



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Διευθυντής: Καθηγητής ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ
Διευθυντής: Καθηγητής ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΑΜΒΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ»

Διευθυντής ΠΜΣ: Καθηγητής ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην υπογονιμότητα>>

ΚΟΚΚΟΡΑ ΣΟΦΙΑ
ΜΑΙΑ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΛΑΡΙΣΑ
Οκτώβριος 2018

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής:

**1^{ος} Εξεταστής
(Επιβλέπων)**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΣ
Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας

2^{ος} Εξεταστής

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΝΩΤΗΣ
Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

3^{ος} Εξεταστής

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΜΕΣΣΗΝΗ
Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας

Ευχαριστώ τον Καθηγητή κ. Νταφόπουλο Κωνσταντίνο, για τη καθοδήγηση και τις συμβουλές του κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής, καθώς και σε όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Κόκκορα Σοφία

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Γεννήθηκε το 1994 στη Λάρισα. Το 2012 αποφοίτησε το από το Γενικό Λύκειο Τυρνάβου. Το 2016 αποφοίτησε από το Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΤΕΙ Δυτικής Μακεδονίας. Από το 2016 έως σήμερα εργάζεται ως Μαία στη Μαιευτική Κλινική του Νοσοκομείου ΙΑΣΩ Θεσσαλίας.

«ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ»

ΚΟΚΚΟΡΑ ΣΟΦΙΑ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, 2018

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ Ι. ΔΑΠΟΝΤΕ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Επιβλέπων:** **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΣ**
Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας
- Σύμβουλος :** **ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΠΟΝΩΤΗΣ**
Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Μέλος :** **ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΜΕΣΣΗΝΗ**
Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας

Περίληψη

Η εργασία αυτή παραθέτει και συνοψίζει μελέτες που ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της υπογονιμότητας (και της διαδικασίας θεραπείας αυτής) στη ψυχοκοινωνική και ιδίως σεξουαλική υγεία γυναικών, ανδρών και ζευγαριών με υπογονιμότητα, καθώς και τον τρόπο που επιδρά η κοινωνία στην προσπάθεια τους για την δημιουργία ενός παιδιού. Γίνεται προσπάθεια να αναδειχθούν οι συσχετισμοί και αλληλεπιδράσεις των παραγόντων αυτών στην ποιότητα ζωής του υπογόνιμου ζευγαριού, με σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τα ίδια τα ζευγάρια.

Summary

This work lists and summarizes studies on the implications of infertility (and its treatment process) on the psychosocial and especially sexual health of women, men and couples with infertility, as well as how society impacts their efforts to create a child. An attempt is made to highlight the correlations and interactions of these factors to the quality of life of the infertile couple, in order to be effectively addressed by health professionals and the couples themselves.

Πίνακας Περιεχομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
1.1 ΓΕΝΙΚΑ	12
1.2 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	13
1.3 Ο ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ	16
2.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	16
2.2 ΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ	23
3.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ	28
4.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΥΠΟΓΟΝΙΜΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	34
Βιβλιογραφία	36

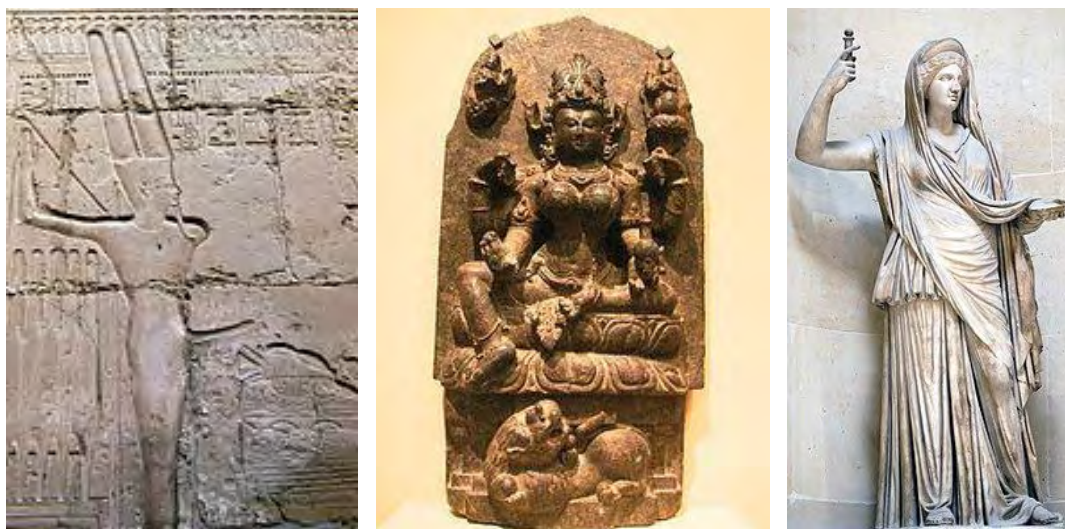
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η αναπαραγωγική επιθυμία καθώς και η δημιουργία μιας οικογένειας αποτελεί μια φυσική ανάγκη και έναν από τους σημαντικότερους πυλώνες της ζωής των ανθρώπων, έτσι ο άνθρωπος υπόκειται σε συναισθηματικές, κοινωνικές και οικογενειακές δοκιμασίες που μπορεί να συμβάλλουν στην αποτυχία μιας εγκυμοσύνης. Σε πολλές κοινωνίες σε όλο τον κόσμο, η αποτυχία εγκυμοσύνης και η αδυναμία απόκτησης παιδιού συχνά προκαλούν έντονο στιγματισμό, οδηγώντας έτσι τα υπογόνιμα ζευγάρια σε κοινωνικά προβλήματα.

Από την αρχαία Αίγυπτο και τους Αζτέκους, μέχρι τη θεά Παρβάτι των Ινδών, την Ήρα των Αρχαίων Ελλήνων και τη Κέλτικη θεότητα Μπρίγκιτ, η προσήλωση στη θρησκευτική πίστη και στη δύναμη της πίστης σε πνεύματα και θεούς ως θεραπεία της στειρότητας εμφανίζεται σε όλους σχεδόν τους πολιτισμούς.

Η σημασία της πίστης εξακολουθεί να είναι ένα ισχυρό καταφύγιο για πολλά υπογόνιμα ζευγάρια, ακόμη και σήμερα.



Εικόνα 1. Θεότητες σχετιζόμενες με γονιμότητα: Min (Αρχαία Αίγυπτος), Parvati (Ινδία), Ήρα (Αρχαία Ελλάδα). Πηγή: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_fertility_deities

Ωστόσο η υπογονιμότητα σπάνια αναγνωριζόταν ως σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας ακόμα και σε αναπτυσσόμενες χώρες, ως αποτέλεσμα λίγες κοινωνίες έχουν ενσωματώσει τη διάγνωση και τη θεραπεία της στα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού τους. Η θεραπεία και η πρόληψη της υπογονιμότητας που παρέχεται από το κράτος είναι μειωμένη και αποτελεί μείζον θέμα για την κοινωνία.

1.2 ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Ως υπογονιμότητα ορίζεται η ακούσια αδυναμία ενός ζευγαριού να επιτύχει σύλληψη μετά από τουλάχιστον ένα έτος τακτικών σεξουαλικών επαφών χωρίς αντισύλληψη. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η υπογονιμότητα αποτελεί πάθηση, η οποία χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης.

Πρωτοπαθής υπογονιμότητα χαρακτηρίζεται η αδυναμία ενός άτεκνου ζευγαριού να κάνει παιδιά για πρώτη φορά, ενώ ζευγάρια που έχουν ήδη συλλάβει στο παρελθόν και έχουν τεκνοποιήσει ή έχουν κάνει άμβλωση και αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στο να επιτύχουν επόμενη κύηση, θεωρείται ότι έχουν δευτεροπαθή υπογονιμότητα [1].

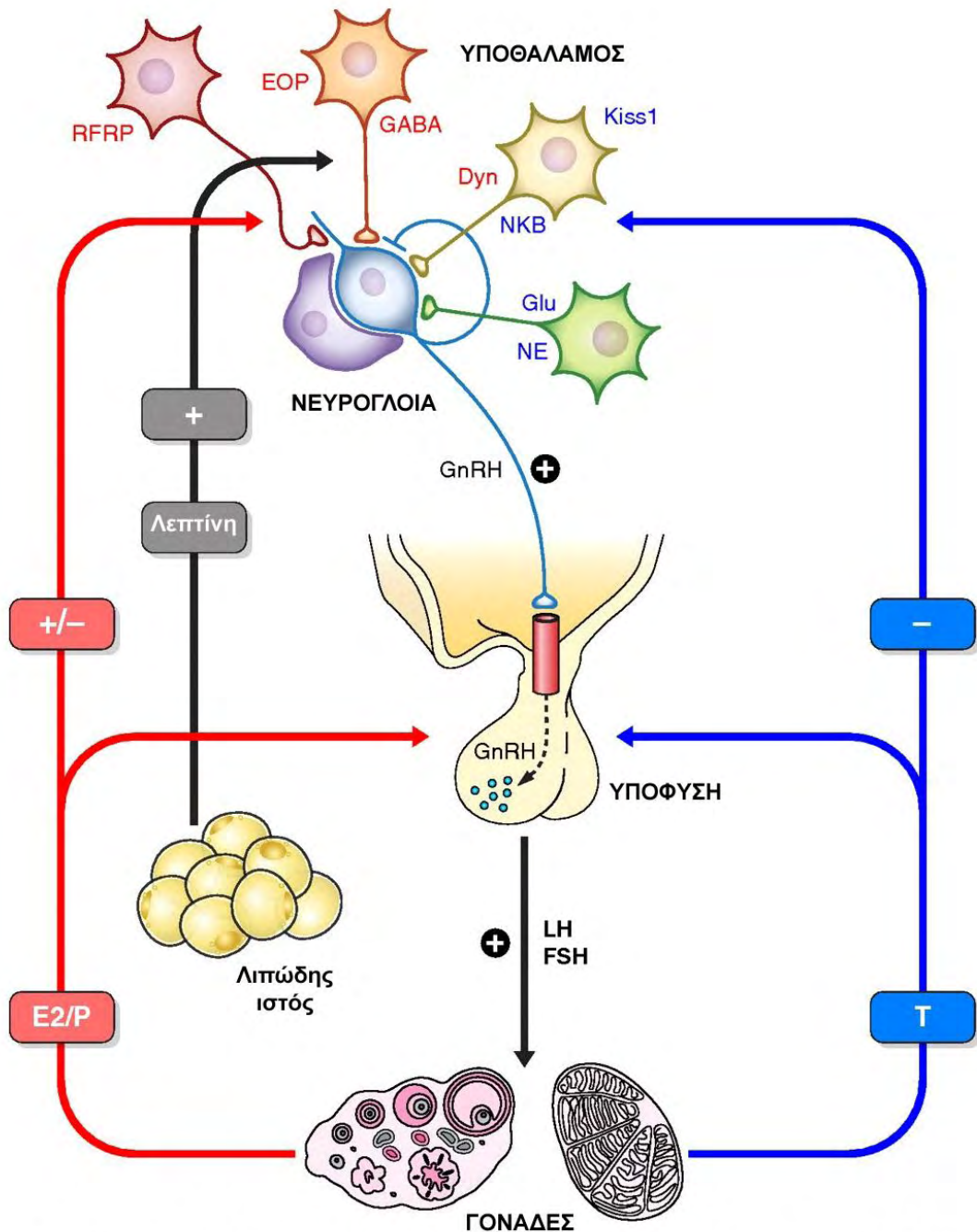
1.3 Ο ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζει τη γονιμότητα των ζευγαριών είναι το ψυχολογικός στρες, που στις μέρες μας έχει την τάση να αυξάνεται. Όταν τα ζευγάρια βρίσκονται σε καταστάσεις σωματικού ή ψυχολογικού στρες γίνεται ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-φλοιού και μυελού των επινεφριδίων και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση της εκλυτικής ορμόνης της κορτικοτροπίνης (CRH) από τον υποθάλαμο, έπειτα την έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) από την υπόφυση και τελικά την παραγωγή κατεχολαμινών (αδρεναλίνης, νοραδρεναλίνης, ντοπαμίνης) από τον μυελό των επινεφριδίων και κορτικοστεροειδών από τον φλοιό των επινεφριδίων (ως αντίδραση στον ερεθισμό του υποθαλάμου). Η έκκριση των κορτικοστεροειδών απαιτεί μεγαλύτερης έντασης ερεθίσματα ή την έκθεση σε χρόνια στρες, ο έλεγχος της έκκρισης των κορτικοειδών γίνεται από την ACTH του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης με εάν ρυθμιστικό μηχανισμό αρνητικής αντίδρασης, καθώς και η ACTH βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο της CRH του υποθαλάμου με τον αντίστοιχο μηχανισμό αρνητικής αντίδρασης [1].

Μέσα από τον μηχανισμό αρνητικής αντίδρασης τα αυξανόμενα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα αναστέλλουν την παραγωγή ACTH και CRH. Σε περιπτώσεις έντονου ή χρόνιου στρες ο μηχανισμός αρνητικής αντίδρασης της κορτιζόλης δεν μπορεί να ενεργοποιηθεί όπως ήταν αναμενόμενο, με σκοπό την μείωση της ACTH και

CRH. Η μη ενεργοποίηση αυτού του αρνητικού μηχανισμού οφείλεται στο γεγονός ότι σε καταστάσεις στρες αυξάνεται η ευαισθησία των επινεφριδιακών κυττάρων στην ACTH και μειώνεται η ευαισθησία των κυττάρων της υπόφυσης (απευαισθητοποίηση) στα γλυκοκορτικοειδή. Η ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων ασκεί ανασταλτική δράση στην λειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθηκών.

Επιπλέον μέσω της CRH αναστέλλεται η απελευθέρωση της GnRH από τον υποθάλαμο, ενώ οι κατεχολαμίνες (ντοπαμίνη) και τα οπιοειδή του εγκεφάλου ασκούν κατασταλτική δράση στην έκκριση της GnRH. Τα γλυκοκορτικοειδή αναστέλλουν την έκκριση των γοναδοτροφινών LH και FSH από την υπόφυση, την παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες καθώς και την παραγωγή προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης- επινεφρίδια έχει ανασταλτική δράση στον αντίστοιχο άξονα των ωοθηκών, που έχει ως αποτέλεσμα την ‘υποθαλαμική’ αμηνόρροια του στρες που παρατηρείται σε περιπτώσεις έντονου άγχους, κατάθλιψης, διατροφικών διαταραχών, έντονης φυσικής δραστηριότητας και υπογοναδισμού στην περίπτωση του συνδρόμου Cushing. [1]



T = τεστοστερόνη, E2 = οιστραδιόλη, P = προγεστερόνη, Glu = γλουταμινικό, GABA = γ-αμινο-βουτυρικό οξύ, EOP = ενδογενή οπιοειδή πεπτιδία, NE = norepinephrine, NKB = νευροκίνη-B, Dyn = δυνορφίνη (dynorphin), KISS1 = νευρώνες που παράγουν κισπεπτίνη (kisspeptin), RFRP = RF σχετιζόμενα αμινοπεπτιδία (RF-related peptides), RFamide peptides = νευροπεπτιδία που χαρακτηρίζονται από ένα κοινό καρβόξυ-τελικό άκρο (COOH) αργινίνης και ένα άμινο-τελικό άκρο (NH₂) φαινυλαλανίνης.
 Σημειώστε ότι οι κυρίαρχοι ανασταλτικοί μεταβιβαστές απεικονίζονται με κόκκινο χρώμα, ενώ οι διεγερτικοί επισημαίνονται με μπλε.

Εικόνα 2 Άξονας υποθάλαμος, υπόφυση, γονάδες

Πηγή: <https://endocrine.gr/index.php/adenes/endokrineis-adenes/ypofisi/aksonas>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

2.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η υπογονιμότητα που προέρχεται από την γυναίκα δημιουργεί το αίσθημα ενοχής και επηρεάζει την σεξουαλική της λειτουργία, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα για τη σωματική και οικογενειακή υγεία, έτσι η σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί να μειώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ζευγαριών. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε σε κάποιες μελέτες που αποδεικνύουν πόσο επηρεάζεται η ζωή καθώς και η σεξουαλική λειτουργία των υπογόνιμων γυναικών.

Η εγκυμοσύνη και η μητρότητα είναι όροι που συχνά συγχέονται και μάλιστα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, όμως είναι δύο ξεχωριστές πραγματικότητες, με διαφορετικές και όχι πάντα ίδιες ψυχολογικές εμπειρίες. Η εγκυμοσύνη αλλάζει την προσωπική και κοινωνική ζωή μιας γυναίκας, η οποία περνά διάφορες διαδικασίες μέχρι να προσαρμοστεί σε μια νέα κατάσταση ή και ρόλο. Ωστόσο στο χρονικό διάστημα που μια γυναίκα προσπαθεί να τεκνοποιήσει, και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει όλες τις αλλαγές και τα σημαντικά γεγονότα απαιτεί μια πρόσθετη προσπάθεια τόσο σωματική όσο και ψυχολογική, η οποία δεν είναι πάντοτε εύκολη και διαχειρίσιμη, προκειμένου να αποφευχθούν ανισορροπίες και συναισθηματικές διαταραχές [2].

Μελέτη [3] που έγινε στο νοσοκομείο Al-Zahra το 2013-2014 σύγκρινε τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε γυναίκες με υπογονιμότητα και χωρίς. Σε αυτή τη μελέτη εισηχθησαν 149 γόνιμες και 147 υπογόνιμες γυναίκες μεταξύ 17-50 ετών, όλες οι γυναίκες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο του δείκτη γυναικείων σεξουαλικών λειτουργιών (FSFI). Επιπλέον, οι γόνιμες γυναίκες έπρεπε να έχουν ιστορικό τουλάχιστον μιας κύησης και οι υπογόνιμες γυναίκες έπρεπε να έχουν πρωτογενή ή δευτερογενή υπογονιμότητα, και να μην έχουν ιστορικό κακοήθειας, ιστορικό χορήγησης φαρμάκων που προκαλούν σεξουαλικές δυσλειτουργίες όπως: αντιψυχωσικά, βενζοδιαζεπίνες, SSRIS και άλλα φάρμακα, καθώς ένα ιστορικό σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων όπως η κατάθλιψη, η κολπίτιδα και άλλες λοιμώξεις.

Το ερωτηματολόγιο του FSFI χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της σεξουαλικής στειρότητας διαφόρων περιπτώσεων. Το ερωτηματολόγιο του FSFI

περιλαμβάνει την επιθυμία για σεξ, σεξουαλική διέγερση, σεξουαλική ευχαρίστηση, κολπικά υγρά, σεξουαλική ικανοποίηση και τον πόνο. Οι περισσότερες γυναίκες που αναφέρονται στο νοσοκομείο Al-Zahra παντρεύτηκαν για 6-10 χρόνια (35,5%). Η μέση ηλικία ήταν $31,66 \pm 6,8$ ετών και η μέση διάρκεια γάμου ήταν $9,55 \pm 6,07$ χρόνια. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ δύο ομάδων σε δημογραφικά στοιχεία εκτός από την ηλικία ($p = 0.001$) και τη διάρκεια γάμου ($p = 0.008$).

Οι διαταραχές στην επιθυμία των γόνιμων έχουν αναφερθεί ως 54,4% και των υπογόνιμων γυναικών ως 69,8% ($p = 0,006$), ενώ η διαταραχή στην διέγερση σε γόνιμες γυναίκες ήταν 47,6% και σε υπογόνιμες 63,8% ($p = 0,005$). Οι διαταραχή του οργασμού σε γόνιμες γυναίκες ήταν 13,6% και σε υπογόνιμες 23,5% ($p = 0,03$).

Αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ επιθυμίας ($3,93 \pm 0,94$ έναντι $3,62 \pm 0,91$, $p = 0,004$), διέγερση ($4,12 \pm 0,90$ vs. $3,71 \pm 1,06$, $p = 0,001$), ικανοποίηση ($4,99 \pm 0,87$ έναντι $4,74 \pm 1,00$, $p = 0,022$) και ολική σεξουαλική δυσλειτουργία ($26,33 \pm 3,82$ έναντι $34,40 \pm 25,13$ $p = 0,011$) σε υπογόνιμες και γόνιμες γυναίκες, όμως σε λίπανση $p = 0.266$), οργασμός ($p = 0.61$) και πόνος ($p = 0.793$) δεν ήταν σημαντική διαφορά.

Η αξιολόγηση του οικογενειακού ιστορικού έδειξε ότι η επικράτηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών εμφανίζεται με την αύξηση της διάρκειας του γάμου. Το ποσοστό των σεξουαλικών δυσλειτουργιών ήταν 3 φορές υψηλότερο από τα ζευγάρια που παντρεύτηκαν για 6-10 χρόνια συγκριτικά με τα ζευγάρια που παντρεύτηκαν για λιγότερο από 5 χρόνια, επίσης σε ζευγάρια που παντρεύτηκαν για περισσότερο από 10 χρόνια, ο επιπολασμός ήταν 12 [3].

Συμπερασματικά προκύπτει ότι η υπογονιμότητα έχει διαφορετικές επιπτώσεις στις διάφορες διαστάσεις της ζωής των γυναικών, όπως η σεξουαλική σχέση. Η σεξουαλική ικανοποίηση επηρεάζεται κυρίως από την υπογονιμότητα, από πολλές ψυχολογικές διαταραχές και συζυγικές διαφωνίες. Οι σεξουαλικές συμπεριφορές είναι σύνθετες και διαφορετικές με βάση τις ατομικές αλληλεπιδράσεις με τους άλλους και την κατάσταση της ζωής των ζευγαριών. Αυτή η συμπεριφορά έχει στενή σχέση με τη βιολογική δομή, την αυτοεκτίμηση, τις εμπειρίες και τις ατομικές αλλαγές σχετικά με τα σεξουαλικά ζητήματα. Στην μελέτη αυτή αξιολογήθηκε η σύγκριση μεταξύ των σεξουαλικών μοτίβων και των σεξουαλικών δυσλειτουργιών σε δύο ομάδες γυναικών με και χωρίς υπογονιμότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ δύο ομάδων μερικής και ολικής σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Παράγοντες όπως η ηλικία και η διάρκεια του γάμου θεωρούνται ως οι κύριες αιτίες των

σεξουαλικών ενοχλήσεων σε υπογόνιμες γυναίκες. Οι πιο συχνές περιπτώσεις ήταν η έλλειψη επιθυμίας, διέγερσης και οργασμού. Οι επιθυμίες και οι διαταραχές της διέγερσης συγκαταλέγονται στις πιο συχνές αιτίες στην κλινική πρακτική, διότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ αυτών [3].

2.2 ΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η υπογονιμότητα επηρεάζει περίπου 6,7 εκατομμύρια γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τα υπογόνιμα ζευγάρια έχουν σημαντικά μεγαλύτερο άγχος και κατάθλιψη. Αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι σχεδόν το 40% των ζευγαριών που υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξακολουθεί να μην μπορεί να συλλάβει, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει διαρκώς την ποιότητα ζωής, τη συζυγική και τη σεξουαλική σχέση του ζευγαριού [4]

Σχετική μελέτη αναφέρεται στην ανάλυση υπογόνιμων γυναικών που αναζητούν θεραπεία σε ακαδημαϊκές ή ιδιωτικές κλινικές υπογονιμότητας. Συγκεντρώθηκαν βασικές δημογραφικές πληροφορίες. Οι ερωτηθέντες υπογόνιμες γυναίκες απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με τις σεξουαλικές επιπτώσεις και την αντίληψη της αιτιολογίας της υπογονιμότητας. Συνολικά, 809 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, από τις οποίες 437 (54%) συμφώνησαν να συμμετάσχουν και 382 ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή. Η πλειονότητα της υπογονιμότητας ήταν μόνο γυναικείος παράγοντας (58,8%), ενώ το 30,4% της υπογονιμότητας ήταν ένας συνδυασμός ανδρών και γυναικών, το 7,3% ήταν μόνο ο ανδρικός παράγοντας και το 3,5% ήταν ανεξήγητη υπογονιμότητα. Μετά από διμερείς και πολυπαραγοντικές αναλύσεις, οι γυναίκες που αντιλαμβάνονταν ότι είχαν παράγοντα υπογονιμότητας ανέφεραν μεγαλύτερη σεξουαλική επίπτωση σε σύγκριση με τις γυναίκες με ανδρικό παράγοντα υπογονιμότητας ($P = \frac{1}{4} .01$). Οι ερωτηθέντες γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών εμφάνισαν αξιοσημείωτα υψηλότερες σεξουαλικές επιπτώσεις από τις γυναίκες άνω των 40 ετών ($P < .01$). Μετά την αξιολόγηση των γυναικών με πρωτογενή και δευτεροβάθμια υπογονιμότητα προέκυψε ότι οι γυναίκες με πρωτογενή υπογονιμότητα συνολικά ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες σεξουαλικών επιπτώσεων.

Η νεαρή ηλικία των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπείες υπογονιμότητας συσχετίστηκε με αυξημένο σεξουαλικό αντίκτυπο και συνεπώς σε υψηλότερο κίνδυνο σεξουαλικής δυσλειτουργίας [4] .

Τα ζευγάρια με υπογονιμότητα έχουν σημαντικά μεγαλύτερη ανησυχία, κατάθλιψη και άγχος. Μερικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η υπογονιμότητα θα μπορούσε να συμβάλει στην οικογενειακή αναταραχή και το διαζύγιο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σχεδόν το 40% των ζευγαριών που υποβάλλονται σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής εξακολουθεί να μην μπορεί να συλλάβει, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει συνεχώς την ποιότητα ζωής, αλλά και τη σχέση των ζευγαριών που υποβάλλονται σε θεραπεία υπογονιμότητας που σαφώς είναι πολύπλοκη, αντίθετα μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι η υπογονιμότητα μπορεί να ενισχύσει τη σχέση τους.

Μέχρι σήμερα, δεν έχουν γίνει μελέτες που να αναλύουν την σεξουαλική επίδραση της υπογονιμότητας, σε σχέση με τα δημογραφικά ή κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της αιτιολογίας της υπογονιμότητας. Αυτή η μελέτη εξέτασε τις σεξουαλική επίπτωση της υπογονιμότητας των γυναικών έναντι των ανδρών. Ο απώτερος στόχος αυτής της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός των ασθενών για τους οποίους η υπογονιμότητα μπορεί να έχει μεγαλύτερο σεξουαλικό αντίκτυπο και συνεπώς μπορεί να δικαιολογήσει περαιτέρω εξέταση για σεξουαλική δυσλειτουργία. Η υπόθεση της μελέτης ήταν ότι η υπογονιμότητα θα είχε το μεγαλύτερο σεξουαλικό αντίκτυπο στα ζευγάρια που έχουν λιγότερες πιθανότητες η θεραπεία της γονιμότητας τους να έχει αποτελέσματα. Έτσι υποθέτουμε ότι υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, της ηλικίας, της διάρκειας της υπογονιμότητας και της ισότητας [4].

Τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα έπρεπε να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις όπως, η ηλικία, η διάρκεια και η αιτιολογία της υπογονιμότητας, επιπλέον, τη διάρκεια του γάμου και το προηγούμενο βιολογικό παιδί, επειδή αυτές έχουν δείχθει ότι επηρεάζουν τη σεξουαλική ζωή ευεξία. Αν και η πραγματική και η αντιληπτή αιτιολογία της υπογονιμότητας ήταν στατιστικά διαφορετική η μία από την άλλη, υποθέτουμε ότι η αντιληπτή αιτιολογία της υπογονιμότητας μπορεί να αντανακλά καλύτερα την ψυχοκοινωνική κατάσταση των συμμετεχόντων και επομένως, να είναι ένας καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της σεξουαλικής επίπτωσης. Υπάρχει περαιτέρω ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών με δευτεροπαθή και πρωτοπαθή υπογονιμότητα για να διερευνήσουμε το ρόλο που έχει ένα παιδί πριν την

υπογονιμότητα στη σεξουαλική ευημερία. Η στατιστική σημασία καθορίστηκε σε επίπεδο P μικρότερο από 0,05 [4].

Συνολικά, 809 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, εκ των οποίων 437 συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Συνολικά, 396 ολοκλήρωσαν τα ερωτηματολόγια βασικών ερωτημάτων για το ιατρικό και χειρουργικό ιστορικό, τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις προγενέστερες εγκυμοσύνες και την ψυχοκοινωνική κατάσταση κατά τη στιγμή της εγγραφής στη μελέτη και 382 ολοκλήρωσαν τα ερωτικά στοιχεία (47,2% του αρχικού πληθυσμού). Από τους ερωτηθέντες, 43,4% παντρεύτηκαν τουλάχιστον 5 χρόνια και το 23,2% παντρεύτηκαν όχι περισσότερο από 1 έτος. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (75,5%) ανέφεραν ότι δεν είχαν παιδιά. Περισσότερο από τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων (71,9%) είχαν τουλάχιστον βαθμό κολλεγίων. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν χριστιανοί (62,5%), αλλά πολλοί εντοπίστηκαν ως άθεοι ή αγνωστικοί (20,5%). Οι ερωτηθέντες υποβλήθηκαν σε διαφορετικές θεραπείες πριν από την είσοδο στη μελέτη, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων από το στόμα (65%), των ενέσιμων φαρμάκων γονιμότητας (25%) και της ενδομήτριας σπερματέγχυσης με το σπέρμα του συντρόφου (34%) ή το σπέρμα δωρητή (1,5%). Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν παρατηρηθεί από έναν αναπαραγωγικό ενδοκρινολόγο (92%) ή από έναν γυναικολόγο (75%). Οι περισσότεροι (58,8%) απέδωσαν την αιτία υπογονιμότητας μόνο σε γυναίκες, το 30,4% αποδόθηκε σε υπογονιμότητα που οφείλεται σε συνδυασμό ανδρικών και γυναικείων παραγόντων, το 7,3% αποδόθηκε σε υπογονιμότητα μόνο σε άνδρες και το 3,5% δεν ανέφερε την αιτιολογία. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τους άνδρες συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις γυναίκες, και αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες συνολικά είχαν σημαντικότερη επίδραση από τους άνδρες. Διεξήχθησαν μονομεταβλητές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση, ελέγχθηκε η ηλικία, η διάρκεια της υπογονιμότητας, τα προηγούμενα βιολογικά παιδιά και η διάγνωση της υπογονιμότητας [4].

Οι γυναίκες με μόνο αντιληπτό ανδρικό παράγοντα την υπογονιμότητα είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία σεξουαλικών επιπτώσεων, ενώ εκείνες με ανδρικό και γυναικείο παράγοντα, μόνο γυναικείο παράγοντα ή και ανεξήγητη υπογονιμότητα ανέφεραν υψηλότερες βαθμολογίες σεξουαλικών επιπτώσεων (μέσος όρος $\frac{1}{4}$ 21, 34, 32 και 32, αντίστοιχα, $P < .01$). Ηλικία παρέμεινε σημαντικός προγνωστικός δείκτης των επιπτώσεων στην ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών και οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών ανέφεραν υψηλότερες επιπτώσεις από εκείνες που ήταν άνω των 40 ετών.

Στο ενιαίο μοντέλο, οι γυναίκες με 6 έως 48 μήνες υπογονιμότητας ανέφεραν υψηλότερες σεξουαλικές επιδράσεις από εκείνες με λιγότερο από 6 μήνες υπογονιμότητας, ενώ στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι γυναίκες με 6 έως 48 μήνες υπογονιμότητας ανέφεραν χαμηλότερες βαθμολογίες κρούση.

Επίσης, σε αυτή τη μελέτη υπάρχουν διασταυρωμένα αποτελέσματα μεταξύ της πρωτογενής και δευτερογενής υπογονιμότητας. Και σε αυτή την πολυμεταβλητή ανάλυση, ελέγχθηκε η ηλικία, η διάρκεια της υπογονιμότητας, η διάρκεια του γάμου και η διάγνωση της υπογονιμότητας. Παρατηρήθηκε επίμονα υψηλότερες βαθμολογίες σεξουαλικών επιπτώσεων σε γυναίκες με γυναικείο παράγοντα υπογονιμότητας. Είναι ενδιαφέρον ότι η ηλικία έδειξε μια σχέση με τη σεξουαλική ζωή μόνο για ερωτώμενους με πρωτογενή υπογονιμότητα αλλά όχι για δευτερογενή υπογονιμότητα [4].

Το άγχος είναι γνωστός παράγοντα κινδύνου για τη σεξουαλική δυσλειτουργία των γυναικών και ως εκ τούτου έχει θεωρηθεί ότι τα άτομα που πήραν μέρος στη μελέτη ανέφεραν μεγαλύτερη σεξουαλική επίπτωση, με υψηλότερη δυσλειτουργία σε νεότερες γυναίκες και εκείνες που βρίσκονται πιο κοντά στην μεταβατική εμμηνόπαυση. Επιπλέον, η νεαρή ηλικία και η διάρκεια της υπογονιμότητας συνδέονται με υψηλότερες σεξουαλικές επιπτώσεις. Αξιοσημείωτο είναι ότι όταν τα αποτελέσματα έχουν διαχωρισθεί σε πρωτοπαθή και δευτερογενή υπογονιμότητα, η σχέση ηλικίας και σεξουαλικής επίπτωσης ήταν στατιστικά σημαντική μόνο σε γυναίκες με πρωτογενή υπογονιμότητα. Αυτό δείχνει ότι προηγούμενη εγκυμοσύνη μετριάζει το αντίκτυπο της ηλικίας στην σεξουαλική επίπτωση της υπογονιμότητας [4].

Γενικά, οι γυναίκες που αναζητούν θεραπεία για την υπογονιμότητα και πιστεύουν ότι είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για την υπογονιμότητα του ζευγαριού, έχουν σημαντικά υψηλότερο σεξουαλικό αντίκτυπο και κατά συνέπεια είναι δυνητικά σε υψηλότερο κίνδυνο σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εξετάζουν ενδελεχώς τις υπογόνιμες γυναίκες για σεξουαλική δυσλειτουργία, με ιδιαίτερη έμφαση σε εκείνες που μπορεί να είναι υψηλότερου κινδύνου και να προσφέρουν κατάλληλη θεραπεία ή βοήθεια να αντιμετωπίσουν αυτές τις ανησυχίες για τη γενική ευημερία τους και την υποστήριξη τη σχέση τους.

Οι πάροχοι υγείας θα πρέπει επίσης να εξετάσουν το ρόλο που παίζει η νεαρή ηλικία μιας γυναίκας στη σεξουαλική υγεία της κατά τη διάγνωση υπογονιμότητας.

Οι μελλοντικές οδηγίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σημασία της σεξουαλικής υγείας στη θεραπεία

υπογόνιμων ζευγαριών και την ανάπτυξη παρεμβάσεων για θεραπεία ειδικά σε γυναίκες που διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο για σεξουαλική δυσλειτουργία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

3.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.

Η υπογονιμότητα μπορεί να επηρεάσει τις ζωές των ανδρών και των γυναικών με διαφορετικούς τρόπους. Εκτός από τις επιρροές της κοινωνίας, της οικογένειας ακόμα και του επαγγέλματος, τα σημαντικότερα προβλήματα των υπογόνιμων ζευγαριών είναι οι σεξουαλικές διαταραχές [5].

Υπάρχουν τέσσερις τύποι αλληλεπίδρασης μεταξύ της σεξουαλικότητας και της υπογονιμότητας.

1. Σεξουαλικά αίτια σε γυναικεία ή ανδρική υπογονιμότητα (π.χ. κολπική νόσος, ανικανότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση)
2. Επίδραση στη σεξουαλική ζωή των εξετάσεων και θεραπειών για τη στειρότητα
3. Η επιρροή της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα που επικεντρώνεται στα ποικίλοι ασαφή συναισθήματα (π.χ. υπαιτιότητα, κατωτερότητα, αυθαιρεσία, παθητικότητα)
4. Οι ψυχολογικές και σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις με την ιατρική υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ενισχύοντας τον σεξουαλικό διαχωρισμό ανδρών και γυναικών

Προηγούμενες μελέτες έχουν αναφέρει ότι στο 10% των ασθενών, η λίμπιντο μειώνεται με τη συσχέτιση της σεξουαλικής επαφής και της υπογονιμότητας. Ακόμη και η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό έως και 20% των ανδρών. Αξιοσημείωτο είναι ότι η θεραπεία της υπογονιμότητας μπορεί επίσης να προκαλέσει σεξουαλικά προβλήματα και πρέπει να ερμηνευθούν ως σημάδια διαταραχών στις σχέσεις. Μεταξύ των ποικίλων ψυχοκοινωνικών απαντήσεων των υπογόνιμων ζευγαριών, η συναφής απάντηση αποδείχθηκε μόνο ως απάντηση στη σεξουαλικότητα και τη φυσική κατάσταση [5]

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπογόνιμων ζευγαριών συσχετίστηκαν αναφορικά με τον αριθμό των κύκλων θεραπείας, την αιτία και την διάρκεια της υπογονιμότητας, την ταυτότητα του φύλου και τις παρεμβάσεις των συγγενών.

Σε μελέτη σχετικά με τα υπογόνιμα ζευγάρια στο Ιράν, οι υπογόνιμοι άνδρες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης και άγχους σε σύγκριση με τους γόνιμους. Οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάστηκαν από την υπογονιμότητα και αυτή η επιρροή ήταν περισσότερο εμφανής στην ανδρική υπογονιμότητα. Υπάρχει μια μελέτη που αποσαφηνίζει την κατάσταση της σεξουαλικής ικανοποίησης σε άνδρες με προβλήματα γονιμότητας. Ως εκ τούτου, το επίπεδο σεξουαλικής ικανοποίησης συγκρίνεται με την ικανοποίηση πριν από τη διάγνωση και την τρέχουσα κατάσταση σεξουαλικής ικανοποίησης.

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν διακόσοι άντρες υπογόνιμων ζευγαριών σε ένα πανεπιστημιακό ερευνητικό κέντρο. Η έγκριση του Συμβουλίου Θεσμικής Ανασκόπησης έγινε από το Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών της Τεχεράνης. Όλοι οι άνδρες υποβλήθηκαν σε εκτεταμένη συνέντευξη και φυσικές και εργαστηριακές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων δύο σπερμοδιαγραμμάτων και ορμονικών αναλύσεων. Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις περιλάμβαναν ενδοκρινικές εξετάσεις για τις γυναίκες, βιοψία όρχεων (για τους ασθενείς με αζωοσπερμία), εμφάνιση ωορρηξίας και υστεροσαλπιγγογραφία. Οι γυναίκες των στειρών ζευγαριών έλαβαν θεραπείες που περιλάμβαναν: πρόκληση ωορρηξίας, IUI με το σπέρμα του συζύγου, IVF-ET και ενδοκυτταροπλασματική έγχυση σπέρματος (ICSI) [5].

Από τα χαρακτηριστικά του δείγματος διαφαίνεται ότι από οικονομική άποψη, οι ασθενείς με εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας, ομαδοποιήθηκαν στην ομάδα μεσαίου εισοδήματος. Η ομάδα χαμηλού εισοδήματος περιλάμβανε ασθενείς που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας. Αιτίες της υπογονιμότητας σε αυτά τα ζευγάρια ήταν ανδρική υπογονιμότητα, γυναικεία υπογονιμότητα, συνδυασμός γυναικείας και ανδρικής υπογονιμότητας και άγνωστες αιτίες με αναλογία 33,0%, 37,5%, 14,5%, και 15,0%, αντίστοιχα. Η εκπαιδευτική κατάσταση κατατάχθηκε σε τρία επίπεδα (24,0% αναλφάβητοι, 51,0% μέχρι το γυμνάσιο και 25,0% ακαδημαϊκά επίπεδα). Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των ζευγαριών (81,0%) παρουσίασε πρωτογενή υπογονιμότητα, 21 ασθενείς παντρεύτηκαν για δεύτερη φορά και 12 παιδιά (από 9 ασθενείς) προέκυψαν από προηγούμενες σχέσεις αυτών των ανδρών (υπογονιμότητα μόνο στο δεύτερο γάμο).

Στο 61,0% των ζευγαριών, υπήρχε καλή αμοιβαία κατανόηση μεταξύ των συζύγων και το 31,5% και το 7,5% είχαν μέτρια και χαμηλή αμοιβαία κατανόηση αντίστοιχα. Εκατόν είκοσι πέντε (62,5%) ασθενείς δεν είχαν ούτε παθολογικά αποτελέσματα από το σπερμοδιάγραμμα ούτε παθολογικά ευρήματα, 49 (24,5%)

ασθενείς είχαν παθολογικά σπερματοζώαρια, αλλά όχι παθολογικά ευρήματα οργάνων και 26 (13,0%) ασθενείς είχαν τόσο παθολογικό σπερμοδιάγραμμα όσο και ευρήματα παθολογικών οργάνων (π.χ., κισσοκήλη), 1 ασθενής υπέφερε από σεξουαλική δυσλειτουργία λόγω βλάβης του νωτιαίου μυελού.

Σε 12 (6,0%) από 200 ασθενείς, η διάγνωση μειωμένης γονιμότητας αποκαλύφθηκε σε λιγότερο από 3 μήνες πριν την έναρξη της μελέτης (πρόσφατη διάγνωση), οι υπόλοιποι είχαν ανακαλύψει τη μειωμένη γονιμότητά τους πριν από 3 έως 180 μήνες (προηγηθείσα διάγνωση).

Μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης μετά τη διάγνωση της υπογονιμότητας αναφέρθηκε σε 105 (52,5%) ασθενείς. Μια σημαντική σχέση αντίθεσης παρατηρείται μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της μεταβαλλόμενης σεξουαλικής ικανοποίησης μετά από διάγνωση υπογονιμότητας ($P < .05$). Η μειωμένη σεξουαλική ικανοποίηση δείχνει μια αντίστροφη σχέση με το εισόδημα του ασθενούς, αλλά η διαφορά δεν είναι σημαντική. Η συχνότητα των επαφών μέσα στην εβδομάδα, το ποσοστό σεξουαλικής ικανοποίησης και το επίπεδο αμοιβαίας κατανόησης κλιμακώθηκαν με μια δομημένη συνέντευξη. Για την ποσοτικοποιημένη αξιολόγηση της «παρούσας σεξουαλικής επιθυμίας και ικανοποίησης» και της «ανάκλησης της σεξουαλικής επιθυμίας και ικανοποίησης πριν από τη διάγνωση» (πολύ δυσαρεστημένοι, 1, πολύ ικανοποιημένοι, 5) χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες βαθμολογίας πέντε σημείων. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα βαθμολόγησης τριών σημείων για ποσοτική εκτίμηση του "επιπέδου αμοιβαίας κατανόησης μεταξύ των ανδρών και των γυναικών τους" (0 = σπάνια, 1 = μερικές φορές, 2 = συχνά υπάρχει). Άνδρες με υψηλό επίπεδο αμοιβαίας κατανόησης στη γαμήλια ζωή τους ανέφεραν μια σημαντικά μικρότερη μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους άλλους με χαμηλότερα επίπεδα αμοιβαίας κατανόησης (7 φορές). Τα επίπεδα της σεξουαλικής ικανοποίησης ήταν κατά μέσο όρο υψηλά. Η διάρκεια της διαγνωσμένης στειρότητας έχει σημαντική επίδραση στη μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης ($r_s = -0.450$, $P < .01$). Η ηλικία των ανδρών και η αιτία της υπογονιμότητας δεν είχαν καμία σχέση με τη σεξουαλική ικανοποίηση ($P > .05$) [5].

Ο πίνακας των συντελεστών συσχέτισης βαθμών απεκάλυψε μια ουσιαστική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της επιθυμίας για ένα παιδί και της διάρκειας της θεραπείας ($P < .01$). Οι μεταβλητές αυτές σχετίζονταν επίσης σημαντικά με την ηλικία των ανδρών ($P < .01$). Όσον αφορά τη σημερινή σεξουαλική ικανοποίηση, βρέθηκε μόνο μια σημαντική θετική συσχέτιση με τη συχνότητα της συνουσίας ($P < .01$). Η

ηλικία των ανδρών δεν σχετίζεται με τη σεξουαλική τους ικανοποίηση. Επιπρόσθετα, η συχνότητα της συνουσίας συσχετίστηκε αρνητικά με τη διάρκεια της υπογονιμότητας ($P < .01$), αλλά όχι με τη διάρκεια της θεραπείας.

Για να διαχωριστούν αλληλεπικαλυπτόμενες και ανεξάρτητες σχέσεις παραγόντων που επηρεάζουν τη σεξουαλική ικανοποίηση και επιθυμία, πραγματοποιήθηκε μια ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών με όλες τις σχετικές μεταβλητές που εισέρχονται ταυτόχρονα στο μοντέλο για την πρόβλεψη της σημερινής σεξουαλικής ικανοποίησης. Σε μια προηγούμενη μελέτη στο Ιράν, αναφέρθηκε ότι τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι συχνότερα σε άντρες με ανδρική υπογονιμότητα σε σύγκριση με άλλες αιτίες υπογονιμότητας. Στη μελέτη αυτή αποκαλύφθηκε ότι η σεξουαλική ικανοποίηση μπορεί να μην έχει την ίδια ένταξη με άλλα ψυχολογικά συμπτώματα επειδή αποκαλύφθηκε ότι η αιτία της υπογονιμότητας δεν είχε καμία σχέση με τη σεξουαλική ικανοποίηση ($P > .05$). Η σεξουαλική λειτουργία έχει αναφερθεί σε ποσοστό έως 60% των ανδρών σε υπογόνιμα ζευγάρια, ενώ η μειωμένη σεξουαλικότητα έχει βρεθεί ότι είναι 20,0% στο γενικό πληθυσμό. Διάφορες μελέτες, συμπεριλαμβανομένων των πρόσφατων ερευνών της τελευταίας δεκαετίας, εξέτασαν την αρνητική επίδραση μιας διάγνωσης της στειρότητας στην ποιότητα του σπέρματος, αλλά η επιρροή της ενημέρωσης για τη διάγνωση της στειρότητας στη σεξουαλική επαφή των ανδρών δεν αξιολογήθηκε εκτενώς. Μια μελέτη σε γόνιμα ζευγάρια αποκάλυψε δυστυχημένα συναισθήματα με σεξουαλικότητα στο ένα τρίτο του δείγματος και σεξουαλική δυσαρέσκεια σε περίπου 50% των ανδρών. Όταν τα υπογόνιμα και γόνιμα ζευγάρια συγκρίθηκαν σε σχέση με τη σεξουαλική ικανοποίηση, δεν βρέθηκαν σημαντικές ομαδικές διαφορές [5]

Συνεπώς, η προοπτική μελέτη που χρησιμοποιεί χρονικά σημεία (δηλ. Από την πρώτη κλινική επαφή έως 6 εβδομάδες μετά τη διάγνωση της υπογονιμότητας) δεν αποκάλυψε σημαντικές αλλαγές στα ψυχιατρικά συμπτώματα, τις πτυχές της σύμπραξης και τη σεξουαλική ικανοποίηση. Αντίθετα, αυξημένες συγκρούσεις υπήρξαν στα ζευγάρια με σεξουαλική δυσαρέσκεια και μειωμένη συχνότητα συνουσίας έχουν βρεθεί σε ζευγάρια με πρωτογενή υπογονιμότητα. Εντούτοις, στις μελέτες αυτές δεν ελήφθησαν υπόψη τα στοιχεία όπως η ηλικία και η ηλικία των συντρόφων, η διάρκεια της σύμπραξης, η επιθυμία για την απόκτηση παιδιού και η διάρκεια της θεραπείας της υπογονιμότητας. Τα αποτελέσματα για την πληθώρα των ανδρικών παραγόντων στη σεξουαλική ικανοποίηση είναι επίσης αμφίβολα.

Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 200 άνδρες ασθενείς, η σεξουαλική ικανοποίηση ήταν υψηλή κατά μέσο όρο και δεν παρουσίαζε σημαντικά μειωμένες τιμές σε σύγκριση με την ανακληθείσα σεξουαλική ικανοποίηση πριν από τη διάγνωση. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε διαφορά παρόμοιου μεγέθους σε σεξουαλική ικανοποίηση όταν οι υπογόνιμοι άνδρες που διαγνώστηκαν πρόσφατα συγκρίθηκαν με τους άλλους ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί και θεραπευθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επειδή μόνο 12 ασθενείς (6,0%) διαγνώστηκαν πρόσφατα (<4 εβδομάδες), η ισχύς του τελευταίου συμπεράσματος πρέπει να επιβεβαιωθεί με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος ή να επιβεβαιωθεί σε άλλες παρόμοιες μελέτες. Η πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης αποκάλυψε ανεξάρτητες σημαντικές συσχετίσεις της τρέχουσας σεξουαλικής ικανοποίησης και επιθυμίας με τη συχνότητα συνουσίας.

Η υπόθεση της συσχέτισης του παρατεταμένου ψυχοκοινωνικού στρες λόγω διαγνωστικής και θεραπευτικής πορείας σε υπογόνιμους άνδρες δεν επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματά αυτής της μελέτης, τα οποία συμφωνούν με αρκετές προηγούμενες μελέτες. Παρ' όλα αυτά, η μελέτη αυτή παρέχει επιχειρήματα κατά της υποθέσεως άγχους της μειωμένης σεξουαλικής ικανοποίησης με τη συνεχιζόμενη υπογονιμότητα. Εντούτοις, η υπενθύμιση της μεροληψίας αυτών των ασθενών φαίνεται να είναι αναμφισβήτητη. Επιπλέον, δεν αναφέρθηκε διαφορά στην ανακληθείσα σεξουαλική ικανοποίηση μεταξύ των ομάδων ασθενών με διαφορετική διάρκεια θεραπείας. Επομένως, δεν έχουμε καμία πρόταση υπερεκτίμησης της ανακληθείσας σεξουαλικής ικανοποίησης.

Από κλινική άποψη, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η υπογονιμότητα και η θεραπεία της δεν φαίνεται να οδηγούν πάντα σε έναν φαύλο κύκλο μειωμένης σεξουαλικής ικανοποίησης / επιθυμίας και μειωμένης σεξουαλικής δραστηριότητας. Τα ευρήματά αυτής της έρευνας, ωστόσο, περιορίστηκαν σε δείγμα μη ικανοποιημένων ανδρών ασθενών [5].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ

4.1 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΥΠΟΓΟΝΙΜΑ ΖΕΥΓΑΡΙΑ

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, έχει πλέον θεωρηθεί ως κύριο εργαλείο για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων σε υπογόνιμα ζευγάρια. Λόγω των διαφορετικών φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαφορών υπάρχουν κάποιες συνέπειες στην γονιμότητα. Η αξιολόγηση των συνιστωσών της υγείας σε αυτά τα ζευγάρια μπορεί να οδηγήσει στον εντοπισμό διαφορετικών πτυχών του τρόπου ζωής σε αυτούς τους πληθυσμούς και να τους βοηθήσει να προγραμματίσουν αποτελεσματικότερα την θεραπεία της υπογονιμότητας. Επιπλέον, παρά την ανάπτυξη διαφορετικών τεχνικών για τη θεραπεία της υπογονιμότητας και την επίτευξη της αναπαραγωγικής υγείας, οι ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα ζωής σε υπογόνιμα ζευγάρια έχουν σαφώς μειωθεί λόγω της φύσης του προβλήματος καθώς και της πολύπλοκης σχέσης του με την ψυχολογική τους κατάσταση. Η υπογονιμότητα μπορεί να συνδέεται αρνητικά με τη σχετική, τη σεξουαλική και την ψυχοκοινωνική ευεξία και άμεσα με αγχωτικές και εντατικές καταστάσεις. Επίσης υπάρχει μια συσχέτιση της υγείας, της αυτοεκτίμησης και της ικανοποίησης από τις συζυγικές και σεξουαλικές σχέσεις των υπογόνιμων ζευγαριών. Όπως πολλές γυναίκες έτσι και οι άνδρες υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, απομόνωση, ευθύνη και μεγαλύτερη σεξουαλική δυσλειτουργία όταν προσπαθούν να θεραπεύσουν την ανδρική τους υπογονιμότητα [6]

Οι Hynes et al. (1992) αξιολόγησαν τις γυναίκες κατά την εισαγωγή τους για εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) και στη συνέχεια μετά την αποτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που έγιναν δεκτές για εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν πιο απογοητευμένες, είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ήταν λιγότερο σίγουρες από τις γόνιμες γυναίκες. Μετά την αποτυχία της εξωσωματικής γονιμοποίησης, τα ζευγάρια εμφάνισαν πολύ λιγότερη αυτοεκτίμηση και αυξημένη κατάθλιψη σε σχέση με πριν την διαδικασία. Φαίνεται ότι η υπογονιμότητα μπορεί να βάλει ένα βαρύ φορτίο στην αυτοπεποίθηση των ανθρώπων, και το άγχος που προκύπτει από αυτή την αρνητική αυτό-ιδέα. Όπως ορίστηκε προηγουμένως, η αυτοεκτίμηση που είναι γνωστή ως η εκτίμησή του εαυτού

που περιλαμβάνει αισθήματα αξιοπρέπειας, υπερηφάνειας και αποθάρρυνσης και στην πραγματικότητα είναι μια διάθεση που έχει ένα άτομο που αντιπροσωπεύει τις δικές του κρίσεις.

Επιπρόσθετα, σε αρκετές μελέτες έχει διερευνηθεί το αντίκτυπο της γονιμότητας τόσο στην προσαρμογή του γάμου όσο και στη σεξουαλική λειτουργία. Μια διατομεακή μελέτη διεξήχθη από τους Valsangkar et al. (2011) για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της γονιμότητας στην οικογενειακή προσαρμογή, τη σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Τα στοιχεία ελήφθησαν από 106 γυναίκες που πληρούσαν τον ορισμό της υπογονιμότητας που επιλέχθηκαν από το Ινστιτούτο Μετρικών Επιστημών Prathima στο Karimhagar της Ινδίας. Η μελέτη αυτή αποκάλυψε ένα σημαντικό μέγεθος επίδρασης της γονιμότητας στην οικογενειακή προσαρμογή και τη σεξουαλική λειτουργία.

Οι Monga et al. (2004) αξιολόγησαν την υπόθεση ότι η υπογονιμότητα μπορεί να οδηγήσει σε συζυγική απόρριψη, μείωση της υγείας και σεξουαλική δυσλειτουργία σε 18 υπογόνιμα ζευγαριών που αναζητούν θεραπεία στο Sandiego της Καλιφόρνια. Οι Lee et al. (2001) συγκρίναν τις διαφορές στην αγωνία, την οικογενειακή και την σεξουαλική ικανοποίηση των συζύγων λόγω της υπογονιμότητας. Συνολικά, 138 υπογόνιμα ζευγάρια συμμετείχαν στη μελέτη αυτή στο ιατρικό κέντρο στην Ταϊπέι της Ταϊβάν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν λιγότερη οικογενειακή και σεξουαλική ικανοποίηση καθώς και μειωμένη αυτοπεποίθηση λόγω της υπογονιμότητας [6]

Τα τελευταία χρόνια ο επιπολασμός της κατάθλιψης δεν είναι μόνο υψηλός, αλλά και αυξανόμενος. Το άγχος που σχετίζεται με την υπογονιμότητα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε υπογόνιμους άνδρες και γυναίκες. Υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των διαφόρων πτυχών της ποιότητας ζωής και της σεξουαλικής ικανοποίησης σε υπογόνιμα ζευγάρια. Η μελέτη στόχευε στον προσδιορισμό της συσχέτισης μεταξύ γενικής και καθορισμένης υγείας με διαφορετικές ψυχολογικές πτυχές της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής υποστήριξης, της σεξουαλικής και οικογενειακής ικανοποίησης σε ένα δείγμα ιρανικών υπογόνιμων ζευγών.

Αυτή η αναλυτική μελέτη διεξήχθη στο χώρο της εξωσωματικής γονιμοποίησης στο νοσοκομείο Fatemieh στην πόλη Hamadan από τον Σεπτέμβριο έως τον Νοέμβριο του 2012. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η μέση και τυπική απόκλιση της ποιότητας ζωής ήταν 0,83 και 1,62 αντίστοιχα, σε ένα δείγμα 385 ατόμων με επίπεδο σημασίας 0,05. Τα κριτήρια ένταξης ήταν πρωτογενής ή δευτερογενής υπογονιμότητα με ανδρικό ή

γυναικείο λόγο. Τα κριτήρια εξαίρεσης ήταν φυσικά οι τραυματισμοί και οι ασθένειες, η υιοθεσία και ο θάνατος των συγγενών τους κατά τους τελευταίους δύο μήνες. Τα ζευγάρια ολοκλήρωσαν τα ερωτηματολόγια χωριστά. Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τα ζευγάρια παρείχαν πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το λόγο και τη διάρκεια της υπογονιμότητας καθώς και τη θεραπεία της.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (83,5%) είχε υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης και αυτό το στοιχείο ήταν χαμηλό μόνο σε 3 ζευγάρια (0,85%). Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και των βασικών χαρακτηριστικών, δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας αυτοεκτίμησης και άλλων βασικών πληροφοριών εκτός από τη διάρκεια της υπογονιμότητας που ήταν μεγαλύτερη στους συμμετέχοντες με υψηλότερη βαθμολογία ($P = 0,010$) [6].

Περίπου τα δύο τρίτα των ζευγαριών είχαν ήπια κοινωνική στήριξη και η κλίμακα αυτού του στοιχείου ήταν πολύ χαμηλή σε ζευγάρια με ιστορικό προηγούμενης θεραπείας ($P = 0,040$), επίσης και σε άτομα με χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα ($P = 0,030$). Όσον αφορά την ικανοποίηση από το σεξ, το επίπεδο ικανοποίησης ήταν υψηλό σε περισσότερα από τα μισά ζευγάρια και ήταν μέτριο στο ένα τρίτο των ζευγαριών. Η βαθμολογία σεξουαλικής ικανοποίησης ήταν σημαντικά χαμηλότερη στα ζευγάρια που υπέστησαν προηγούμενη θεραπεία της υπογονιμότητας ($P = 0,020$). Μεταξύ όλων των ζευγαριών, τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($P = 0,020$) με μικρότερη διάρκεια υπογονιμότητας ($P = 0,002$) και με υψηλότερο εισόδημα ($P = 0,001$) ήταν πιο ικανοποιημένα από τις συζυγικές τους σχέσεις. Συνολικά, το 3,5% ήταν εντελώς ανικανοποίητο, το 30,4% ήταν μερικώς ικανοποιημένο, το 56,8% ικανοποιήθηκε και άλλοι ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τις συζυγικές σχέσεις τους [6].

Η γενική κατάσταση της υγείας μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το εργαλείο WHO-QoL-BREF, υπήρξε άμεση συσχέτιση μεταξύ του βαθμού φυσικής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης ($P = 0,010$) και του εισοδήματος ($P = 0,03$). Εξάλλου, το ποσοστό αυτής της συνιστώσας ήταν σημαντικά υψηλότερη σε όσους κατοικούσαν σε αστικές περιοχές ($P = 0,010$).

Η βαθμολογία της ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας ήταν επίσης υψηλότερη σε ζευγάρια με μικρότερη διάρκεια γάμου ($P = 0,040$) και σε εκείνα χωρίς προηγούμενη θεραπεία υπογονιμότητας ($P = 0,006$). Επιπλέον, η βαθμολογία αυτού

του στοιχείου ήταν επίσης υψηλότερη σε ζευγάρια που το πρόβλημα οφείλεται σε ανδρική στειρότητα ($P = 0,030$)

Η κοινωνική συνιστώσα της υγείας ήταν επίσης υψηλότερη στα νεαρά ζευγάρια ($P = 0,020$), ειδικά σε ζευγάρια με μικρότερη διάρκεια γάμου ($P = 0,004$) και σε γυναίκες με μικρότερη διάρκεια υπογονιμότητας ($P = 0,010$).

Επιπλέον, η περιβαλλοντικής συνιστώσα ($P = 0,001$) ήταν σημαντική με μικρότερη διάρκεια υπογονιμότητας ($P = 0,010$), σε άτομα με υψηλότερο εισόδημα ($P = 0,001$) και σε κατοίκους αστικών περιοχών ($P = 0,001$)

Επίσης αξιολογήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων συνιστωσών υγείας που εξετάζουν διάφορους τομείς των δοκιμών FertiQoL και των βασικών μεταβλητών. Η μέση βαθμολογία του συναισθηματικού τομέα ήταν υψηλότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ($P = 0,001$) υψηλότερη στους εργαζόμενους από τους ανέργους ($P = 0,001$) και υψηλότερη σε εκείνους χωρίς ιστορικό θεραπειών γονιμότητας ($P = 0,010$).

Η μέση βαθμολογία του μυαλού / σώματος ήταν επίσης υψηλότερη στους υποψήφιους άνδρες ($P = 0,001$) και σε ομάδα χωρίς ιστορικό θεραπειών γονιμότητας ($P = 0,030$). Τα ζευγάρια με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ($P = 0,002$), με μικρότερη διάρκεια γάμου ($P = 0,050$) και μικρότερη διάρκεια υπογονιμότητας ($P = 0,020$) είχαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στο σχεσιακό τομέα.

Επιπλέον, ο κοινωνικός τομέας ήταν επίσης υψηλότερος σε εκείνους με υψηλότερο εισόδημα ($P = 0,030$) και μικρότερο αριθμό παιδιών ($P = 0,020$). Η βαθμολογία περιβαλλοντικού πεδίου του FertiQoL δεν συσχετίστηκε με κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Η ανεκτικότητα ήταν σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες ($P = 0,010$). Ο τομέας φυσικής υγείας βαθμολογήθηκε υψηλότερα σε εκείνους χωρίς ιστορικό θεραπείας κατά της υπογονιμότητας ($P = 0,038$). Η μελέτη αυτή έδειξε (μέσα από τη χρήση πολυπαραγοντικών μεταβλητών, γραμμικής παλινδρόμησης) ισχυρό συσχετισμό αυτοεκτίμησης, κοινωνικής υποστήριξης, σεξουαλικής και οικογενειακής ικανοποίησης με διάφορα στοιχεία γενικής και καθορισμένης υγείας που μετρήθηκαν από τα εργαλεία WHO-QoL-BREF και FertiQoL αντίστοιχα.

Η μελέτη πέτυχε κάποια σημαντικά ευρήματα. Στο πρώτο βήμα σχετικά με τη συσχέτιση των χαρακτηριστικών της αυτοεκτίμησης, την κοινωνική υποστήριξη, τη σεξουαλική και την οικογενειακή ικανοποίηση των ζευγαριών, έδειξε ότι η βαθμολογία αυτοεκτίμησης ήταν χαμηλότερη στα ζευγάρια με μεγαλύτερη διάρκεια υπογονιμότητας, το ποσοστό κοινωνικής στήριξης ήταν χαμηλότερο στα ζευγάρια

χαμηλού εισοδήματος. Τα ζευγάρια με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, με μικρότερη διάρκεια στειρότητας, και με υψηλότερο εισόδημα ήταν πιο ικανοποιημένα από τις συζυγικές τους σχέσεις. Εκτός αυτού, αποκαλύφθηκε ότι οι προηγούμενες προσπάθειες για θεραπεία της υπογονιμότητας συνδέθηκαν αρνητικά με χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη και σεξουαλική ικανοποίηση [6].

Φαίνεται ότι επειδή η παρατεταμένη υπογονιμότητα μπορεί να συνοδεύεται από κοινές ψυχολογικές αρνητικές συνέπειες όπως το στρες και το άγχος, ακόμα και να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ζευγαριού. Όπως έχει αποδειχθεί από τους Cox et.al(2006), η αυτοεκτίμηση μπορεί να αυξηθεί μετά την επίτευξη μιας επιτυχούς θεραπείας για την υπογονιμότητα και συσχετίζεται αρνητικά με το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που λαμβάνουν την υψηλή κοινωνική υποστήριξη τείνουν να προσαρμόζονται καλύτερα στην κατάσταση της υπογονιμότητας. Ομοίως, το υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής στήριξης φαίνεται να εξαρτάται φυσικά από την καλύτερη οικονομική κατάσταση. Επομένως, αναμένεται υψηλότερη κοινωνική στήριξη στα ζευγάρια με κατάλληλη οικονομική κατάσταση.

Λόγω της σοβαρότητας και του εύρους της αρνητικής ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής συσχέτισης μεταξύ των προβλημάτων γονιμότητας, της στειρότητας και της θεραπείας της, υπάρχει σαφής ανάγκη για αποτελεσματική κοινωνική υποστήριξη αυτού του πληθυσμού. Η υπογονιμότητα έχει συσχετιστεί με οικογενειακά προβλήματα και συγκρούσεις. Αυτό μπορεί να είναι προβληματικό καθώς η οικογενειακή σχέση θεωρείται ως η σημαντικότερη πηγή υποστήριξης στο πλαίσιο της θεραπείας της υπογονιμότητας.

Έχοντας κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, το σύντροφο και τους φίλους μπορούν να μειώσουν το αντίκτυπο ενός μεγάλου αριθμού ζωτικού στρες. Οι άντρες και γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια με τον εαυτό τους, τους γάμους τους και το άγχος που σχετίζεται με τη υπογονιμότητα και τη θεραπεία της με αρνητική επίδραση στη σχέση τους τόσο άμεσα όσο και έμμεσα. Έτσι, η σεξουαλική και η συζυγική δυσαρέσκεια σε εκείνους με επαναλαμβανόμενο προγραμματισμό για θεραπεία της υπογονιμότητας γίνεται σεβαστή.

Στο δεύτερο βήμα, γίνεται προσπάθεια να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ των υπογόνιμων ζευγαριών και της γενικής και ειδικής υγείας. Συνολικά, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, το καλύτερο μηνιαίο εισόδημα, η διαμονή σε αστικές περιοχές, η βραχύτερη διάρκεια του γάμου, η μικρότερη διάρκεια της υπογονιμότητας και το ανδρικό φύλο συνδέονται με την καλύτερη κατάσταση. Το χαμηλό εκπαιδευτικό

επίπεδο, η γυναικεία φύση, η κακή σχέση του γάμου, οι προηγούμενες προσπάθειες εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) και η διάρκεια της υπογονιμότητας σχετίζονται αρνητικά με τους φυσικούς, ψυχικούς και συναισθηματικούς τομείς της υγείας.

Η υπογονιμότητα μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας ζωής, αύξηση των συζυγικών διαφωνιών και της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Το βάρος της υπογονιμότητας μπορεί να είναι σωματικό, ψυχολογικό, συναισθηματικό και οικονομικό. Σε μία μελέτη ζητήθηκε από τα ζευγάρια που αναζητούσαν θεραπεία για τη υπογονιμότητα να συμπληρώσουν τυποποιημένα επικυρωμένα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, την οικογενειακή προσαρμογή και τη σεξουαλική λειτουργία. Στη μελέτη συμμετείχαν δεκαοκτώ υπογόνιμα ζευγάρια και 12 ζευγάρια που αναζητούσαν εκλεκτική στείρωση. Η μέση ηλικία, τα έτη μαζί και το εισόδημα των νοικοκυριών ήταν συγκρίσιμα. Τα στείρα ζευγάρια είχαν κάνει 14,5 επισκέψεις γραφείου για υπογονιμότητα και το 83% των ζευγαριών ανέφεραν ότι πιέζονται από την κοινωνία για να συλλάβουν. Οι βαθμολογίες της Οικογενειακής Προσαρμογής για τις γυναίκες των υπογόνιμων ζευγαριών ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τις βαθμολογίες των ελέγχων ($P = 0,01$). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά στους άνδρες. Παρατηρήθηκε τάση για χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής στις γυναίκες ($P = 0,09$) αλλά όχι στους άντρες των στείρων ζευγαριών [6].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αρκετοί δείκτες σεξουαλικής δυσλειτουργίας είναι υψηλοί σε όλες τις υπογόνιμες γυναίκες, στις οποίες επηρεάζεται η επιθυμία, η διέγερση η ικανοποίηση και η συνολική σεξουαλική λειτουργία. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι ευαίσθητος στις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η διάγνωση της υπογονιμότητας στη σεξουαλικότητα των γυναικών. Θα πρέπει να υπάρξουν έρευνες με μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων, που να αξιολογούν τους άνδρες συντρόφους των υπογόνιμων γυναικών

Οι γυναίκες που αναζητούν θεραπεία γονιμότητας και ιδιαίτερα οι νεαρές υπογόνιμες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο για σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξετάσουν τη προσέγγιση της διάγνωσης υπογονιμότητας σε γυναίκες νεαρής ηλικίας.

Αναμφισβήτητα, η στάση απέναντι στη υπογονιμότητα μεταβάλλεται μέσω της εξέλιξης της θεραπείας. Οι μελέτες εξέτασαν όλα τα στάδια των υπογόνιμων ζευγαριών από τη διάγνωση μέχρι και τη θεραπεία. Οι μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν τα υπογόνιμα ζευγάρια σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα για την αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας. Μπορεί να είναι χρήσιμο για να εκτιμηθούν οι διαφορές της επίδρασης στο ζευγάρι με βάση την αιτιολογία (ανδρική ή γυναικεία αιτία) και σε σχέση με την δευτεροπαθή υπογονιμότητα.

Διαπιστώθηκε μια άμεση σχέση μεταξύ της ψυχολογικής υγείας και της σεξουαλικής ικανοποίησης. Οι κοινές υποστηρικτικές ψυχολογικές επεμβάσεις σε υπογόνιμα ζευγάρια περιλαμβάνουν την αποδοχή, τη δέσμευση, την ενημέρωση, την ανθεκτικότητα και τις επιλογές θεραπείας. Από την άποψη αυτή, για να δοθεί μια ολιστική θεραπεία στην υπογονιμότητα, είναι απαραίτητη η αποτελεσματική παροχή συμβουλών για να μειωθεί το αντίκτυπο της στον γάμο και στην σεξουαλική ζωή των ζευγαριών. Πρέπει να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες που να στοχεύουν στην ποιότητα ζωής σε φτωχά ζευγάρια.

Επιπλέον, τόσο οι γιατροί όσο και οι σύμβουλοι υπογονιμότητας πρέπει να γνωρίζουν ότι μπορεί να υπάρχουν σεξουαλικές διαταραχές στα ζευγάρια σχετικά με μια ανεκπλήρωτη επιθυμία για ένα παιδί. Κατά συνέπεια, πρέπει να ελέγξουν τις γνώσεις του ζευγαριού σχετικά με την αναπαραγωγή. Συγκεκριμένα σημεία για να συζητηθούν με το ζευγάρι είναι το «γόνιμο περιθώριο», η ποιότητα του σπέρματος και του

ωοκυττάρου, και το καλύτερο χρονικό σημείο για την συνουσία έτσι ώστε να οδηγήσει στην εγκυμοσύνη.

Τέλος, οι επαγγελματίες πρέπει να κάνουν πιο λεπτομερείς ερωτήσεις σχετικά με τη σεξουαλικότητα όπως αν είναι πάντα επιθυμητή ή το ζευγάρι βιώνει σεξουαλικά προβλήματα.. Αυτές οι ερωτήσεις πρέπει να ρωτηθούν όχι μόνο πριν από την έναρξη της θεραπείας αλλά και κατά τη διάρκεια της ίδιας της θεραπείας, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται πιο επεμβατικά θεραπευτικά μέτρα (π.χ. από ενδομητρική σπερματέγχυση έως γονιμοποίηση in-vitro) και όταν αποτύχει η εγκυμοσύνη.

Βιβλιογραφία

- [1] Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στην κύηση – προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας - Γουρουντής Κ. Κλεάνθης – Διδακτορική Διατριβή - Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας. 2011 – DOI: 10.12681/eadd/26014
- [2] **Quality of Life of Women with Infertility** - Manuela Ferreira et al. / Procedia - Social and Behavioral Sciences 165 (2015) 21 – 29
- [3] **Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014** - Fariba Mirblouk et al. / Int J Reprod BioMed Vol. 14. No. 2. pp: 117-124, February 2016
- [4] **The Sexual Impact of Infertility Among Women Seeking Fertility Care** – Winkelman W. et al. / Sexual Medicine 2016; e1-e8
- [5] **Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples** - Fatemeh Ramezanzadeh et al. / Fertility and Sterility Vol. 85, No. 1, January 2006
- [6] **Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couples** - Keramat A, Masoumi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavehie SMM / J Res Health Sci. 2014;14(1):57-64