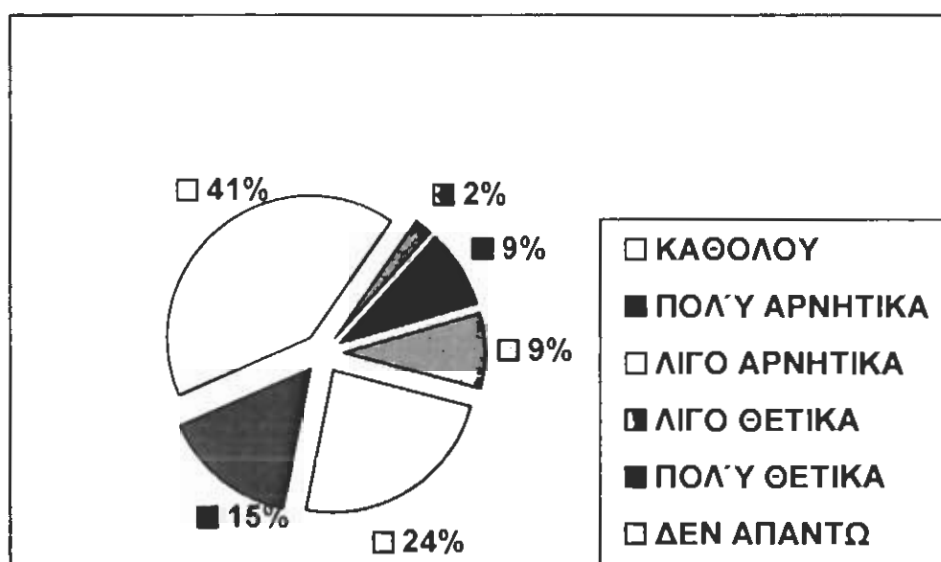


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν έντονα πως ο/η σύντροφός τους κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο οι ίδιοι (44%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	11	24
Πολύ αρνητικά	7	15

Λίγο αρνητικά	19	41
Λίγο θετικά	1	2
Πολύ θετικά	4	9
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	4	9
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

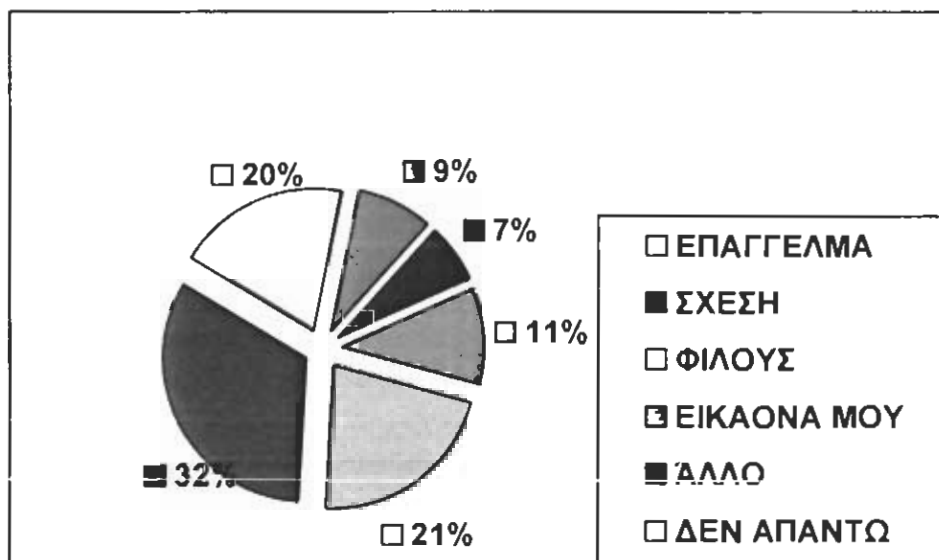


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό τους αρνητικά (55%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πως έχουν προσπαθήσει να αναπληρώσουν την έλλειψη παιδιών από τη ζωή τους .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Επένδυσσα περισσότερο στο	10	21

επάγγελμά μου		
Επένδυσσα περισσότερο στη σχέση μου, με τον/την σύζυγό μου	15	32
Επένδυσσα περισσότερο σε φίλους	9	20
Ασχολήθηκα περισσότερο με την εικόνα του εαυτού μου	4	9
Άλλο	3	7
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	5	11
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

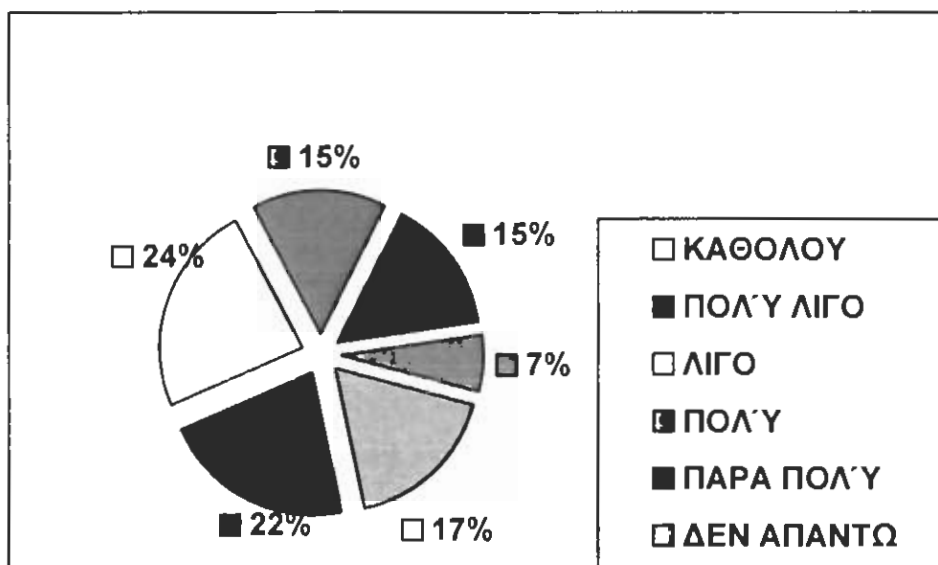


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν προσπαθήσει να αναπληρώσουν την έλλειψη παιδιών από τη ζωή

τους επενδύοντας περισσότερο στη σχέση τους με τον/την σύζυγό τους (32%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στενό συγγενικό τους περιβάλλον, αναφέρει συχνά - εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού.

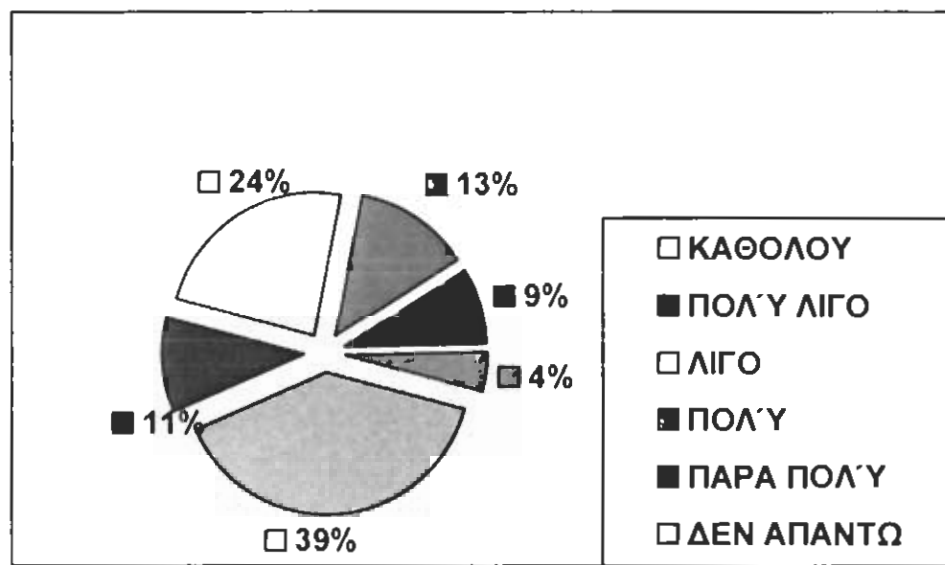
ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	8	17
Πολύ λίγο	10	22
Λίγο	11	24
Πολύ	7	15
Πάρα πολύ	7	15
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	3	7
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι στενό συγγενικό τους περιβάλλον, δεν αναφέρει συχνά ή δεν εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού (46%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν πως το ότι δεν έχουν παιδί, έχει περιορίσει τις κοινωνικές τους επαφές - συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	18	39
Πολύ λίγο	5	11
Λίγο	11	24
Πολύ	6	13
Πάρα πολύ	4	9
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	2	4
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν πως το ότι δεν έχουν παιδιά, δεν έχει περιορίσει τις κοινωνικές τους επαφές - συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά (39 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς πιστεύουν πως τους βλέπουν οι γύρω τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να βιώσει ευτυχισμένες στιγμές	3	7
Σαν ένα φυσιολογικό ζευγάρι	14	30
Σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια	15	33
Σαν ένα ζευγάρι με βιολογικές μειονεξίες	0	0
Σαν ένα ζευγάρι που	1	2

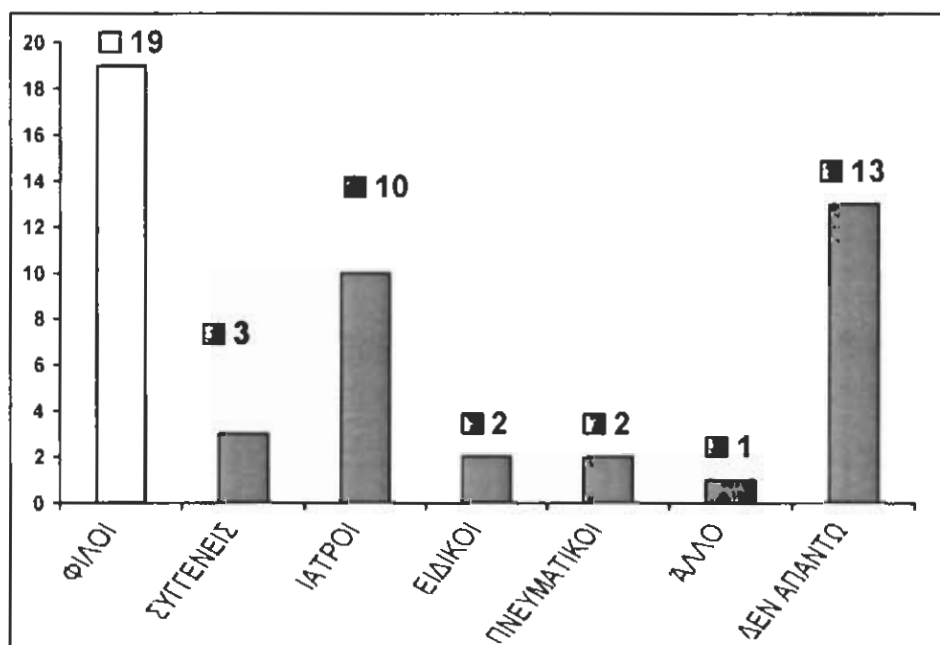
μισεί τα παιδιά		
Σαν ένα ζευγάρι που δεν κατανοεί αυτούς που έχουν παιδιά	2	4
Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να φερθεί σωστά σε παιδιά	2	4
Άλλο.....	1	2
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	8	17
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι γύρω τους τους βλέπουν σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια (33%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιόν συζητούν για την υπογονιμότητά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Φίλους	19	41
Συγγενείς	3	7
Συναδέλφους	0	0
Ιατρούς	10	22
Ειδικούς επιστήμονες (ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς)	2	4
Εξομολόγους / πνευματικούς	2	4

Άλλο.....	1	2
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	13
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%

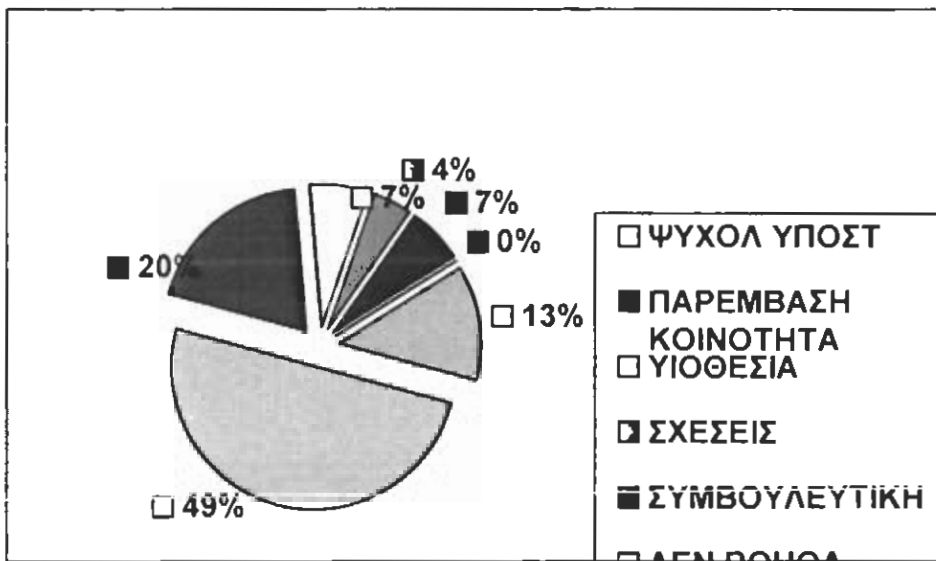


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα συζητούν για την υπογονιμότητά τους κυρίως με φίλους (41%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιός πιστεύουν πως θα έπρεπε να είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των άτεκνων ζευγαριών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ψυχολογική υποστήριξη στο ζευγάρι	23	49
Παρέμβαση στην κοινότητα για την	9	20

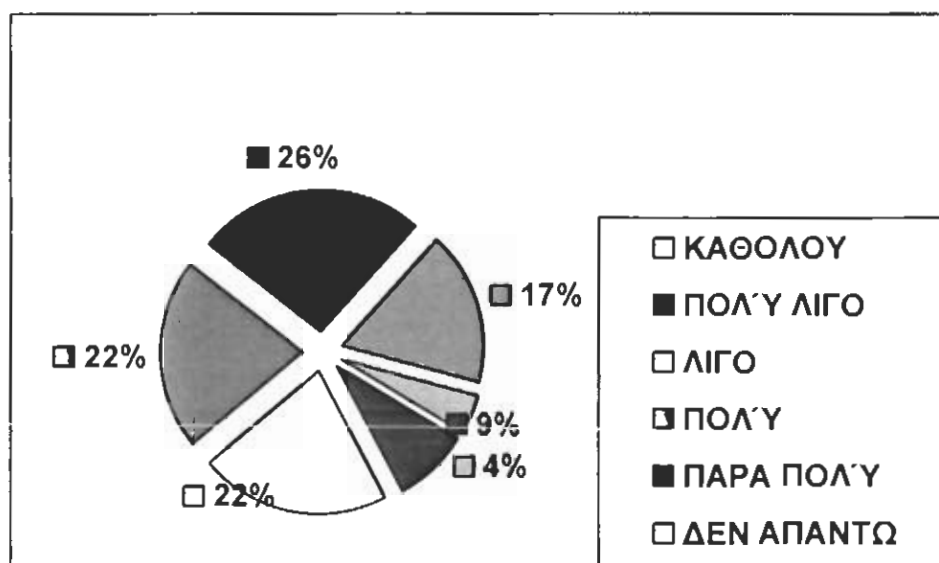
καταπολέμηση των κοινωνικών ταμπού		
Υποστήριξη / διεκπεραίωση της επιλογής της υιοθεσίας	3	7
Βελτίωση των σχέσεων του ζευγαριού	2	4
Συμβουλευτική	3	7
Δεν πιστεύω πως ο Κ.Λ. θα μπορούσε να με βοηθήσει	0	0
Άλλο.....	0	0
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	6	13
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των άτεκνων ζευγαριών θα είναι κυρίως η ψυχολογική υποστήριξη στο ζευγάρι (49 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Κατανομή των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν πως η οργανωμένη παρέμβαση στην κοινωνία μέσω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, θα εξάλειφε τα κοινωνικά προβλήματα στο θέμα της ατεκνίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	2	4
Πολύ λίγο	4	9
Λίγο	10	22
Πολύ	10	22
Πάρα πολύ	12	26
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	8	17
ΣΥΝΟΛΟ	60	100%



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πιστεύουν πως η οργανωμένη παρέμβαση στην κοινωνία μέσω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, (κύριος

ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού) Θα εξάλειφε τα κοινωνικά προβλήματα στο θέμα της ατεκνίας σε μεγάλο βαθμό (48 %).

ΙΙ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην συνέχεια παρουσιάζονται (ενδεικτικά) τα αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων (με την βοήθεια του στατιστικού τεστ χ^2) μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά τους στατιστικά (ανεξάρτητες μεταβλητές), σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με την αυτοεκτίμησή τους και το φύλο (ερωτήσεις 16 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	3	10	13
Πολύ λίγο	1	7	8
Λίγο	4	10	14
Πολύ	1	4	5
Πάρα πολύ	1	4	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
1.09	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν έχουν καταβληθεί ψυχολογικά και το φύλο (ερωτήσεις 15 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	0	3	3
Πολύ λίγο	1	2	5
Λίγο	4	10	14
Πολύ	3	10	13
Πάρα πολύ	1	4	5
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	1	5	6
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
1.49	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν ο σύντροφός τους κατανοεί το ίδιο το πρόβλημά τους και το φύλο (ερωτήσεις 24 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	0	2	2
Πολύ λίγο	0	1	1
Λίγο	1	4	5
Πολύ	3	13	16
Πάρα πολύ	6	14	20
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	2	2
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
2.28	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συγκριτική συσχέτιση των απαντήσεων 60 ερωτηθέντων σε σχέση με αν το πρόβλημα βιώνεται πιο έντονα από τη γυναίκα και το φύλο (ερωτήσεις 19 και 1).

ΕΡ /ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Καθόλου	0	1	1
Πολύ λίγο	0	3	3
Λίγο	2	6	8
Πολύ	6	12	18
Πάρα πολύ	2	14	16
Δεν ξέρω / δεν απαντώ	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	10	50	60

χ^2	Βαθμοί ελευθερίας	P
3.39	5	> 0.05
Στατιστικά σημαντική διαφορά		όχι

Με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των υποομάδων των ερωτηθέντων, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπογόνιμων ατόμων με διαφορετική ηλικία, τόπο διαμονής, οικονομική κατάσταση, μόρφωση και το επάγγελμα, σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (γεγονός που ενδέχεται να έχει και σχέση με το μέγεθος του δείγματος).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του δείγματος στην παρούσα έρευνα, μπορούμε να συνοψίσουμε ότι : οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες, ηλικίας 31-40 ετών, κάτοικοι αστικών κέντρων, ελληνικής καταγωγής, απόφοιτοι τουλάχιστον Λυκείου, έγγαμοι, καλής ή αρκετά καλής οικονομικής κατάστασης και κυρίως υπάλληλοι γραφείου. Επίσης οι περισσότεροι ερωτηθέντες, δεν είχαν αποκτήσει ή υιοθετήσει δικό τους παιδί στο παρελθόν.

Όσον αφορά την υπογονιμότητα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι έχει περάσει 1 έως 5 έτη από την διάγνωση της υπογονιμότητας, ενώ ο σύζυγος ήταν η κύρια αιτία της υπογονιμότητας.

Με βάση τα παραπάνω, το δείγμα παρουσιάζει ιδιαίτερη ομοιογένεια ως προς τα βιο-κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστά, γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας όσον αφορά κυρίως το μέσο υπογόνιμο άτομο στην σημερινή Ελληνική κοινωνία που αντιπροσωπεύει και την πλειοψηφία του υπογόνιμου πληθυσμού.

Πριν περάσουμε στην ανάλυση των απαντήσεων των ερωτώμενων, πρέπει να τονισθεί η δυσκολία με την οποία πείθονταν τα υπογόνιμα άτομα να συμμετάσχουν στην παρούσα έρευνα αλλά και η προσπάθειά τους να καλύψουν το ψυχο-κοινωνικό άλγος πίσω από το βιολογικό φορτίο των υπο εξέλιξη τεχνικών υποβοηθούμενης τεκνοποίησης. Παρόλα αυτά, ένας ικανός στατιστικά για την παρούσα μελέτη αριθμός ατόμων, ανταποκρίθηκαν με ειλικρίνεια και απόλυτη συμφωνία προς τους στόχους της παρούσας μελέτης, όπως διαπιστώνεται από την εικόνα των ερωτηματολογίων.

Πιο ειδικά τώρα και σε σχέση με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε, διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα μόνο λίγο ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη,

γεγονός που βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την μειονεκτική σε γενικές γραμμές, τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική τους κατάσταση.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα λίγο ελπίζουν ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη (28 %). Επίσης οι περισσότεροι, θεωρούν κυρίως ότι τα άτεκνα ζευγάρια έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ) (43 %).

Οι περισσότεροι αισθάνονται πως το γεγονός ότι δεν έχουν παιδί/α τους έχει καταβάλλει ψυχολογικά λίγο (30 %).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους (75%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα, δεν έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις τους (66%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντησαν αισθάνονται πάρα πολύ ένοχοι για την υπογονιμότητα του ζευγαριού (44%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η υπογονιμότητα βιώνεται πολύ πιο έντονα από τη γυναίκα (74%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η υπογονιμότητα του προκαλεί κυρίως άγχος (30%), θυμό (20%) και κατάθλιψη (15%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα κατά μέτωπο (22%), ενώ ζητούν από τον Θεό βοήθεια (22%) και συμβουλές από επαγγελματίες (20%).

Επίσης οι περισσότεροι πιστεύουν πως η συνεργασία με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν πάρα πολύ βοηθητική για την ψυχολογική τους κατάσταση (79%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν ανάγκη Ψυχολόγου για βοήθεια (70%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν έντονα πως ο/η σύντροφός τους κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο οι ίδιοι (44%).

Τα υπογόνιμα επίσης άτομα πιστεύουν ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό τους αρνητικά (55%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν προσπαθήσει να αναπληρώσουν την έλλειψη παιδιών από τη ζωή τους επενδύοντας περισσότερο στη σχέση τους με τον/την σύζυγό τους (32%).

Τα υπογόνιμα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι στενό συγγενικό τους περιβάλλον, δεν αναφέρει συχνά ή δεν εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού (46%).

Τα υπογόνιμα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη αυτή, θεωρούν πως το ότι δεν έχουν παιδί, δεν έχει περιορίσει τις κοινωνικές τους επαφές - συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά (39%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι οι γύρω τους τους βλέπουν σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια (33%).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα συζητούν για την υπογονιμότητά τους κυρίως με φίλους (41%).

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των άτεκνων ζευγαριών θα είναι κυρίως η ψυχολογική υποστήριξη στο ζευγάρι (49%).

Είναι αξιοσημείωτο ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι πιστεύουν πως η οργανωμένη παρέμβαση στην κοινωνία μέσω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, (κύριος ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού) θα εξάλειφε τα κοινωνικά προβλήματα στο θέμα της ατεκνίας σε μεγάλο βαθμό (48%).

Επίσης με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των υποομάδων των ερωτηθέντων, δεν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπογόνιμων ατόμων με διαφορετική ηλικία, τόπο διαμονής, οικονομική κατάσταση, μόρφωση και το επάγγελμα.

Πρέπει να τονισθεί ότι με βάση το γεγονός ότι δεν καταγράφηκε παρόμοια έρευνα στο παρελθόν στον Ελληνικό χώρο, δεν είναι δυνατή η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της παρούσας με άλλες και ο σχολιασμός των διαφορών ή ομοιοτήτων τους.

Επιπρόσθετα πρέπει να γίνει κατανοητή και η ανάγκη επέκτασης της παρούσας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα και προς την κατεύθυνση της μείωσης του κοινωνικού στίγματος των υπογόνιμων ατόμων.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, μπορούμε να ολοκληρώσουμε την ανάλυση του φαινομένου της υπογονιμότητας, με τη διαπίστωση ότι παρόλο που η ακούσια ατεκνία υπάρχει από την αρχή της ανθρωπότητας, το κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο της αναπαραγωγικής επιλογής έχει αλλάξει θεαματικά κατά τον τελευταίο αιώνα και έχει γίνει ιατρικά, κοινωνικά και ψυχολογικά, πολύ πιο περίπλοκο για τα ζευγάρια.

Ενώ η έρευνα και η κλινική εμπειρία, εξακολουθούν να δείχνουν ότι η μεγάλη πλειονότητα των άτεκνων ανδρών και γυναικών δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα, η χρήση προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας ή/και η αναπαραγωγή με τη συμμετοχή τρίτου, μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά προβλήματα σε συγκεκριμένες περιόδους της θεραπείας.

Η ψυχολογική θεωρητική άποψη της υπογονιμότητας, έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια, από ένα ψυχογενές μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υπογονιμότητα είναι αποτέλεσμα ψυχοπαθολογίας, σε ένα μοντέλο ψυχολογικής ακολουθίας, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχολογικές αντιξοότητες είναι αποτέλεσμα της υπογονιμότητας.

Η κλινική παρέμβαση συνδυάζει την κατανόηση των ιατρικών και ψυχολογικών δεδομένων της υπογονιμότητας. Η παρέμβαση βασίζεται στην προσεκτική αξιολόγηση, στη χρήση των κατάλληλων θεραπευτικών εναλλακτικών λύσεων και στην κατανόηση των περίπλοκων ζητημάτων και συνθηκών που περιλαμβάνει η πρακτική συμβουλευτική αγωγή.

Η διαδρομή του υπογόνιμου ατόμου προς την ατεκνία οριοθετεί το ατάδιο της διεργασίας του πένθους, της λήψης αποφάσεων και της μετάβασης σε μια ζωή χωρίς παιδιά. Ο πολιτισμός, η θρησκεία και η εθνότητα λειτουργούν ως χάρτες για τον θεραπευτή.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της ατεκνίας, βρίσκεται στο ότι το άτομο μπορεί να μην πάρει ποτέ την απόφαση να ζήσει χωρίς παιδιά. Η αναμονή δημιουργεί στο άτομο μια κακή εικόνα για τον εαυτό του, μια αίσθηση ανικανοποίητου, το κάνει να νιώθει ότι δεν ανήκει πουθενά και ότι οι σχέσεις του είναι επιφανειακές.

Οι απώλειες πρέπει να αναγνωρίζονται και να γίνονται αποδεκτές, για να μπορέσουν τα αρνητικά στοιχεία να γίνουν θετικά.

Ο ορισμός και η ταυτότητα του φύλου και του ρόλου του, συνδέονται άμεσα με την επιθυμία απόκτησης παιδιού. Μια ζωή χωρίς παιδιά απαιτεί επαναπροσδιορισμό της ταυτότητας και των στόχων ζωής του ατόμου.

Η λήψη μιας απόφασης μπορεί να προκύψει μέσα σε μερικές ημέρες ή και μερικά χρόνια. Τα βήματα που ακολουθούνται είναι τα εξής: Το άτομο πρέπει να εντοπίσει και να ξεπεράσει τα εμπόδια που καθυστερούν τη λήψη μιας απόφασης, να ξεκαθαρίσει τις προτεραιότητες του, να δεσμευθεί και να επενδύσει στην απόφαση του.

Η πίεση που ασκεί η κοινωνία για τεκνοποίηση, παλαιότερα αλλά και σήμερα, βασίζεται στην απαίτηση για αναπαραγωγή του είδους.

Μια ζωή χωρίς παιδιά, συνεπάγεται τον επαναπροσδιορισμό σημαντικών σχέσεων και τη δέσμευση των ατόμων σε αυτές. Η επικοινωνία και η φροντίδα, είναι βασικά συστατικά για μια ουσιαστική και ικανοποιητική ζωή.

Ο όλο και μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που δεν αποκτούν και δεν μεγαλώνουν παιδιά, θα βοηθήσει στη δημιουργία ενός ευρύτερου ορισμού για την ουσιαστική, δημιουργική και επιτυχημένη ζωή των γυναικών.

Η κοινωνική εργασία είναι το πιο κατάλληλο επάγγελμα για την παροχή υπηρεσιών στις ανάγκες του υπογόνιμου πληθυσμού.

Το πιο θεμελιώδες ζήτημα για την κοινωνική εργασία, είναι να καταλάβει το άτομο, το περιβάλλον του, την κοινωνία και την αλληλεπίδραση ατόμου - περιβάλλοντος.

Η κοινωνική εργασία απευθύνεται σε ολόκληρο το φαινόμενο της υπογονιμότητας, όχι μόνο όσο επηρεάζει τα υπογόγιμα άτομα, αλλά και όσο επηρεάζει τα περιβάλλοντα συστήματα.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων και παρά το σχετικό μικρό δείγμα, συμπεραίνουμε τα ακόλουθα, ως προς τους αρχικούς στόχους της έρευνας, οι οποίοι παρουσιάζονται στην εισαγωγή του ειδικού μέρους:

- Η υπογονιμότητα, είναι ένα συνεχώς ανερχόμενο σε ένταση και έκταση πρόβλημα σημαντικού τμήματος των νέων ζευγαριών παγκοσμίως, τα τελευταία χρόνια.
- Τα υπογόνα άτομα αντιμετωπίζουν έντονα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα.
- Η ένταση του ψυχο-κοινωνικού πόνου είναι μεγαλύτερη στις υπογόνιμες γυναίκες με ταυτόχρονη δημιουργία ενοχών.
- Υπάρχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς επαγγελματίες υγείας, ενώ το τρέχον μοντέλο υποστήριξης είναι ιατροκεντρικό με κέντρο και στόχο τις νέες τεχνικές υποβοηθούμενης τεκνοποίησης.
- Ο ρόλος των εμπλεκόμενων επαγγελματιών της υγείας, πρέπει να περιλαμβάνει τόσο την ψυχολογική υποστήριξη όσο και την παρέμβαση στην κοινότητα για την εξάλειψη του κοινωνικού στίγματος.
- Η καταλληλότερη ειδικότητα υποστήριξης στην υπογονιμότητα, είναι αυτή του Κοινωνικού Λειτουργού.

7. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπογονιμότητα είναι ένα συνεχώς αυξανόμενο κοινωνικό πρόβλημα, αφού ο πληθυσμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται. Παρ' όλη την έκταση του φαινομένου η υπογονιμότητα δεν έχει τύχει της προσοχής της Κοινωνικής Εργασίας, αφού οι εμπλεκόμενες ειδικότητες στο πρόβλημα είναι λίγες και περιορίζονται στην ιατρική διάσταση του. Οι ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των υπογόνιμων ατόμων δεν έχουν τύχει της ανάλογης μελέτης μέσα από το ιατροκεντρικό πρίσμα μέσα από το οποίο εξετάζεται το ζήτημα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται σαν διερευνητική και ποσοτική στο σχεδιασμό της. Εξήντα άτομα (43 γυναίκες και 17 άνδρες), με ιστορικό υπογονιμότητας (με διάγνωση μέχρι 5 έτη πριν), μέσης ηλικίας 34 ετών (34 ± 5 έτη), έγγαμοι, μέσης εκπαίδευσης, χωρίς να έχουν ποτέ αποκτήσει παιδί στο παρελθόν, συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, η οποία διενεργήθηκε κυρίως στα τρία μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα) της Ελλάδος, μεταξύ Ιουνίου και Αυγούστου του 2005, απαντώντας σε 20 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο που τους διατέθηκε. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS ενώ για τις στατιστικές συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγράφοντας και ποσοτικοποιώντας την εμπειρία των υπογόνιμων ατόμων ενός πληθυσμού που δεν έχει περιγραφεί προηγούμενα με παρόμοιο τρόπο, η παρούσα έρευνα προσπαθεί να παρουσιάσει το μέσο υπογόνιμο άτομο στην Ελλάδα σήμερα. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης καταγράφονται σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα υπογόνιμα άτομα και μάλιστα οι γυναίκες (74 %). Πιο ειδικά νοιώθουν κυρίως άγχος (35 %), θυμό (20 %) και ενοχές (73 %) ανεξάρτητα από την διάγνωση που έχει γίνει, ενώ χρησιμοποιούν μόνο έμμεσες στρατηγικές αντιμετώπισης (73 %) του προβλήματος χωρίς ειδική βοήθεια. Αναζητούν τέλος υποστήριξη από ειδικούς στο πρόβλημα επαγγελματίες υγείας (79 %), τους οποίους περιγράφουν ότι πρέπει να έχουν γνώσεις και εμπειρία στην ψυχολογία (70

%), αλλά και στην κοινωνική παρέμβαση (70 %), για την μείωση του συναισθηματικού πόνου τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υπογονιμότητα δεν είναι ένα νέο πρόβλημα. Παρ' όλα αυτά με βάση τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα αυτό ιατροκεντρικά κυρίως, η Κοινωνική Εργασία οφείλει να λάβει μέρος προς την κατεύθυνση των κοινωνικών πολιτικών, της έρευνας και της άμεσης και έμμεσης πρακτικής υποστήριξης στις ανάγκες που δημιουργούνται. Η παρούσα πιλοτική μελέτη προσπαθεί να φωτίσει τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες της μη ηθελημένης ατεκνίας, αλλά και την ανάγκη βαθύτερης και ευρύτερης μελέτης της υπογονιμότητας πέρα από την καθαρά ιατρική της πλευρά. Παραπέρα έρευνα στην ίδια κατεύθυνση θα μπορεί να αναλύσει άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά και από κοινού σαν μέλη ζεύγους και άλλες κοινωνικές υποομάδες, όπως αυτές των εκτεταμένων οικογενειών, των φίλων και των συνεργατών των υπογόνιμων ατόμων.

ABSTRACT
**PSYCHOSOCIAL PROBLEMS OF INFERTILE PEOPLE
IN GREECE**

INTRODUCTION

Infertility is a growing social problem, because the population affected by the experience of infertility has increased dramatically in recent decades and is expected to continue to increase. Despite this growing need, the phenomenon of infertility has been largely overlooked by the social work profession. The contemporary understanding of infertility is too narrow. In the twentieth century, infertility has come to be defined almost exclusively as a medical condition. The psychological and social needs are not adequately addressed within the framework of such a medical model.

MATERIAL AND METHODS

This study was exploratory in nature and quantitative by design. Sixty individuals (43 women and 17 men), with history of infertility (diagnosed 1-5 years ago) of mean age of 34 years (34 ± 5 years), married, well educated, with no children at all, were participated in this study, that took place mainly in the three major Greek cities (Athens, Thessalonica and Patras) during June and August of 2005, answered 20 multiple choice questions included in the questionnaire, which was administrated. Data were collected and analyzed through SPSS statistical software and for correlation analysis Chi-square test was used.

RESULTS

Describing and quantifying the experience of infertility among a previously unstudied population is descriptive for mean infertile individual in Greece today. According to our results severe (generally covered with silence) psychosocial problems impact the everyday life mostly the woman (74 %) of an infertile couple that include feeling of stress (35 %), angry (20 %) and guilty for the infertility (73 %), that use coping strategies with indirect effects (73 %) and ask for health care professionals (79 %), with experience in psychology (70 %), as well as for social intervention abilities in other systems as friends, and colleagues (70 %) to help them.

DISCUSSION

Infertility is not a new problem. However, as the number of people impacted by infertility grows and the complexity of the problem due to medical intervention continues to increase, social work must become more

actively involved in addressing the problem of infertility by addressing the policy, research, and direct and indirect practice needs. This pilot study is an attempt to highlight the need for additional research in the field of infertility. Furthermore studying men and women as individuals and as part of couples, considering that infertility impacts more than the infertile system, diversity should also include other systems that are impacted such as extended families, friends, and colleagues.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καλλινικάκη Θ. «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ- Εισαγωγή στην Θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας». Εκδ Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998.
2. Μαλικιώση-Λοιζου Μ. «Συμβουλευτική Ψυχολογία» Εκδ Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
3. American Society for Reproductive Medicine (1995), Guideline for practice. «Age related infertility».
4. Bergh C., Howles CM, Borg K. (1997) Recombinant human follicle stimulating hormone (r-FSH) versus highly purified urinary FSH : results of a randomized comparative study in women undergoing assisted reproductive techniques. Hum. Reprod.
5. Bouchard P., Caraty A., Pavlou S.N., (1993) GnRH, GnRH analogs, gonadotropins and gonadal peptides. Parthenon Publishing.
6. Conn, P.M., Huckle, W.R, Andrews, W.V., McArdle, C.A. (1987) The molecular mechanism of action of gonadotropin releasing hormone (GnRH) in the pituitary. Rec. Progr. Hormone. Res. 43:29-61.
7. Erickson, G.F., Magoffin, D.A., Dyer, C.A., Hofeditz, C. (1985) The ovarian androgen producing cells: a review of structure / function relationships. Endocrine Rev. 6:371-399.
8. Ζάγκρης Ν. (1998) Αναπποξιακή βιολογία. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Πατρών.
9. Fisch, B., Avrech, O.M, Pinkas, H., Neri, A. (1995) Superovulation before IVF by recombinant versus urinary human FSH: A comparative study. J. of Assist. Reprod. And Genetics, 12:26-31.
11. Feichtinger, W., Kemeter, P (1982) Transvaginal sector scansonography for needle guided transvaginal follicular aspiration or other applications in gynecologic routine and research. Fertil. Steril. 38:673-678.
12. Gidley - Baird A. O' Neil C, Sinisich M.J., Porter R.N., Pike I.L., (1985) Failure of implantation in human in vitro fertilization and embryo transfer patients: the effect of

- altered progesterone / estrogen ratios in human and in mice. *Fertil. Steril.* 45:69-74.
13. Guerin, J.F., Mathieu, C., Lornage, J. (1989) Improvement of survival and fertilizing capacity of human spermatozoa in an IVF program by selection on discontinuous Percoll gradients. *Hum. Reprod.* 4:798.
 14. Hillier, S.G., (1994) Current concepts of follicle stimulating hormone and luteinizing hormone in folliculogenesis. *Hum. Reprod.* 9:188-191.
 15. Howles, C.M., Lounaye, E., Groud, D., Layer, G. (1994) Multiple follicular development and ovarian steroidogenesis following subcutaneous administration of a highly purified urinary FSH preparation in pituitary desensitized women undergoing IVF: A multicentre European phase III study. *Hum. Reprod.* 9: 424 - 430.
 16. Jansen R.P.S., Minimal endometriosis and reduced fecundability: prospective evidence from an artificial insemination by donor program. *Fertil. Steril.* 155: 480 - 487.
 17. Lejeune, B., Camus, M., Deschact, J. (1984) Differences in the luteal phases after failed or successful in vitro fertilization and embryo development. *J. in Vitro Pert. Embryo Transfer.*
 18. Lunenfeld, B. (1969) The use of human menopausal gonadotropins in gonadal pathology. In: Inguilla W., Greenblatt R.B., eds. *The ovary*, Springfield. Ch 15.
 19. Ord, T. Partizio, P., Mareello, E. (1990) Mini Percoll: A new method of semen preparation for IVF in severe male factor infertility. *Hum. Reprod.* 5:980.
 20. Rogers P., Murphy C.R., (1989) Uterine receptivity for implantation: human in blastocyst implantation. Yoshinaga K., Serono Symposia, Adams Publishing Group, Boston 231.
 21. Sherman M.I., Wudl L.R. (1976) The implanting mouse blastocyst. *Cell Surf. Rev.*
 22. Soussis, L, Boyd O., Paraschos † Duffy S., Bower s., (1995) Follicular fluid levels during transvaginal oocyte retrieval. *Fertil. Steril.*

23. Staigmiller, R.B., Moor, R.M. (1984) Effect of follicle cells on the maturation and development competence of ovine oocytes matured outside the follicle. *Gametes Res.*
24. Steptoe, P.C., Edwards, R.G., Purde, J.M. (1971) Human blastocysts grown in culture. *Nature.*
25. Trounson A., Gardner D., (2000) *Handbook of In Vitro Fertilization*, CRC Press.
26. Τζαφέττας LM. (1996) Εξωσωματική Γονιμοποίηση και συναφείς μέθοδοι στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.
27. United Nations University Declaration of Human Rights Art (1978) 16 (1). New York - United States.
28. World Health Organization (1973) Agents stimulating gonadal function in the human. Technical report series. No 153, p 15, Geneva.
29. Ζαΐρας Παπαληγούρα "Ψυχολογικά προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών"
30. Linda Hammer Burns, PhD & Sharon N. Covington, MSW, ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ (ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ) τόμος Α,Β, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002.
31. Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itineraire psychanalytique de la maternite.* Presses Universitaires de France, Paris
32. Αγαλοπούλου- Ζερβογιάννη , Πηνελόπη, «Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστικό δίκαιο» , Αθήνα: Σάκκουλα, 2002
33. Κουνουγέρη -Μανωλεδάκη, Έφη, «Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστικό δίκαιο» , Αθήνα: Σάκκουλα, 2002
34. Φανάρας Γ., Βασιλείος , « Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή: ηθικοκοινωνική προσέγγιση», Θεσσαλονίκη: Το Παλίμψηστον, 2000
35. Κουνουγέρη -Μανωλεδάκη, Έφη, «Τεχνητή γονιμοποίηση και οικογενειακό δίκαιο: ο νέος ν. 3089/ 2002 για την ιατρική υποβοηθούμενη αναπαραγωγή», Αθήνα: Σάκκουλα, 2003

36. Valentine, D.P. (1986). Psychological impact of infertility: Identifying issues and needs. *Social Work in Health Care*, 11, 61-69.
37. Bliss Carol. (1999), *The Social Construction of Infertility by Minority Women*, Doctoral Dissertation.
38. Ανδριώτης Κωνσταντίνος: "Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του SPSS 11,5", εκδόσεις: Κλειδάριθμος 2003.
39. Ανδρέου Αποστολής: "Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου. Βασική κατάρτιση και επιμόρφωση των εκπαιδευτικών" Εκδοτικός όμιλος Συγγραφέων - Καθηγητών. Αθήνα 1992.
40. Javeau Claude: "Η έρευνα με Ερωτηματολόγιο". Το εγχειρίδιο του καλού Ερευνητή. Επιμέλεια και απόδοση στα Ελληνικά Τζαννονέ - Τζώρτζη Κατερίνα, εκδόσεις Τυπωθήτω.
41. Κυριαζή Νότα: "Η κοινωνιολογική Έρευνα" Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
42. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. : *Soc Sci Med*. 1997 Dec;45(11):1679-704

στο διαδίκτυο:

- www.kiveli.gr
- www.ferti.net
- www.fertilityworld.com
- www.mayoclinic.com
- www.ivf.net
- www.georgetown.edu (National Reference Center for Bioethics Literature Kennedy Institute of Ethics Georgetown University).
- Jenkins J., The development and influence of functional ovarian cysts during in vitro fertilization cycles, www.bris.ac.uk

- American Society for Reproductive Medicine www.asrm.org
- Μηλιγγος Σ. (2000) Ανδρική και γυναικεία στειρότητα www.care.gr
- Μπαζαίος Α. Καρκίνος και γονιμότητα. Περιοδικό Info Religion
- Χατζηϊωαννίδου Ε., (2000) Εξωσωματική γονιμοποίηση - Ελπίδες για ένα στα έξι ζευγάρια. Η Καθημερινή.

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Η ΜΑΡΤΥΡΙΑ ΤΗΣ Δρ CAROL BLISS

Παρακάτω παρουσιάζεται υλικό σχετικό με την υπογονιμότητα και όσα απορρέουν από αυτή, σύμφωνα με τη διδακτορική διατριβή της Carol Bliss, κοινωνική λειτουργός η ίδια, η οποία δεν μπορούσε να κάνει παιδιά, τονίζοντας μας την αναγκαιότητα της κοινωνικής εργασίας στο θέμα της στειρότητας αφού τα αίτια δεν είναι μόνο ιατρικά . Θα δούμε πώς ξεκίνησε να ασχολείται με τη μελέτη αυτού του θέματος και την έρευνα του καθώς και άλλα σχετικά θέματα που θα μας βοηθήσουν στην περαιτέρω κατανόηση αυτού του φαινομένου.

Η μαρτυρία που θα δούμε παρακάτω είναι της Carol Bliss και είναι πραγματική , όπως επίσης και οι μαρτυρίες γυναικών που υπάρχουν μέσα σε εισαγωγικά ύστερα από την ανάπτυξη κάποιων θεμάτων.

Η Carol Bliss αφιερώνει την μελέτη της σε όλους όσους είχαν αντιμετωπίσει ή συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν άμεσα ή έμμεσα προβλήματα στειρότητας.

Σύμφωνα με την μελέτη της Carol Bliss

Η μαρτυρία που θα δούμε παρακάτω είναι της Carol Bliss και είναι πραγματική , όπως επίσης και οι μαρτυρίες γυναικών που υπάρχουν μέσα σε εισαγωγικά ύστερα από την ανάπτυξη κάποιων θεμάτων.

Η Carol Bliss αφιερώνει την μελέτη της σε όλους όσους είχαν αντιμετωπίσει ή συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν άμεσα ή έμμεσα προβλήματα στειρότητας.

Η προσωπική μαρτυρία Carol Bliss

“Η στειρότητα υπήρξε για μένα ένα θέμα μεγάλου ενδιαφέροντος για κάποιες δεκαετίες. Σαν υπογόνιμη γυναίκα , προσωπικά έχω υποφέρει αρκετά και έχω περάσει πολλά . Συχνά αναρωτιόμουν αν

η προσωπική μου εμπειρία ήταν παρόμοια ή διαφορετική από τις εμπειρίες των άλλων.

Σε όλη τη διάρκεια της καριέρας μου σαν κοινωνική λειτουργός συνάντησα και μίλησα με πολλούς ανθρώπους , άντρες και γυναίκες , που δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά και από τους οποίους άλλοι παρέμεναν ακόμη χωρίς παιδιά και άλλοι ακολουθούσαν διάφορες οδούς για να γίνουν γονείς μέσω υιοθεσίας ή αναδοχής.

Παρατήρησα ότι τα υπογόνιμα άτομα ένιωθαν πως βρίσκονται στο περιθώριο της κοινωνίας επειδή η γονιμότητα είναι πολύ σημαντική στο σύστημα των κοινωνικών αξιών, ενώ η υπογονιμότητα είναι θέμα προς αποφυγή συζητήσεων γιατί προκαλεί ντροπή και ανασφάλεια και θεωρείται από πολλούς κοινωνικά μη αποδεκτό.

Όσον αφορά εμένα , θα μιλήσω προσωπικά για το πώς βίωσα εγώ τη στειρότητα μου. Παραπάνω από δύο δεκαετίες πριν, ήμουν νιόπαντρη και ανυπομονούσα να έρθει η ώρα που θα γίνω μητέρα. Με το σύζυγο μου συζητούσαμε το θέμα της απόκτησης παιδιών πολύ πριν παντρευτούμε και νιώθαμε και οι δύο το ίδιο έντονα την ανάγκη να γίνουμε γονείς. Έχοντας τελειώσει τις σπουδές μας και έχοντας δουλέψει αρκετά χρόνια, το μέλλον φάνταζε λαμπρό δημιουργώντας οικογένεια. Ενώ όμως νιώθαμε έτοιμοι να αποκτήσουμε παιδιά, μήνα με μήνα η απογοήτευση μεγάλωνε και η ιδέα της απόκτησης παιδιού μετατράπηκε σε εφιάλτη.

Έτσι μπήκαμε στη διαδικασία να ακολουθήσουμε σύγχρονες ιατρικές μεθόδους για να καταφέρουμε να γίνουμε γονείς , αλλά δυστυχώς τίποτα δεν καταφέραμε . Η στενοχώρια και η ντροπή που νιώθαμε συνήθως μας εμπόδιζε να δούμε τους ανθρώπους που μας ένιωθαν και μας αγαπούσαν και έτσι απομονώναμε το όνειρο μας .Όσο οι ιατρικές μέθοδοι δεν έφερναν επιτυχία, οι ελπίδες μας για απόκτηση παιδιού ελαττώνονταν και σιγά- σιγά χάνονταν. Ακόμη και η υιοθεσία που θεωρείται ότι ήταν η λογική λύση , ήταν τόσο δύσκολο να γίνει, όσο και τα φυσιολογικό τρόπο σύλληψης. Έτσι , αν και η υιοθεσία θα μας κάλυπτε την ανάγκη να αποκτήσουμε παιδιά, δεν έπαυε να είναι μια απογοήτευση ακόμα και στην ουσία καταλάβαινα πως καμιά ελπίδα δεν είχε μείνει ώστε να γίνει το όνειρό μου πραγματικότητα. Τελικά, η ένταση της κατάστασης είδαμε πως κρούει τον κώδωνα του κινδύνου

για το γάμο μας και δυστυχώς , η σχέση μας έληξε παίρνοντας διαζύγιο.

Τώρα ξέρω πολλούς άλλους που έχουν κάποια εμπειρία στην υπογονιμότητα και έχω μάθει πολλά μιλώντας και ακούγοντας τους. Αλλά σαν «διαπιστωμένη ασθενής» μπορούσα να αφηγηθώ την εμπειρία μου και να νιώσω τον πόνο. Ήξερα πως δεν ήμουν η πρώτη αλλά ούτε η τελευταία γυναίκα που δεν μπορούσε να κάνει παιδιά αλλά δεν ήξερα κάποιο κοντινό μου άτομο να είναι στείρο. Αντίθετα, αν και φαίνεται ειρωνικό, ο καθένας που ξέρω και ο οποίος ήθελε να κάνει παιδί, μπορούσε να μείνει έγκυος αμέσως.

Τώρα έχουν περάσει χρόνια και τόσο προσωπικά όσο και μέσω του επαγγέλματος μου ξέρω πολλούς, άντρες , γυναίκες και ζευγάρια, που είναι στείρα.

Μέσω της έρευνας μου ανακάλυψα ότι η δική μου εμπειρία στην υπογονιμότητα ήταν περισσότερο ίδια παρά διαφορετική με εκείνη των γυναικών που μελετούσα. Πολλές φορές αυτό που άλλαζε ήταν η κουλτούρα. Ήθελα να δω πώς αισθάνονται οι γυναίκες των μειονοτήτων του πληθυσμού και ποιες οι εμπειρίες τους, αφού παρόμοιες έρευνες εξέταζαν δείγμα γυναικών υψηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης και μορφωμένες τις οποίες συναντούσα στα ιατρικά κέντρα(όπου μπορούσε να συλλεχθεί πολύ εύκολα το δείγμα) που προσπαθούσαν να κάνουν παιδί με την βοήθεια ιατρικών μεθόδων. Έτσι η περιέργεια μου κορυφώθηκε . Αυτό το αίσθημα της απορίας δυνάμωσε το ενδιαφέρον μου μαθαίνοντας ακόμα περισσότερα σχετικά με τις επιδράσεις της στειρότητας σε πληθυσμούς που δεν είχαν ακόμη ερευνηθεί. Παρ' όλα αυτά επέλεξα να μην τις συμπεριλάβω στην έρευνα μου καθώς ήθελα να ερευνήσω υπογόνιμες γυναίκες με παρόμοια κοινωνικοοικονομική θέση και μόρφωση με εμένα. Και αυτό επειδή ήθελα να συγκρίνω εμπειρίες για το ίδιο θέμα με όσο το δυνατόν παρόμοιο μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο και έχοντας προηγουμένως προβεί σε διαδικασία σύγχρονων ιατρικών παρεμβάσεων για την απόκτηση παιδιού.

Πήρα συνεντεύξεις από τις γυναίκες αυτές των μειονοτήτων. Αφηγούνταν τις ερωτήσεις τους λεπτομερειακά, ένιωθαν μεγάλη

επιθυμία να συμμετάσχουν και απαντούσαν σε όλες τις ερωτήσεις της συνέντευξης ."

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συναισθήματα των γυναικών που μελετήθηκαν αλλά και συστήματα μέσα στα οποία ζουν, μέσα από τα μάτια της Carol Bliss καθώς επίσης και τις μαρτυρίες των γυναικών αυτών.

Συναισθήματα υπογόνιμων ατόμων

Αυτές οι γυναίκες έρχονται καθημερινά σε επαφή με μια ποικιλία συναισθημάτων που σχετίζονται με τη στειρότητα. Πολλές φορές νιώθουν συναισθήματα κατωτερότητας και μειονεξίας και αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την ανικανότητα τους να μείνουν έγκυες νιώθοντας έτσι ανεπαρκείς σαν γυναίκες. Επίσης νιώθουν ανεπαρκείς ξέροντας τις προσδοκίες που έχουν για αυτές η οικογένεια, οι φίλοι και η κοινωνία γενικότερα.

Συναισθήματα γυναικών σχετικά με τη στειρότητα τους:

«Νομίζω ότι έχω ένα μείγμα θυμού και απελπισίας. Κλαίω συνέχεια. Μερικές φορές θυμώνω πολύ όταν βλέπω κάποια στο δρόμο να κανακεύει το παιδί της και λέω, γιατί αυτή να έχει και εγώ να μην μπορώ να αποκτήσω;»

« το μόνο πράγμα που έχω να πω σε κάθε γυναίκα που είναι στη θέση μου , είναι πως είναι πολύ σκληρό αλλά είναι ένας αγώνας που αξίζει να κερδίσει κανείς. Δεν θα τα παρατήσω ποτέ.»

Συστήματα

Η υπογονιμότητα δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που πάσχει από αυτή, αλλά και τα συστήματα εκείνα που περιβάλλουν το άτομο. Αν και μέσα στο ζευγάρι και οι δύο σύζυγοι επιθυμούν ένα παιδί, ωστόσο ο ένας από τους δύο επηρεάζεται και καταβάλλεται ψυχικά και σωματικά περισσότερο από τη στειρότητα . Κάποια από τα σημαντικά συστήματα που περιβάλλουν το υπογόνιμο άτομο και

το ζευγάρι είναι ο σύντροφος , η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνάδελφοι .

Ο σύντροφος

Ανεξάρτητα από το ποιος από τους δύο συντρόφους είναι υπογόνιμος ή αν είναι και οι δύο, το ζευγάρι βάλλεται πολλές φορές ανεπανόρθωτα. Επίσης, αναφορικά με το ότι γνωρίζουμε για τις διαφορές του γένους, οι άντρες και οι γυναίκες αντιδρούν διαφορετικά όσον αφορά τη στειρότητα τους.

Αν και η στειρότητα παραδοσιακά θεωρούταν γυναικείο πρόβλημα μέχρι τελικά να μείνει έγκυος , η ντροπή που σχετιζόταν με τη στειρότητα για τους άντρες ήταν πολύ μεγάλη, αφού η στειρότητα ήταν αιτία ανικανότητας . Μια συμμετέχουσα της οποίας ο σύζυγος είχε ιατρικά διαγνωσθεί σαν υπογόνιμος σχολιάζει: «όταν ρωτήσεις τον άντρα μου, θα σου πει πως δεν τρέχει τίποτα σοβαρό με αυτόν, δεν υπάρχει πρόβλημα.»

Σε ζευγάρια στα οποία η επικοινωνία έπαψε να υπάρχει αυτά είτε χώριζαν, είτε η στειρότητα παρέμενε για αυτά ένα πρόβλημα συνεχών συγκρούσεων.

Μαρτυρίες: « Ένας από τους λόγους που με κατηγορούσε ήταν επειδή ένιωθε ότι του "διοχέτευα" μεγάλη πίεση επειδή όλα όσα ήθελα ήταν ένα παιδί. Αυτά είπε στην οικογένεια του . Μου το είπε η αδερφή του.»

« έστω και αν δεν το πίστευε ο πρώην μου και έστω και αν με πλήγωνε το ίδιο όπως και αυτόν, είναι ένας από τους λόγους που τον άφησα. Ήθελα να του δώσω την ευκαιρία να αποκτήσει παιδιά, γιατί τα αγαπούσε πάρα πολύ.»

«Προστατεύω τον σύζυγο μου. Θα μπορούσα να πάω και να πω στην οικογένειά του: " Με συγχωρείτε ,έχω παιδιά. Δεν έχω πρόβλημα, αυτός το έχει." Αλλά δεν θέλω να τον πληγώσω.»

Οικογένεια

Χωρίς εξαίρεση, όλες οι συμμετέχουσες μιλούσαν εκτεταμένα για το πώς τα μέλη της οικογένειας τις έχουν βοηθήσει και τις

έχουν επηρεάσει θετικά ή αρνητικά να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους. Όμως ακόμη και με συγγενείς που ήταν καλοπροαίρετοι και κατανοούσαν το πρόβλημα τους, δεν υπήρχε ειλικρινής συζήτηση σχετικά με το θέμα αυτό παρά μόνο μια σιωπηλή επικοινωνία.

Σε κάποιες περιπτώσεις οι οικογενειακές γιορτές όπως η γέννηση ενός παιδιού προκαλούσαν τις πιο ανέλπιστες αρνητικές αντιδράσεις από πλευράς των γυναικών και τις έφερναν σε πολύ δύσκολη θέση. Οι συμμετέχουσες συχνά προσπαθούσαν, έστω και φαινομενικά, να μην επηρεάζονται από τα όποια σχόλια των συγγενών σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όταν γίνονταν σχόλια χωρίς να περιέχουν την ευαισθησία που αρμόζει στο συγκεκριμένο πρόβλημα, οι συμμετέχουσες δεν τα αντιμετώπιζαν αλλά υπέφεραν σιωπηλά και απομονώνονταν από καταστάσεις και συμβάντα που δεν τις έκαναν να νιώθουν άνετα. Τα σχόλια των συγγενών βέβαια, δεν γίνονταν επειδή δεν αγαπούσαν ή ήθελαν να φέρουν σε δύσκολη θέση τη γυναίκα που δεν μπορούσε αν κάνει παιδιά, αλλά επειδή δεν είχαν εκπαιδευτεί κατάλληλα, δεν ήξεραν πώς να φερθούν απέναντι στο ήδη συγκεχυμένο πρόβλημα της ατεκνίας.

Μαρτυρίες: « Και όταν δεν καταφέρνεις να γίνεις μητέρα και ξεφεύγεις από το πρότυπο, εξοστρακίζεσαι από την οικογένεια σου και αυτό ίσως να είναι για μένα ο χειρότερος εχθρός, η οικογένεια μου. Υπάρχει τόση πολύ πίεση και τα σχόλια που κάνουν με πληγώνουν. Δεν είμαι σίγουρη αν αυτό γίνεται επειδή δεν καταλαβαίνουν ή επειδή νιώθουν πως με το να με φέρουν σε δύσκολη θέση θα νιώσω άσχημα και έτσι θα μπω επίμονα στη διαδικασία απόκτησης παιδιού»

« Να γιατί είμαι πραγματικά θυμωμένη ύστερα από το διαζύγιο, επειδή τον προστάτευα όλο αυτό τον καιρό και εκείνος ποτέ δεν μπήκε μπροστά να πει: "Έ, σταματήστε αν μας λέτε να κάνουμε παιδιά, όταν θελήσουμε να κάνουμε θα κάνουμε" ή "Είναι δικό μου λάθος". Ποτέ δεν είπε στην οικογένεια του ότι ήταν αυτός, αλλά τους άφησε να νομίζουν ότι έφταιγα εγώ.»

Φίλοι

Ανεξάρτητα από την εμπιστοσύνη και την οικειότητα στη φιλία, κάποιες γυναίκες στράφηκαν σε φίλες παρά στο σύντροφο ή την οικογένεια μιας και ήταν πολύ δύσκολο να επικοινωνήσουν με τους αγαπημένους τους . Όλες οι συμμετέχουσες ανεξάρτητα από πόσο κοντά είναι με τις φίλες τους, ένιωθαν ότι όταν εκείνες έμεναν έγκυος χωρίς να προσπαθήσουν αρκετά και αποκτούσαν μωρό μπαίνοντας έτσι « στον κόσμο των γονιών», οι σχέσεις τους με αυτές αναπόφευκτα άλλαζαν ραγδαία από τη στιγμή που ο κόσμος των μεν, αυτών με παιδιά, και ο κόσμος των δε, αυτών χωρίς παιδιά, άλλαζε ριζικά.

Πολλές από τις γυναίκες αυτές ποτέ δεν είχαν πει κάτι στους πολύ κοντινούς τους φίλους γι' αυτό το τόσο κρυφό και μπερδεμένο μυστικό, αντιθέτως προτιμούσαν να υποφέρουν σιωπηλά παρά να τύχουν έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης.

Συναδέλφοι

Το να δείξουν εμπιστοσύνη στους συναδέλφους ήταν επίσης μια απόφαση προσωπική. Όμως , οι εργαζόμενες γυναίκες που έμπαιναν στη διαδικασία να υποστούν σοβαρές ιατρικές παρεμβάσεις και θεραπείες , ήταν δύσκολο να κρύψουν αυτή τη δύσκολη και απαιτητική υπόθεση. Όταν οι συναδέλφοι τις ρωτούσαν τι συμβαίνει , εκείνες ένιωθαν πως η συμπεριφορά τους, μέσω της απάντησης τους, μπορεί να χαρακτηριστεί αρνητική, αφού μην ξεχνάμε τη συναισθηματική τους φόρτιση και την προσπάθεια να κρατήσουν μυστικό κάτι που δεν είναι και τόσο εύκολο να κρατηθεί. Έτσι φοβόντουσαν μήπως με την αρνητική συμπεριφορά τους διακινδυνεύσουν τη δουλειά τους και αυτό με τη σειρά του θα μπορούσε να βάλει σε κίνδυνο την ασφάλεια των δικαιωμάτων τους . Επομένως οι περισσότερες συμμετέχουσες εκμυστηρεύονταν το μυστικό τους στους πολύ κοντινούς συναδέλφους και στους υπόλοιπους το αποκάλυπταν όταν αυτό ήταν δύσκολο πλέον να κρυφτεί.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ
ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ**

ΑΝΩΝΥΜΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΑΝΑΛΥΣΗΣ

ΤΩΝ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

ΤΩΝ

ΥΠΟΓΟΝΙΜΩΝ ΖΕΥΓΑΡΙΩΝ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΣΗΜΕΡΑ

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα

Ομάδα σπουδαστών ΑΤΕΙ της Πάτρας

Μάιος 2005

A. Δημογραφικά στοιχεία ερωτώμενων

- | | |
|---|--|
| 1. Φύλο | 24. 10.001 – 15.000 Ευρώ |
| 1. Άνδρας | 25. 15.001 – 50.000 Ευρώ |
| 2. Γυναίκα | 26. > 50.000 Ευρώ |
| 2. Ηλικία | 8. Επάγγελμα |
| 3. < 20 ετών | 27. Υπάλληλος Γραφείου |
| 4. 20 – 25 ετών | 28. Εργάτης |
| 5. 26 – 30 ετών | 29. Αγρότης |
| 6. 31 – 35 ετών | 30. Άνεργος |
| 7. 36 – 40 ετών | 31. Οικιακά |
| 8. 41 – 45 ετών | 32. Πωλητής |
| 9. 46 – 50 ετών | 33. Επαγγελματίας Υγείας |
| 10. > 50 ετών | 34. Νομικός |
| 3. Τόπος κατοικίας | 35. Άλλο |
| 11. Αστική | (Προσδιορίστε)..... |
| 12. Ημιαστική | 9. Έχετε αποκτήσει δικό σας παιδί; |
| 13. Αγροτική | <input type="checkbox"/> Ναι |
| 4. Εθνικότητα | <input type="checkbox"/> Όχι |
| 14. Ελληνική | 10. Έχετε υιοθετήσει κάποιο/α παιδί/ά; |
| 15. Άλλο..... | <input type="checkbox"/> Ναι |
| 5. Μορφωτικό επίπεδο | <input type="checkbox"/> Όχι |
| 16. Αναλφάβητος | 11. Πόσος χρόνος έχει περάσει από την |
| 17. Δημοτικό | διάγνωση της υπογονιμότητας; |
| 18. Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> 0 -12 μήνες |
| 19. Λύκειο | <input type="checkbox"/> 1-5 έτη |
| 20. Ανώτερη | <input type="checkbox"/> 6 -10 έτη |
| 21. Ανώτατη | <input type="checkbox"/> 10-15 έτη |
| 22. Μεταπτυχιακός Τίτλος | <input type="checkbox"/> > 15 έτη |
| 6. Οικογενειακή κατάσταση | 12. Κύρια αιτία υπογονιμότητας; |
| <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η | <input type="checkbox"/> Δεν έχει διαγνωσθεί |
| <input type="checkbox"/> Άγαμος/η | <input type="checkbox"/> Και οι δύο |
| <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η | <input type="checkbox"/> Ο σύζυγος |
| 7. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα | <input type="checkbox"/> Η σύζυγος |
| 23. 5.001 – 10.000 Ευρώ | |

B. Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

13. Ελπίζετε ακόμη σε μία εγκυμοσύνη φυσιολογική ή υποβοηθούμενη;
36. Καθόλου
37. Πολύ λίγο
38. Λίγο
39. Πολύ
40. Πάρα πολύ
41. Δεν ξέρω / δεν απαντώ
14. **Με ποιο από τα παρακάτω συμφωνείτε; (Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)**
- Τα άτεκνα ζευγάρια:
42. Έχουν περισσότερη ελευθερία να κανονίζουν το πρόγραμμά τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά(π.χ. διασκέδαση, ταξίδια κλπ)
43. Έχουν καλύτερη σχέση με τον/την σύζυγό τους από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
44. Έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
45. Έχουν περισσότερα χρήματα από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
46. Έχουν λιγότερη σωματική κούραση από ότι τα ζευγάρια με παιδιά
47. Έχουν περισσότερες επαγγελματικές ευκαιρίες / δυνατότητες.
48. Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
15. **Αισθάνεστε πως το γεγονός ότι δεν έχετε παιδί/α σας έχει καταβάλλει ψυχολογικά;**
- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ

- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ
- 16. Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή σας;**
- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ
- 17. Πιστεύετε ότι η υπογονιμότητα, έχει επηρεάσει αρνητικά τις σεξουαλικές σχέσεις σας;**
- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ
- 18. Πόσο ένοχος/ένοχη αισθάνεστε για την υπογονιμότητα του ζευγαριού;**
- 49. Πάρα πολύ
- 50. Πολύ
- 51. Λίγο
- 52. Πολύ λίγο
- 53. Καθόλου
- 54. Δεν ξέρω / δεν απαντώ
- 19. Πιστεύετε πως η υπογονιμότητα βιώνεται πιο έντονα από τη γυναίκα;**
- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ
- 20. Τι συναισθήματα σας προκαλεί η υπογονιμότητα;**
(Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)
- 55. Ντροπή
- 56. Λύπη
- 57. Θυμό
- 58. Ανασφάλεια
- 59. Απελπισία
- 60. Κατάθλιψη
- 61. Άγχος
- 62. Μοναξιά
- 63. Ζήλεια
- 64. Απόρριψη
- 65. Αποτυχία
- 66. Φόβο
- 67. Άλλο.....
-
- 68. Δεν ξέρω / δεν απαντώ

**21. Με ποιους τρόπους αντιμετωπίζετε, το γεγονός της υπογονιμότητας στη ζωή σας;
(Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)**

- Ζητάω από τον Θεό να με βοηθήσει
- Προσπαθώ να μην σκέφτομαι το πρόβλημα
- Προσπαθώ να αισθανθώ καλύτερα τρώγοντας
- Ζητώ συμβουλές από επαγγελματίες
- Αρνούμαι να το παραδεχτώ
- Αποδέχομαι το πρόβλημα αν αυτό είναι αναπόφευκτο
- Αναλύω την κατάσταση για να την καταλάβω καλύτερα
- Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα
- Αντιμετωπίζω το πρόβλημα κατά μέτωπο
- Καπνίζω ή παίρνω φάρμακα για να ηρεμήσω το άγχος μου
- Κρατάω για μένα τα συναισθήματά μου
- Στρέφομαι προς άλλες δραστηριότητες για να διασκεδάσω
- Ψάχνω την συμπάθεια και την ενθάρρυνση των άλλων
- Αστειεύομαι με την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι
- Απομακρύνομαι από τους άλλους
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

22. Πιστεύετε πως η συνεργασία σας με έναν ειδικό επιστήμονα, θα ήταν βοηθητική για την ψυχολογική σας κατάσταση;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

23. Αν ναι, θεωρείτε ότι έχετε ανάγκη για υποστήριξη από τους παρακάτω ειδικούς;

- Ιατρός
- Ψυχολόγος
- Νοσηλεύτης
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Νομικός
- Οικονομολόγος
- Άλλος
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

24. Πιστεύετε πως ο/η σύντροφός σας κατανοεί το μέγεθος του προβλήματός σας όσο εσείς;

- 69. Καθόλου
- 70. Πολύ λίγο
- 71. Λίγο
- 72. Πολύ
- 73. Πάρα πολύ
- 74. Δεν ξέρω / δεν απαντώ

25. Πιστεύετε ότι το γεγονός της υπογονιμότητας, επηρέασε τις σχέσεις σας με τον/την σύντροφό σας;

- Καθόλου
- Πολύ αρνητικά
- Λίγο αρνητικά
- Λίγο θετικά
- Πολύ θετικά
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

26. Πως έχετε προσπαθήσει να αναπληρώσετε την έλλειψη παιδιών από τη ζωή σας;

(Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)

- Επένδυσά περισσότερο στο επάγγελμά μου
- Επένδυσά περισσότερο στη σχέση μου, με τον/την σύζυγό μου
- Επένδυσά περισσότερο σε φίλους
- Ασχολήθηκα περισσότερο με την εικόνα του εαυτού μου
- Άλλο
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

27. Το στενό συγγενικό σας περιβάλλον, αναφέρει συχνά – εμμένει στην απόκτηση ενός παιδιού από εσάς;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

28. Θεωρείτε πως το ότι δεν έχετε παιδιά, έχει περιορίσει τις κοινωνικές σας επαφές – συναναστροφές με ζευγάρια που έχουν παιδιά;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

29. Πως πιστεύετε πως σας βλέπουν οι γύρω σας (συγγενείς, φίλοι). (Επιλέξτε μόνο ένα που σας εκφράζει περισσότερο)

- Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να βιώσει ευτυχισμένες στιγμές
- Σαν ένα φυσιολογικό ζευγάρι
- Σαν ζευγάρι κι όχι σαν οικογένεια
- Σαν ένα ζευγάρι με βιολογικές μειονεξίες
- Σαν ένα ζευγάρι που μισεί τα παιδιά
- Σαν ένα ζευγάρι που δεν κατανοεί αυτούς που έχουν παιδιά
- Σαν ένα ζευγάρι που δεν μπορεί να φερθεί σωστά σε παιδιά
- Άλλο.....
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

30. Με ποιόν από τους παρακάτω συζητάτε το γεγονός της υπογονιμότητας;

- Φίλους
- Συγγενείς
- Συναδέλφους
- Ιατρούς
- Ειδικούς επιστήμονες (ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς)
- Εξομολόγους / πνευματικούς
- Άλλο.....
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

31. Ποιός πιστεύετε πως θα έπρεπε να είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των άτεκνων ζευγαριών

- Ψυχολογική υποστήριξη στο ζευγάρι
- Παρέμβαση στην κοινότητα για την καταπολέμηση των κοινωνικών ταμπού
- Υποστήριξη / διεκπεραίωση της επιλογής της υιοθεσίας
- Βελτίωση των σχέσεων του ζευγαριού
- Συμβουλευτική
- Δεν πιστεύω πως ο Κ.Λ. θα μπορούσε να με βοηθήσει
- Άλλο.....
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

32. Πιστεύετε πως η οργανωμένη παρέμβαση στην κοινωνία μέσω ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού, θα εξάλειφε τα κοινωνικά προβλήματα στο θέμα της ατεκνίας;

- Καθόλου
- Πολύ λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα πολύ
- Δεν ξέρω / δεν απαντώ

ΦΥΛΛΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

